

04/2019

 **Hartmannbund**
Verband der Ärzte Deutschlands

Hartmannbund Magazin



Sag mir, wo die Pillen sind

Wie Medikamentenmangel die Versorgung
in Deutschland gefährdet



Joe Bausch
Schauspieler,
Autor, Arzt und
apoBank-Mitglied

Nix für Tiefstapler.

Hoch hinaus geht es mit unserer strategischen Vermögensplanung. Für Ihre Ziele heute und für einen komfortablen Ruhestand morgen:
apobank.de/vermoegensturm

 **apoPrivat**
Der Vermögenspartner für Apotheker und Ärzte

Editorial

*Liebe Kolleginnen,
Liebe Kollegen*

„... wo sind sie geblieben?“, liegt wohl beim Blick auf den Titel dieses Magazins fast jedem von uns auf den Lippen. Die Antwort auf diese Frage ist – ähnlich wie in dem von Marlene Dietrich so wunderbar interpretierten Song von Pete Seeger – eigentlich ganz einfach. Und mitnichten kennt sie nur der Wind. Denn die Ursachen für den inzwischen teilweise alarmierenden Mangel an bestimmten Wirkstoffen und Medikamenten lassen sich, wenn man sich denn die Mühe macht, in nahezu ernüchternder Banalität nachvollziehen. Am Ende ist es, so zeigt auch unsere Titelgeschichte, eine Mischung aus Globalisierung, Preisdruck, Ignoranz und Sorglosigkeit, die dazu geführt hat, dass alle Beteiligten, die Politik voran, jetzt unter enormem Handlungsdruck stehen. Viel zu lange haben wir nahezu ungerührt hingenommen, dass „Geiz ist geil“ eben nicht ohne Folgen bleibt, haben die zunehmende Abhängigkeit von Produzenten außerhalb Europas ausgeblendet und über desolate Produktionsbedingungen hinweggesehen. Das sollte uns auch auf anderen Feldern eine Warnung sein. Bloße Profitorientierung hat in der medizinischen Versorgung nichts zu suchen!

Liebe Kolleginnen liebe Kollegen, obwohl wir uns auf unserer Hauptversammlung natürlich auch mit dem Thema „Medikamentensicherheit“ befasst haben, so stand doch eine andere Herausforderung für unser Gesundheitssystem im Vordergrund der Tagung. Die Frage nämlich, wie es uns gelingen kann, künftig den im Kern völlig unkoordinierten Zugang von Patientinnen und Patienten zur medizinischen Versorgung zu beenden, ohne dabei den medizinisch indizierten Bedarf in Frage zu stellen. Nirgends – das hat uns der Blick über den Tellerrand jedenfalls nachdrücklich vor Augen geführt – nirgends können sich Patientinnen und Patienten so frei, aber auch so „unkoordiniert“ in den unterschiedlichen Versorgungsebenen bewegen wie in Deutschland, nirgends sind die Zugangshürden zu einer umfassenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung so niedrig. Dieser Verzicht auf relevante Lenkungsmechanismen oder gar Zugangshürden funktioniert in einem mit begrenzten Ressourcen ausgestatteten System im Wesentlichen auf dem Rücken der Akteure in der Versorgung und zulasten derer, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes kurzfristigen Zugang zum System benötigen. Das wollen und das können wir nicht hinnehmen.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, bei allem Respekt vor der Notwendigkeit in unserem Gesundheitssystem immer wieder einmal ein wenig nachjustieren zu müssen – Reformeifer, der diese zentrale Herausforderung aus politischer Opportunität umgeht, der wird am Ende unsere Versorgung nicht zukunftsfähig machen. Da braucht es deutlich mehr Mut, will man nicht auch hier irgendwann gezwungen sein, die Reißleine zu ziehen.

Klaus Reinhardt



Dr. Klaus Reinhardt
Vorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärzte Deutschlands

”

Nicht nur in der Klinik sind wir im Team erfolgreicher.“



Auch im Verband sind wir gemeinsam stark.
Stark für Ärztinnen und Ärzte.



Hartmannbund

STARK FÜR ÄRZTE.

Inhalt

Sag mir, wo die Pillen sind ...

Deutschland hat ernstzunehmende Versorgungsprobleme bei diversen Arzneimitteln. Über 500 Medikamente listete das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kürzlich auf, für die es im laufenden Jahr Lieferengpässe über Wochen und teilweise Monate gab und noch gibt. Den ein oder anderen hat es beim Gang in die Apotheke vielleicht selbst getroffen – das gewünschte, beziehungsweise rezeptierte Medikament war nicht vorrätig. Dringend an der Zeit also, sich einmal intensiver mit den Ursachen dieses Mangels auseinanderzusetzen und Lösungen zu kreieren. Die Politik jedenfalls scheint alarmiert.

6



14

Angriff mit vereinten Kräften abgewehrt!

Methodenbewertung beim G-BA: Mehr Staat statt Selbstverwaltung?



16

Die Medizin lebt vom Fortschritt.

Im Gespräch mit Dr. Wolfgang Miller



18

Öffnet der Minister bis Weihnachten noch das 24. Kalendertürchen?

Spahn bleibt auf der gesetzgeberischen Überholspur

19

Schluss mit dem unkoordinierten Zugang zur Versorgung!

Hauptversammlung formuliert klares Votum



20

Ärzte als Lotsen im Gesundheitssystem?

Ärzeschaft und Politik diskutieren das Thema durchaus kontrovers

22

Der Weisheit letzter Schluss?

Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern

24

Auf dem Weg zur Personalbemessung in der Pflege!

Professor Dr. Patrick Jahn, Andrea Lemke und Franz Wagner



25 Die Personaluntergrenzen sind gescheitert

Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft

26 HB-Intern

33 Service Kooperationspartner

36 Ansprechpartner

38 Impressum

Mangelverwaltung in den Apotheken im „Pharmastandort Deutschland“

Sag mir, wo die Pillen sind ...

Deutschland hat ernstzunehmende Versorgungsprobleme bei diversen Arzneimitteln. Über 500 Medikamente listete das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kürzlich auf, für die es im laufenden Jahr Lieferengpässe über Wochen und teilweise Monate gab und noch gibt. Den ein oder anderen hat es beim Gang in die Apotheke vielleicht selbst getroffen – das gewünschte, beziehungsweise rezeptierte Medikament war nicht vorrätig. Dringend an der Zeit also, sich einmal intensiver mit den Ursachen dieses Mangels auseinanderzusetzen und Lösungen zu kreieren. Die Politik jedenfalls scheint alarmiert.

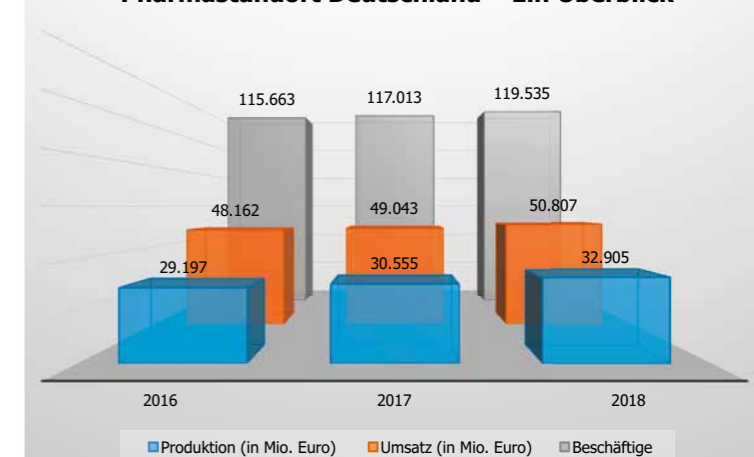


Anfang November umfasste die Auflistung noch immer knapp 300 Arzneimittel mit Lieferproblemen, darunter keineswegs nur „Exotisches“. Noch bis Jahresende angezeigte Engpässe betreffen beispielsweise auch so gängige Medikamente wie Ibuprofen-Tabletten. Impfstoffe werden extra gelistet, sind also in dieser „Mangelliste“ noch nicht enthalten – und auch hier gab und gibt es Lieferengpässe.

Nun besteht für betroffene Patienten nicht immer gleich Grund zur Sorge, wenn ein Rezept nicht beliefert werden kann: Die Apotheker vor Ort bemühen sich, wann immer möglich, um schnelle Alternativlösungen. Aber einiges an Geduld ist unter Umständen gefragt, da bei Änderungen der Wirkstoffmengen, Darreichungsformen oder Packungsgrößen bzw. dem Austausch mit einem wirkstoffgleichen Präparat eines anderen Herstellers zunächst eine Abstimmung mit dem verordnenden Arzt stattfinden muss. Wobei hier gilt, dass eine (erzwungene) Arzneimittelumstellung bei bestimmten, bis dahin gut eingestellten Patientengruppen – Stichwort Polymedikation – ohnehin eher etwas ist, was man möglichst vermeiden will.

Sehr ernst ist die Lage allerdings, wenn Notfallmedikamente fehlen oder Mittel zur Behandlung schwererer Erkrankungen wie Epilepsie. Gibt es in diesen Fällen keine gleichwertigen Alternativen und kann der betroffene Patient deshalb nicht zeitnah angemessen versorgt werden, so kann aus einem Lieferengpass schnell eine die Therapiesicherheit gefährdende Versorgungsnot werden.

Pharmastandort Deutschland – Ein Überblick



Eigene Darstellung, Daten: Statistisches Bundesamt

Früher die „Apotheke der Welt“

Bis weit ins 20. Jahrhundert hinein konnte man von Deutschland noch hochachtungsvoll als „Apotheke der Welt“ sprechen – in den 1960er-Jahren stellte man die zweitstärkste Pharmaindustrie der Welt. Zwar kann man diesen Zeiten nostalgisch hinterhertrauern, sie sind trotzdem längst vorbei. Seitdem schritt auch in der Pharmaindustrie die Globalisierung rasch voran: Konzentrationsprozesse, Übernahmen und Fusionen ließen die Bedeutung des Beitrages deutscher Pharmakonzerne zu Produktion und Forschung im internationalen Vergleich stetig sinken.

Diese den Mechanismen des globalen Marktes geschuldeten Umwälzungsprozesse waren allerdings bereits in den 1990er-Jahren weitgehend abgeschlossen – für die aktuellen Lieferprobleme im Arzneimittelbereich können sie also höchstens indirekt mit ursächlich sein. Zumal in Deutschland und Europa sehr wohl immer noch ausgesprochen umsatzstarke Pharma- und Biotechunternehmen beheimatet sind.

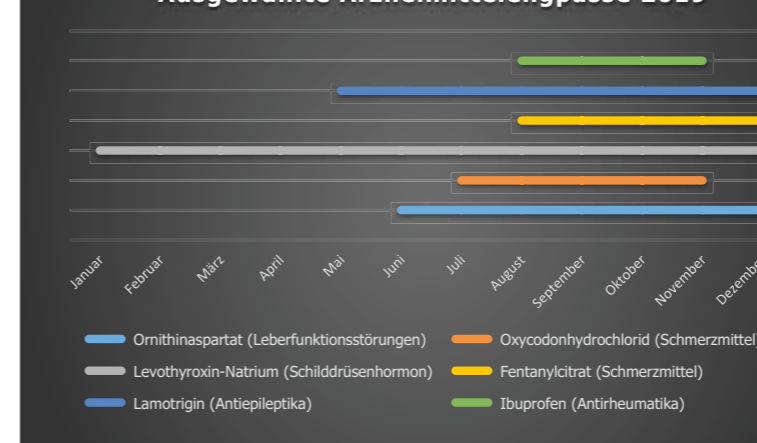
Wie aber kann es dann sein, dass es in Deutschland – Exportweltmeister und Hochtechnologieland – trotz einer offenkundig starken heimischen Pharmaindustrie solche Schwierigkeiten bei der Sicherstellung einer reibungslosen Arzneimittelversorgung gibt?

Ursachenforschung: Geiz ist geil!?

Fakt ist: In den vergangenen zwei Jahrzehnten verlagerte sich ein großer Teil der weltweiten Produktion von chemischen Grundstoffen und pharmazeutischen Wirkstoffen nach Indien und in die Volksrepublik China. Diese Stoffe werden dann durch die hiesige Arzneimittelproduktion zu den allseits aus den Apotheken bekannten Produkten von Bayer, Hexal, ratiopharm, 1 A Pharma, Stada usw. weiterverarbeitet.

Das Kostenniveau der Weltmarktpreise für die Ausgangsstoffe wurde sukzessive soweit abgesenkt, dass die westlichen Hersteller

Ausgewählte Arzneimittellengpässe 2019



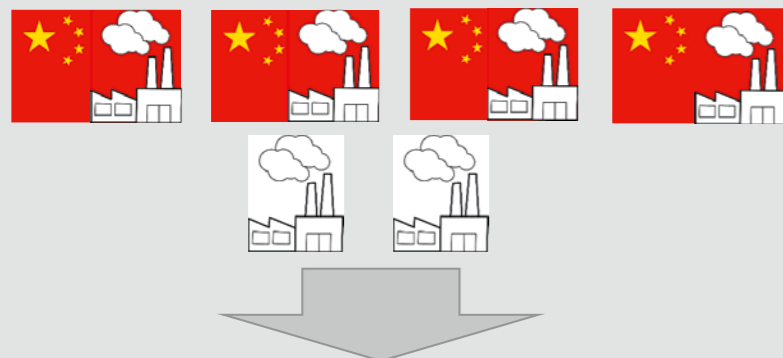
Eigene Darstellung, Daten: BfArM

Die schlichte Tatsache nicht verfügbarer Arzneimittel erscheint mit Blick auf die Rolle Deutschlands als durchaus finanzstarke und in Europa tonangebende Wirtschaftsation zunächst nahezu paradox. Verstärkt wird dieser Eindruck noch, stellt man über die alarmierenden Zahlen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte ein paar andere Fakten gegenüber: In Deutschland sind weit über 500 pharmazeutische Unternehmen mit mehr als 100.000 Beschäftigten gemeldet.

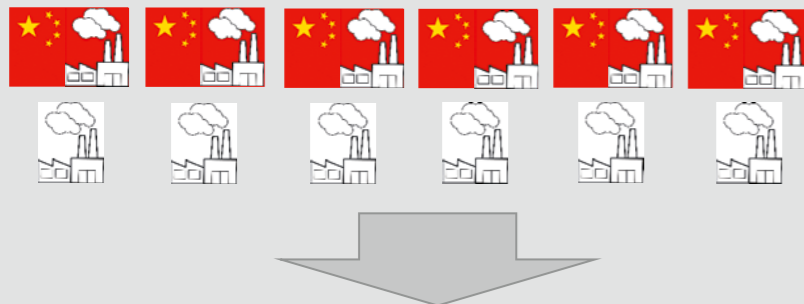
in diesem Bereich nach und nach zu einem großen Teil vom Markt verdrängt wurden. Noch in den 1990er-Jahren wurden rund 80 Prozent der in Europa verarbeiteten Grundstoffe auch in Europa produziert, dieses Verhältnis hat sich mittlerweile umgekehrt. Über 80 Prozent der Wirk- bzw. Grundstoffe werden derzeit in Indien oder China hergestellt. Hierbei spielen neben niedrigeren Lohnkosten auch geringere Sozial- und Umweltstandards eine große Rolle. Zudem greifen fernab vom strengen europäischen Rechtsraum auch andere Vorschriften beim Patentrecht – was die Standorte attraktiv für die Produktion von generischen Nachahmerwirkstoffen im Vorfeld von auslaufenden Patenten macht. So wird der Wirkstoff für Ibuprofen, 2-(4-Isobutylphenyl)propionsäure, mittlerweile weltweit nur noch an sechs Standorten bei annähernd gleich verteilten Marktanteilen produziert. Von diesen Produktionsstätten befinden sich jeweils zwei in China und Indien – sowie zwei in den USA.

Die Abhängigkeit von Grund- und Wirkstoff-Produzenten am Beispiel Amoxicillin-haltiger Antibiotika (die am häufigsten eingesetzten Antibiotika in Deutschland)

Die Fermentierung von 6-APA (dem Kernmolekül für die Herstellung von Antibiotika aus der Gruppe der Penicilline) erfolgt in 4 Produktionsstätten in China und 2 Produktionsstätten außerhalb von China.



Die nächste Prozessstufe, die Synthese von Amoxicillin-Trihydrate (Amoxicillin ist einer der wichtigsten Wirkstoffe in der Gruppe der Penicilline), erfolgt in 6 Produktionsstätten in China und 6 Produktionsstätten außerhalb von China



Die Erzeugung der Amoxicillin-haltigen Antibiotika ist von den Lieferungen dieser Produzenten abhängig.



Unzweifelhaft hat sich die europäische pharmazeutische Industrie, als typische Verarbeitungsindustrie, im Verlaufe der Zeit im starken Maße von den kostengünstigen Zulieferern abhängig gemacht. Die Arzneimittelproduktion ist auf eine Vielzahl differenzierter Prozessschritte angewiesen, die ihrerseits wiederum ein zuverlässiges technisches und logistisches Zusammenspiel, nicht nur des produzierenden Unternehmens selbst, sondern auch seiner Zulieferer erfordern. Viele Arzneimittel werden zudem nicht kontinuierlich hergestellt, sondern als Chargen in einzelnen Produktionsdurchläufen. Für die einzelnen Chargen müssen die entsprechenden Produktionskapazitäten „vorreserviert“ werden, daher sind zuverlässige Lieferketten eine wichtige Voraussetzung für geordnete Prozesse.

Etwaige Produktionsprobleme oder Qualitätsmängel schlagen sonst unmittelbar und kaum kompensierbar auf das gewohnte heimische Angebot durch. „Eindrucksvoll“ zu beobachten war dies jüngst im Fall des zur Behandlung von Bluthochdruck und leichter bis mittelschwerer Herzinsuffizienz eingesetzten Wirkstoffes Valsartan. Im Juli 2018 wurden vermutlich krebserregende Verunreinigungen in den Chargen eines chinesischen Wirkstoffherstellers bekannt – daraufhin mussten betroffene Fertigarzneimittel in Europa und Nordamerika in großen Mengen vom Markt genommen werden. In der Folge wurden ähnliche Verunreinigungen sowohl in Valsartan weiterer Wirkstoffhersteller in Indien und China als auch in anderen Arzneistoffen aus der Gruppe der Sartane festgestellt. Die Rückrufe führten zu erheblichen Engpässen bei den auf Valsartan basierenden Präparaten – ganz abgesehen von den gesundheitlichen Risiken, denen allein in Deutschland geschätzt knapp eine Million Patienten ausgesetzt waren.

Zu dieser Abhängigkeit von den Herstellern der Wirkstoffe und Grund- und Zwischenprodukte kommen die oftmals fragwürdigen lokalen Produktionsbedingungen in den Schwellenländern.

Fragwürdige Produktionsbedingungen

Erinnert sei an den Preisträger des 2017 verliehenen Film- und Fernsehpreises des Hartmannbundes: Der NDR-Film „Der unsichtbare Feind – Tödliche Supererreger aus Pharmafabriken“ zeigt in erschreckender Weise die Umstände der nur mangelhaft kontrollierten Produktionsketten auf. Insgesamt kann man wohl guten Gewissens konstatieren, dass hier eine problematische Entwicklung für alle Beteiligten stattgefunden hat. Billig ist eben nicht immer preiswert – insbesondere bei einer solch besonderen Produktklasse, die ihren Preis wert sein sollte. Bleibt, wie so oft, die Frage: Wer hat Schuld? Produziert die pharmazeutische Industrie schlicht dort, wo es am kostengünstigsten ist, um die Gewinne zu maximieren oder gibt es andere Einflussgrößen?

Immerhin 38,7 Milliarden Euro wurden 2018 in der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel ausgegeben, dies entspricht einem Anteil von 17,1 Prozent an den gesamten Leistungsausgaben. Dass es bei diesem Summen Interesse von Politik und Kassen gibt, mittels gewisser Steuerungsinstrumente mögliche Einspar- bzw. Kosten-

dämpfungspotenziale zu realisieren, kann niemanden überraschen – zumal die gesetzlichen Krankenkassen gegenüber den Versicherern auch zu wirtschaftlichem Handeln verpflichtet sind.

Pharmaverbände kritisieren Rabattverträge

Seitens der Pharmaverbände wird diesbezüglich vor allem Kritik an den Arzneimittelrabattverträgen der Krankenkassen geübt. Durch diese Verträge räumen die Hersteller der Arzneimittel Rabatte ein und werden im Gegenzug Exklusiv-Lieferanten der jeweiligen Kasse. Eine „win-win“-Situation möchte man meinen, um die konkrete Umsetzung der Verträge und mögliche negative Auswirkungen tobt jedoch die Meinungsschlacht zwischen Kassen und Pharmafirmen. Der Vorwurf seitens der Arzneimittelhersteller: Die Vertragsgestaltung fördere die weitere Verengung der Anbietervielfalt und erhöhe so das Risiko für Lieferengpässe. Die Kassen hingegen verweisen auf die globale Dimension des ursächlichen Problems – für die Engpässe können aus ihrer Sicht nationale Rabattverträge mit begrenztem Marktanteil nicht verantwortlich sein. Zu dieser komplexen Problematik lassen wir auf den folgenden Seiten jeweils eine Meinung aus den sich hier gegenüberstehenden Lagern zu Wort kommen.



Nach Redaktionsschluss

Spahn: Bei Verteilung stärker eingreifen, Meldepflicht bei drohenden Engpässen

Auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat die Problematik der Arzneimittel-Lieferengpässe nun auf seine Agenda gesetzt. Die Patienten würden zu Recht erwarten, dass dringend notwendige Medikamente unverzüglich verfügbar sind – dies sei momentan leider zu häufig nicht der Fall. Seitens des Bundes werde man daher stärker in die Verteilungsfragen bei Arzneimitteln eingreifen. Zudem will Bundesgesundheitsminister Spahn auch auf internationaler Ebene nach Lösungen suchen, damit die Wirkstoffherstellung im größeren Umfang wieder in Europa erfolgen kann.

Das innerhalb der Koalition noch abzustimmende Maßnahmenpaket umfasst:

- Eine Meldepflicht für Pharmafirmen und Großhändlern, welche dann die zuständigen Behörden über drohende Lieferengpässe bei versorgungsrelevanten Arzneimitteln informieren müssten – derzeit sind entsprechende Angaben an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) freiwillig.
- Pharmaunternehmen und pharmazeutischen Großhändlern sollen Vorgaben zu den Lagerbeständen bestimmter Arzneimittel gemacht werden.
- In Notfällen sollen auch Medikamente eingesetzt werden dürfen, sofern die Anwendung direkt vom Arzt am Patienten erfolgt, die nicht in deutscher Sprache ausgezeichnet sind – dies ist bisher nicht erlaubt. Dies würde den Einsatz importierter Arzneimittel erleichtern.
- Es sollen Abweichungen von den Bestimmungen der Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Pharmaunternehmen ermöglicht werden. Wenn die Rabatt-Medikamente nicht zur Verfügung stehen, sollen Apotheker künftig nach 24 Stunden auch alternative, wirkstoffgleiche Mittel an die Patienten abgeben dürfen.
- Ein Beirat soll in Zukunft die Versorgungslage bei Arzneimitteln in Deutschland stetig evaluieren.

Mitten im Markt Messe Stuttgart



MEDIZIN

Fachmesse + Kongress
für die ambulante ärztliche Versorgung

Nutzen Sie die MEDIZIN als Informations-, Fort- und Weiterbildungsplattform und erfahren Sie mehr über aktuelle Trends und medizinische Innovationen!

Wir freuen uns auf Sie.

- + Profitieren Sie von einem umfangreichen Vortrags- und Seminarprogramm
- + Knüpfen Sie wertvolle Kontakte und tauschen Sie sich mit Fachkollegen aus
- + Nutzen Sie das vielfältige Angebot und sammeln Sie Fortbildungspunkte

BEZIRKSARZTEKAMMER
NÖRDLICH WÜRTTEMBERG
Ideeller Träger und Kongressveranstalter

Messe Stuttgart

7.-9. Februar 2020 | Freitag-Sonntag

Bleiben Sie am Puls der Zeit!

#Medizin20 www.medizin-stuttgart.de

Dr. Kai Joachimsen, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI):

Anbiervielfalt stärken, Lieferengpässe minimieren



Dr. Kai Joachimsen ist Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI)

Lieferengpässe sind für die Arzneimittelversorgung eine Herausforderung. Die Ursachen sind vielfältig und müssen gemeinsam angegangen werden, indem man als erstes die Rabattverträge neu gestaltet und die Anbiervielfalt in Deutschland stärkt.

Auch wenn die Kassenseite es nicht wahrhaben will: Für mich liegt die Hauptursache von Lieferengpässen in den oft ruinösen Rabattverträgen mit nur wenigen Anbietern und der damit einhergehenden Marktverengung. Arzneimittel werden mittlerweile zu Centbeträgen abgegeben und die Versorgung lastet in manchen Fällen nur noch auf einer oder wenigen Hersteller-Schultern. Wenn es dann etwa aufgrund von Ausfällen in der Wirkstoffproduktion in Übersee zu Lieferschwierigkeiten kommt, ist manch ein Patient in Deutschland in Not. Deswegen muss es hierzulande eine Anbiervielfalt und Rahmenbedingungen geben, die mehrere Bieter im Markt halten. So vermindert man die Abhängigkeit vom Weltmarkt und Ausfällen dort. Wer hingegen Marktbedingungen schafft, bei denen immer weniger Anbieter auf noch weniger Wirkstoffhersteller zurückgreifen müssen, weil die Payer für mehr nicht zahlen, der schafft Lieferengpässe.

Hier müssen wir gegensteuern: Das Risiko für Lieferengpässe wäre nämlich viel geringer, wenn man die Rabattverträge neu gestaltet. Mein Vorschlag, der sich auch mit der Position vieler anderer Akteure in der Versorgung deckt: Es sollte grundsätzlich erst Ausschreibungen geben, wenn mindestens vier Anbieter im Markt sind, bei denen die Krankenkassen an mindestens drei Anbieter Zu-

schläge erteilen, von denen mindestens einer den Standort seiner Produktion in der EU nachweisen muss. Mit diesen Forderungen stehen wir übrigens nicht allein. Sie haben längst Eingang in die Politik gefunden, z.B. wurden sie durch den Gesundheitsausschuss im Bundesrat eingebracht. Die Neugestaltung der Rabattverträge würde dazu beitragen, unsere Arzneimittelversorgung nachhaltig zu stärken. Denn bei allen administrativen Verbesserungsvorschlägen bleibt die Hauptursache ein verdichteter Anbietermarkt mit wenigen Ausgleichsmöglichkeiten.

Eines ist klar: Pharmazeutische Unternehmer wollen immer liefern, das ist ihr ureigenes Interesse. Und natürlich haben sie eine ethische Verpflichtung, die Patienten so gut wie möglich zu versorgen. Im Arzneimittelgesetz ist festgelegt, dass die Hersteller verpflichtet sind, „angemessen und kontinuierlich“ Medikamente bereitzustellen. Die Unternehmen tun dafür alles, was in ihrer Macht steht. Lieferschwierigkeiten sind aber unvorhersehbare und unerwünschte Ereignisse, genauso wie Flugausfälle durch Unwetter. Hundertprozentig lassen sie sich nicht verhindern. Sie sind gewissermaßen auch der Preis für hohe Sicherheitsstandards. Bei dem kleinsten Verdacht z.B. auf Verunreinigungen wird aus Sicherheitsgründen die Produktion und Auslieferung angehalten und ggf. schon ausgelieferte Chargen vorsorglich zurückgerufen. Daher würden auch Bevorratungen nichts bringen. In den seltensten Fällen kann ein Einzelner allein für einen Engpass verantwortlich gemacht werden. Mit Bestrafungen kommt man also nicht weiter, das konkrete Versorgungsproblem wird dadurch nicht behoben. So kann zum Beispiel ein Produktionsausfall bei einem Hersteller und die damit gestiegene Nachfrage bei einem Mitbewerber in der Regel nicht sofort von diesem bedient werden, denn der müsste ja erst einmal für den neuen Bedarf produzieren.



Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg:

Angriff auf Rabattverträge hätte fatale Folgen

Arzneimittelengpässe haben weltweit in den letzten Jahren zugenommen. Die Politik diskutiert derzeit über Fehlentwicklungen auf dem Arzneimittelmarkt. Leider folgt die Diskussion zu oft lobbygesteuerten Scheinlösungen.

257 Arzneimittel mit 92 verschiedenen Wirkstoffen listet das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aktuell als Lieferengpass. Darunter befinden sich zahlreiche für die Versorgung wichtige Arzneimittel. Anfang des Jahres war etwa der Wirkstoff Oxytocin, ein lebenswichtiges Medikament im Kreißsaal, nicht verfügbar. Das Problem ist zu Recht in der Bundespolitik angekommen. Bevor man über Lösungen diskutiert, müssen Ursachen identifiziert werden. Eine Internet-Recherche zum Stichwort „drug shortage“ offenbart schnell: Es handelt sich bei Arzneimittelengpässen um ein globales Problem. Die Suche ergibt rund 55 Mio. Treffer. Die weitere Recherche zeigt, dass etwa in den USA aktuell rund 270 (!) Wirkstoffe für die Versorgung fehlen.

So global wie das Problem sind auch die Ursachen: Einerseits können Engpässe durch Epidemien, Rohstoffknappheit oder steigenden Bedarf verursacht werden. Oft liegen die Ursachen jedoch in der Herstellung und der Lieferkette. Die weltweite Wirkstoffproduktion konzentriert sich häufig auf wenige Hersteller. Produziert wird dabei, wie in anderen Industriebereichen auch, dort wo es kostengünstig ist, um gute maximale Gewinne einzufahren. Die Pharmalobby hingegen bezeichnet diese Entwicklung gerne als Folge des Kostendrucks und leitet daraus Forderungen an die Politik ab, um erfolgreiche nationale Steuerungsinstrumente wie Arzneimittelrabattverträge zu torpedieren.

Rabattverträge können nicht die Ursache eines globalen Problems sein. Der deutsche Arzneimittelmarkt hat einen Anteil von gerade vier Prozent am Weltmarkt. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Deutschland und Engpässen, die im Weltmaßstab auftreten, ist schlicht nicht begründbar. Bei der Bundestagsfraktion der CDU/CSU sind die Lobbyforderungen der Pharmaindustrie dennoch offenbar mittlerweile auf fruchtbaren Boden gefallen: In einem Entwurf eines Positionspapiers hat die Arbeitsgruppe Gesundheit ihre Ideen für eine Initiative zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung skizziert. Neben sinnvollen Forderungen nach mehr Transparenz über das Liefer- und Marktgeschehen, sowie der Einrichtung einer nationalen Arzneimittelreserve möchte die Union das etablierte Modell der Rabattverträge durch tiefgreifende Änderungen faktisch außer Kraft setzen.

Dabei wird völlig verkannt, dass gerade Arzneimittelrabattverträge neben Einsparungen in Milliardenhöhe –



Dr. Christopher Hermann ist Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg und AOK-weiter Verhandlungsführer für die Arzneimittelrabattverträge.

die an anderer Stelle für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen – einen wichtigen Beitrag zur Versorgungssicherheit leisten. Erst eine Exklusivvergabe von Verträgen führt zu Planungssicherheit bei den pharmazeutischen Vertragspartnern und ermöglicht vor allem auch mittelständischen Unternehmen den Marktzugang. Durch die jetzt wieder geforderte Mehrfachvergabe würde jegliche Planung hinsichtlich Absatz- und damit auch Produktionsmengen verloren gehen, was gerade kleinere Unternehmen aus dem Markt verdrängen würde. Dies und ein weiterer Vorschlag, wonach alle Krankenkassen regional gemeinsam ausschreiben sollen, würde zu einer für die Versorgung auf Dauer verheerenden Monopolbildung auf der Anbieterseite führen.

Die Politik täte gut daran, durch rationale Maßnahmen zur Entspannung der Situation beizutragen. Die AOK Baden-Württemberg macht sich seit Jahren dafür stark, dass Engpässe bereits dann, wenn sie absehbar sind, verbindlich dem BfArM gemeldet werden müssen. Ebenso sollte man pharmazeutische Unternehmen wie bereits Apotheken und Großhandel zur Vorratshaltung verpflichten. Durch diese Maßnahmen könnte in vielen Fällen verhindert werden, dass aus Lieferschwierigkeiten echte Versorgungsengpässe entstehen. Höhere Preise für Arzneimittel, deren Wirkstoffe in der EU hergestellt werden, machen dagegen keinerlei Sinn – warum sollten Beitragsgelder eines Solidarsystems eine Wirtschaftsstandortpolitik finanzieren? Hier ist Europa gefragt, nicht der deutsche Gesetzgeber.

Fritz Becker, Vorsitzender des Deutschen Apothekerverbandes (DAV): Kein Patient darf unversorgt bleiben



Fritz Becker ist selbständiger Apotheker in Pforzheim (Baden-Württemberg), Vorsitzender des Deutschen Apothekerverbandes (DAV) sowie Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes der ABDA.

Immer wieder kommt es vor, dass pharmazeutische Großhändler oder Hersteller einzelne Arzneimittel kurzfristig nicht an die Apotheken liefern können. Man spricht dann von einem Lieferengpass, wenn eine über zwei Wochen hinausgehende Unterbrechung einer üblichen Auslieferung oder eine deutlich erhöhte Nachfrage vorliegt, die das Angebot übersteigt. Ist ein bestimmtes Medikament eines bestimmten Herstellers nicht lieferbar, kann es zum Glück oft durch ein wirkstoffgleiches Präparat eines anderen Herstellers ersetzt werden, ohne dass die Arzneimitteltherapie des Patienten beeinträchtigt wird. Gibt es allerdings keine gleichwertigen Alternativen und kann der Patient somit nicht angemessen versorgt werden, wird aus dem Lieferengpass ein echter Versorgungsengpass.

Lieferengpässe gehören in Deutschland leider schon seit einigen Jahren zum Alltag – mit steigender Tendenz und Relevanz. Laut dem Apothekenklima-Index 2019, einer repräsentativen Umfrage unter 500 Apothekeninhabern in Deutschland, gehören Lieferengpässe für neun von zehn Apotheken zu den größten Ärgernissen im Berufsalltag. Im Jahr 2016 traf nur jeder dritte selbständige Apotheker diese Aussage. Inzwischen wenden die Apotheker mehr als zehn Prozent ihrer Arbeitszeit dafür auf, um bei Engpässen gemeinsam mit Ärzten, Großhändlern und Patienten nach Lösungen zu suchen. Fast jeder fünfte Apothekeninhaber schätzt den Aufwand sogar auf mehr als 20 Prozent der Arbeitszeit.

Nach Berechnungen des Deutschen Arzneiprüfungsinstituts (DAPI) hat sich die Anzahl der nicht verfügbaren Rabattarzneimittel von 4,7 (2017) auf 9,3 (2018) Millionen Packungen zuletzt verdoppelt. Betroffen ist somit jedes 50. Rabattarzneimittel – das waren 9,3 von 450 Millionen Packungen im Jahr 2018. Schmerzmittel (z.B.

Ibuprofen), Blutdrucksenker (z.B. Valsartan), Säureblocker (Pantoprazol) und Antidepressiva (z.B. Opipramol) machten 2018 die „Hitliste“ der Lieferengpässe aus. Eine Studie der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) hatte 2017 ergeben, dass die Mehrzahl der Apotheker infolge eines Engpasses einen Arzneistoff der zweiten Wahl oder eine weniger geeignete Darreichungsform abgeben musste.

Die Ursachen für Lieferengpässe sind vielfältig. Der Kostendruck in Staat und Gesellschaft zielt darauf ab, dass lebenswichtige Medikamente möglichst billig sein sollen. Diese Denkschule schlägt sich auch im Handeln einzelner Akteure nieder, die einzeln ganz rational handeln, aber in Summe zuweilen Probleme für die Versorgung verursachen. Global betrachtet findet die Wirkstoffproduktion für den Weltmarkt aus Kostengründen oft in wenigen Betrieben in Fernost statt. Ein Beispiel sind lebenswichtige Antibiotika, deren Produktion sich auf China und Indien konzentriert. Steht die Produktion aus technischen Gründen zeitweilig still oder wird eine Charge aus Qualitätsgründen nicht freigegeben, können auch große Hersteller in Europa ihre Fertigarzneimittel nicht produzieren und ausliefern. Hierzulande können auch andere, gesetzlich zulässige Entwicklungen zu Lieferengpässen beitragen, etwa wenn Rabattverträge der Krankenkassen nur mit einem Hersteller abgeschlossen werden oder wenn Im- und Exportgeschäfte von Parallelhändlern den Markt leerfegen.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) pflegt kontinuierlich eine Lieferengpassliste für wichtige Arzneimittel. Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) unterhält eine Liste für Impfstoffe. Das BfArM führt außerdem regelmäßige „Jours fixes“ zu Liefer- und Versorgungsengpässen durch, zu deren Teilnehmerkreis auch die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) gehört. Deutschlands Apotheker engagieren sich innerhalb des Zusammenschlusses der Apotheker in der Europäischen Union (ZAEU) auch auf europäischer Ebene ganz massiv für den Kampf gegen Lieferengpässe. Auf dem Deutschen Apothekertag 2019 wurden mehrere Grundsatzbeschlüsse gefasst und Forderungen an Politik, Unternehmen und Krankenkassen gestellt. Dazu gehören eine Exportbeschränkung bei versorgungsrelevanten Medikamenten, wenn ein Engpass droht, und die Schaffung von Anreizen für eine Rückverlagerung der Arzneimittelproduktion nach Europa.

Derweil arbeiten die Apotheken in Deutschland tagtäglich daran, dass aus Lieferengpässen bei einzelnen Medikamenten keine Versorgungsengpässe für ganze Patientengruppen entstehen. Wenn ein bestimmtes Präparat nicht verfügbar ist, muss der Apotheker ein wirkstoffgleiches Medikament beschaffen oder mit dem Arzt wegen eines neuen Rezeptes für einen anderen Wirkstoff sprechen. Schließlich darf kein Patient unversorgt bleiben.

Die Gefahr ist erkannt

Politik ist schon aus den Startlöchern

Was also ist zu tun, um die Situation im Arzneimittelbereich möglichst schnell aber auch nachhaltig zu entspannen? Als Konsequenz aus dem Valsartan-Skandal reagierte die Bundesregierung zeitnah mit dem im Sommer dieses Jahres in Kraft getretenen Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV). Neben einer Stärkung der für die Koordination von eventuellen Rückrufaktionen zuständigen Behörden und Maßnahmen zur Steigerung der Transparenz bzgl. der Wirkstoffhersteller ist vorgesehen, dass bei künftigen Rabattvertragsverhandlungen auch die „Aspekte der Vielfalt der Anbieter sowie die Gewährleistung einer unterbrechungsfreien und bedarfsgerechten Lieferfähigkeit“ zu berücksichtigen sind.

Konkreter wurde der Gesetzgeber hier nicht. Dies dürfte allerdings nicht ausreichen, um auf die vielschichtigen Ursachen der Arzneimittelengpässe zu reagieren. Dies bewerteten Gesundheitspolitiker parteiübergreifend ähnlich und der Arzneimittelexperte der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Michael Hennrich, erarbeitete parallel ein Positionspapier, welches sich eingehender mit möglichen Maßnahmen beschäftigt*. Aus gutem Grund: Angesichts des vom Bundesgesundheitsministerium initiierten Masernschutzgesetzes, welches im März 2020 in Kraft treten soll, wären Lieferengpässe – wie sie in der jüngsten Vergangenheit bei bestimmten Gürtelrosenimpfstoffen aber auch bei Vakzinen gegen Masern aufgetreten sind – einigermaßen peinlich und würden das Ziel, die Impfquoten deutlich zu erhöhen, torpedieren.

Rabattverträge limitieren?

Neben den „Klassikern“ – die Ausweitung der Erfassungssysteme und Meldepflichten bei drohenden Lieferengpässen – enthält das Papier auch weitergehende, größer gedachte Vorschläge. Diese könnten laut Hennrich in das Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken, welches allerdings im Moment aufgrund der nötigen Abstimmung mit der Europäischen Union in der „Warteschleife“ hängt, einfließen.

So soll etwa die Ausweitung der Vorhaltepfllicht in Kliniken, Apotheken und bei Großhändlern bei sogenannten versorgungsrelevanten Arzneimitteln auf vier Wochen im Sinne einer dezentralen nationalen Arzneimittelreserve mögliche Engpässe überbrücken helfen. Diesen Vorschlag hält auch die Bundesärztekammer für sinnvoll. Welche Medikamente in welchem Umfang vorgehalten werden müssen, sollten Ärzteschaft und Politik ge-

meinsam mit Kostenträgern und Pharmaunternehmen festlegen, so Dr. Ellen Lundershausen, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer.

Laut Positionspapier sollen auch versorgungsrelevante Arzneimittel im Falle eines Engpasses als ultima ratio der Möglichkeit von Exportbeschränkungen unterliegen. Die Liste dieser Wirkstoffe wurde auf der Basis der Vorschläge der medizinischen Fachgesellschaften und der WHO-Liste der essenziellen Arzneimittel zusammengestellt. Und: Die Diskussion um die Ausgestaltung der Rabattverträge wurde ebenfalls aufgegriffen. Entsprechende Ausschreibungen sollen in Zukunft nur erfolgen, wenn mindestens drei Anbieter und zwei Wirkstoffhersteller vorhanden sind – zusätzlich soll die Vergabe grundsätzlich auf mindestens zwei unterschiedliche Anbieter verteilt werden.

Förderung der Produktion durch EU?

Die Unionsfraktion schlägt auch vor, die Förderung der pharmazeutischen Produktion in der Europäischen Union zu einem Schwerpunkt der deutschen Ratspräsidentschaft 2020 zu machen. Hier seien vielfältige Ansätze denkbar, etwa in Vergabeverfahren europäische Produktionsstandorte und somit Arzneimittel ‚Made in Europe‘ zu privilegieren. Darüberhinausgehende gesetzliche Vorgaben, etwa in Form von Förderklauseln, wollen die Unions-Gesundheitspolitiker jedoch nicht anheben.

Den sich zum großen Teil aus den globalisierten Lieferketten ergebenden Problemen soll also eine Rückverlagerung der Arzneimittel-Produktion nach Deutschland und Europa entgegengestellt werden. Doch wie realistisch ist das überhaupt? Wenn sich unter den aktuellen Bedingungen schon eine laufende Produktion in Europa nicht mehr rechnet, wie dann der immens aufwendige (Wieder-)Aufbau von Produktionsstandorten?

Zu dieser Frage legte die Unternehmensberatung Roland Berger Ende 2018 eine Studie vor, welche am Beispiel von Antibiotikawirkstoffen mögliche Ansätze zur Rückverlagerung bzw. zum Neuaufbau lokaler Produktion untersucht. Zentrales Ergebnis: Eine lokale Produktion für den europäischen Markt ist bei derzeitigem Preisniveau nicht wirtschaftlich. Im Vergleich zur Konkurrenz sind die Herstellungskosten aufgrund der hohen Betriebs- und Investitionskosten schlichtweg deutlich zu hoch. Ohne staatliche Unterstützung wird es also nicht gehen. Auch die Experten von Roland Berger sprachen sich für Preisregulierungen durch Eingriffe am Markt aus – sprich die gesetzlich verankerte Bevorzugung von europäischer Produktion.

Eine gesamteuropäische Lösung scheint also sinnvoll, zumal Lieferengpässe und Versorgungsmängel im Arzneimittelbereich keine exklusiv deutschen Probleme sind: Ähnlich sieht es beispielsweise in den Nachbarländern Frankreich, Niederlande, Belgien und Österreich aus. Auch hier werden die Rufe nach mehr „Made in Europe“ lauter.

Es bleibt zu hoffen, dass im Spannungsfeld zwischen Kostendruck und qualitativ hochwertiger und vor allem verlässlicher Arzneimittelversorgung ausbalancierte Lösungen gefunden werden, denn bereits jetzt führen die Probleme zu einem ernstzunehmenden Vertrauensverlust in das deutsche Gesundheitssystem.

*siehe auch „nach Redaktionsschluss“ auf Seite 9



Methodenbewertung beim G-BA: Mehr Staat statt Selbstverwaltung? Angriff mit vereinten Kräften abgewehrt!

An der Sinnhaftigkeit der namensgebenden Grundidee bestand bei diesem Gesetz aus dem Hause des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn keinerlei Zweifel, trotzdem wurde im Vorfeld des Bundestagsbeschlusses zum „Gesetz zur Errichtung eines Implantateregisters Deutschland und zu weiteren Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ (Implantateregister-Errichtungsgesetz – EIRD) erbittert um die Inhalte des Gesetzentwurfes gerungen.

Neben den Regelungen zur Errichtung eines Implantateregisters, dieses soll mittels der erzielten Transparenz und Nachverfolgbarkeit künftig die Sicherheit und Qualität von Implantationen sowohl für gesetzlich wie auch privat Versicherte verbessern, enthielten frühe Entwürfe des Gesetzes auch höchst umstrittene Anpassungsregelungen bezüglich der Methodenbewertung beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Mittels der aufwendigen Methodenbewertungsverfahren wird im Gemeinsamen Bundesausschuss, dem höchsten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen, der

Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse konkretisiert. So wird im Zusammenspiel von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KZBV), Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und GKV-Spitzenverband unter Beteiligung von Patientenvertretern auch darüber entschieden, ob die Krankenkassen die Kosten neuer Methoden für die Patienten übernehmen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nimmt eigentlich – so die gesetzliche Grundlage – „nur“ die Rechtsaufsicht wahr.

Und genau an dieser Rollenaufteilung sollte intensiv gekratzt, vielleicht sollte man eher sagen ‚gesägt‘, werden. Bereits in den Entwürfen des im Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) war vorgesehen, dem Bundesgesundheitsministerium die Möglichkeit zu eröffnen, selbst darüber zu entscheiden, ob die Krankenkassen für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zahlen müssen.

Dies sollte per Rechtsverordnung und ohne Zustimmung des Bundesrats möglich sein. Damals entspann sich die

Diskussion konkret am Anwendungsfall des Fettsaugens bei Lipödem

– diesen hatte das BMG bereits parat. Dieser erste Vorstoß wurde allerdings so scharf kritisiert, und zwar von weiten Teilen der Selbstverwaltung, von dem unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses Professor Josef Hecken und nicht zuletzt auch seitens

der Regierungskoalition, dass die Pläne zunächst in der Schublade verschwanden. Hauptkritik damals:

Eine solche Entscheidung des Bundesgesundheitsministeriums untergrabe die beim Gemeinsamen Bundesausschuss etablierten hohen Standards der evidenzbasierten Medizin. Professor Hecken sprach prägnant von einem „Schritt zurück ins medizinische Mittelalter“.

Nach diesem ersten Fehlversuch startete Bundesgesundheitsminister Spahn im Rahmen des parlamentarischen Verfahrens zum Implantateregister-Errichtungsge-

Wesentliche Regelungen zu den Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses im Implantateregister-Errichtungsgesetz

Die bisherige Fristvorgabe für Methodenbewertungsverfahren des G-BA wird von drei auf zwei Jahre verkürzt. Zeichnet sich ein halbes Jahr vor Fristablauf ab, dass ein Beschluss nicht zustande kommt, sollen die unparteiischen GBA-Mitglieder gemeinsam einen eigenen Vorschlag vorlegen.

Die Bewertung von Methoden im stationären Bereich wird durch die Erweiterung der Antragsrechte auf die unparteiischen Mitglieder des G-BA gestärkt.

Das BMG wird ermächtigt, Erlasse zu den Verfahrensvorschriften der Methodenbewertungen zu beschließen – etwa zu Fristen, Prozessschritten oder auch zur Ausgestaltung der Stellungnahmeverfahren.

setz einen neuen Versuch. Tenor der Begründung: Man schätze die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses durchaus, aber dieser brauche für seine Entscheidungen zuweilen recht lang.

Um die Verfahren zu beschleunigen, wählte das Ministerium Spahns erneut einen strittigen Ansatz. Demnach sollte der Gemeinsame Bundesausschuss seine Methodenbewertungsverfahren künftig nach zwei Jahren – statt wie bislang nach drei Jahren – abgeschlossen haben. Sollte das Gremium in dieser Zeit keinen Beschluss gefasst oder festgestellt haben, dass der Nutzen der Methode noch nicht hinreichend belegt sei, „obwohl eine Anerkennung des Nutzens nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin vertretbar wäre“, sollte wiederum das Bundesgesundheitsministerium per Rechtsverordnung entscheiden können. Dies sollte ebenso gelten, wenn ein bereits getroffener Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses dazu führen würde, dass „keine ausreichende Versorgung zur Verfügung steht“ – das Selbstverwaltungsgremium sollte also überstimmt werden können. Wohlgedenkt nach einer Entscheidung auf Basis einer umfassenden Prüfung der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz, der Heranziehung der Expertise des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), der Berücksichtigung der Ergebnisse aus den Stellungnahmeverfahren sowie eingehender Beratungen.

Kein Wunder also, dass auch dieser Vorstoß für heftige Kritik sorgte. So lehnte unter anderem die Bundesärztekammer die vorgesehenen Änderungen strikt ab. Die Folgen des gravierenden Systemwechsels – weg von dem prägenden und bewährten Prinzip der Selbstverwaltung hin zu unmittelbarem staatlichen Handeln ohne entsprechende Ressourcen und Kompetenzen – seien für alle Beteiligten einschließlich der Patientinnen und Patienten nicht absehbar. Diese inhaltliche Kritik wurde so erneut auch von den Spitzen der KBV, des GKV-Spitzenverbandes und des G-BA geäußert.

Auch auf Druck der Parlamentarier der Regierungskoalition hin wurden die gravierenden Änderungen der Arbeitsgrundlage des Gemeinsamen Bundesausschusses schließlich deutlich abgeschwächt (siehe Info-Kasten).

Professor Hecken dankte im Nachgang dem Bundestag ausdrücklich für die Abwehr der geplanten „fachlichen Übergriffsmöglichkeiten“. Die wiederholten Vorstöße des BMG seien aber

„bemerkenswert“, da in der Vergangenheit nur ganz wenige der Beschlüsse des G-BA von der Rechtsaufsicht beanstandet worden seien. Zudem gebe es trotz natürlich vorhandener Optimierungspotenziale keinen Anlass für ein undifferenziertes „G-BA-Bashing“. Dies beweise nicht zuletzt die Erfüllung der gesetzlich erteilten, zum Teil sehr komplexen Regelungsaufträgen aus der 18. Wahlperiode – von den 57 neuen Aufgaben habe man faktisch alle fristgerecht erfüllt und daneben noch rund 1.300 „Routinebeschlüsse“ gefasst.

In der Tat dürfte die Politik eher wenig Interesse daran haben, den G-BA zu stark „zurechtzustutzen“ oder gar abzuschaffen. Denn auf die Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung kann nicht verzichtet werden: Alle bisherigen 18 Gesundheitsgesetze aus dem Hause Spahn enthielten neue Aufträge an den G-BA ...

„Das Implantateregister ist ein wichtiger Schritt für mehr Patientensicherheit. Patienten sollen sicher sein können, dass Implantate höchsten Qualitätsansprüchen genügen und sie bei Problemen mit Implantaten schnell informiert werden. Zudem sorgen wir dafür, dass Patienten schneller Zugang zu neuen Therapien bekommen. Sie sollen wissen: Wenn es möglich ist, ihre Behandlung zu verbessern, fällt die Entscheidung sorgfältig, aber auch mit der nötigen Dringlichkeit.“

Jens Spahn (CDU), Bundesminister für Gesundheit

„Am Ende dieses Tages werde ich froh über das Vertrauen sein, das der Bundestag dem G-BA als Selbstverwaltungsgremium gegenüber zum Ausdruck bringt. Bedauerlich ist allerdings der deutlich gewordene Umstand, dass der Gesetzgeber uns offenbar mehr vertraut und mehr zutraut, als es die Rechtsaufsicht zu tun scheint.“

Professor Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA

Im Gespräch mit Baden-Württembergs Kammerpräsident und Hartmannbund-Mitglied Dr. Wolfgang Miller

Die Medizin lebt vom Fortschritt. Dem dürfen wir uns nicht verschließen.

Während jenseits von politischen und berufspolitischen Entscheidungen innerhalb der Ärzteschaft noch immer über das Für und Wider, mindestens aber über das sinnvolle Maß an Telemedizin und Fernbehandlung diskutiert wird, schreitet man im „Ländle“ weiter voran und macht Nägel mit Köpfen. Das Hartmannbund Magazin sprach mit Baden-Württembergs Kammerpräsident und Hartmannbund-Mitglied Dr. Wolfgang Miller, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, über Modellversuche, Startschwierigkeiten, Skeptiker und Perspektiven.

Herr Dr. Miller, warum liegt Baden-Württemberg bei der Fernbehandlung im Vergleich mit anderen Bundesländern eigentlich so weit vorn?

Schon 2016 haben wir als erste Landesärztekammer die abschließliche ärztliche Fernbehandlung im Rahmen von Modellprojekten erlaubt. Die Musterberufsordnung mit einer generellen Öffnung wurde erst im Mai 2018 angepasst. Wir haben einfach zwei Jahre Vorsprung. Noch wichtiger ist, dass wir seither Erfahrungen sammeln. Die Träger der Modellprojekte sind zur wissenschaftlich begleiteten Evaluation verpflichtet. Dadurch wissen wir, was tatsächlich stattfindet, was glatt läuft und was noch besser gemacht werden kann. Aus den ersten Zwischenergebnissen können wir sagen: Fernbehandlung funktioniert – wenn die Voraussetzungen stimmen.



Miller: Digitalisierung macht nicht an Ländergrenzen halt. Was telemedizinisch gut gemacht werden kann, wird sich durchsetzen.

Wir haben ein Stück weit Neuland betreten und erst einmal Zeit und Energie investiert. Die Technik muss stimmen, die Patientensicherheit und der Datenschutz müssen gewährleistet sein. Vor allem war für uns die spannende Frage: Wird das funktionieren, wenn der Arzt und der Patient sich nicht persönlich begegnen? Das ist für uns alle ja seit dem Studium eine Grundvoraussetzung. Im direkten Kontakt, eins zu eins mit dem Patienten, liegt unsere Kernkompetenz. Kann das virtuell geleistet werden? In einem so wichtigen Punkt von bewährten Grundsätzen abzuweichen, erfordert Vorsicht und eine enge Abstimmung mit den Akteuren. Die Medizin lebt vom Fortschritt. Dem dürfen wir uns nicht verschließen. Aber genauso, wie eine neue Behandlungsmethode oder ein neues Medikament nur mit wissenschaftlicher Begleitung erprobt und eingeführt werden kann, wollten wir auch die ausschließliche ärztliche Fernbehandlung unter definierten Bedingungen evaluieren.

Und wie kam es dazu, dass die Berufsordnung geändert wurde?

Das hängt mit der Geografie zusammen: Unser Nachbar ist die Schweiz, dort wird seit Jahren die Fernbehandlung von Patienten praktiziert, ohne dass sich Arzt und Patient vorher oder danach jemals begegnet wären. Auch baden-württembergische Ärztinnen und Ärzte waren für Schweizer Callcenter tätig. Bald stand die Frage im Raum, ob diese Tätigkeit am Telefon auch von zuhause erledigt werden darf. Das war aber nach der damals gültigen Berufsordnung nicht erlaubt. So kam der Stein ins Rollen ...

2017 hat die Landesärztekammer Baden-Württemberg dann ihre Herangehensweise dem Deutschen Ärztetag vorgestellt...?

Richtig; da war es von Vorteil, dass der Ärztetag in Freiburg stattfand, und die Tagesordnung von uns auch ein klein wenig mitgestaltet werden konnte. Den Delegierten haben wir aufgezeigt, dass die Digitalisierung nicht an Ländergrenzen halt macht und vor allem in Zukunft auch für die berufliche Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten eine prägende Rolle spielt. Der Ärztetag hat unsere ersten Erfahrungen sehr interessiert aufgenommen, die Entscheidung über das weitere Vorgehen aber auf das Folgejahr vertagt. Erst beim Deutschen Ärztetag in Erfurt 2018 wurde dann die Muster-Berufsordnung hinsichtlich der Fernbehandlung liberalisiert.

Was bedeutete diese Entscheidung für die baden-württembergische Modell-Regelung?

Zunächst einmal nichts. Wir hatten und haben ja eine geltende Berufsordnung. Die Modellprojekte laufen gut, wir sammeln wertvolle Erfahrungen. Dennoch ist eine weitere Öffnung im Sinne der

Musterberufsordnung auch für uns ein Thema. Damit würden wir mit den meisten anderen Ärztekammern gleichziehen und auf den Genehmigungsvorbehalt verzichten.

Hat die Telemedizin – aus Ihrer Sicht – Startschwierigkeiten?

Sicherlich lassen sich Erfahrungen aus der Schweiz nur eingeschränkt auf Deutschland übertragen. Mit verantwortlich für die große Nachfrage bei den Eidgenossen ist der Umstand, dass die Versicherten eine geringere Prämie bezahlen, wenn sie zunächst das Callcenter anrufen und erst danach, wenn es nötig ist, eine Arztpraxis aufsuchen. Davon sind wir weit entfernt. Aber auch andere Rahmenbedingungen haben den Start der Fernbehandlung erschwert, denken Sie nur daran, dass in der Vergangenheit beispielsweise Fernrezepte und Fern-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nicht statthaft waren. Hier ist vieles im Fluss, die rechtlichen Voraussetzungen wurden und werden angepasst. GERDA – der E-Rezeptdienst der Apotheken für gesetzlich Versicherte in Baden-Württemberg ist am 4. November gestartet. Auch hier sind wir Vorreiter. Vieles lässt sich bewegen, wenn man mit einem guten Projekt loslegt und sich auch von Rückschlägen nicht beirren lässt.

Welches sind die grundsätzlichen Probleme bei der Fernbehandlung?

Als Ärztinnen und Ärzte haben wir von der Pike auf gelernt, unser Gegenüber nicht nur genau zu beobachten, sondern auch zuzuhören. Beides ist beispielsweise bei der Videotelefonie möglich. Aber die körperliche Untersuchung, Fühlen, Riechen, die Wahrnehmung des Patienten in seiner ganzen Gestik und Körperhaltung fallen weg und müssen – so gut es geht – durch gezielte Fragestellungen kompensiert werden. Wir kennen das ja heute schon von der telefonischen Beratung unserer eigenen Patientinnen und Patienten. Da ist man immer etwas vorsichtiger, fragt lieber nochmals nach. Das ist für einen Arzt grundsätzlich nichts Neues.

Wir brauchen ganz sicher keinen Facharzt für Telemedizin. Digitale Kompetenz gehört heute zu jeder Berufsausübung. Die Jungen wachsen organisch in diese Welt hinein, die älteren integrieren das in ihr tägliches Tun. Die Kammer unterstützt das unter anderem durch das Fortbildungs-Curriculum „Digitale Gesundheitsanwendungen in Praxis und Klinik“. In wenigen Jahren wird das so selbstverständlich sein, wie gestern das Telefonieren und heute der Chat.

Haben Sie Verständnis für Skeptiker?

Sehr sogar. Sie wollen ja nicht verhindern, sondern darauf aufmerksam machen, dass wir nicht allzu technikgläubig sein sollten. Patientensicherheit und die Qualität stehen stets im Mittelpunkt bei der Umsetzung der Modellprojekte. Dabei müssen wir aber aufpassen, dass die Ärzteschaft beim Thema Digitalisierung nicht den Anschluss verpasst. Fernbehandlung funktioniert über Ländergrenzen hinweg. Wir müssen selber vorn dabei sein und

dürfen das Feld nicht ausländischen Großkonzernen überlassen. Denn kommen wird die digitale Medizin auf jeden Fall.

Welche Modellprojekte gibt es bisher in Baden-Württemberg?

Insgesamt haben wir sieben Modelle genehmigt. Vier sind gestartet und werden evaluiert. docdirekt, die allgemeine Telesprechstunde der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, war zunächst begrenzt auf Stuttgart und Tuttlingen, konnte rasch auf das ganze Land ausgeweitet werden. Jeder gesetzlich Versicherte kann sich hier beraten lassen und neuerdings auch ein elektronisches Rezept erhalten, das er in einer Apotheke einlösen kann. Ein ähnliches Modellprojekt für Privatversicherte wird von der in München ansässigen Teleclinic betrieben. Überwiegend Hautkrankheiten werden, bisher privatärztlich, im Projekt Appdoc / Intimarzt behandelt. Das bietet sich natürlich an, da die Hauptdiagnostik des Hautarztes das genaue Hinschauen ist. Das ist durch die immer bessere Bildauflösung auch auf die Distanz relativ gut möglich. Ein ganz anderes Problem geht das Land selber an mit seinem Modellprojekt für die ärztliche Versorgung in den Haftanstalten. Wenn kein Anstaltsarzt verfügbar ist, kann manches auch telemedizinisch zwischen den Inhaftierten und dem Telearzt geklärt werden. Ergänzend ist hier auch ein Dolmetscherdienst angeschlossen. Weitere Projekte sind in Vorbereitung.

Wohin geht die Entwicklung weiter?

Die Nutzungszahlen sind bei allen Modellprojekten derzeit noch überschaubar. Darüber sollten wir nicht traurig sein. In den Modellprojekten können wir mit aller Sorgfalt die Stärken, aber auch die Risiken erkennen und die Prozesse anpassen. Auch gibt es noch keinen Druck, die Telemedizin in Anspruch zu nehmen, weder finanziell durch entsprechende Anreize wie in der Schweiz, noch durch eine Verknappung unseres sehr breit aufgestellten Angebots. Sowohl die Regelversorgung als auch der Notfalldienst sind ja schon heute sichergestellt.

Die Fernbehandlung soll und wird sich dort durchsetzen, wo sie für die Beteiligten echte Vorteile bringt. Schließlich muss das auch in der Vergütung abgebildet werden. Bisher sind Videosprechstunden für Bestandspatienten und auch die Honorare in der Fernbehandlung relativ gering. Der Arzt-Patienten-Kontakt ist recht zeitaufwändig, dadurch lassen sich nicht im großen Stil Sprechstundentermine ersetzen.

Die Fernbehandlung ist ein weiteres Element, sie wird bald selbstverständlich zur Versorgung gehören. Was telemedizinisch gut gemacht werden kann, wird sich durchsetzen. Und wir werden lernen, wo die Grenzen sind. An dieser Stelle bin ich weder ängstlich noch euphorisch. Im Mittelpunkt steht die hochwertige Patientenversorgung, der direkte Austausch zwischen dem Patienten und seinem Arzt, das gemeinsame Besprechen des richtigen Wegs. Daran hat sich seit Hippokrates nichts geändert. Und auch die Fernbehandlung kann nur ein Mittel sein, dieses Ziel möglichst optimal zu erreichen.

Spahn bleibt auf der gesetzgeberischen Überholspur Öffnet der Minister bis Weihnachten noch das 24. Kalendertürchen?

Über 20 noch laufende oder bereits abgeschlossene Gesetzgebungsverfahren, dazu diverse Verordnungen – mittlerweile übersteigt die Anzahl der von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn vorgelegten Gesetze die Zahl seiner Amtsmonate. Jüngst vom Bundestag beschlossen wurden beispielsweise das Pflegelöhnerverbesserungsgesetz, das MDK-Reformgesetz, das Masernschutzgesetz, das Implantateregister-Errichtungsgesetz und das Digitale-Versorgung-Gesetz. Über den Gesundheitsbereich hinaus gibt es einen überraschenden Vorstoß Spahns, das Strafrecht bei Gewalt gegen medizinisches Personal von Notdiensten und Notfallambulanzen zu verschärfen. Hierzu ist ein Gesetzentwurf in Vorbereitung. Wer´s mit Humor nimmt, könnte sich die Frage stellen, ob der Minister – passend zur Adventszeit – bis Weihnachten die „24“ voll bekommt...

Oftmals sind wichtige Regelungen für die Ärzte in den verschiedenen Gesetzen enthalten. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz soll unter anderem der Einsatz von unterstützenden Instrumenten wie Telemedizin und Videosprechstunde erleichtert werden. Zudem haben Ärzte künftig mehr Möglichkeiten, sich auf digitalem Weg per Telekonsilien mit Kollegen auszutauschen – die Vergütung erfolgt außerhalb des Praxisbudgets. Auch die Zettelwirtschaft wird mit dem Gesetz weiter angegangen: Nachdem in vorherigen Gesetzen bereits die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Apotheken-Rezepte auf den elektronischen Weg gebracht wurden, sollen künftig auch alle weiteren veranlassten Leistungen, wie Heil- und Hilfsmittel und die häusliche Krankenpflege, auf elektronischem Weg verordnet werden können. Die konkreten Verfahren und Abläufe sollen zunächst in Pilotprojekten getestet werden.

Ebenfalls Teil des Digitale-Versorgung-Gesetzes: Der Innovationsfonds, angesiedelt beim obersten Gremium der Selbstverwaltung, dem Gemeinsamen Bundesausschuss, soll bis 2024 mit 200 Millionen Euro jährlich fortgeführt werden. Eine bislang wenig beachtete Gesetzes-Passage ermöglicht zudem künftig die Entwicklung von medizinischen Leitlinien unter Zuhilfenahme von Fördermitteln des Innovationsfonds. Diese finanzielle Unterstützung der bisher vorwiegend ehrenamtlich erbrachten Arbeit der medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften und weiterer Beteiligten dürfte die Durchführung qualitativ hochwertiger Leitlinienprojekte deutlich erleichtern.

Aufs Schärfste abzulehnen ist die im Masernschutzgesetz enthaltene Regelung, wonach Apotheker im Rahmen von Modellvorhaben Erwachsene gegen Grippe impfen können sollen. Diese „Testballons“ sollen im Regelfall auf fünf Jahre begrenzt sein und dann nach wissenschaftlichen Standards evaluiert werden. Es bleibt abzuwarten, ob es aus der Apothekerschaft überhaupt die Bereitschaft gibt, die im Gesetz vorgesehenen Voraussetzungen zu erfüllen – nötig wären Vertragsverhandlungen mit den Kassen, eine ärztliche Schulung sowie geeignete Räumlichkeiten. Und, was noch schwerer wiegt, ob sich Apotheker überhaupt auf den laut Einschätzung vieler Experten problematischeren und rechtunsicheren Weg begeben, erheblichen ungeklärten Haftungsrisiken ausgesetzt zu sein, deren Wucht im Ernstfall wahrscheinlich die einzelne betroffene Apotheke alleine stemmen müsste.

Das Jahr 2019 endet gesundheitspolitisch temporeich und auch mit Beginn des nächsten Jahres dürfte der Bundesgesundheitsminister die gesundheitspolitische Gesetzgebung wieder auf die Überholspur lenken. Der komplexe Ausgleich der Unwuchten der Versichertenrisiken der gesetzlichen Krankenkassen, die schon im Gesetzgebungsverfahren befindliche Reform des „Risikostruktur-Ausgleich“ im Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz, steht schon auf Spahns Neujahrs-Agenda. Ein auch für die ambulant tätigen Ärzte wichtiges Gesetz, mit dem geplant ist die Vertragsstrukturen von Selektivverträgen mit gesetzlichen Krankenkassen in umstrittener Form zu verändern. Und auch die Reform der Notfallversorgung harret schon seit dem Sommer 2019 auf ihren endgültigen Start.

Im kommenden Jahr will Spahn sich nun auch verstärkt dem Krankenhausbereich zuwenden, einen ersten Aufschlag hat er schon mit der Reform der Medizinischen Dienste und der Krankenhausabrechnungen gemacht. Für weitere Reformen nehmen nicht nur die chronischen Fragen wie die nach ausreichender Finanzierung, sondern auch die Diskussion um weitere Reformen des Fallpauschalen-Systems Fahrt auf. Ebenfalls sind Gesetzgebungen im Bereich Rehabilitation und Intensivpflege geplant. Daneben werden Reformvorschläge für den Pflegebereich erwartet, die der Minister für das Frühjahr 2020 angekündigt hat – ein Stichwort ist hier die Problematik steigender Eigenanteile pflegebedürftiger Heimbewohner.

Zum Jahreswechsel wird die Reformkommission zur ärztlichen Vergütung aller Voraussicht nach ihre Vorschläge vorlegen, die nicht nur die Debatte um die Bürgerversicherung wieder anheizen dürfte. Es tritt erneut die drängende Frage ins politische Rampenlicht, ob die Bundesregierung nicht doch im 21. Jahrhundert und der Dekade der digitalen Transformation die völlig antiquierte privatärztliche Gebührenordnung novellieren will – losgelöst von jedweden ideologischen Positionierungen. Schließlich ist der Umgang mit dieser Steinzeit-GOÄ gelebter und vor allem erlittener Alltag der Ärzte. Die Ärzteschaft hat zusammen mit den privaten Krankenversichern ihre Hausaufgaben für eine moderne GOÄ gemacht und steht, wie die Beteiligten öffentlich darlegen, ab dem Jahr 2020 mit ihren Vorschlägen für die Politik auf Abruf.

Die Reformkaskade Jens Spahns geht ab dem Jahr 2020 verstärkt in die Umsetzung, das sollte mit Rückblick auf das Jahr 2019 nicht vergessen werden. Auch das wird den Betroffenen noch gewaltige Kraftanstrengungen abverlangen.

Hauptversammlung formuliert klares Votum Schluss mit dem unkoordinierten Zugang zur Versorgung!

Insgesamt 21 Resolutionen haben die Delegierten der zweitägigen Hauptversammlung des Hartmannbundes im November verabschiedet und dabei klare Positionen bezogen, wie etwa zu Fragen der Aus- und Weiterbildung, zur interprofessionellen Zusammenarbeit, zur Kommerzialisierung des Gesundheitssystems oder zur Medikamentsicherheit. In ihrem Leitartikel forderte die Versammlung – nach europäischem Vorbild – ein Ende des unkoordinierten Zugangs von Patientinnen und Patienten zu Leistungen des Gesundheitssystems. Dies liege sowohl im Interesse der in der Versorgung tätigen Akteure als auch derer, die auf medizinische Leistungen angewiesen seien, waren sich die Delegierten einig. Dieser Entscheidung vorausgegangen war ein interessanter Blick über den Tellerrand auf andere europäische Gesundheitssysteme.

In der von Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery souverän geleiteten Diskussion wurde vor allem deutlich: Nirgends können sich Patientinnen und Patienten so frei, aber auch so „unkoordiniert“ in den unterschiedlichen Versorgungsebenen bewegen wie in Deutschland, nirgends sind die Zugangshürden zu einer umfassenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung so niedrig. Dass diese auf den ersten Blick „paradiesischen“ Zustände bei genauerem Hinschauen – in einem mit be-

grenzten Ressourcen ausgestatteten System – auch ihre Schattenseiten haben, zeigte sich im weiteren Verlauf der Debatte. Denn der Verzicht auf relevante Lenkungsmechanismen oder gar Zugangshürden funktioniert im Wesentlichen auf dem Rücken der Akteure in der Versorgung und zulasten derer, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes kurzfristigen Zugang zum System benötigen.

Kritisch setzte sich die Versammlung auch mit der zunehmenden Kommerzialisierung des Gesundheitswesens auseinander. Sorgen macht sich der Hartmannbund-Vorsitzende, Dr. Klaus Reinhardt, in diesem Zusammenhang nicht zuletzt auch um das Personal in den Kliniken. Denn um in einem unterfinanzierten System nicht in die Insolvenz zu kommen, sei der Einfluss der Ökonomen in den Krankenhäusern zu groß geworden. Er rief die Bundesländer dazu auf, eine besser abgestimmte Krankenhausplanung auf den Weg zu bringen: „Es wäre sinnvoll, dass sich die Verantwortlichen vor Ort überlegen, wo man clustern kann“. Handele man hier nicht koordiniert und – im Sinne der Versorgung – sachgerecht, werde die Kommerzialisierung weiter voranschreiten. Dieser Missstand werde dann auf dem Rücken von Ärzten und Pflegenden übertragen. „Der Bogen zwischen den Kaufleuten und der Ärzteschaft ist bereits extrem gespannt. Ich glaube, die Sehne ist nicht mehr weit davon entfernt zu reißen“, sagte Reinhardt.



Zu den verabschiedeten Resolutionen und zu Impressionen der Hauptversammlung geht es hier:
<https://www.hartmannbund.de/berufspolitik/informationen/hauptversammlung-2019-resolutionen-und-impressionen/resolutionen-der-hv-2019/>



Ärzterschaft und Politik diskutieren das Thema durchaus kontrovers Ärzte als Lotsen im Gesundheitssystem?

Ohne Frage ist das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich immer noch als sehr leistungsfähig einzuschätzen – aber es gibt durchaus Herausforderungen und drohende oder sogar bereits spürbare Probleme. Dies gilt zum einen und besonders drängend für den Bereich der Pflege, zugleich mehren sich aber auch für die Versorgung durch niedergelassene Ärzte die Anzeichen für zunehmende Schwierigkeiten. Nachwuchssorgen und abnehmende Arztzeit pro Kopf durch sich ändernde Präferenzen bei den Arbeitsmodellen treffen auf vergleichsweise viel Arzt-Patientenkontakte inklusive unnötiger Doppeluntersuchungen und Mehrfachkonsultationen von Patienten. Ob und in welchem Maße dabei Ärzte als Lotsen eine geeignete Lösung zur „Patientensteuerung“ sind, darüber wird nicht nur politisch kontrovers diskutiert.

Durchschnittlich sucht jeder Deutsche pro Jahr immerhin 18-mal einen niedergelassenen Arzt auf – in den Nachbarländern Dänemark oder Niederlande sind es nur knapp siebenmal, bei gleicher Lebenserwartung wohlgeerntet. Auf die für die Patienten spürbaren Folgen der redundanten Arzt-Patienten-Kontakte, volle Arztpraxen und als zu lang empfundene Wartezeiten auf einen Termin, reagierte die Politik jüngst mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz. Maßnahmen wie offene Sprechstunden oder auch der Ausbau der Terminservicestellen doktern jedoch – der Wortwitz sei erlaubt – im Grunde nur an den Symptomen herum. Denn weder vermehrt sich so die knapper werdende „Ressource Arzt“, noch wird eine stärkere Patientensteuerung angestrebt.

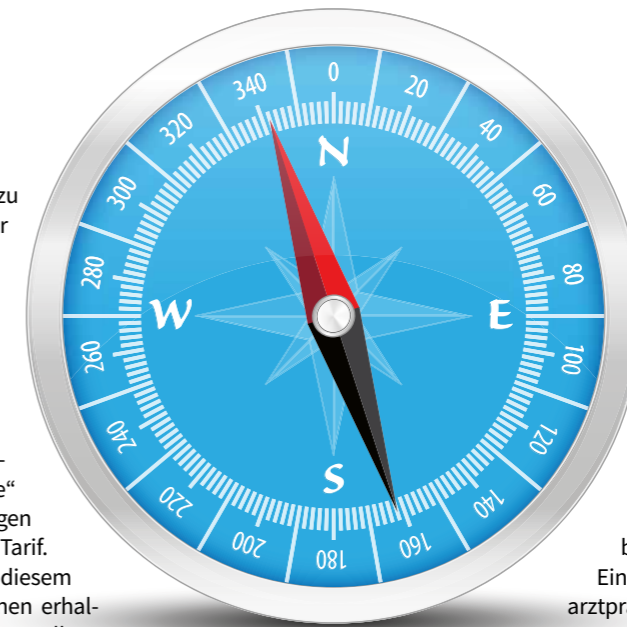
neimitteltherapie zielgerichteter und effizienter erfolgen – bei insgesamt geringeren Kosten für die Krankenkassen. Im HzV-Modell hat die Hausärztin bzw. der Hausarzt eine Lotsenfunktion inne: Als erster Ansprechpartner der Patienten werden die Beschwerden untersucht, behandelt und bei Bedarf die Koordination mit Fachärzten, Krankenhäusern und weiteren Heilberufen übernommen.

Teilnehmende Hausärzte müssen bestimmte Voraussetzungen, darunter Qualifikations- und Qualitätsanforderungen sowie verpflichtende hausarztspezifische Fortbildungen, erfüllen. Diese strukturellen Qualitätsanforderungen sollen sicherstellen, dass sich die HzV-Hausärzte auf dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens befinden und so ihre Aufgabe als Versorger und Lotse zugleich gut erfüllen können.

Umfragen verdeutlichen, dass die Rolle von Hausärzten als Lotse durch das medizinische Versorgungssystem sowohl bei Ärzten als auch in der Bevölkerung durchaus positiv gesehen wird. Die Versicherten können, neben den beschriebenen positiven Versorgungseffekten, auch von Angeboten wie Abendsprechstunden, Zuzahlungsermäßigungen oder auch Prämienzahlungen profitieren. Zu letzteren ist im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), dieses wurde erst im März dieses Jahres vom Bundestag beschlossen, eine entsprechende Bonus-Regelung für an der HzV teilnehmende Versicherte enthalten – diese sollen an den (noch genau zu beziffernden) Einsparungen beteiligt werden, die sich aus den HzV-Verträgen ergeben.

Trotz allem konzentrieren sich die in HzV-Verträgen eingeschriebenen gesetzlich Versicherten bislang stark in Süddeutschland, namentlich Bayern und Baden-Württemberg. Ulrich Weigeldt, frisch wiedergewählter Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärztesverbandes, betonte im Rahmen der Delegiertenversammlung seines Verbandes Ende September, dass man die Verbreitung der Hausarztzentrierten Versorgung in den Bundesländern, in denen es noch eine große Anzahl nicht eingeschriebener GKV-Versicherte gibt, vorantreiben wolle.

Und auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sprach und spricht sich wiederholt für ein bundesweites, optionales Primärarztmodell aus – dieses solle den Versicherten per Flexibilisierung der Tarifmodelle in der gesetzlichen Krankenversicherung schmackhaft gemacht werden. Im Konzept „KBV 2020“ sind dazu Wahltarife mit und ohne hausärztliche Patientenkoordination vorgesehen. Dabei sollen die Tarife mit hausärztlicher Koordination eine Verpflichtung der Versicherten beinhalten, den Hausarzt immer als ersten in Anspruch zu nehmen (außer im Notfall sowie bei der Inanspruchnahme von Augenärzten, Gynäkologen und Psychotherapeuten).



Die Tarife mit freiem Zugang zu allen Vertragsärzten sollen in der Beitragssatzhöhe über den koordinierten Tarifen liegen. Bei einer beliebigen und unkoordinierten Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen müsste also ein höherer Beitrag gezahlt werden – beziehungsweise erhielten die von Hausärzten gelotsten Versicherten eine „Prämie“ im Sinne finanzieller Einsparungen durch den freiwillig gewählten Tarif. Die Versicherten könnten mit diesem Modell ein Recht auf Wahloptionen erhalten und sich für die verantwortungsvolle Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen selbst belohnen – so die KBV.

Innerhalb der großen Koalition kristallisiert sich bislang allerdings keine ungeteilte Zustimmung zu diesem Modell heraus. Insbesondere seitens der SPD wird auf die bereits erwähnte Regelung des TSVG zu den möglichen Boni-Ausschüttungen verwiesen. Damit setze man auf positive Anreize, betonte Sabine Dittmar MdB, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion. Den Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lehne man ab, da dieser auf „Strafzahlungen“ für die Patienten hinausliefe. Gesundheitspolitiker der Union hingegen signalisierten zumindest Bereitschaft, sich ernst-

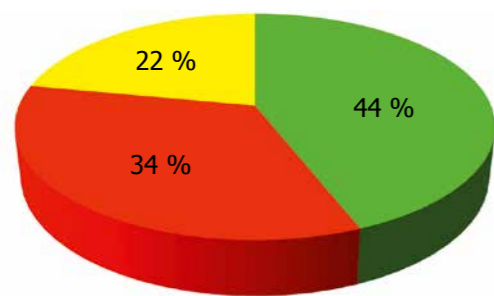
haft mit dem vorgeschlagenen Tarifmodell auseinanderzusetzen.

Dass allerdings auch innerhalb der Ärzteschaft selbst das Setzen festgelegter finanzieller Anreize zur Förderung einer hausärztlich koordinierten Versorgung umstritten ist, zeigen die Ergebnisse einer aktuellen repräsentativen Bevölkerungs- und Ärztebefragung, welche das Institut für Demoskopie Allensbach für den Finanzdienstleister MLP erstellt hat. Demnach befürworten 79 Prozent der Hausärzte die Einführung von gesetzlich geregelten Hausarztprämien, bei den Fachärzten sind es nur 44 Prozent – mit 52 Prozent lehnte die Mehrheit dies ausdrücklich ab. Und Vorbehalte bestehen offensichtlich auch andersherum: Hausärztesverband-Chef Weigeldt betonte bereits, allen Versuchen, ob über ein „KBV-Wahltarifmodell“ oder wie auch immer, die HzV in die kollektivvertragliche Versorgung mit ihren fachärztlichen Mehrheiten zu überführen, erteile man eine klare Absage.

Bevor die durchaus erfolgsversprechenden koordinierenden Versorgungsmodelle stärker und flächendeckend im deutschen Gesundheitssystem Einzug halten können, müssen also offensichtlich noch grundsätzliche Modalitäten innerhalb der Ärzteschaft sowie der Gesundheitspolitik geklärt werden.

Zustimmung der Bevölkerung zu Hausarztprämien in der GKV

■ Gute Idee ■ Keine gute Idee ■ Unentschieden



Eigene Darstellung, Daten: MLP Gesundheitsreport 2019; repräsentative Bevölkerungsumfrage für Bürgerinnen und Bürger ab 16 Jahren

Letztere ist in den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV), welche der Deutsche Hausärztesverband und seine Landesverbände mit den Krankenkassen verhandelt, ganz klar angelegt. Bundesweit nehmen aktuell bereits mehr als 17.000 Hausärzte an diesen HzV-Verträgen teil – eingeschrieben sind, auf freiwilliger Basis, über 5 Millionen gesetzlich Versicherte.

Im Rahmen von wissenschaftlichen Evaluierungen, unter anderem durch die Universitäten Frankfurt am Main und Heidelberg, wurden diverse Vorteile bei Versorgungsqualität, Kostenstruktur und Patientenbetreuung zutage gebracht. So konnte im Vergleich zur Regelversorgung durch die intensivere hausärztliche Betreuung die Zahl der Krankenhauseinweisungen gesenkt werden und die Arz-

Anzeige

IHRE PERFEKTE PRIVAT- ABRECHNUNG

WIR MACHEN DAS.

GANZ NAH, GANZ SICHER.

Tel. 0800 1025300 | ihre-pvs.de/angebot

Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhäusern

Der Weisheit letzter Schluss?

Eine gute und ausreichende Ausstattung der Krankenhäuser mit Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften sowie deren erfolgreiches Zusammenwirken ist eine der wesentlichen Grundvoraussetzungen für eine gute Versorgung von Patientinnen und Patienten – darin dürften sich alle Akteure im deutschen Gesundheitswesen einig sein. Der Alltag in Deutschlands Kliniken sieht allerdings oft anders aus, ist durch Überlastung, Zeitnot und Arbeiten am Limit geprägt. Schlichter und zugleich besorgniserregender Grund: Der Mangel an Personal. Dem Mangel an Pflegekräften hat sich die Politik nun (zuerst?) angenommen. Mit noch offenem Ergebnis.



Über 15.000 Pflegestellen sind, so die aktuellen Zahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, in den Krankenhäusern nicht besetzt. Und bis zum Jahr 2030 wird man in Deutschland nochmals 63.000 zusätzliche Vollzeit-Pflegekräfte in den Kliniken brauchen – so ein Ergebnis des kürzlich vorgelegten Gutachtens „Situation und Entwicklung der Pflege bis 2030“ des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Das Deutsche Krankenhausinstitut hat den Fehlstand bei Ärztinnen und Ärzten jüngst auf ca. 6000 Stellen beziffert.

Nun hat sich die Gesundheitspolitik zunächst die Stärkung der Pflege auf die Fahnen geschrieben. So legte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) im Frühsommer gemeinsam mit Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey und Bundesarbeitsminister Hubertus Heil (beide SPD) öffentlichkeitswirksam die Ergebnisse der sogenannten Konzentrierten Aktion Pflege vor. Hierfür waren zahlreiche Akteure – die Bundesländer, Pflegeberufs- und Pflegeberufsausbildungsverbände, Verbände der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, die Kirchen, Pflege- und Krankenkassen,

Betroffenenverbände, der Berufsgenossenschaft, die Bundesagentur für Arbeit sowie die Sozialpartner – ins Boot geholt worden, um gemeinsam in verschiedenen Arbeitsgruppen konkrete Schritte zu erarbeiten. Grundsätzlich soll es mehr Ausbildung, mehr Personal und mehr Geld geben. Zudem verpflichteten sich die Krankenhäuser und auch die Pflegeeinrichtungen einen hohen Arbeitsschutzstandard und mehr Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung umzusetzen, das betriebliche Eingliederungsmanagement auszubauen, zu verlässlichen Dienstplänen, der Fort- und Weiterbildung von Führungskräften in der Pflege sowie der verbesserten Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf – kurzum, die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften sollen sich verbessern.

Wirkung erst mittel- bis langfristig

Begleitet durch die „Ausbildungsoffensive Pflege“, mit der die Zahlen der Auszubildenden und der ausbildenden Einrichtungen bis 2023 im Bundesdurchschnitt um jeweils 10 Prozent gesteigert werden sollen, einer Informations- und Öffentlichkeitskampagne für die Pflegeausbildung sowie Erleichterungen für die Gewinnung von Pflegefachkräften aus dem Ausland wird so angestrebt, mehr Pflegepersonal für den angespannten Arbeitsmarkt verfügbar zu machen. Und: Im August 2019 legten der Deutsche Pflegerat, die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gemeinsam Eckpunkte für die Entwicklung eines Instrumentes zur verbindlichen Bemessung des notwendigen Pflegepersonalbedarfs und der Pflegepersonalausstattung vor. Bis Ende des Jahres wollen die drei Partner dem Bundesministerium für Gesundheit einen ausgearbeiteten Vorschlag unterbreiten, welcher dann politisch umgesetzt werden könnte. (Näheres dazu erläutern die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Deutsche Pflegerat auf den folgenden Seiten.)

All diese Maßnahmen haben allerdings das Manko, dass sie erst mittel- bis langfristig Wirkung auf den Stationen der Krankenhäuser zeigen können. Um kurzfristig auf die bestehenden Probleme zu reagieren und im Sinne der – offenbar in Teilen als gefährdet angesehenen – Patientensicherheit und Versorgungsqualität zu intervenieren, führte die Politik das Instrument der Pflegepersonaluntergrenzen ein. Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten im Juli 2017 erhielten GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft den Auftrag, bis Mitte 2018 entsprechende Untergrößen für sogenannte pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern festzulegen.

Seit Anfang 2019 gelten für die Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie sowie Unfallchirurgie also Untergrößen beim Pflegepersonal-Patienten-Verhältnis. Nachdem die Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern Mitte 2018 gescheitert waren, erließ das Bundesministerium für Gesundheit die geforderte Regelung auf dem Verordnungsweg. Festgelegt wurden Untergrößen, schichtbezogen als Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft.

- Intensivmedizin täglich in der Tagschicht 2,5 zu 1 und in der Nachtschicht 3,5 zu 1; ab dem 1. Januar 2021 täglich in der Tagschicht 2 zu 1 und in der Nachtschicht 3 zu 1,
- Geriatrie täglich in der Tagschicht 10 zu 1 und in der Nachtschicht 20 zu 1,
- Unfallchirurgie täglich in der Tagschicht 10 zu 1 und in der Nachtschicht 20 zu 1,
- Kardiologie täglich in der Tagschicht 12 zu 1 und in der Nachtschicht 24 zu 1.

Diese bundeseinheitlichen Sollbesetzungswerte wurden mittels des sogenannten Perzentilansatzes abgeleitet – das heißt, die Grenze für eine ausreichende oder nicht ausreichende Personalbesetzung in den Tages- und Nachtschichten wurde rein mathematisch bei den letzten 25 Prozent der im Jahr 2018 ausgewerteten Kliniken gezogen. Die Auswirkungen dieser, für das Jahr 2019 geltenden, Festlegung in den Krankenhäusern wurden und werden höchst unterschiedlich bewertet – Einigkeit besteht nur darin, dass niemand so recht zufrieden ist. Von der Notfallversorgung abgemeldete Abteilungen, gesperrte Klinikbetten und verschobene Operationen – auf diese Folgen weisen die Kliniken hin.

Viele Kliniken mussten Betten sperren

Laut einer repräsentativen Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts mussten beispielsweise 37 Prozent aller Kliniken Betten auf Intensivstationen sperren, um die Pflegepersonaluntergrößen einhalten zu können. Und 29 Prozent der Häuser mussten zeitweise ganze Bereiche von der Notfallversorgung bei der Leitstelle des Rettungsdienstes abmelden. Zudem sorgen die Regelungen aus Sicht der Krankenhäuser für eine extrem hohe, zusätzliche Bürokratiebelastung, die angesichts einer 96-prozentigen positiven Erfüllungsquote der Untergrößen nicht angebracht sei.

Gefährliche Pflege müsse erkennbar sein und sanktioniert werden, betonte hingegen der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung Andreas Westerfellhaus. Die Untergrößen würden der Patientensicherheit dienen und zudem Leitplanken für die Arbeitsbedingungen der Pflegefachkräfte bilden. Genau diese Ziele würden jedoch bislang verfehlt – so die Bewertung des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK). Die Untergrößen würden eben nicht zu Personalaufwuchs führen, sondern, da sie nur für ausgewählte Bereiche gelten, zu Personalverschiebungen. Zudem seien die Untergrößen so gesteckt, dass sie weit unter dem Personalbedarf lägen, der bei analytischer Betrachtung des Pflegebedarfs anzusetzen sei. Ohne die zeitnahe Einführung eines verpflichtenden und am Pflegebedarf des Patienten ausgerichteten Pflegepersonalbemessungsinstrumentes werde man „die Pflegekrise“ in den Kliniken nicht lösen können. Dass mittelfristig „eine valide Pflegebedarfsbemessung im Krankenhaus“ die Untergrößen in den Kliniken ersetzen muss, sieht auch Westerfellhaus als Notwendigkeit an – genauso wie ein breites Bündnis von Patientenorganisationen, pflegewissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Gewerkschaften.

Neue Untergrößen ab 2020

In diese Gemengelage hinein ging Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zunächst jedoch eine Ausweitung der Untergrößen an: Ab 2020 sollen diese auch für die Herzchirurgie, Neurologie, die neurologische Früh-Rehabilitation und die Spezialstationen mit Schlaganfallereignissen (Stroke-Units) eingeführt werden. Ob weitere Vorgaben zu Pflegepersonaluntergrößen das Problem der Krankenhauspflege nachhaltig lösen können, darf allerdings – insbesondere vor dem Hintergrund des bundesweit erheblichen Pflegepersonalmanagements – bezweifelt werden. Neben der Etablierung eines methodisch sauber gearbeiteten Bemessungsinstrumentes für den tatsächlich vorhandenen, patientenabhängigen Pflegebedarf müssen vor allem die Maßnahmen zur Gewinnung zusätzlicher neuer Pflegekräfte und Aufstockung von Teilzeit-Pflegestellen „zündet“.

Professor Dr. Patrick Jahn, Andrea Lemke und Franz Wagner: Auf dem Weg zur Personalbemessung in der Pflege!

Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) wird versucht dem Pflegenotstand entgegenzuwirken. Beides sind Kriseninterventionen und ihr Erfolg ist unklar. Der DPR sieht die Umsetzung der beiden Ansätze aus mehreren Gründen kritisch. Für die PpUG wurde die Personalausstattung der 10 bis 25 % Fachabteilungen mit der schlechtesten Ausstattung als rote Linie gezogen und durch das BMG als sichere Versorgung definiert. Dies geschah ohne fachliche Begründung oder Bewertung der damit erreichten Pflegequalität. Bedenklich ist dies auch vor dem Hintergrund, dass die Ausstattung mit Pflegepersonal im europäischen Vergleich in Deutschland besonders schlecht ist.

In den vier bisher eingeführten Fachbereichen mit PpUG kommt es wie von uns vorhergesagt zu unerwünschten Nebeneffekten: der Zuschnitt von Stationen und Abteilungen wurde angepasst, um möglichst wenig von der verpflichtenden Umsetzung der PpUG betroffen zu sein, Pflegepersonal wird in die geregelten Bereiche versetzt – zu Lasten der nicht geregelten Bereiche, Patienten werden möglichst in nicht betroffene Bereiche verlegt. Und immer mehr Führungskräfte werden mit Forderungen der Geschäftsleitung konfrontiert, den Personalschlüssel in Richtung Untergrenze abzusenken.

Eine weitere Maßnahme ist die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ab 2020. Richtig ist aus Sicht des DPR, dass eine Transparenz zwischen Pflegebudget und der Verausgabung für Pflegepersonalstellen hergestellt wird, so dass eine Zweckentfremdung der Mittelverwendung (bspw. Subventionierung anderer Berufsgruppen oder Investitionen) erschwert ist. Unverzichtbare Grundlage für die Berechnung des erforderlichen Budgets muss jedoch ein am Versorgungsbedarf ausgerichtetes Personalbemessungsinstrument sein.

In der Konzentrierten Aktion Pflege wurden Ziele für die Entwicklung eines Instruments zur Personalbedarfsermittlung vereinbart. Der DPR arbeitet zusammen mit DKG und ver.di an einer Lösung zur Pflegeper-



Professor Dr. Patrick Jahn



Andrea Lemke



Franz Wagner

sonalbemessung, die im ersten Schritt eine Weiterentwicklung der Pflegepersonal-Regelung (PPR) darstellt (siehe Grafik).

Gleichzeitig muss die Selbstverwaltung den Auftrag erhalten, ein wissenschaftlich fundiertes, an den Versorgungsbedarfen ausgerichtetes Personalbemessungsverfahren weiter zu entwickeln. Es geht also um die parallele Entwicklung von zwei aufeinander aufbauenden Lösungsansätzen. Eine modernisierte PPR (mPPR) als Interimslösung ermöglicht somit eine sofortige Einsatzfähigkeit und die wissenschaftliche Weiterentwicklung einer Langzeitlösung (PPBI). Der kurzfristige Einsatz der mPPR wird notwendig, um eine planungsorientierte Personalbemessung für die Pflege im Krankenhaus zu ermöglichen und auch die gesetzlichen Vorgaben zu PpUG in § 137i SGB V sowie zum Pflegequotienten nach § 137j SGB V mit dem verbindlichen Instrument zu erfüllen.

Die Überarbeitung und Modernisierung der mPPR erfolgte in einem mehrstufigen Prozess. Im Fokus standen folgende Aspekte:

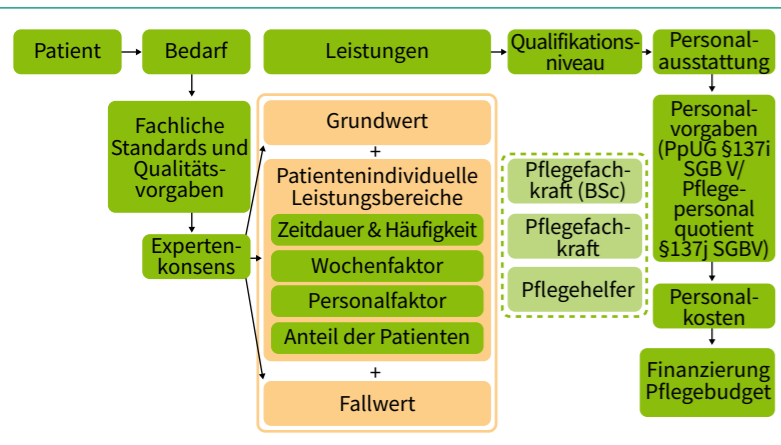
- Grundwert: Insbesondere Berücksichtigung der erhöhten Anforderungen an Qualitätssicherung, Umsetzung neuer Pflegekonzepte und Pflichtweiterbildung
- Fallwert: Umsetzung Expertenstandards, Leitlinien der Fachgesellschaften sowie Umsetzung Entlassmanagement gem. Rahmenvertrag §39 1a SGB V
- A-Bereich: u.a. Ablösung PKMS bei Erhalt der PPR A4 und Berücksichtigung aktivierender Pflegekonzepte, sowie Anpassung der Zeitwerte für Pflegeplanung und Pflegedokumentation an gestiegenen Umfang
- S-Bereich: u.a. Aktualisierung insbesondere der „Pflegetechnischen Leistungen“ (Delegation ärztlicher Tätigkeiten) und neue PPR S4 unter Berücksichtigung der Pflegeintervention „Spezielle Pflege“ aus PKMS

Darüber hinaus wurden die hinterlegten Zeitwerte überprüft und von dem bisherigen Zeitintervall von 14 Stunden (6.00 bis 20.00 Uhr) in ein 16-stündiges Zeitintervall (6.00 bis 22.00 Uhr) überführt.

Der Entwurf des Interims-Vorschlags für eine „Modernisierte PPR (mPPR) für Erwachsene (ab 18 Jahren)“ liegt vor und wird einem Pre-Test unterzogen. Ziel ist, die Handhabbarkeit und Umsetzbarkeit der mPPR zu prüfen und die Ergebnisse in die weitere Entwicklung einfließen zu lassen. Der Pre-Test wird vom Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg wissenschaftlich begleitet.

Wichtig ist, dass mit dem Einsatz eines Personalbemessungsinstrumentes der bisherige Krisenmodus in eine zukunftsgerichtete Planung umgewandelt wird und somit in der Pflege endlich ein Schritt zu einer verbesserten Personalausstattung unternommen wird.

Professor Dr. Patrick Jahn von der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen ist wissenschaftlicher Leiter der Fachkommission DRG beim Deutschen Pflegerat. Andrea Lemke ist Mitglied der DRG-Fachkommission und des Präsidiums des Deutschen Pflegerates. Franz Wagner ist Präsident des Deutschen Pflegerates.



Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft Die Personaluntergrenzen sind gescheitert

Mehr als 15.000 Pflegestellen sind derzeit in deutschen Krankenhäusern unbesetzt. Hinter der Zahl verbirgt sich ein großes Problem, kaum ein Thema beschäftigt die Kliniken so intensiv wie der Mangel an Pflegekräften.

Die Politik hat das Problem erkannt und mit gesetzgeberischer Aktion, manche sagen Aktionismus, reagiert. Mit den Pflegepersonaluntergrenzen (PPU) sind seit Anfang des Jahres auf den vier Stationen Geriatrie, Unfallchirurgie, Intensivmedizin und Kardiologie Untergrenzen beim Personal-Patienten-Verhältnis gesetzlich vorgeschrieben. Für die Patienten sollen Gefährdungen abgewehrt und die Pflegekräfte sollen entlastet werden, so die Intention des Gesetzes. Das Ergebnis nach einem halben Jahr PPU ist allerdings ernüchternd: Weder Patienten noch Mitarbeiter haben profitiert, im Gegenteil.

Pflegepersonaluntergrenzen gefährden die Versorgung

In 96 Prozent der Monatsdurchschnittswerte haben die Krankenhäuser die Untergrenzen eingehalten und häufig überschritten. Für diese Erkenntnis war ein gewaltiger Dokumentationsaufwand nötig, der die Pflegekräfte noch weiter belastet hat, als es die überbordende Bürokratie ohnehin schon tut. Für die Versorgung haben die PPU aber noch weitreichendere Folgen. So haben 37 Prozent der Krankenhäuser zumindest zeitweilig Kapazitäten in den Intensivbereichen abmelden müssen, um die PPU einhalten zu können. Die Konsequenz sind längere Wartezeiten auf planbare Behandlungen oder dass Akutpatienten nicht im nächstgelegenen Krankenhaus versorgt werden können.

Die PPU haben sich als falscher Weg erwiesen. Personalprobleme lösen sie nicht. Sie sind nicht einmal ansatzweise Teil der Lösung, weil sie Versorgung verschlechtern und die Beschäftigten zusätzlich unter Druck setzen und so den Beruf abwerten. Das Gegenteil – die Aufwertung – muss aber das Ziel sein. Eine Untersuchung des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der DKG hat jüngst ergeben, dass der Pflegekräftebedarf bis 2030 um 187.000 Vollzeitkräfte steigen wird, allein im Krankenhaus werden 114.000 neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigt. Anhand der Ausgangssituation – rund 15.000 bereits unbesetzte Stellen und Schwierigkeiten, ausscheidende Mitarbeiter zu ersetzen – zeigt sich die riesige Herausforderung für Krankenhäuser und die gesamte Pflegebranche.

Statt starrer Quoten Arbeitskraft zielgerichtet einsetzen

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft erarbeitet derzeit mit dem Pflegerat und der Gewerkschaft ver.di ein Personalbemessungsinstrument, das die Untergrenzen ersetzen soll. Die knappe Ressource Arbeitskraft wollen wir zielgerichtet dort einsetzen, wo sie benötigt wird. Das ist mit den derzeitigen Untergrenzen kaum möglich, denn die sind unflexibel und bürokratisch. So unterscheidet das PPU-Gesetz nicht zwischen dem Pflegebedarf eines 30-Jährigen, der nach einem Sportunfall ins Krankenhaus gekommen ist, und dem eines 90-Jährigen, der nach einem Treppensturz im Nachbarbett liegt. Notwendig ist, den tatsächlichen Pflegebedarf



auf den Stationen zugrunde zu legen und nicht eine abstrakte Excel-Tabelle. Unser Ziel ist nicht die absolut notwendige Mindestversorgung, sondern bestmögliche Pflege für Patienten und gute Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte. Bis Ende des Jahres wollen die drei Partner dem Gesundheitsministerium ihr Konzept vorlegen. Dann erwarten wir die schnelle Umsetzung im Gesetzgebungsprozess.

Aber damit wird das Personalproblem nicht gelöst sein. Das Personalbemessungsinstrument wird dabei

helfen, Pflegekräfte besser einzusetzen – es kann sie aber nicht erschaffen. Krankenhäuser und Pflegebranche benötigen deutlich mehr Mitarbeiter. Kurzfristige Einwanderungsprogramme können dabei helfen, werden aber komplizierter, da der demografische Wandel in den klassischen Herkunftsländern zunehmend für mehr Personalbedarf sorgt. Nachhaltiger ist es, die Pflegeberufe attraktiver zu machen. Krankenpfleger zu sein, ist eine anspruchsvolle Aufgabe mit zweifellos vielen Härten und Herausforderungen – die allerdings auch sehr sinnstiftend ist. Und mittlerweile gehören auch gute Gehälter und eine hohe Zukunftssicherheit zu diesem Beruf. All das gilt es zu vermitteln, um wieder mehr junge Menschen für eine Pflege-Ausbildung zu gewinnen.

Die Politik muss unterstützen

Die Krankenhäuser unternehmen bereits ihr Mögliches: In fast allen Häusern gibt es Tarifverträge mit guten Gehältern, zusätzlicher Alterssicherung und Aufstiegschancen. Pflegekräfte werden heute weitestgehend in die Schichtplanung einbezogen, viele Stellen sogar so gestaltet, dass Schichtarbeit ganz ausgeschlossen ist. Kinderbetreuung, Sportangebote, Gesundheitsmanagement und vieles mehr gehören vielerorts zu den Angeboten. Doch vor allem ist die Politik gefragt, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen: Ein guter und überfälliger Schritt war die Abschaffung des Schulgeldes für Pflege-Azubis, denn den dringend benötigten Nachwuchs erst einmal zur Kasse zu bitten, war schlicht absurd. Mit der Akademisierung der Pflege eröffnen sich ganz neue Karriere- und auch Einkommenschancen, die den Beruf verstärkt für Abiturienten attraktiv machen dürften. Es bleiben finanzielle Fragen: So müssen Krankenhäuser sicher sein, Tarifaufschläge vollständig erstattet zu bekommen, um ihren Mitarbeitern gute Gehälter zahlen zu können. Als besonders belastend für die Pflegekräfte zeigt sich zudem immer wieder die ausgeprägte Bürokratie. Hier gilt es, insbesondere die von den Kassen ins Uferlose getriebenen Dokumentationen auf ein sinnvolles und patientenorientiertes Maß zurückzufahren. Bis zu vier Stunden müssen Pflegekräfte jeden Tag für die Bürokratie aufwenden – vier Stunden, die sie nicht in ihrem eigentlichen Beruf im Krankenzimmer verbringen können. Das ist nicht akzeptabel und dringend veränderungsbedürftig.

Vergabe des Hartmannbundstipendiums Herausragende Leistungen im Medizinstudium und außerordentliches ehrenamtliches Engagement

Die Friedrich-Thieding-Stiftung hat während der Hauptversammlung des Hartmannbundes das Hartmannbund-Stipendium 2020 an Antonia Viazis und Thomas Campbell-James für ihre herausragenden Leistungen im Medizinstudium und ihr außerordentliches ehrenamtliches Engagement vergeben. Finanziert wird das mit insgesamt 6.000 Euro dotierte Stipendium von der Bank alpinum.



Die Preisträger Antonia Viazis und Thomas Campbell-James eingekleidet von der stellvertr. Direktorin der Bank Alpinum, Jacqueline Krämer und Klaus Rinkel, Vorsitzender des Vorstandes der Friedrich-Thieding-Stiftung

Antonia Viazis studiert an der Universität Witten-Herdecke und befindet sich derzeit im 7. Fachsemester. Seit dem zweiten Semester übt sie das Amt der Semestersprecherin ihres Jahrganges aus und ist darüber hinaus als Fachschaftsvorsitzende in sehr viele studentische Projekte involviert. Sehr wichtig ist ihr dabei der Austausch der Fakultät der Pflegewissenschaften mit der Fakultät der Humanmedizin zum Thema innerklinische Kommunikation zwischen Pflegenden und Ärzten. Sie setzt sich für einen praxisorientierten und alltagsnahen Modellstudiengang an ihrer Universität, als Teilnehmerin der Steuerungsgruppe für die Entwicklung und Gestaltung des Studienganges Humanmedizin an der Universität in Witten-Herdecke, ein.

Im Sommer 2017 hat sie mit viel Einsatz und Herzblut die Initiative „Herzergreifend“ gegründet. Diese setzt sich für eine nachhaltige Verbesserung der Laienreanimationsquote in Deutschland ein, indem sie Schüler im Rahmen des Schulunterrichtes in der Laienreanimation schult. Das nächste Ziel wird sein, diese wichtige Thematik in das Schulcurriculum in Deutschland zu integrieren und die Initiative in einen Verein umzuwandeln.

Über ihr ehrenamtliches Engagement hinaus finanziert sie ihr Studium und ihren Lebensunterhalt selbst mit einer Teilzeitstelle als Gesundheits- und Krankenpflegerin.

Thomas Campbell-James befindet sich im Praktischen Jahr an der Charité in Berlin. Aufgewachsen in unterschiedlichen Ländern und Kontinenten war sein Interesse an der Entwicklungshilfe bereits vor dem Studium schon sehr ausgeprägt.

Ein besonderes Engagement übt er als Projektleiter des gemeinnützigen Studentenprojektes Healthcare for Change aus. Ein mehrstufiges Programm, das sich der gesundheitlichen und schulischen Entwicklung von knapp 1000 Schulkindern im Korogocho-Slum Nairobi einsetzt. Erste Erfolge waren unter anderem die Etablierung eines Schulkrankenschwesterbetriebes sowie ungefähr 400 neuerdings

krankenversicherten Personen, die überwiegend HIV-infiziert sind.

Darüber hinaus vertritt er als Vorstandsvorsitzender den Verein Model United Nation Association Munich e.V. (MUNAM e.V.), eine Initiative, die Studierende der Münchner Universitäten auf weltweit stattfindende Konferenzen vorbereitet und ihnen interkulturelle Kompetenzen nahebringt.

Universitär beschäftigt er sich aktuell mit seiner, durch den Sonderforschungsbereich der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten, experimentellen Doktorarbeit am Institut für Schlaganfall und Demenzforschung. Sein besonderes Interesse gilt der Neurologie.

Neben seinen universitären und außeruniversitären Aktivitäten war er lange Zeit als Leistungsschwimmer auf nationaler Ebene aktiv.

Ehrungen für berufspolitisches Engagement

Die ärztliche Selbstverwaltung lebt vom Engagement Einzelner. Dass sich Ärztinnen und Ärzte ihrer Verantwortung – nicht nur für ihre Patientinnen und Patienten, sondern auch für das Gesundheitswesen als Ganzes – bewusst sind und sich aktiv dafür einsetzen, ist Voraussetzung für den Bestand dieser wichtigen Säule freier ärztlicher Berufsausübung. Der Hartmannbund als ein Verband, der sich die Freiheit des Arztberufes ganz oben auf die Agenda politischen Handelns gesetzt hat, ehrt dieses Engagement auf Bundesebene mit der Hartmann-Thieding-Plakette. In diesem konnte der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, an gleich drei Preisträgern die Medaille übergeben: An **Dr. med. Roland Quast**, FA für Allgemeinmedizin aus Reutlingen, ehemaliger Landesvorsitzender in Baden-Württemberg und ehemaliges Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes, an **Dr. med. Christian Wunschik**, Facharzt für Allgemeinmedizin und ehemaliges Mitglied des Vorstandes in Baden-Württemberg sowie Mitglied des Gesamtvorstandes und an **Dr. med. Ulrich Schwiersch**, FA für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Gynäkologische Radiologie in Fürth, seit 1979 aktives Hartmannbundmitglied und zuletzt auch als Mitglied des Gesamtvorstandes (v. r. n. l.).



Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes 2019 Auszeichnung für „Die unsichtbare Krankheit“ und Sonderpreis für „Charité“

Der Hartmannbund hat die Autorinnen Katja Engelhardt und Inka Friese für ihren Film „Die unsichtbare Krankheit“ aus der Reihe „Die Sendung mit der Maus“ mit seinem diesjährigen Film- und Fernsehpreis ausgezeichnet.



Inka Friese nahm den Preis für „Die unsichtbare Krankheit“ entgegen

Der bemerkenswerte Film, produziert und ausgestrahlt im Jahr 2018, wurde aus 44 eingesandten Beiträgen ausgewählt. Er behandelt auf eine außerordentlich berührende Art und Weise das schwierige, oft tabuisierte Thema psychischer Erkrankungen bei Kindern: Warum bin ich so ängstlich, dass ich mich nicht mehr aus dem Haus traue? Weshalb muss ich mich immer streiten und schlagen? Und was macht mich so traurig? Obwohl psychische Erkrankungen bei Kindern gut erforscht sind, können medizinische Lehrbücher Kindern nicht erklären, was mit ihnen los ist. Umso wichtiger ist es, auf die Folgen einer vernachlässigten Psyche aufmerksam zu machen, aber auch, dass es Hilfe gibt. „Die unsichtbare Krankheit“ haben die beiden Autorinnen ihren Beitrag genannt und damit – speziell für Kinder – Licht ins Dunkel gebracht.

„Den Autorinnen ist es gelungen, ihr junges Publikum mit Cartoons, treffenden Vergleichen und einfühlsamen Geschichten zu erreichen und ihm verständlich zu machen, was hinter der „unsichtbaren Krankheit“ steckt. Die Botschaft: Es lohnt sich, den Umgang mit Gefühlen und Gedanken zu erlernen. Ein Mutmacher!“, so der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, in seiner Rede.

Zusätzlich zum Hauptpreis hat der Hartmannbund in diesem Jahr zudem einen Sonderpreis vergeben: Dieser geht an die beiden Drehbuchautorinnen Dorothee Schön und Dr. Sabine Thor-Wiedemann, für die zweite Staffel der Serie „Charité“, die das Publikum zwei Jahre nach der ersten Staffel in ein dunkles Kapitel der Medizingeschichte führt: Wie war es in Zeiten von Diktatur, Judenverfolgung, Rassenideologie und Euthanasie möglich, den Grundsätzen ärztlicher Ethik zu folgen? Ein besonderer Verdienst der Drehbuchautorinnen ist einerseits ihre medizingeschichtliche Treue und andererseits das exzellente Herausarbeiten der Charaktere. Bei ihren umfangreichen und sorgfältigen Recherchen ist es ihnen sogar gelungen, neue Quellen zu entdecken und zu erschließen. Mit der Entdeckung des Tagebuchs des



Dr. Sabine Thor-Wiedemann bekam den Sonderpreis für Charité II

französischen Arztes Adolphe Jung, der in den letzten Kriegsjahren als Sauerbruchs engster Mitarbeiter in der Charité tätig war, haben sie das historische Bild des Berliner Chirurgen um eine wertvolle Quelle bereichert.

Dr. Klaus Reinhardt: „Nicht zuletzt haben uns die Autorinnen daran erinnert: Die Medizin von heute hat ihre Wurzeln in der Medizin von gestern und vorgestern, aus der wir immer noch viel lernen können. Und sie haben gezeigt: Medizin und ihre Historie sind durchaus spannende Stoffe für die niveauvolle Unterhaltung eines Millionenpublikums.“

Anzeige

ETL | ADVISION

Steuerspezialisten für Ärzte

Gewinnen Sie mehr Zeit für Ihre persönliche Freiheit

Deutschlandweit
immer in Ihrer Nähe
etl-advision.de

Ausschusssitzung der Assistenzärzte Kammerpolitik und Interprofessionelle Kommunikation

Ein Coachingseminar war in diesem Herbst eines der Highlights der Sitzung des Ausschusses der Assistenzärzte. Unter dem Motto „Ja, da bin ich – Wie (selbst)bewusstes Auftreten die Wahrnehmung bestimmt“ stellte Michael Hahn, Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin, zunächst Aufbau und Organisation einer Ärztekammer vor. Anschließend berichteten die in den Kammern aktiven Ärzte in Weiterbildung von ihrem Engagement. Es folgte ein Workshop zum Thema Selbstmarketing und Networking, der von der Referentin Carmen Schoen geleitet wurde. Das allgemeine Feedback zu der Veranstaltung fiel durchweg positiv aus.

Die Teilnehmer konnten viel über sich und ihr Kommunikationsverhalten lernen.

Die anschließende Ausschusssitzung stand dann ganz im Zeichen von Kammerpolitik und interprofessioneller Kommunikation. Nachdem Dr. Dr. Galina Fischer die durch Krankheit kurzfristig ausgefallene Referentin lückenlos ersetzt und die Probleme in der Zusammenarbeit der unterschiedlichen medizinischen Berufe aufgezeigt hat, konnte eine Resolution für die Hauptversammlung ausgearbeitet werden. Neben der Planung zukünftiger Projekte widmete sich der Ausschuss auch den Möglichkeiten, junge Ärzte stärker in

die Kammerpolitik einzubinden. Auch zu diesem wichtigen Themenbereich konnte eine Resolution für die Hauptversammlung generiert werden.

Daneben gab es einige Umstrukturierungen im Leitungsgremium. Dr. Fabian Weykamp und Dr. Wenke Wichmann haben sich nach langem Engagement aus der Leitung des Ausschusses zurückgezogen. An ihre Stelle wurden Johanna Diekmann und Max Tischler gewählt. Der Ausschuss dankte den bisherigen Mitgliedern des Leitungsgremiums für ihren starken Einsatz und freut sich auf die Arbeit mit den Neugewählten.



Gemeinsam brachten Studierende und Assistenzärzte auf der Hauptversammlung dann einen Antrag zur Interprofessionellen Kommunikation ein

Ausschusssitzung der Medizinstudierenden Prüfungsordnungen und mental health

Der Ausschuss der Medizinstudierenden hat sich in diesem Herbst mit rechtlichen Fragestellungen im Medizinstudium auseinandergesetzt und unter anderem starke Unterschiede in zwischen den verschiedenen Prüfungsordnungen aufgedeckt. Zusammen mit dem Ausschuss der Assistenzärzte ist außerdem das Thema interprofessionelle Kommunikation aufgegriffen worden. Daneben wurde die medizinische Promotion zurück in das politische Spielfeld geholt. Auch das Thema mental health im Studium spielt seit dem

vergangenen Frühjahr eine Rolle in der Ausschussarbeit und wurde im Rahmen der Herbstsitzung weiter vertieft.

Neben der hochinteressanten, produktiven Sitzung sind für den Ausschuss in der zweiten Jahreshälfte viele weitere spannende Termine angefallen. So hat sich eine Delegation des Ausschusses etwa mit der gesundheitspolitischen Sprecherin der Grünen, Frau Klein-Schmeink MdB, getroffen. Des Weiteren waren die Studierenden zu Frau Kaliczek in das Bundesbildungsministerium eingeladen und haben an der

Ausarbeitung des Fragenkatalogs beim impp mitgearbeitet, sowie die Interessen der Studierenden bei einer Anhörung zum Staatsvertrag vor dem Landtag in Wiesbaden vertreten.

Positiv lässt sich außerdem der Zuwachs an Univertretern hervorheben. Nach momentanem Stand hat der Hartmannbund nur noch wenige, unbesetzte Universitätsstandorte. Wir freuen uns die dazugekommenen Univertreter im Ausschuss willkommen zu heißen!

Step by Step Leben retten am Leipziger Panorama-Tower

Das Thema, auf das die Leipziger AG Medi-Sport aufmerksam machen möchte, ist hochaktuell: Noch immer stirbt jeder 7. an Blutkrebs erkrankte Patient, weil für ihn kein passender Stammzellspender gefunden wird.

Um dies zu ändern, warben die Studierenden, unter ihnen die Hartmannbund-Univertreter, während des jeden Herbst stattfindenden Treppenlaufs für die Registrierung in der internationalen Stammzellendatenbank AIAS. Dazu wurde wieder fleißig Geld für den Betrieb der Datenbank gesammelt – denn jede Neuregistrierung als Spender verursacht Kosten in Höhe von 35 Euro.

Die Spendenakquise während des Benefiztreppenlaufs folgt dabei einem besonderen Konzept. Es liegt in der Verantwortung der Läuferinnen und Läufer, Spender zu finden. Die Höhe der Spende wiederum richtet sich nach der Anzahl der erklommenen Stockwerke. Die Gelder kommen zu 100% dem AIAS zu Gute – Ehrensache, dass auch



der Hartmannbund LV Sachsen wieder einen Läufer sponsorte (siehe Foto, mit den Hartmannbund-Univertretern Isabel Ottlewski und Christian Wolfram).

Auch für das leibliche Wohl war gesorgt – die Hartmannbundler versorgten die Läu-

ferinnen und Läufer mit Heißgetränken und Knabberien. Und diejenigen, die es bis ganz nach oben schafften, erwartete noch eine extra Belohnung: Die wunderschöne und atemberaubende Aussicht von der Plattform des höchsten Büroturms in Leipzig.

Delegiertenversammlung in Potsdam Lebhafte Diskussion zum Thema Gesundheits-Apps

Die diesjährige Delegiertenversammlung des Landesverbandes Brandenburg stand unter der Fragestellung: „Brauchen wir Apps auf Rezept? Was bringt uns das Digitale-Versorgungs-Gesetz?“ Der öffentliche Teil fand in bewährter Weise wieder als regionaler Dialog statt, an dem Vertreterinnen und Vertreter von Kassenärztlicher Vereinigung, Landesärztekammer, Verband der Leitenden Krankenhausärzte, Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, verschiedener Krankenkassen und auch der Presse teilnahmen.

Der Landesvorsitzende Dr. Pohle stellte eingangs fest, dass das Zulassungsverfahren von Gesundheits-Apps gegen den bisherigen Grundsatz verstoße, wonach Kassenerstattungen eine medizinische Nutzenbewertung voraussetzt. Auch die Honorarabzüge für Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht an die Telematikinfrastruktur anschließen lassen, sah der Landesvorsitzende kritisch.

Michael Martinet von der DAK war dann auch sichtlich bemüht, die Ärzteschaft bei den digitalen Gesundheitsanwendungen mit ins Boot zu holen. Diese Anwendungen müssen einen nachgewiesenen medizinischen Mehrwert bieten und sollten zur Entlastung der Leistungserbringer beitragen. Apps, die Therapieempfehlungen geben, lehnte Martinet ab.

Dr. Frederike Escher-Brecht von der Barmer, widmete sich dem oft vorgebrachten Kritikpunkt, dass es zu wenig vertrauenswürdige Ressourcen gäbe, wo man sich über Apps informieren könne. Anstatt den geschätzt 150.000 Gesundheits-Apps weltweit also weitere Anwendungen hinzuzufügen, verfolgt die Barmer den Ansatz, die Spreu vom Weizen zu trennen. In dem Projekt „Digitale Toolbox“ wurden gemeinsam mit Hausärzten Kriterien aufgestellt, nach denen das vorhandene Angebot bewertet wird. Apps sollten demnach fachlich valide, gebrauchstauglich, kostenlos, deutschsprachig und datenschutzkonform sein. Die beteiligten Ärztinnen und Ärzte legten weiterhin Wert darauf, dass Apps keine Diagnose-/Therapieempfehlungen geben, sondern eher zum Selbstmanage-

ment der Patientengesundheit dienen sollten, beispielsweise in den Bereichen Rückenschmerzen oder Stressbewältigung.

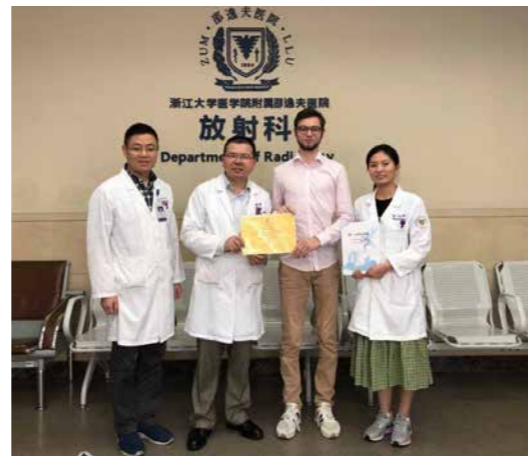
In der anschließenden Diskussion wurde insbesondere zur Rolle der Krankenkassen und den Möglichkeiten von digitalen Gesundheitsanwendungen im Allgemeinen munter debattiert. Dr. Hanjo Pohle machte dabei deutlich: „Digitale Gesundheitsanwendungen müssen einen Mehrwert für Ärztinnen und Ärzte haben und dürfen uns keine Zeit kosten, denn die haben wir nicht“. Sein Fazit: „Ich habe gelernt, dass Gesundheits-Apps einfach zu bedienen sein können. Die Förderung der sprechenden Medizin – Hilfsbereitschaft, Empathie und Zugewandtheit – ist jedoch wichtiger.“

Stark für Medizinstudierende – bis nach China. Oder: Wie ich mit dem Hartmannbund über Grenzen hinweg famulierte

Unser Univertreter Johannes Ferl hatte große Pläne. Er ist seit langer Zeit fasziniert von der rasanten Entwicklung Chinas, insbesondere auf dem Gebiet der Digitalisierung, eines der großen Themen, dem sich der Hartmannbund verschrieben hat. Doch so groß die Möglichkeiten auch sind, gerade in China ist es schwer den Überblick zu behalten. Umso glücklicher war er, als er feststellte, dass der Hartmannbund seinem

Versprechen eines starken Netzwerkes gerecht wird.

Wie kam es dazu? Famulaturplätze in China sind begehrt und gerade in der Qualität der Supervision kann man hier mit dem richtigen Tipp eine äußerst lehrreiche Zeit erleben, einmal ganz abgesehen von der kulturellen Erfahrung – ein guter Kontakt kann hierbei ungeahnte Türen öffnen. An dieser Stelle kommt der Hartmannbund ins Spiel – der Verband für alle Ärztinnen, Ärzte und Medizinstudierende – über Hierarchiegrenzen hinweg. Die Geschäftsstelle in Berlin stellte die Verbindung zum Berliner Landesvorsitzenden Priv.-Doz. Dr. Uwe Torsten her, der als Chefarzt des Vivantes Klinikums Neukölln seit Jahren beste Kontakte zu chinesischen Kliniken und wissenschaftlichen Einrichtungen unterhält. Torsten leitete die Bewerbung des Dresdner Studenten nach einem persönlichen Ideenaustausch mit einem Empfehlungsschreiben weiter und der Rest war reine Formsache, die Zusage aus China kam prompt. Für Johannes



Ferl war die Möglichkeit, sich unter Gleichgesinnten zu vernetzen, ein ausschlaggebender Grund, warum er vor vier Jahren Mitglied im Hartmannbund wurde. Dass der Hartmannbund aber nicht nur zwischen Student und Chefarzt Brücken baut, sondern über Kontinente hinweg, hätte er damals nicht gedacht.



Hartmannbund zeigt starke Präsenz beim 78. Bayerischen Ärztetag in München

Wie auch in den vergangenen Jahren fand vom 12.-13. Oktober der 78. Bayerische Ärztetag in München statt. Unter den Delegierten zählten auch Mitglieder des Hartmannbund-Landesverbandes Bayern, die dort im Vorstand die berufspolitische Arbeit bestimmen. Mit dabei waren Prof. Dr. med. Wolfgang Gerhard Locher, Akad. Direktor i.R., Vorstandsvorsitzender und Leiter des Fachbereiches Geschichte der Medizin am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der

LMU München, Dr. Wolfgang Gradel, Facharzt für Innere Medizin und stellvertretender Vorsitzender, Dr. med. Wolfgang Rechl, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer und Facharzt für Innere Medizin, Dr. med. Kathrin Krome, Fachärztin für Neurologie, und Dr. med. Ulrich Schwiersch, Facharzt für Gynäkologie.

Die Hartmannbund-Vertreter diskutierten und stimmten über verschiedene Themen ab, zum Beispiel über die Verbindung zwischen Klimaschutz und Gesundheit oder die Notwendigkeit zusätzlicher Studienplätze in der Humanmedizin. Auch forderte der 78. Bayerische Ärztetag das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege auf, sich über den Bundesrat für eine im Sozialgesetzbuch V zu verankernde obligatorische Beteiligung der privaten Krankenversicherung (PKV) an den Struktur- und Vorhaltekosten des Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) entsprechend ihrem Versicherungsanteil einzusetzen. Auf der Tagesordnung stand außerdem das überall heftig diskutierte Thema der Gesundheits-Apps. Die Delegierten forderte den Gesetzgeber auf, keine gesetzlichen Grundlage dafür zu schaffen, die es gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen ermögliche, Gesundheits-Apps zu verordnen.

Auch wurde die Zusammenarbeit mit Gesundheitsberufen in der Versorgung, darunter dem Physician Assistant, kontrovers diskutiert. Der Ausschuss „Ambulant-stationäre Versorgung“, geleitet von Dr. Wolfgang Gradel, brachte eine Resolution zu der Zusammenarbeit ein, die von den Teilnehmern herzlich begrüßt wurde.

Anzeige

Kinderarzt/-ärztin gesucht

Große moderne, scheinstarke ertragreiche kinderärztliche Gemeinschaftspraxis (3 Sitze) im Raum Reutlingen sucht **FA/FÄ für Kinder und Jugendmedizin** zur Entlastung des ärztlichen Teams.

Wir haben ein breites Spektrum, modernes Equipment, große Praxisräume und ein sehr engagiertes MFA-Team. **Mitarbeit Teilzeit oder Vollzeit.**

Gern spätere Praxisübernahme mit fairen Bedingungen.

Chiffre 205, Köllen Druck & Verlag, Ernst-Robert-Curtius-Straße 14, 53117 Bonn

Arbeitstagung der Landesverbände Süd Studiengang „Physician Assistant“ und seine Einsatzfelder unter der Lupe

In Schwäbisch Hall der Stadt des Salzes, der Kunst, des Jedermann, der Romanik, des Mittelalters widmeten sich die Vorstände aus Bayern, dem Saarland, Rheinlandpfalz und Baden-Württemberg aktuellen Themen des Gesundheitswesens.

Zunächst stand das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) im Mittelpunkt. Impulsreferate von Dr. Michael Viapiano, Landesvorstandsmitglied Hartmannbund Baden-Württemberg und Geschäftsbereichsleiter Kassenärztliche Vereinigung und Peter Kalb, Leiter der Rechtsabteilung Bayerische Landesärztekammer, bildeten die Grundlage für die Diskussion zu den Auswirkungen mit Veränderungen in der Praxisorganisation, der Interaktion zwischen Hausärzten und Fachärzten und der Abrechnung. Herausforderungen liegen in der Adaption der Praxisverwaltungssysteme, Dokumentation der Terminvereinbarungen bei akuter Behandlungsnotwendigkeit, der Erfassung von Neupatienten (Stichwort 9. Quartal) und der Organisation offener Sprechstunden. Die Implementierung telemedizinischer Lösungen wird klare Qualitätsdefinitionen für AU-Bescheinigungen und e-Rezepte erfordern.

Die Zusammenarbeit mit Gesundheitsberufen in der Versorgung war am zweiten Klausurtag Schwerpunktthema der Sitzung: Prof. Dr. Marcus Hoffmann, Prorektor DHBW Duale Hochschule Baden-Württemberg, beleuchtete in seinem Referat die Entwicklung des Bachelor-Studiengangs Physician Assistant (PA), die Weiterentwicklung des Curriculums, Chancen im Gesundheitsmarkt und das Selbstverständnis der PAs in der Versorgung. Eine Umfrage unter PA-Absolventen 2017 zeigte, dass die PAs in ihrem beruflichen Alltag positive Erfahrungen sammeln und auf hohe Akzeptanz bei Ärzten, Pflegekräften und Patienten stoßen. Der Einsatz von PA's ist über den Bereich der stationären Versorgung in weiteren Sektoren der Gesundheitsversorgung realisierbar. Hierzu zählen u. a. die ambulante & wohnortnahe Versorgung, Telemedizin, Digitalisierung und Dokumentation.

Rechtliche Aspekte in Studium und den Einsatzfeldern der Physician Assistants sind gerade für die Einführung eines jungen Berufsbild im hoch komplexen

Gesundheitssystem in Deutschland von großer Bedeutung. Dr. Peter Hüttl, Rechtsanwaltskanzlei Dr. Heberer & Kollegen und Peter Kalb, gab hierzu juristische Einblicke. Entscheidend sei eine klare Kompetenzbeschreibung für das Berufsbild und die Einsatzfelder. Die Abgrenzung der Aufgabenfelder aber auch der Haftung muss gut erkennbar sein.

PD Dr. Barbara Puhahn-Schmeiser, Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, umriss die Chancen für ein gutes Zusammenwirken in der klinischen Versorgung und Stefanie Teifel, 1. Vorsitzende des Landesverbandes medizinischer Fachberufe Süd, skizzierte das Studium zum Physician Assistant als eine ideale Perspektive für medizinische Fachangestellte in der ambulanten Versorgung.

Alle Referentinnen und Referenten unterstrichen sehr klar, dass das Studium auf eine abgeschlossene Ausbildung in einem Gesundheitsberuf und möglichst Berufserfahrung aufbauen muss.

Für die Landesverbände im Süden fassten Wolfgang Gradel, stellv. Vorsitzender des LV Bayern und Klaus Rinkel, Vorsitzender des LV Baden-Württemberg zusammen, dass man positiv auf die weitere Entwicklung des Physician Assistant blicke. Ein weiterer Austausch und Dialog zwischen Vertretern des Fachs, Hochschulen, sowie den Akteuren und Trägern der Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik sei erforderlich. Dringend anzustreben sei eine Vereinheitlichung von Qualitätsstandards der Ausbildung und der Regularien der Mitwirkung in der Patientenversorgung. Dies birgt gute Chancen für ein Zusammenwirken in einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung mit hoher Patientensicherheit.

Die Teilnehmer der Arbeitstagung fassten folgendes Abschlusssstatement, das man in die innerverbandliche Diskussion im Hartmannbund und in Gespräche über Gesundheitspolitik einbringen wird.



Studiengang „Physician Assistant“ und seine Einsatzfelder

Der Hartmannbund begrüßt die Einführung arztentlastender Assistenzberufe (zum Beispiel des Physician Assistant). Die Delegation sichert eine enge Zusammenarbeit (im ärztlichen Team) in der Gesundheitsversorgung auf Basis von medizinischen Leitlinien und Standards.

Die Akademisierung bestehender medizinischer Fachberufe bietet zudem die Chance, gute Fachkräfte im Gesundheitswesen zu behalten.

Die Einführung von arztentlastenden Assistenzberufen dürfen Bemühungen, die Anzahl der Ärzte und die verfügbaren Tätigkeitszeiten in der Versorgung zu erhöhen, nicht beeinträchtigen.

Als wesentliche Rahmenbedingungen haben wir herausgearbeitet:

1. Eine bundesweit einheitliche Rahmendefinition der Studieninhalte entwickeln unter Einbeziehung der (Landes)Ärzttekammern und der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und staatliche Anerkennung des Berufes
2. Kein grundständiges Studium. Der Zugang zum Studium kann nur auf Grundlage einer abgeschlossenen Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf und Berufserfahrung erfolgen
3. Delegation unter ärztlicher Weisungsbefugnis zur Unterstützung und Entlastung der Ärztinnen und Ärzte
4. Die Definition von Rahmenbedingungen für die Delegation muss medizinischen Maßstäben folgen. Bei der Entwicklung der Maßstäbe müssen die Ärztekammern und Fachgesellschaften entscheidend mitwirken
5. Die Entlastung der weiterbildenden Ärztinnen und Ärzte durch Assistenzberufe gibt die Chance, die ärztliche Weiterbildung weiter zu verbessern

Hufeland Preis 2018

Stiftung Hufeland-Preis ehrt Kita-Projekt zur Hautkrebsprävention

Köln, 28. Oktober 2019 – In Anwesenheit zahlreicher Spitzenvertreter der deutschen Ärzteschaft wurde im Rahmen eines Festaktes am 28. Oktober 2019 der Hufeland-Preis durch das Kuratorium der Stiftung an die Preisträger übergeben. Prof. Eckhard Breitbart, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Dermatologische Prävention e.V. (ADP), Dr. Nadja Seidel und Dr. Friederike Stölzel, Leiterinnen des Präventionszentrums des Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC) sind die Preisträger des Jahres 2018. Sie erhielten den mit 20.000 Euro dotierten Preis für Präventivmedizin für ihr bundesweites Sonnenschutz-Projekt „CLEVER IN SONNE UND SCHATTEN für Kitas“, das vom Präventionszentrum des NCT/UCC Dresden in Kooperation mit der Deutschen Krebshilfe, der ADP und der Universität zu Köln/Uniklinik Köln entwickelt wurde.

Der Hufeland-Preis wird durch die Deutsche Ärzteversicherung gestiftet und zählt zu den bedeutendsten deutschen Medizinpreisen. Förderer der Stiftung sind die Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer und die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheit e.V. Der Preis wird seit 1960 jährlich an Mediziner für richtungsweisende Leistungen und herausragende Forschungs-

ergebnisse in der Präventivmedizin verliehen und ist mit 20.000 Euro dotiert.

„UV-Schäden der Haut in der Kindheit und Jugend sind wesentlich für die Entstehung von Hautkrebs in späteren Lebensjahren verantwortlich“, so Prof. Eckhard Breitbart. Hautkrebs zählt bundesweit zu den häufigsten Krebserkrankungen. Rund 272.000 Menschen erkranken in Deutschland pro Jahr neu an dieser Krankheit, mehr als 37.000 von ihnen an der besonders gefährlichen Form des malignen Melanoms, dem sogenannten schwarzen Hautkrebs. „Wir sind überzeugt, dass diese Zahlen durch Präventionsmaßnahmen deutlich gesenkt werden können“, so Breitbart.

Im Rahmen des durch den Hufeland-Preis ausgezeichneten Projektes „Clever in Sonne und Schatten für Kitas“ wurden mehr als 3.000 kostenfreie Projekt-Pakete in den vergangenen zwei Jahren an Kindertageseinrichtungen in ganz Deutschland versandt. Darin enthalten: Materialien zur interaktiven Weiterbildung für Kita-Erzieher und zur Erarbeitung einer individuellen Sonnenschutzstrategie sowie kindgerechte Lied-, Film- und Bastelvorlagen zur Gestaltung einer Projektwoche für Drei- bis Sechsjährige und eines Elternnachmittags zum Thema

Sonnenschutz. „Zentrales Anliegen unseres Projekts ist es, Sonnenschutz nachhaltig im Kita-Alltag zu verankern und Kindern spielerisch das richtige Sonnenschutzverhalten zu vermitteln. Hierzu trägt auch die Figur des „SonnenschutzClown Zitzewitz“ bei, die als kindgerechter Botschafter fungiert“, erklären Dr. Nadja Seidel und Dr. Friederike Stölzel.

Eine umfangreiche projektbegleitende Evaluation zeigt, dass das nun ausgezeichnete Projekt Erzieher nachhaltig darin bestärkt, für besseren UV-Schutz der Kinder zu sorgen und Vorbild für richtiges Sonnenschutz-Verhalten zu sein. „Wir stehen bereits in den Startlöchern, die Zielgruppe zu erweitern: Aktuell erstellen wir beispielsweise Materialien zum Thema Sonnenschutz für Schülerinnen und Schüler der ersten und zweiten Klassen. 2020 werden wir zudem mit einem speziellen Programm an Sportschulen in Deutschland herantreten. Denn die hier lernenden Kinder und Jugendlichen halten sich besonders viel im Freien auf“, erklärt Dr. Friederike Stölzel.

„Wir freuen uns, in diesem Jahr ein erfolgreiches Projekt zum Thema Sonnenschutz auszeichnen zu können und damit der prophylaktischen Aufgabe in der Medizin erneut wichtige Impulse zu verleihen. Seit der ersten Preisverleihung im Jahr 1960 sind bis heute über 80 Wissenschaftler geehrt worden“, sagt Timmy Klebb, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Ärzteversicherung bei der Übergabe des Preises.

Doktorandenförderung Versorgungsforschung

Gleichzeitig wurden durch die Stiftung Hufeland-Preis auch die Förderpreise für Doktorandinnen und Doktoranden verliehen. Der Doktoranden-Förderpreis ist mit je 5.000 Euro dotiert. Für ihre hochklassige Arbeit „Weibliche Stuprum-Betroffene: Charakteristika von 850 angezeigten und der Charité versorgten Fällen sowie aktuelle Versorgungssituationen an deutschen Universitätsfrauenkliniken“ wurde Frau Line Ana Fryszler, Charité Berlin, ausgezeichnet. Der zweite Förderpreis erhielt Herr Marios Loucas, Universitätsmedizin Mainz, für seine Dissertation „Der gesundheitliche Zustand der minderjährigen Flüchtlinge: Eine Querschnittsstudie“.

ACCOR

Erleben Sie eine einzigartige Hotelwelt – mit exklusivem Preisvorteil

Accor bietet besondere Erlebnisse in 4.900 Häusern weltweit – als HB-Mitglied profitieren Sie zusätzlich von bis zu 10 % Ermäßigung auf die beste unbeschränkte Tagesrate.

Accor ist die perfekte Wahl für Ihre geschäftlichen Aufenthalte. Als weltweit führende Unternehmensgruppe für „Augmented Hospitality“ eröffnen wir Ihnen eine faszinierende Hotelwelt mit 4.900 Hotels, Resorts und Residenzen in 110 Ländern der Welt und einem einzigartigen Markenportfolio von Luxus bis Economy. Dahinter stehen über 50 Jahre Expertise und „Savoir Faire“ im Gastgewerbe. Weiteres Highlight: Als Accor Gast haben Sie Zugang zu einem der attraktivsten Treueprogramme in der Hotelbranche weltweit!

Ob für Ihre Geschäftsreise oder als Veranstaltungsort für Kongresse, Fachtagungen und besondere Events – allein in Deutschland, Österreich und der Schweiz stehen Ihnen 470 Hotels von Luxus bis Economy zur Verfügung. So ist für jeden Anspruch und Anlass das Richtige dabei. Doch das Hote-

lerlebnis beschränkt sich nicht nur auf Ihre Übernachtung: Mit einem großen und vielfältigen Angebot an Restaurants, Bars, Wellness und Co-Working-Spaces eröffnen wir Ihnen auch in den Bereichen Arbeit, Freizeit und Unterhaltung neue Lebenswelten.

Um Hoteliers auf der ganzen Welt bei ihren Kernaufgaben zu unterstützen, bieten wir digitale Lösungen für den Vertrieb, das operative Geschäft und eine verbesserte Kundenerfahrung.

Ein weiterer, wichtiger Anspruch ist eine nachhaltige Wertschöpfung, der wir zutiefst verpflichtet sind. Mit unserem weltweiten Programm „Planet 21 – Acting Here“ und unserem Stiftungsfonds „Accor Solidarity“ übernehmen wir aktiv Verantwortung für die Umwelt und die Gesellschaft.

Ihr Accor Preisvorteil während Ihrer geschäftlichen Aufenthalte:

- 10 % Ermäßigung auf die beste unbeschränkte Tagesrate ohne Buchungsbedingungen für die Marken Raffles, Sofitel Legend, Fairmont, SO/, Sofitel, Rixos, MGallery, Pullman, Swissôtel, Grand Mercure, Novotel, Novotel Suites, Mercure und Mama Shelter.

- 5 % Ermäßigung für die Marken Aparthotels Adagio, ibis, ibis Styles und Adagio access sowie ibis budget in ausgewählten Hotels

So buchen Sie Ihren nächsten Aufenthalt:

- Buchung über www.accorhotels.com
- Bitte Kundennummer und Zugangscode angeben



Ihr persönlicher Accor Ansprechpartner:
Nils Oetken, Key Account Manager Associations Central Europe, nils.oetken@accor.com

„Ärzte helfen Ärzten in Not“

Jede Spende hilft! Kollegiale Hilfe in Notsituationen

Hartmannbund-Stiftung
Ärzte helfen Ärzten

Die Hartmannbundstiftung „Ärzte helfen Ärzten“ unterstützt Arztfamilien in schwierigen Lebenslagen und stellt damit ein einmaliges Hilfswerk innerhalb der Ärzteschaft dar.

Wir helfen:

- Kindern in Not geratener Ärztinnen und Ärzte
- Halbwaisen und Waisen aus Arztfamilien
- Ärztinnen und Ärzten in besonders schweren Lebenslagen

Wir bieten:

- Kollegiale Solidarität
- Finanzielle Unterstützung für Schul- und Studienausbildung
- Förderung berufsrelevanter Fortbildungen
- Schnelle und unbürokratische Hilfe

Helfen Sie mit, diese unverzichtbare Hilfe aufrecht zu erhalten!

Unterstützen Sie mit Ihrer Spende Kolleginnen und Kollegen in Not. Vielen Dank!



Online-Spende unter
www.aerzte-helfen-aerzten.de

Spendenkonto der Stiftung:
Deutsche Apotheker und Ärztebank eG Düsseldorf
IBAN DE88 3006 0601 0001 4869 42 | BIC DAAEED33XXX



... welchen Einfluss hat mein Gesundheitszustand auf meinen Beitrag zur Krankenversicherung?



Das sagt AXA, ein privater Krankenversicherer:

Wie bei jeder privaten Versicherung ist auch in der der Privaten Krankenversicherung (PKV) das individuelle Risiko des Versicherten bei Antragstellung ausschlaggebend für die Beitragskalkulation. Die Beiträge werden so kalkuliert, dass die Beitragseinnahmen die zu erwartenden Ausgaben abdecken sollen. Die Berechnung der Beiträge erfolgt somit nach dem sogenannten Äquivalenzprinzip.

In der PKV hängt der individuelle Beitrag dabei von mehreren Faktoren ab: Bei der Beitragsermittlung spielen sowohl das Alter, das jeweils gewählte Leistungspaket als auch der persönliche Gesundheitszustand der zu versichernden Person eine entscheidende Rolle.

Wenn ein Versicherungsnehmer aufgrund seines Gesundheitszustandes bei Antragstellung besondere Risiken aufweist, die Mehrausgaben bei der Krankenversicherung im Vergleich zum „Durchschnitt“ erwarten lassen, führt dies zu einem entsprechenden versicherungsmedizinischen Risikozuschlag. Bei besonders schweren Risiken können diese zu einer Ablehnung des Antrags führen.

Aus diesem Grund müssen bei Antragstellung Gesundheitsfragen beantwortet werden. Diese stellen den derzeitigen Gesundheitszustand des Kunden fest. Stellt sich beispielsweise heraus, dass die Diagnose Heuschnupfen mit Asthma vorliegt, wird darauf je nach Tarif und Alter ein Risikozuschlag erhoben. Verschlechtert sich im Laufe der Zeit der Gesundheitszustand eines Versicherten, hat dies jedoch keine Auswirkungen auf dessen individuellen Beitrag. Es ist ausschließlich der Gesundheitszustand bei Antragstellung ausschlaggebend!

Je früher und gesünder man ist, desto günstiger gestalten sich also die Beiträge zur Krankenversicherung. Eine Möglichkeit hier frühzeitig vorzusorgen ist der Abschluss eines Optionstarifs. Diese beinhalten eine Option auf den Wechsel in die PKV zu dem bei Abschluss der Option „eingefrorenen“ Gesundheitszustand.



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

Das sagt die HEK, ein gesetzlicher Krankenversicherer:

Bei den Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung gilt das Solidaritätsprinzip. Die Beiträge für den Krankenversicherungsschutz richten sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit und nicht nach dem Versicherungsrisiko der Versicherten. Sie werden bis zur Beitragsbemessungsgrenze nach einem Prozentsatz des Arbeitsentgelts bemessen. Somit werden auch Lebensrisiken wie Arbeitslosigkeit berücksichtigt und sind kalkulierbar. Ausdruck des Solidaritätsprinzips ist auch die beitragsfreie Familienversicherung.

Der Anspruch auf sämtliche medizinischen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ist unabhängig von der jeweiligen Beitragshöhe. Es gilt das Bedarfsprinzip, das heißt die Leistungen richten sich nach den medizinischen Erfordernissen. Nur bei Leistungen mit Lohnersatzfunktion (zum Beispiel Krankengeld) spielt die Höhe des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts eine Rolle.

In der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen die Krankenkassen zudem einem Kontrahierungszwang. Sie sind zur Aufnahme neuer Versicherter unabhängig von deren Gesundheitsstatus oder finanzieller Leistungsfähigkeit verpflichtet.

Da keine Gesundheitsprüfung erfolgt, gibt es bei der gesetzlichen Krankenversicherung auch keine Risikozuschläge bzw. Leistungskürzungen oder -ausschlüsse. Damit sind Gesundheitsrisiken wie schwere Krankheiten jederzeit abgesichert.



Warum Rechtsschutz für Mediziner unverzichtbar ist Cyber-Gefahren, Datenschutz-Risiken, Streit mit Patienten & mehr

In mehr als 90 Prozent der Praxen, die an das bundesweite Gesundheitsdatennetzwerk angeschlossen sind, gibt es Sicherheitsrisiken. Das ist das Fazit eines vertraulichen Papiers der Gesellschaft Gematik, die warnt, dass Hacker so leicht Zugriff auf sensible Patientendaten erhalten können. Und Cyber Risiken sind nicht die einzigen Gefahren, denen Mediziner bei der täglichen Arbeit ausgesetzt sind. Eine umfassende rechtliche Absicherung ist darum unerlässlich. Mitglieder des Hartmannbundes können hierbei von exklusiven Vorteilsbedingungen profitieren.

Es geht ganz schnell: Ein Praxis-Mitarbeiter klickt auf einen E-Mail-Anhang, kann die vermeintliche Rechnung jedoch nicht zuordnen und löscht sie. Ohne dass der Antivirens Scanner anschlägt, wird im Verborgenen der Schadcode aktiv. Am nächsten Morgen fährt der Praxis-PC nicht mehr hoch, es erscheint stattdessen der Hinweis, dass das System nur gegen eine Bitcoin-Lösegeldzahlung entschlüsselt wird. Auf dem zentralen Praxisserver – und auch in der Datenbank des Arztsinformationssystems – wurden die Daten verschlüsselt. Bis der Praxisbetrieb wieder normal läuft, vergehen Tage – von den Kosten für den verständigten IT-Fachmann ganz zu schweigen.

JurCyber schützt Ärzte vor hohen Rechtskosten bei Cyber-Schäden

Fälle wie dieser zeigen, dass Cyber-Gefahren zu einer ernstzunehmenden Bedrohung für angestellte und freiberufliche Ärzte geworden sind. Neben der zunehmenden Internet-Kriminalität stellen zudem die gestiegenen Anforderungen an den Datenschutz – Stichwort EU-DSGVO – ein erhebliches Risiko dar. Bei Verstößen gegen den Datenschutz drohen empfindliche Bußgelder von bis zu 20 Millionen Euro oder bis zu vier Prozent des Vorjahresumsatzes.

Die gute Nachricht: Vor diesen Gefahren können sich Mediziner schützen. So hat ROLAND Rechtsschutz, Partner der DÄF Deutsche Ärzteschaft, JurCyber auf den Markt gebracht. Viele Mitglieder des Hartmannbundes nutzen bereits die Berufshaftpflicht-Lösungen der DÄF. JurCyber setzt dort an, wo der Haftpflichtschutz endet: Das Produkt beinhaltet neben der Interessenwahrnehmung bei Schadenersatz- und Unterlassungsansprüchen einen umfassenden Verwaltungs-Rechtsschutz, der unter anderem anwaltliche Hilfe bei Anhörungen der Behörden bietet. Eine 24-stündige IT-Notfall-Hotline rundet das Angebot ab. Im oben dargestellten Krisenfall hätten die Hotline-Mitarbeiter der betroffenen Praxis einen

professionellen IT-Forensiker geschickt, der sich umgehend vor Ort um die Rettung und Wiederherstellung der verlorengegangenen Daten gekümmert hätte.

Individuelle Absicherung nach dem Baustein-Prinzip

Doch nicht nur im Internet lauert die Gefahr, in einen Rechtsstreit verwickelt zu werden. Ob es um Differenzen mit der Kassenärztlichen Vereinigung über Abrechnungen oder mit Patienten über unbezahlte Rechnungen geht – manchmal ist ein rechtlicher Konflikt unvermeidlich. Ein besonders ernster Fall liegt vor, wenn ein Patient Anzeige erstattet, zum Beispiel wegen angeblich unterlassener Hilfeleistung des Mediziners. Aber auch ganz unabhängig vom eigentlichen „Kerngeschäft“ kann eine rechtliche Auseinandersetzung entstehen: Ein arbeitsrechtlicher Konflikt mit dem ehemaligen Mitarbeiter ist dabei beispielsweise genauso denkbar wie ein Streit mit dem Bau-Unternehmen, das bei der Renovierung der Praxisräume schlechte Arbeit geleistet hat.

Im Rahmen ihrer langjährigen Kooperation haben die Partner DÄF und ROLAND Versicherungslösungen entwickelt, die optimal auf die Risiken und den Bedarf von Ärzten abgestimmt sind. Sowohl für niedergelassene als auch für angestellte Ärzte bietet ROLAND unterschiedliche Bausteine, die in der Basis-Absicherung oder im Premium-Schutz abgeschlossen werden können. Dabei können sie neben beruflichen auch private Risiken – zum Beispiel im Straßenverkehr – mit absichern. Mitglieder des Hartmannbundes profitieren dabei von exklusiven Vorteilsbedingungen: Der Rahmenvertrag zwischen DÄF, Hartmannbund und ROLAND beinhaltet einen Rabatt von 10 Prozent und passt sich immer automatisch auf die aktuellen Tarife an.

Noch mehr Vorteile im Tarif 2020

Im gerade lancierten Tarif 2020 profitieren Mitglieder des Hartmannbundes von noch mehr Vorteilen:



- Alle ROLAND-Bausteine haben ab sofort eine unbegrenzte Versicherungssumme. Die bisherigen Höchstentschädigungsgrenzen und die Versicherungssumme bei Strafrecht-Plus Privat und Gewerbe bleiben unverändert bestehen.
- Praxiskäufe sind seit diesem Jahr versichert.
- Der Versicherungsschutz für gelegentliche Notarztarbeiten angestellter Ärzte wurde angepasst:
 - 90 Tage für ambulante, nicht-operative Praxisvertretung und freiberufliche Akupunktur
 - 60 Tage für medizinische Gutachten, KV-Notfalldienste, nicht-leitende Rettungsdienste, Rückhol-Transporte und Flugbegleitungen nach oder innerhalb von Deutschland
- In Gemeinschaftspraxen können niedergelassene Ärzte Streitigkeiten untereinander gegen einen Zuschlag versichern.
- Neu ist seit diesem Jahr der Rechtsschutz für Chefärzte. Dieser enthält folgende Leistungen:
 - Firmen-Rechtsschutz
 - Rechtsschutz für niedergelassene Ärzte
 - Plus-Baustein Gewerbe
 - StrafrechtPlus Gewerbe
 - Privat Premium (Arbeits-Rechtsschutz und Niederlassungsklausel)

Interessierte Mitglieder können sich gerne von ihrem DÄF-Repräsentant und ROLAND-Kundenservice beraten lassen.

Ansprechpartner für Mitglieder

Der Hartmannbund steht Ihnen mit qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die politische Verbandsarbeit, die Mitgliederberatung und den Mitgliederservice zur Verfügung. Haben Sie Fragen? Dann können Sie sich direkt an Ihren Gesprächspartner wenden. Unten stehend finden Sie die Kontaktdaten. Weitere Informationen finden Sie im Internet auf www.hartmannbund.de. Schauen Sie doch mal vorbei.



© burak cakmak - fotolia.com

Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt

Tel.: 030 206208-15

Ärztliche Weiterbildung

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-31

Ausbildung/Medizinstudium

Ina Reiber

Tel.: 030 206208-24

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt

Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung

Sabine Haak/Christina Thelen/Sandy Stephan

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 Thelen

Tel.: 030 206208-58

Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak/Sandy Stephan

Tel.: 030 206208-43

Regionalreferat Nord

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

Steffen Pankau

Tel.: 030 206208-56

Regionalreferat Ost

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

Philipp Hoffmann

Tel.: 030 206208-41

Regionalreferat West

(Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen)

Tel.: 030 206208-16

Regionalreferat Süd

(Landesverbände Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz, Saarland)

Corina Bolintineanu

Tel.: 030 206208-65

Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos*

ABZUGEBEN/ZU VERKAUFEN

Verkauf: Kinder- und jugendpsychiatrische fachärztliche Praxis im Ruhrgebiet (Essen)

Lust gut zu verdienen, selbstbestimmt, kreativ und sicher im stabilen Team zu arbeiten?

Große kinder- und jugendpsychiatrische fachärztliche Praxis im Ruhrgebiet (Essen) mit sozialpsychiatrischem und psychotherapeutischem Schwerpunkt in 2020 zu verkaufen. Näheres auch unter www.kvboerse.de.

Kontaktaufnahme unter: Tel 0151/22650839 oder dr.zimmermann@praxis-zimmermann.net

HNO – Privatpraxis in Wiesbaden abzugeben

In der hessischen Landeshauptstadt Wiesbaden ist eine HNO – Privatpraxis (klein, aber ausbaufähig) in 2020 abzugeben. Kontakt unter Chiffre: 059012

Nemectrodyngerät mit Zubehör in Essen abzugeben

Gerät in gutem Zustand (hervorragend wirksam bei Myogelosen, Neuralgien, Lumbago und Myalgien) wegen Praxisaufgabe für 550,00 EUR abzugeben.

Kontakt unter Chiffre 147581

Verkauf von Therapiegerät MaRhyThe

Ich verkaufe ein absolut neuwertiges (eigtl. neues) Matrix Rhythmustherapiegerät MaRhyThe (Kauf in 2015, bisher nie in Gebrauch, nur zur Personaleinweisung).

Neupreis v. 30.09.2014 (2 Jahre Garantie): 3.867,50 € brutto. VB 3.000,00 €.

Für nähere Informationen und Interesse melden Sie sich bitte unter: +49 89 9077 9770 oder info@praxissschmehl.de

GESUCHT

Praxisvertreter für neurologische und psychiatrische Patientenbetreuung im Raum Bonn gesucht

Suche Praxisvertreter im Hinblick auf neurologische und psychiatrische Patientenbetreuung im Raum Bonn.

Meine Praxis ist mit umfangreicher Diagnostik und auch Psychodiagnostik (Testpsychologie) ausgestattet. Eine psychotherapeutische Zusatzausbildung wäre im vorliegenden Falls zusätzlich günstig. Es geht jedoch im Wesentlichen um Basisversorgung während meiner Abwesenheit von der Praxis. Die Praxis befindet sich in der Bonner Südstadt, Haltestelle der Linie 66 Bundesrechnungshof/Auswärtiges Amt, Arztparkplätze sind vorhanden.

Bei Interesse bitte unter: mail@barthunddomke.de oder 0228-224440.

Nachfolgerin / Nachfolger für Zahnarztpraxis in Celle

Nachfolger, Nachfolgerin zum 30.03.2020 oder später gesucht für die Zahnarztpraxis im alten Fachwerkhaus bei Celle. Einmaliges Ambiente, Holzbalkendecke, Kamin etc auf 170 m². Die Praxis hat Telematik VPN Anbindung auf Z1 Compucent, zwei Behandlungsräume, Büro, einen Raum für alternative Behandlung, Sozialraum, Röntgen mit OPG und Tubus, Räume für Labor und Aufbereitung. Diese Region hat mehrere zugugsstarke Neubaugebiete. Sehr guter Standort für MKG und Implantologie. Kontakt unter: ZahnarztFachwerk@t-online.de

Allgemeinärztliche Nachfolge für Praxisgemeinschaft Allgemeinmedizin/Pädiatrie (m/w/d) in Hohenwestedt

Die Praxis: Allgemeinmedizin seit 1985, BAG seit 1990. Freundliches, eingespieltes Team mit fünf MFAs. Guter Patientenstamm, Qualitätsmanagement, Teamsitzungen, Fortbildungen, zehn PC-Plätze mit TurboMed Hard- und Software, Telematik, Glasfaser. 166m², ETW, barrierefrei, Laborgemeinschaft Büdelsdorf, EKG, LuFu, LZ-RR, Reizstrom, Inhalation, Audiometrie, Sehtest und Hörtest.

Es ist eine Weiterbildungsermächtigung im Bereich Allgemeinmedizin für 18 Monate vorhanden. Wir bieten Ihnen einen flexiblen Einstieg in die Selbstständigkeit durch z. B. Jobsharing. Die Nachfolge für den pädiatrischen Teil ist ab 01/2020 sichergestellt.

Die Gemeinde: Das Kleinzentrum Hohenwestedt im Herzen Schleswig-Holsteins ist Ziel und Ausgangspunkt für ganz S-H an der Kreuzung B77/B430 am Naturpark Aukrug mit hoher Lebensqualität für junge Familien und Jobsucher: Alle Einkaufsmöglichkeiten, alle Schulen bis Abi, 2 Kitas und Freibad. Kulturelles Angebot steht in den Städten Rendsburg, Itzehoe und Neumünster alle ca. 20 km entfernt zur Verfügung. Kiel (50 km) und Hamburg (75 km) sind über die neue A7 schnell zu erreichen. Weiteres gesundheitliches Angebot der Gemeinde: fünf weitere Hausärzte, eine Gynäkologin, Zweigpraxis Augenheilkunde, vier Physiotherapiepraxen, Ergotherapiepraxis, drei Zahnarztpraxen, drei Apotheken, Hospizverein, Pflegedienst Diakonie

Wenden Sie sich gern telefonisch oder per E-Mail mit Ihren Bewerbungsunterlagen an uns, wir freuen uns auf Sie! Kontakt: Marie-Kristin Wendt (Projektassistentin Regionale Versorgung der Ärztegenossenschaft Nord), 04551/9999 285, marie-kristin.wendt@aegnord.de.

FÄ/FA für Kinder- u. Jugendheilkunde gesucht im Münchner Osten, Berg am Laim

Ich suche für meine Kinderarztpraxis im Münchner Osten, Berg am Laim, ab sofort eine Fachärztin / Facharzt in Teilzeit. Bewerbungen gerne an info@mein-kinderarzt-muenchen.de.

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

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

IMPRESSUM

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

Redaktion:
Michael Rauscher (v.i.S.d.P.)

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: p.kaiser@koellen.de

Anzeigenverwaltung:
Petra Kaiser, Köllen Druck+Verlag GmbH

Satz & Gestaltung:
Köllen Druck+Verlag GmbH
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14
53117 Bonn
www.koellen.de

Druck & 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 auszugs-
weise) 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.

Bildnachweise: Soweit nicht anders
gekennzeichnet, alle Fotos und Grafiken
von 123rf.com

Titelfoto: © 123rf.de; Maitree
Boonkitphuwadon

Icons: © venimo – Fotolia.com



Zu guter Letzt ...

gematik veröffentlicht „Whitepaper“ zu Sicherheitsaspekten in der Telematik-Infrastruktur

Die gematik GmbH hat in einem „Whitepaper“ eingehend zum Schutz der Patientendaten in den Arztpraxen in der aktuellen Ausbaustufe der Telematik-Infrastruktur (TI) Stellung genommen. „Die Telematik-Infrastruktur ist sicher“, hatte die gematik – seit kurzem ja „in der Hand“ des Bundesgesundheitsministeriums – wiederholt im Hinblick auf entsprechende und durchaus kritische Berichte betont. Der Datenschutz und die Informationssicherheit stünden beim Aufbau des digitalen Gesundheitsnetzes im Mittelpunkt. Um den Datenschutzanforderungen gerecht zu werden und insbesondere die medizinischen Daten von Versicherten zu schützen, verfolge die TI strenge Grundsätze und habe entsprechende Mechanismen etabliert. Bereits im Entwurfsstadium und bei der Zulassung der technischen Komponenten und Dienste habe man hohe Maßstäbe angelegt. Im laufenden Betrieb soll das spezielle Managementsystem der gematik den Datenschutz und die Informationssicherheit gewährleisten – unter anderem mit kommunikativer Unterstützung und einem Notfall-„Response Team“. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) hatte die „verantwortungslose Politik in Sachen Digitalisierung des Gesundheitswesens“ kritisiert. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn könne sich keinesfalls nur darauf zurückziehen, dass die Praxen selbst für die IT-Sicherheit zuständig seien.

Ärztemangel – Medizinischer Fakultätentag und Bundesvertretung der Medizinstudierenden sehen Verteilungsproblem als ursächlich

In Deutschland herrsche kein Ärztemangel sondern vielmehr ein entsprechendes Verteilungsproblem – so die jüngst geäußerte Position des Medizinischen Fakultätentages (MFT) und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). Das Grundproblem seien nicht fehlende Studienplätze, sondern vielmehr der wenig effiziente Einsatz und die unausgewogene regionale und fachliche Verteilung der Ärztinnen und Ärzte, so Frank Wissing, Generalsekretär des MFT. MFT und bvmd verweisen unisono darauf, dass sich die Diskussion auf die Umstrukturierung des Gesundheitssystems und eine bedarfsgerechte Verteilung konzentrieren müsse. Immerhin verfüge Deutschland laut OECD-Zahlen schon heute über eines der besten Verhältnisse von praktizierenden Ärzten zu Einwohnern. Die ausgebildeten Ärzte müssten aber in modernen Versorgungsstrukturen arbeiten können und durch Anreize für eine Tätigkeit auch auf dem Land gewonnen werden – eine unkoordinierte Aufstockung der Studienplätze ohne einen Wandel der Versorgungsstrukturen und Arbeitsbedingungen werde nur ein teures Fass ohne Boden.



Mehr aktuelle Informationen
auf www.hartmannbund.de



**Wir wünschen Ihnen schon an
dieser Stelle frohe und erholsame
Weihnachtsfeiertage und einen
guten Rutsch ins neue
Jahr 2020 – mit möglichst
wenig Diensten!**



Entwickelt für Ihre Zukunft.
Exklusive Vorsorge für Mitglieder des Hartmannbundes.



Setzen Sie auf ein einzigartiges Vorsorgekonzept: DocD'or kombiniert eine flexible Altersvorsorge mit einem speziellen Berufsunfähigkeitsschutz für Ärzte – damit Sie auf alle Wechselfälle vorbereitet sind. Am besten von Anfang an: Berufseinsteiger zahlen in den ersten Jahren stark reduzierte Beiträge bei vollem Versicherungsschutz. **Sichern Sie jetzt Ihre Zukunft mit DocD'or.**

Jetzt beraten lassen: 02 21 / 1 48-2 27 00
www.aerzteversicherung.de



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

SERVICE-PARTNER DES HARTMANNBUNDES



Die HEK Service-App

UNGLAUBLICH VIELSEITIG

HEK | DIE BUSINESS-K(L)ASSE

Mehr Informationen unter hartmannbund.de