

04/2020

Hartmannbund Magazin

Sanierung oder Abriss?

Das DRG-System vor einer
ungewissen Zukunft



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

Editorial



Dr. Klaus Reinhardt
Vorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärzte Deutschlands

*Liebe Kolleginnen,
Liebe Kollegen*

ich weiß nicht, wie es Ihnen geht, aber ich freue mich in diesem Jahr ganz besonders auf ein paar Tage Stille. Der Wunsch nach „besinnlichen Weihnachten“ gewinnt eine ganz reale, greifbare Bedeutung. Natürlich können wir nicht einfach innehalten. Die Welt „da draußen“ steht ja nicht still. Die Probleme bleiben, das Virus ist nicht weg. Und trotzdem: Es ist so viel gedacht, gesagt und getan, dass zumindest ein paar Momente der Entschleunigung angebracht und auch nötig sind.

Mit ein klein wenig Ruhe und Abstand merken wir dann vielleicht: Eigentlich haben wir Grund zum Optimismus. Denn auf dem virtuellen Gabentisch liegt genau das, was sich viele von uns in den letzten Wochen und Monaten am meisten gewünscht haben. Die ersten Impfstoffe gegen „Corona“ sind DAS kollektive Weihnachtsgeschenk 2020. Warum also in diesen Tagen nicht einfach auch einmal zuversichtlich sein! Ja, wir müssen konzentriert und konsequent bleiben. Aber die Frustration muss weg. Wir brauchen wieder Perspektiven, ein bisschen freie Sicht auf die Dinge, die uns motivieren, den Blick wieder mit Freude nach vorne zu richten. Wir als Ärztinnen und Ärzte haben die ganz besondere Chance, diese Zuversicht nicht nur für uns selbst zu gewinnen, sondern sie auch anderen zu geben. Wir sind tagtäglich in Kontakt mit Menschen, von denen viele, ganz besonders auch in diesen Zeiten, Optimismus und auch ein bisschen Orientierung brauchen im Dschungel diffuser Nachrichten.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, es stimmt, die letzten Monate waren fordernd. Aber Krise ist doch für die meisten von uns bisher eher ein abstrakter Begriff dafür, was in der Summe um uns herum passiert. Wirklich persönlich krisengeschüttelt, das hoffe ich wenigstens, sind bisher die wenigsten von uns. Vielleicht hilft es ja, sich genau das ab und zu vor Augen zu führen – bei aller Belastung, die Corona für viele von uns im Berufsalltag bedeutet. Denken wir in diesen Tagen doch ruhig mit ein bisschen Stolz daran, was wir in diesen fordernden Monaten unter schwierigen Bedingungen geschafft haben. Denken wir an diejenigen, denen wir im vergangenen Jahr helfen konnten. Und sind wir zu Weihnachten in Gedanken auch bei jenen, die Freunde und Angehörige verloren haben. Nicht nur in Deutschland.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen ein paar Tage Stille, besinnliche Weihnachten, frohen Mut und Gottes Segen für das kommende Jahr.

Ihr

Klaus Reinhardt



„
Empathie und ‚Sprechende
Medizin‘ sind das A und O
für ein optimales Arzt-
Patienten-Verhältnis!“

Umso wichtiger, dass sich der Hartmannbund für die
Stärkung der ‚Sprechenden Medizin‘ einsetzt.

Inhalt



Abriss? Kernsanierung? Oder reicht ein bisschen Kosmetik?

Das Fallpauschalensystem in den deutschen Krankenhäusern, DRG – Diagnosed Related Groups, wurde vor fast 15 Jahren eingeführt und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt. Fast genauso lange – so scheint es dem gesundheitspolitischen Beobachter – steht es eigentlich auch auf dem Prüfstand, wenn nicht gar zur Disposition. Waren einst viele Hoffnungen mit der Einführung dieses Systems verbunden worden, scheint nun seine Götterdämmerung eingeläutet. Abriss oder Kernsanierung – in diesem Spannungsfeld bewegen sich die Diskussionen. Dass die Sache mit ein bisschen Kosmetik zu retten ist, daran glauben nur noch Wenige. Für diese Option spräche bestenfalls der Mangel an mehrheitsfähigen Alternativen. Es bedarf zunächst einer ausführlichen Betrachtung der Historie des DRG-Systems und der damit verbundenen Reformziele, um die aktuelle Diskussion nachvollziehen und gegebenenfalls mitreden zu können. Warum wurde das DRG-System überhaupt eingeführt? Wie hat es sich über die Jahre bewährt und wo offenbarten sich seine Schwachstellen?

6

14
**Die Welt des Gesundheitswesens
wird nach 2021 eine andere sein**
Soforthilfe, Rettungsschirme,
Sparzwänge



16
**Impfstoffe und Therapien gegen
COVID-19 – eine Momentaufnahme**
Entwicklung, Verfahren
und Sachstand



24
Pro&Contra
Grippeimpfung: Künftig auch
in der Apotheke?

18
**Schnell, zuverlässig oder
(ziemlich) sicher. Alles eine Frage
der Sensitivität**
PCR-Test, PCR-Schnelltest,
Antigen-Test, Antikörpertests



26
Apps auf Rezept als „Weltneuheit“
Noch keine validen Prognosen über die
künftige Anzahl und Kosten der DiGAs

20
**Wenn guter Rat nicht teuer,
aber unverzichtbar ist!**
Ethik-Kommissionen als Berater –
auch in der Coronakrise



28
Von Skepsis begleitet
Einige Bundesländer sind mit einer
„Landarztquote“ gestartet

30
Elektronische Patientenakte
Es droht ein zäher Start

22
Jetzt ist der Geist aus der Flasche
Streit um Gripeschutzimpfungen
in der Apotheke

31 **HB** Intern
33 **Service** Kooperationspartner
40 Ansprechpartner
42 Impressum

Abriss? Kernsanierung? Oder reicht ein bisschen Kosmetik?



Grafik: Pranch & ex_artist/shutterstock.com

Experten ringen um die Zukunft des DRG-Systems – und um Alternativen

Abriss? Kernsanierung? Oder reicht ein bisschen Kosmetik?

Das Fallpauschalensystem in den deutschen Krankenhäusern, DRG – Diagnosed Related Groups, wurde vor fast 15 Jahren eingeführt und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt. Fast genauso lange – so scheint es dem gesundheitspolitischen Beobachter – steht es eigentlich auch auf dem Prüfstand, wenn nicht gar zur Disposition. Waren einst viele Hoffnungen mit der Einführung dieses Systems verbunden worden, scheint nun seine Götterdämmerung eingeläutet. Abriss oder Kernsanierung – in diesem Spannungsfeld bewegen sich die Diskussionen. Dass die Sache mit ein bisschen Kosmetik zu retten ist, daran glauben nur noch Wenige. Für diese Option spräche bestenfalls der Mangel an mehrheitsfähigen Alternativen. Es bedarf zunächst einer ausführlichen Betrachtung der Historie des DRG-Systems und der damit verbundenen Reformziele, um die aktuelle Diskussion nachvollziehen und gegebenenfalls mitreden zu können. Warum wurde das DRG-System überhaupt eingeführt? Wie hat es sich über die Jahre bewährt und wo offenbarten sich seine Schwachstellen?

Die voll- und teilstationären Leistungen der 1.592 allgemeinen (somatischen) Krankenhäuser werden über das – seit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten im Jahr 2020 so bezeichnete – aG-DRG-System (Diagnosis Related Groups) nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vergütet. Einzelheiten der Vergütung der DRG-Krankenhäuser werden im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und in der Fallpauschalenvereinbarung der Selbstverwaltungspartner geregelt. Die Grundlagen für die Vergütung voll- und teilstationärer Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen (Psych-Einrichtungen) sind im KHG, in der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) und in der von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene zu treffenden Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV) niedergelegt.

Die Vorgeschichte zum DRG

Durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 und die Bundespflegesatzverordnung (BpflV) von 1973 wurde in den Krankenhäusern das Selbstkostendeckungsprinzip zur Vergütung von Krankenhausleistungen eingeführt. Die Vergütung des einzelnen Krankenhauses erfolgte grundsätzlich kostendeckend durch pauschale „tagesgleiche Pflegesätze“, wenn notwendig auch mit der Möglichkeit nachträglicher Kostenerstattung (retrospektive Selbstkostendeckung auf der Basis der tatsächlich entstandenen Kosten). Es war aus diesem Grund für das einzelne Krankenhaus kaum möglich, finanzielle Verluste zu machen.

Ab 1986 entfiel zwar die retrospektive Selbstkostendeckung zugunsten prospektiv verhandelter Pflegesätze (flexible Budgetierung), am Grundsatz der Selbstkostendeckung änderte sich hingegen nichts. Für jedes Krankenhaus wurde ab 1986 gemäß § 5 Abs. 1 BpflV ein allgemeiner Pflegesatz zwischen den einzelnen Krankenhäusern und den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden auf Ortsebene vereinbart. Die Gefahr, mit dem prospektiv verhandelten Budget nicht auszukommen, blieb eher theoretisch, da die „tagesgleichen Pflegesätze“ für das Krankenhaus kostendeckend waren.

Folge dieser Finanzierung war nach damaliger Bewertung, dass unwirtschaftlich arbeitende Krankenhäuser keinen Anreiz hatten, effizienter zu arbeiten und bereits effizient arbeitende Kranken-

häuser für ihre Effizienz nicht belohnt wurden. Die Vergütung nach tagesgleichen Pflegesätzen führte außerdem im internationalen Vergleich zu bedeutend längeren Liegezeiten in deutschen Krankenhäusern.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993 und – wichtiger – der Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) 1995 wurde die teilweise Abschaffung der Selbstkostendeckung beschlossen. Die einzelnen Krankenhäuser hatten nunmehr lediglich noch einen Anspruch auf „leistungsgerechte Erlöse“. Es wurden ein einheitlicher Basispflegesatz für alle nichtmedizinischen Leistungen des Krankenhauses sowie Abteilungspflegesätze für die medizinischen und pflegerischen Leistungen verbindlich vorgegeben. Neben den tagesgleichen Pflegesätzen wurden ab 1996 bestimmte (überwiegend chirurgische) Krankenhausleistungen durch Fallpauschalen und Sonderentgelte pauschaliert vergütet. Allerdings betraf dies lediglich rund 20 bis 25 % aller Krankenhausleistungen. Die verbleibenden Leistungen des „Restbudgets“ wurden weiter über einen tagesgleichen Pflegesatz vergütet (Mischsystem).

Die Vergütung der Krankenhäuser wurde durch die Einführung eines „gedeckelten Budgets“ – also einer Begrenzung der verfügbaren finanziellen Mittel der Krankenhäuser – an die Entwicklung der Grundlohnsumme gebunden. Ausgangspunkt hierfür bildeten die 1992 vereinbarten Budgets. In dieser Phase war es grundsätzlich möglich, dass Krankenhäuser auch Gewinne oder Defizite machten.

Folge dieser Finanzierung war eine Fortschreibung historischer Budgets: Trotz prinzipiell gleicher Vergütung für Fallpauschalen und Sonderentgelte bestimmte sich die Finanzausstattung eines Krankenhauses durch die früher im Rechtsrahmen der Selbstkostendeckung festgeschriebenen Budgets. Die Fallpauschalen und Sonderentgelte führten zwar in Verbindung mit einem Ausbau der Qualitätssicherungsmaßnahmen zu mehr Transparenz und effizientem Mitteleinsatz in der stationären Versorgung, aber die Grundidee, über eine Ausweitung des Fallpauschalanteils zu einer leistungsgerechten Vergütung zu kommen, scheiterte. Es gelang den Selbstverwaltungspartnern (Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft) nicht, durch Erweiterung des Fallpauschalkataloges den Anteil der Fallpauschalen an den Krankenhausausgaben spürbar zu erhöhen.

Die Einführung des DRG-Systems

Das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) sah vor, ab 2003 ein „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen“ (§ 17 Abs. 1 KHG). Alle voll- und teilstationären Krankenhausleistungen, mit Ausnahme von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, sollten über diagnosebezogene Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs) vergütet werden.

Mit der DRG-Einführung sollten aus der Sicht des Gesetzgebers folgende Ziele erreicht werden:

- Verkürzung der Verweildauern der Patienten im Krankenhaus
- Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung
- leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser
- mehr Transparenz über Leistungen und Kosten der Krankenhäuser
- mehr Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander
- Förderung des Strukturwandels
- Umsetzung des Prinzips „Geld folgt Leistung“ bei Strukturveränderungen im Krankenhausbereich und bei Patientenwanderungen zwischen Krankenhäusern

Um eine lange, möglicherweise erfolglose Entwicklungsphase für das neue Fallpauschalsystem zu vermeiden, sollte ein international bereits eingesetztes SDRG-System genutzt werden. Konkret wurde der gemeinsamen Selbstverwaltung (Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) mit Frist zum 30.06.2000 vorgegeben, ein

- durchgängiges, leistungsorientiertes, pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen, dass
- Komplexitäten und Komorbiditäten mit abbildet, einen
- praktikablen Differenzierungsgrad aufweist,
- voll- und teilstationäre Leistungen einbezieht,
- bundeseinheitliche Regeln für Fallgruppen, Bewertungsrelationen und Zu- und Abschläge vorsieht,
- nach Regionen differenziert sein kann und sich
- an einem international eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRGs) orientiert.

Die Partner der Selbstverwaltung haben sich fristgerecht zum 30. Juni 2000 auf die Grundstrukturen des Vergütungssystems, die Grundstrukturen des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen und die Grundzüge des Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems auf Bundesebene geeinigt (Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17 b KHG). Grundlage der Entwicklung der deutschen DRG-Systematik sollten demnach das Patientenklassifikationssystem der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG) der Version 4.1. werden. Mit dieser Entscheidung wurde insbesondere dem Umstand Rechnung getragen, dass das australische DRG-System Komplikationen und Komorbiditäten speziell berücksichtigt.

Ferner wurden auch die heute noch gültigen Grundsätze der Pflege des DRG-Systems mit vereinbart:

- jährliche Pflege des DRG-Systems inklusive der Weiterentwicklung von ICD- und OPS-Klassifikationen
- Vorgabe eines verbindlichen Kalkulationsschemas
- Vorgabe von Abrechnungs- und Kodierregeln
- Übermittlung von Leistungs- und Strukturdaten der Krankenhäuser
- Berücksichtigung von Zu- und Abschlagstatbeständen

Wegweisend war insbesondere der Beschluss zur Gründung eines DRG-Instituts (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), das seither die Entwicklung und Pflege des DRG-Systems

übernimmt und durch einen Systemzuschlag je voll- und teilstationärem Krankenhausfall finanziert wird.

Daneben wurden die in § 17 b KHG vorgesehenen Regelungen für Zu- und Abschlagstatbestände in einer gesonderten Vereinbarung über Regelungen für Zu- und Abschläge gemäß § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG durch die Selbstverwaltungspartner konkretisiert. Zu- und Abschlagstatbestände greifen immer dann, wenn finanzrelevante Tatbestände nicht in allen Krankenhäusern gleichermaßen vorliegen und aus diesen Gründen nicht über DRG-Fallpauschalen finanziert werden können. Auch in dieser Vereinbarung vom Dezember 2000 finden sich bis heute gültige Grundsätze des DRG-Systems:

- Notwendigkeit einer Innovationsregelung
- Abschlag bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung
- Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit der notwendigen Vorhaltung von stationären Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach § 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG nicht kostendeckend finanzierbar sind
- Mitaufnahme von Begleitpersonen
- Ausbildungsfinanzierung

Darüber hinaus wurde die Notwendigkeit einer dreijährigen Konvergenzphase im Grundsatz betont, die den Übergang der Basisfallwerte der Krankenhäuser auf einen Landesbasisfallwert strecken sollte.

Gesetzliche Umsetzung

Der grundlegende § 17 b im KHG war zunächst nur eine Art Projektplan. Die Details der Ausgestaltung des DRG-Vergütungssystems wurden im Rahmen des Fallpauschalengesetzes (FPG) und des in diesem Rahmen neu geschaffenen Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) vom 23.04.2002 geregelt. Wesentliche Eckpfeiler der Beschlüsse der Selbstverwaltungspartner in Bezug auf das DRG-Vergütungssystem wurden in diesem Gesetz festgeschrieben. Insbesondere die Gründung und Finanzierung des DRG-Instituts, die Einführung einer dreijährigen DRG-Konvergenzphase (2005 bis 2007) sowie zweier vorangehender budgetneutraler Jahre (2003 und 2004) der DRG-Einführung mit einem Optionsjahr 2003 und der obligaten Einführung des DRG-Vergütungssystems ab 2004.

Entwicklung in den letzten Jahren

Ab dem Jahr 2003 wurde ausgehend von der „australischen Ausgangsgrundlage“ schrittweise im Rahmen eines „lernenden Systems“ ein DRG-Fallpauschalensystem eingeführt und weiterentwickelt. Im Jahr 2003 erfolgte die DRG-Abrechnung für die Krankenhäuser noch auf freiwilliger Grundlage (Optionsjahr), seit dem Jahr 2004 war sie für alle somatischen Krankenhäuser verpflichtend. In beiden Jahren erfolgte die Anwendung noch unter budgetneutralen Bedingungen, das heißt die neuen Entgelte veränderten das Budget des einzelnen Krankenhauses nicht.

Von 2005 bis 2009 dauerte die sogenannte Konvergenzphase, also die Angleichung der krankenhausesindividuellen Preise – und damit der Krankenhausbudgets – an landesweit einheitliche Preise, die auf die Verwirklichung des Ziels „gleiche Leistung, gleicher Preis“ ausgerichtet war. Seit dem 1. Januar 2010 rechnen grundsätzlich alle allgemeinen Krankenhäuser in einem Bundesland ihre Leistungen zu einem landeseinheitlichen Preisniveau (Landesbasisfallwert) ab. Wenige Einrichtungen sind als besondere Einrichtungen zeitlich befristet von der DRG-Abrechnung ausgenommen (beispielsweise Einrichtungen für Querschnittsgelähmte oder Schädel-Hirntrauma-Verletzte); sie vereinbaren weiterhin krankenhausesindividuelle Entgelte.

Die DRG-Fallpauschale

Die Eingruppierung in die DRG-Fallpauschale erfolgt EDV-gestützt (Grouper) und wird insbesondere bestimmt durch die Krankheitsart (Diagnose), den Schweregrad der Erkrankung sowie die erbrachten Leistungen (Operationen und Prozeduren). Bei Patientinnen und Patienten mit leichten Erkrankungen sind die Vergütungen geringer als bei schweren, aufwändig zu behandelnden Erkrankungen. Der unterschiedliche Behandlungsaufwand wird durch Bewertungsrelationen ausgedrückt. Mit der Fallpauschale wird die Vergütung einer definierten Erkrankung und deren Behandlung (ohne die anfallenden Pflegepersonalkosten am Bett) in einer bestimmten Bandbreite der Verweildauer kalkuliert. Innerhalb dieser Bandbreite wird die gleiche Pauschale unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer gezahlt. Einer Über- oder Unterschreitung der ermittelten Bandbreite der Verweildauer wird durch Vergütungszuschläge oder -abschläge Rechnung getragen. Grundsätzlich ergibt sich der Preis einer Fallpauschale durch Multiplikation der Bewertungsrelation der jeweiligen DRG mit dem Landesbasisfallwert.

2020 – Herauslösen des Pflegebudgets

Seit dem Jahr 2020 ist die Krankenhausvergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung (Pflegebudget) umgestellt. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG, das zum 1. Januar 2019 in Kraft getreten ist, wurde beschlossen, die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen künftig unabhängig von den Fallpauschalen zu vergüten. Ursächlich ist der dramatische Pflegepersonalmangel, der mit den durch die DRGs verursachten Anreizen, Personal wegen mangelnder Kostendeckung einzusparen, in Zusammenhang gebracht wird. Dazu wurden die Selbstverwaltungspartner gesetzlich beauftragt, die Fallpauschalen ohne die Pflegekostenanteile in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen auszuweisen. Auf Basis der ausgegliederten Pflegepersonalkosten wurden tagesbezogene Bewertungsrelationen für einen Pflegeerlöskatalog berechnet, der als separate Spalte in den Fallpauschalen-Katalog integriert wurde.

Das von den Vertragsparteien zu vereinbarende Pflegebudget zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten berücksichtigt die krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkosten auf bettenführenden Stationen und wird auf Grundlage der geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung und der krankenhausesindividuellen Kosten ermittelt. Bis zu der erstmaligen Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Pflegebudgets, welches über einen krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwert abgezahlt wird, gilt ein gesetzlich festgelegter vorläufiger Pflegeentgeltwert. Durch die Multiplikation des Pflegeentgeltwertes mit der maßgeblichen Pflegeerlös-Bewertungsrelation und den Berechnungstagen, ergibt sich der Pflegeerlös für die Aufenthaltsdauer.



Kritiker sind sich einig: Das DRG-System engt die Flexibilität der Krankenhäuser ein – vor allem auch zu Lasten des medizinischen Personals

Gesucht: **Nachfolger** | **Fachärzte** | **Weiterbildungsassistenten** (m|w|d) für Allgemeinmedizin und Innere Medizin für **Hausarztpraxen** in:

Burgenlandkreis, Enger, Kreis Bergstraße, Löningen, Mannheim, Memmingen, Nordhorn, Siegen, Stadallendorf, Wilhelmshaven

Tel.: 0521 / 911 730 33
www.deutscherhausarztservice.de
hallo@deutscherhausarztservice.de

Deutscher
Hausarzt Service

DRG-Kalkulation

Die DRG-Kalkulation sowie die Kalkulation der Pflegepersonalkosten am Bett erfolgt auf der Grundlage von Ist-Leistungsdaten aller Krankenhäuser sowie von Ist-Kostendaten einer freiwilligen Stichprobe von Krankenhäusern. Der DRG-Katalog 2020 wurde auf der Grundlage der plausibilisierten und bereinigten Kosten- und



Eine eklatante „Nebenwirkung des DRG-Systems: Die Medizin wird zunehmend ökonomisiert.“

Leistungsdaten von 293 Krankenhäusern (davon 13 Universitätskliniken) und insgesamt rund 5,2 Mio. Fällen kalkuliert. Der Katalog für das Jahr 2020 weist 1.292 Fallpauschalen und 218 Zusatzentgelte - überwiegend für teure Medikamente und Medizinprodukte - aus, die in eng begrenzten Ausnahmefällen zusätzlich zu den Fallpauschalen abgerechnet werden können. Die Pflegepersonalkosten werden ab 2020 für den separaten Pflegeerlös-Katalog verwendet. Je Krankenhausaufenthalt kann nur eine DRG mit entsprechendem Pflegeerlös abgerechnet werden.

Entscheidend für die Kalkulation ist, dass sich die medizinischen Fachgesellschaften und die sonstigen Betroffenen mit Vorschlägen an dem sogenannten „strukturierten Dialog“ des InEKs beteiligen. Unverzichtbar ist es zudem, dass sich eine ausreichende Anzahl von Krankenhäusern an der Kalkulation des DRG-Entgeltsystems beteiligt und differenzierte Kalkulationsdaten an das InEK liefern.

Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser

Einzelheiten der Vergütung der Psych-Einrichtungen werden durch das KHG und die BpflV geregelt. Die voll- und teilstationären Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen wurden danach bis einschließlich 2012 überwiegend mit tagesgleichen Abteilungspflegesätzen sowie Basispflegesätzen für die nicht-medizinischen Kosten des Krankenhauses finanziert. Angesichts des mangelnden Leistungsbezugs dieser Finanzierung wurde - ausgehend von den Vorgaben des § 17d KHG - mit dem Psych-Entgeltgesetz vom 21. Juli 2012 für die psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen ein neues leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf

der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten eingeführt, das von 2013 bis 2017 auf freiwilliger Grundlage unter budgetneutralen Bedingungen angewendet wurde. Für die Jahre 2018 und 2019 war die Anwendung für alle psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen verpflichtend.

Der Entgelt-Katalog wird seit dem Jahr 2013 kontinuierlich, im Rahmen des „lernenden Systems“, weiterentwickelt. Im Jahr 2020 enthält er insgesamt 84 pauschalierte tagesbezogene Entgelte für voll- und teilstationäre Leistungen und 120 Zusatzentgelte. Zusätzlich wurden auf der Grundlage einer entsprechenden Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene vier ergänzende Tagesentgelte ermittelt. Die Ausdifferenzierung der Entgelte soll im Katalog 2020 eine deutlich sach- und leistungsgerechtere Abbildung der Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen als die bislang geltenden ein bis zwei unterschiedlichen Abteilungspflegesätze je Krankenhaus erreichen.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) soll die sektorenübergreifende Versorgung psychisch Kranker gefördert sowie die Transparenz und Leistungsorientierung verbessert werden. Wesentliche Elemente des PsychVVG sind:

- Die sektorenübergreifende Versorgung wird durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld als stationäre Leistung gestärkt.
 - Sowohl Mengen als auch Preise werden dauerhaft hausindividuell vereinbart. Die Konvergenz an landeseinheitliche Preise entfällt.
 - An die Stelle der bislang vorgesehenen Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Personalausstattung der Einrichtungen sind ab dem 1. Januar 2020 verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal getreten. Bis dahin galten die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung.
 - Die Transparenz über die Einhaltung der jeweiligen Personalvorgaben wird erhöht.
 - Zur Erhöhung von Transparenz und Leistungsorientierung in den Budgetvereinbarungen wurde ein leistungsorientierter Vergleich eingeführt. Die näheren Einzelheiten des leistungsbezogenen Vergleichs haben die Vertragsparteien im März 2019 vereinbart.
- Seit dem Jahr 2018 ist das neue Entgeltsystem von allen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen anzuwenden. Die ökonomische Wirksamkeit beginnt im Jahr 2020.

Zusammenfassung der Argumente „Pro“ DRG-System

Pro DRG-System werden aufgrund der historischen Entwicklung zusammenfassend folgenden Argumente vorgebracht: Die DRG-Einführung hat zu einer Verbesserung der Transparenz und Wirtschaftlichkeit der allgemeinen Krankenhausversorgung geführt. Die allgemeinen Krankenhäuser haben insbesondere ihre Prozessorganisation verbessert und Wirtschaftlichkeitsreserven realisiert; Fusionen und Kooperationen haben zugenommen. Die durchschnittliche Verweildauer in allgemeinen Krankenhäusern hat sich weiter verringert und lag im Jahr 2017 bei 6,7 Tagen (2000: 9,2 Tage). Die DRG-Begleitforschung (die insbesondere für den Zeitraum zwischen 2004 und 2010 vorliegt) legt ein besonderes Augenmerk auf die Konsequenzen der DRG-Einführung mit Blick auf die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten und weist auf die weiterhin sehr gute medizinische Versorgung durch die Kliniken.

Kritik am DRG-System

Das DRG-System steht schon seit seiner Einführung unter Kritik. Schon in den ersten Jahren wurde vor allem der Vorwurf der Verwirtschaftlichung, der „Ökonomisierung“ der Medizin, laut. Durch die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen habe die Orientierung an wirtschaftlichen Zielen weiter zugenommen. Dies wirke sich negativ auf die Patientenversorgung und auf den Arbeitsalltag der Ärztinnen und Ärzte aus. Die Einführung des DRG-Systems habe direkte und indirekte Effekte auf die Patientenversorgung. Einerseits gebe es bestimmte Regeln im System, die die Behandlung direkt betreffen, etwa die untere und obere Grenzverweildauer oder Anreize zur Fragmentierung von Behandlungen. Andererseits verstärke die DRG-Einführung den seit Jahren bestehenden Druck auf die Krankenhäuser, Kosten zu sparen.

Nachteile der Verkürzung der Liegezeiten

Die DRG-Einführung hat zu einer weiteren Verkürzung der Liegezeiten beigetragen. Der Nachteil dabei sei, so die Kritik, dass der Genesungsprozess teilweise außerhalb des Krankenhauses stattfindet. Patienten würden zu einem Zeitpunkt entlassen, zu dem sie noch nicht wieder vollständig gesund sind, noch Schmerzen haben beziehungsweise ihre Selbstständigkeit noch nicht wieder voll erlangt haben. Dies sei vor allem für ältere Menschen eine Belastung. Die Verkürzung der Liegezeiten gehe einher mit einer Verlagerung von Leistungen in den vor- und nachstationären Bereich. Ein Teil der Behandlungskette wird den niedergelassenen Ärzten überantwortet, wodurch die Gefahr bestehe, dass die Kontinuität der Behandlung

unterbrochen wird. Außerdem seien die niedergelassenen Ärzte wegen der Budgetrestriktionen oft nicht auf die zusätzlichen Patienten eingestellt. Die im Krankenhaus begonnene Behandlung würde deshalb teilweise nicht weitergeführt, teure Medikamente substituiert oder ganz abgesetzt.

Fragmentierte Behandlungen

Unter DRG-Bedingungen habe sich der Trend zur Fragmentierung von Behandlungen verstärkt, so lautet eine weitere Kritik. Um mehrere Fälle abrechnen zu können, bestehe ein finanzieller Anreiz, aus einem längeren Aufenthalt mehrere kurze zu machen. Für ein Krankenhaus sei es weniger wirtschaftlich, mehrere Erkrankungen eines Patienten während eines stationären Aufenthalts zu behandeln. Denn dann könne jeweils nur eine Hauptdiagnose abgerechnet werden. Durch die Einteilung in Haupt- und Nebendiagnosen bestehe im DRG-System darüber hinaus die Gefahr, dass Nebenerkrankungen weniger ernst genommen würden oder ihre Behandlung an andere Stellen verlagert werde.

Finanzierungssystem konterkariert Versorgungsauftrag

Schließlich wurde kritisiert, dass die DRG-Preise sich an den Durchschnittskosten orientieren. Denn Festpreise auf der Grundlage von Durchschnittskosten, führten gezwungenermaßen zu Kostenunterdeckungen in Kliniken mit überdurchschnittlichen Kosten. Dabei habe das DRG-System keinerlei Rücksicht darauf genommen, ob ein Krankenhaus als bedarfsgerecht in den Krankenhausplan oder eine Hochschulklinik in das Hochschulverzeichnis aufgenommen wird

Anzeige

PVS forum
DAS FORTBILDUNGSINSTITUT

GOÄ-WISSEN FÜR IHREN PRAXISERFOLG

Sicher Weiterbilden mit Online-Seminaren 2021:

- GOÄ – Grundlagen 13.01 // 20.01.
- GOÄ – HNO-Heilkunde 15.01.
- GOÄ – Gynäkologie 24.02.

Alle Seminare: pvs-forum.de



Bitte BU liefern

oder nicht. Die wirtschaftliche Sicherung eines Krankenhauses sei aber Voraussetzung für die Erfüllung des ihm durch den Krankenhausplan übertragenen Versorgungsauftrages. Ein Finanzierungssystem, das bedarfsgerechten Krankenhäusern die wirtschaftliche Sicherung verweigert, konterkariere dadurch die zentralen Ziele staatlicher Krankenhauspolitik, wie sie 1972 in § 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) festgelegt wurden und immer noch gelten würden. Es erscheine insofern zweifelhaft, ob ein solches Finanzierungssystem überhaupt mit den zentralen Zielen staatlicher Krankenhauspolitik vereinbar ist.

Arbeitsverdichtung belastet das Arzt-Patienten-Verhältnis

Die Zeit für eine nicht-funktionale (zwischenmenschliche) Kommunikation sei unter DRG-Bedingungen nicht vorgesehen, lautet eine weitere Fundamentalkritik. Ärzte und Pflegekräfte berichten, dass sie immer weniger Zeit haben, umfassend auf den Patienten und seine Bedürfnisse einzugehen. Als Gründe hierfür werden die enge Personaldecke, die Belastung durch administrative Tätigkeiten, aber auch die Verkürzung der Liegezeiten angeführt. Die Beschleunigung und Verdichtung der Arbeit in der DRG-Systematik unterlaufe somit mitmenschliche Kontakte – für Fürsorge fehle die nötige Zeit. Wohlwollen und Zuwendung gingen mehr und mehr zugunsten der Erlösmaximierung verloren. Das Krankenhaus wandle sich von einer Fürsorgeanstalt zu einem Dienstleistungsunternehmen, das auf Kundenbindung angewiesen ist und seine Wettbewerbsfähigkeit am Markt durch spezifische Alleinstellungsmerkmale zu gewinnen sucht. Der Patient werde zum Produktionsfaktor, der möglichst gewinnbringend eingesetzt werden müsse. Aus der Ärzteschaft wird zunehmend gefordert, auch ihre Finanzierung analog zum Pflegepersonal aus den DRGs herauszulösen.

Zum aktuellen Stand der Diskussion

Die Bundesärztekammer hat im August 2019 ein grundlegendes Positionspapier zu „Prinzipien und Kriterien zu Personalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus“ verfasst. Durch die Steigerung von Fallzahlen, die Verkürzung von Verweildauern, die

mangelnde Finanzierung von Vorhalteleistungen und die Zunahme des bürokratischen Aufwands sei es zu einer deutlichen Arbeitsverdichtung bei Pflegepersonal, Therapeuten und Ärzteschaft gekommen, heißt es dort. „Wichtige Aufgaben des Personals werden mit dem auf Prozeduren fokussierenden DRG-System nicht abgegolten. Dazu zählen neben Fort- und Weiterbildung, Team- und Personalentwicklung sowie Qualitätsmanagementmaßnahmen auch weitere, zum Teil gesetzlich verpflichtende, Aufgaben der indirekten Patientenversorgung. Aber auch die direkte Patientenversorgung leidet. Insbesondere Zuwendung und partizipative Gesprächsführung mit Patienten und Angehörigen sind in der Vergütungsstruktur kaum berücksichtigt.“ Umfragen zeigten, dass die Personalsituation in Krankenhäusern und mit ihr die physische und psychische Belastung der Ärztinnen und Ärzte mittlerweile dramatisch seien.

Grundlage dieser bestürzenden „Diagnose“ der Bundesärztekammer bildet unter anderem eine Umfrage des Hartmannbundes aus den Jahren 2018/2019, in der 1.437 Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung zu ihrer Arbeitssituation befragt wurden. Fast die Hälfte der Befragten gab an, dass die Personaldecke zwar für den Normalbetrieb ausreichend sei, es jedoch bei Personalausfällen zu großen Problemen käme. Insgesamt 67,6 Prozent der Befragten empfanden ihre Arbeitsbelastung als so groß, dass sie sich negativ auf ihr Privatleben auswirke, 21,9 Prozent der Befragten befürchteten gesundheitliche Beeinträchtigungen und 10,9 Prozent benannten aktuelle gesundheitliche Beeinträchtigungen durch die Arbeitsbelastung. Alarmierend sei auch, dass lediglich ein Viertel der Befragten angab, sich zumindest meistens zufriedenstellend viel Zeit für ihre Patienten nehmen zu können. Die Bundesärztekammer hat deshalb „Kriterien und Prinzipien für die Umsetzung von Personalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus“ vorgelegt:

1. In allen Krankenhäusern müssen verbindliche Personalvorgaben für Ärztinnen und Ärzte festgelegt werden.
2. Personalvorgaben müssen in allen Krankenhausbereichen gelten.
3. Maßstab für die Festlegung von Personalvorgaben muss eine patienten- und aufgabengerechte Personalausstattung sein.
4. Die Bestimmung der patienten- und aufgabengerechten Personal-

- ausstattung erfordert den Einsatz eines standardisierten Bemessungsinstrumentes zur Erfassung des Personalbedarfs.
5. Personalvorgaben müssen letztlich für alle in der stationären Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen eingeführt werden.
 6. Die Nicht-Einhaltung von Arbeitszeitgesetzen und Tarifverträgen muss systematisch erfasst und sanktioniert werden.
 7. Dem vermehrten Bedarf an Ärztinnen und Ärzten muss Rechnung getragen werden.

Abschaffung der DRGs?

Eine aktuelle Studie der Hans-Böckler-Stiftung aus November 2020, erstellt vom renommierten, mittlerweile emeritierten Prof. Dr. Michael Simon, Arbeitsschwerpunkt Gesundheitssystem und Gesundheitspolitik an der Hochschule Hannover, empfiehlt eine Abschaffung der diagnosebezogenen Fallpauschalen. Das DRG-System möge auf den ersten Blick wie ein recht differenziertes Verfahren wirken, entpuppe sich nach Aussage des Experten jedoch als grobes, oft intransparentes Raster, das auf unterschiedlichen Ebenen hoch problematische Wirkungen erzeugt. Das beginne bei der Definition der Fallgruppen. Simon kritisierte das System als „in hohem Maße medizinisch inhomogen“. Es fasse etwa Patienten mit teilweise sehr unterschiedlichen Diagnosen und Behandlungsarten zu gleichen Fallgruppen zusammen. So entstünden „Kostenunterschiede, die es für Krankenhäuser lukrativ machen, selektiv nur wenig kostenaufwändige Patientengruppen zu behandeln und die anderen entweder abzuweisen oder an andere Krankenhäuser weiterzuleiten.“

Diese Verzerrung werde verschärft dadurch, dass die Stichprobe der Kliniken, deren Daten in die Kalkulation der Fallpauschalen einfließen, nicht repräsentativ für die Gesamtheit der deutschen Krankenhäuser sei. Auch dadurch erscheine die jährliche Neufestsetzung der Pauschalen aus Sicht vieler Krankenhäuser als „eine Art Glücksspiel“. Noch gravierender aus Sicht des Forschers: Bei der Kalkulation der Pauschalen werde den erhobenen durchschnittlichen Kosten nicht systematisch die dabei erreichte Behandlungsqualität gegenübergestellt. Beispielsweise fließen keinerlei Daten zur „Strukturqualität“ in den Krankenhäusern ein, also etwa der Personalausstattung auf den Stationen.

So sei im DRG-System auch nach 15 Jahren „vollkommen unbekannt, welche Qualität hinter den ermittelten Durchschnittskosten stehe.“ Die Folge: Im Bemühen, den Durchschnitt nicht zu überschreiten oder gar zu unterbieten, sparten Krankenhausmanager beim größten Posten in ihrer Kalkulation – und zwar bei der Belegschaft. So „bestraft das DRG-Fallpauschalen-System eine überdurchschnittlich gute Personalbesetzung mit Verlusten und belohnt Unterbesetzung mit Gewinnen“, konkludiert Simon. Dadurch habe das DRG-System sehr problematische Entwicklungen ausgelöst oder verstärkt. Dazu gehört dem Wissenschaftler zufolge die dramatische Unterbesetzung in der stationären Krankenpflege. Außerdem habe



Kompliziert ist das DRG-System ohne Frage. Ein Argument gegen das Anpacken der Probleme darf das aber nicht sein.



Mangel an Alternativen darf keine Ausrede sein!

Die aktuelle Situation in den Kliniken mit ihren teilweise erheblichen Mehrbelastungen hat die Schwächen im Finanzierungssystem der Krankenhäuser schonungslos offengelegt. Stetige Mehrbelastung hat zu immer schlechter werdenden Arbeitsbedingungen geführt. Notwendige Anpassungen, wie zum Beispiel die Abschaffung der überlangen Dienste, hat zusätzlich einen Mehrbedarf an Personal zur Folge, der nur ungenügend in den DRGs abgedeckt wird. Zudem ist das System nicht auf Gewinnmaximierung ausgelegt, wozu es aber häufig missbraucht wird. Zu viele Leistungen werden in den DRGs nicht abgebildet. Flexible Anpassungen oder Investitionen sind nicht vorgesehen, aber häufig dringend notwendig, um einen qualitativ guten und effizienten Betrieb zu sichern. So ist das System zu starr und nicht bedarfsgerecht, um sich aktuellen Entwicklungen wie der voranschreitenden Digitalisierung anzunehmen. Weiterbildung als Leistung und nicht als Beiprodukt muss ebenfalls berücksichtigt werden.

Ein Mangel an Alternativen ist eine zu einfache Ausrede für fehlendes Handeln. Das Herauslösen des Pflegebudgets darf nur ein erster Schritt in eine Neustrukturierung sein, in deren Rahmen unter anderem die sprechende Medizin neben der technischen Medizin ausreichend abgebildet werden muss. Es wird Anstrengungen kosten, die Finanzierung zu überarbeiten und eine solide Krankenhausfinanzierung zu garantieren. Aber Ziel muss eine gute Qualität der Patientenversorgung sein, in einem ausreichend wie flexibel finanzierten, soliden und bedarfsgerechten Krankenhaussystem mit vernünftigen Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte sowie das medizinische Personal.

Dr. Dr. Galina Fischer, Vorsitzende des Hartmannbund-Arbeitskreises Stationäre Versorgung



das Fallpauschalensystem eine Privatisierungswelle angeschoben, durch die es erstmals in der Bundesrepublik weniger Allgemeinkrankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft gebe als Kliniken, die zu privaten, gewinnorientierten Konzernen gehören. Dieser Trend könnte sich sogar weiter verschärfen, wenn Einnahmeausfälle durch die Coronapandemie nicht ausreichend ausgeglichen würden.

Simon kommt zu dem Schluss, dass nur ein neues Vergütungssystem helfen kann, aus der Misere herauszukommen. Dieses sollte von einer qualitätsorientierten staatlichen Krankenhausplanung ausgehen und die wirtschaftliche Sicherung aller Krankenhäuser gewährleisten, die auf dieser Basis als bedarfsgerecht eingestuft werden. Laut Simon sind dazu in letzter Zeit durch die Ausgliederung der Pflegebudgets aus dem DRG-System erste Schritte gemacht worden. Nun gelte es, diese fortzuführen.

Ausblick

Die Coronapandemie hat zwar die Diskussion um die DRGs einerseits angeheizt, andererseits aber auch aufgrund des belastenden Pandemiegeschehens und den vielen erforderlichen Ausnahmen im Klinikbereich wiederum ins Stocken gebracht. Spätestens nach der Bundestagswahl im Herbst 2021 dürfte im Zuge des gesundheitspolitischen Programms der nächsten Regierung eine Reform der Krankenhausfinanzierung und damit die Frage nach der Zukunft der DRGs wieder ganz oben auf der gesundheitspolitischen Agenda stehen. Ausgang ungewiss.

Soforthilfe, Rettungsschirme, Sparzwänge

Die Welt des Gesundheitswesens wird nach 2021 eine andere sein

„Corona“ oder „Krise“ – das sind die Schlagworte, die nicht nur in der Allgemeinheit, sondern auch in der Gesundheits- und Pflegepolitik nahezu alle anderen Themen dominieren. Die Pandemie durchdringt zentrale Bereiche des Gesundheitswesens. Die ehemals die 20 Milliarden-Euro-Grenze überschreitenden Kassenreserven werden zu einem erheblichen Teil dazu genutzt, die Finanzierung der Kassen in 2021 sicherzustellen. Sogar ein „Gesundheits-Soli“ zur Finanzierung der Kassen wurde ins Gespräch gebracht. Der Bundesfinanzminister stützt die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherungen im kommenden Jahr mit fünf Milliarden, zusätzlich wurde eine 0,2-prozentige Erhöhung des durchschnittlichen Zusatz-Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenkasse im November durch den Bundesgesundheitsminister festgelegt. Das alles dient der „Sozialgarantie 2021“, die die Sozialversicherungskosten insgesamt unter 40 Prozent halten soll. Die Welt des Gesundheitswesens nach 2021 wird eine andere sein.

„Wir müssen uns darauf einstellen, dass wir im Gesundheitsbereich in Zukunft deutlich sparen müssen. Viele finanzielle Möglichkeiten, die wir in den letzten Jahren hatten, werden wir nach der Corona-Pandemie nicht mehr haben“, erklären der stellvertretende Fraktionsvorsitzende für die CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Georg Nüßlein, und Karin Maag, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion am 25. November.

Rettungsschirme sollen in vielen Bereichen Krisenhärten abmildern: Beispielsweise Ausgleichzahlungen im Krankenhausbereich, Schutzschirme für Umsatzverluste im kassenärztlichen Bereich oder auch das nunmehr wieder verlängerte Kurzarbeitergeld. Sie sollen sogar befristet wirtschaftliche Total-Ausfälle, beispielsweise in der

Gastronomie, überbrücken. Erste Rettungsschirme sind auch schon für das Jahr 2021 auf den Weg gebracht, weitere dürften folgen. Ausgleichzahlungen für bestimmte Krankenhäuser, die Intensiv-Betten für COVID-19-Patienten freihalten, werden über den Jahreswechsel hinaus verlängert – perspektivisch, so ist es im 3. Bevölkerungsschutzgesetz angelegt, unter Umständen sogar bis Ende März 2022. Diese Ausgleichzahlungen werden durch den Bund getragen.

Wie die neue Spar-Politik gestaltet sein wird, welche Auswirkungen sie für den ambulanten ärztlichen Bereich und auch für die Ärzte in den Krankenhäusern haben wird, ist noch nicht abzusehen. Das dürfte sich auch bis in den Spätherbst 2021 hinziehen, denn im Herbst findet zunächst die Bundestagswahl statt. Ob die Parteien

in ihren Wahlprogrammen schon spezifische Festlegungen für das „Sparen“ im Gesundheitsbereich vornehmen werden, darf eher bezweifelt werden. Eher dürfte man die Verbreiterung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ins Spiel bringen oder auch grundsätzliche Systemfragen stellen. Nach der Bundestagswahl muss eine neue Bundesregierung zunächst ein Programm für die neue Legislatur aushandeln und verabschieden.

Die Corona-Krise dominiert ebenfalls zentrale Bereiche der europäischen Politik. Die EU steht derzeit unter deutscher Ratspräsidentschaft. Insofern trägt Deutschland sogar eine besondere Verantwortung für die gesamte EU in der Pandemie. Die Europäische Kommission hat am 11. November Vorschläge für eine „Europäische Gesundheitsunion“ unterbreitet. Kommission-Präsidentin Ursula von der Leyen hat die unter dieser Überschrift subsummierten umfangreichen Vorstellungen folgendermaßen zusammengefasst: „Die Vorschläge umfassen einen stärkeren europäischen Rechtsrahmen für die Vorsorge und Reaktion bei schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren. Außerdem sollen Rolle und Mandat des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) und der Europäischen Arznei-

mittel-Agentur (EMA) gestärkt werden.“ Diese Vorschläge der EU-Kommission müssen unter dem Stichwort „Subsidiaritätsprinzip“ eingehend ventiliert werden. Durch die konkreten Erfahrungen mit der Pandemie und die daraus gewonnenen Erkenntnisse dürften die Chancen und Risiken dieser kompetenzrechtlich sehr weitgehenden Vorschläge besser beurteilt werden können. Der Diskussionsprozess setzt nun langsam ein.

Zusätzlich getriggert durch die Corona-Krise steht das Thema „Digitalisierung“ weiterhin ganz oben auf der Agenda des Bundesgesundheitsministeriums. Nicht nur im Hinblick auf Versorgungsthemen, sondern auch in diesem Bereich wird es noch vor Ende dieser Legislaturperiode ein „Sammelgesetz“ geben. Unter dem Oberbegriff der „Digitalisierung“ soll es in unterschiedlichen Bereichen, die mit dieser Thematik zusammenhängen, Neuregelungen oder auch Präzisierungen geben. Das reicht von Digitalen Pflegeanwendungen bis hin zum weiteren Ausbau der Telemedizin. Ein entsprechender Referentenentwurf für ein Gesetz zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege (DVPMG) ist Mitte November an die Beteiligten versendet worden.

Auch wenn die politisch Verantwortlichen verständlicherweise im Bereich der Digitalisierung Tempo machen, sollten sie die erheblichen Belastungen der Ärzte durch die Pandemie nicht unterschätzen. Schon bestehenden Umsetzungsschwierigkeiten in den vertragsärztlichen Praxen in Verbindung mit dem Anschluss an die Telematikinfrastruktur und aktuell sich abzeichnenden Problemen, insbesondere auch im Rahmen der Einführung der elektronischen Patientenakte, sollte mit Entlastungen, beispielsweise durch Fristverlängerungen (und nicht mit Sanktionen) begegnet werden. Erneute erhebliche Akzeptanz-Probleme innerhalb der Ärzteschaft sollten vermieden werden.

Ein weiteres geplantes Gesetz liegt auch bereits als Referentenentwurf vor. Das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVGW – sieht unter anderem eine neue Richtlinie vor, die der Gemeinsame Bundesausschuss zur Förderung der Transparenz und Sicherung der Qualität in der Versorgung erlassen soll. Damit sollen einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit, insbesondere durch Vergleiche der zugelassenen Krankenhäuser sowie der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden, festgelegt werden. Die Regelung soll für die Krankenhäuser, die Vertragsärzte wie auch die medizinischen Versorgungszentren und die ermächtigten Ärztinnen und Ärzte sowie die ermächtigten Einrichtungen gelten. Dieses Vorhaben würde einen erheblichen Aufwand für die Einzelpraxis bedeuten. Die Praxen sollten nicht mit immer neuen Auflagen in die Knie gezwungen werden – gerade in der derzeitigen Krise, die in ihren Wirkungen noch weit über das Auslaufen der eigentlichen Pandemie hinaus spürbar sein wird.

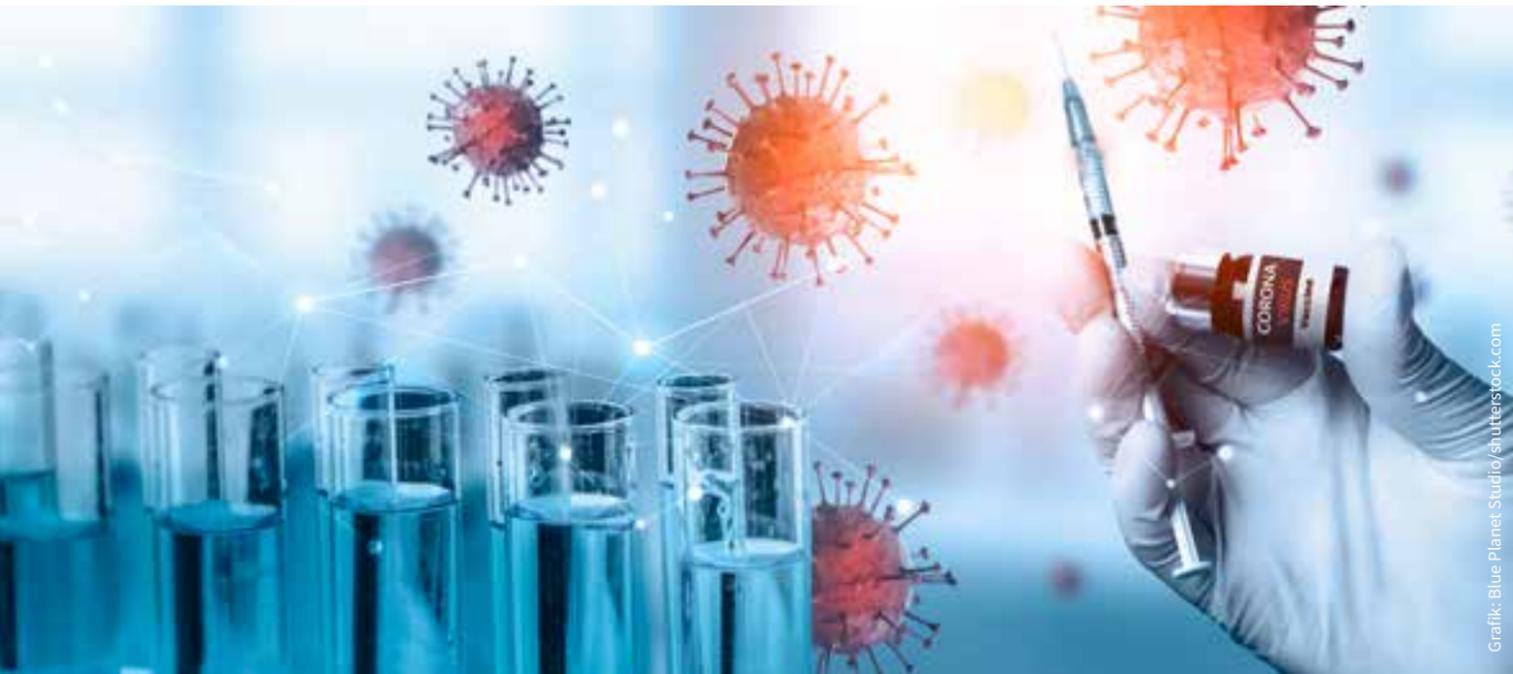
Die politisch Verantwortlichen sind gut beraten, die Gesamtbelastung der Ärzte, ambulant wie stationär, in Würdigung des Gesamtziels der weiterhin guten und flächendeckenden Versorgung der Versicherten in dieser Pandemie so gering wie möglich zu halten.



Entwicklung, Verfahren und Sachstand

Impfstoffe und Therapien gegen COVID-19 – eine Momentaufnahme

Weltweit, auch in Deutschland, wird intensiv an Impfstoffen gegen COVID-19 geforscht. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind binnen kurzer Frist mindestens 224 Impfstoffprojekte angelaufen (Stand Mitte November). Dazu kommen noch mindestens zwölf weitere Projekte, die sie noch nicht verzeichnet hat. Deutschland zählt international zu den Ländern mit besonders vielen Projekten für Impfstoffe gegen COVID-19. Viele erproben ihre Impfstoffe schon mit Freiwilligen, zum Teil sogar schon in der abschließenden Phase-III-Studie, weitere planen, damit in den kommenden Wochen und Monaten zu beginnen. Hinzu kommt die Hoffnung, dass es auch gelingt Medikamente zur Behandlung bereits Infizierter zu finden. Im Fokus stehen hier insbesondere Arzneimittel, die schon gegen eine andere Krankheit zugelassen oder zumindest in Entwicklung sind. Eine Übersicht über alle laufenden Projekte für Medikamente und Impfstoffe gegen COVID-19 pflegt das US-amerikanische Milken Institute.



Grafik: Blue Planet Studio / Shutterstock.com

Bis ausreichend Impfdosen für alle zur Verfügung stehen, werde es auch nach Zulassung eines oder mehrerer Impfstoffe Zeit brauchen. „Wie viel Zeit, kann derzeit keiner sagen, da wir nicht wissen, wann welcher Impfstoff zugelassen wird. Eine gestaffelte Verteilung ist daher wahrscheinlich. Wie diese, national und international, aussehen wird, ist noch nicht abschließend geklärt“, informiert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) hat gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern des Deutschen Ethikrats (DER) und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina ein Konzept entwickelt, in welcher Reihenfolge in Deutschland geimpft werden soll. Grundsätzlich gilt: Besonders gefährdete Gruppen – Risikogruppen und das medizinische Personal – sollen zu denen gehören, die zuerst geimpft werden. Laut Umfragen seien 50-60 % der Menschen bereit sich impfen zu lassen. 70 % der Menschen müssten „mitmachen“, um eine ausreichende Immunität in der Bevölkerung zu erreichen, berichtete Prof. Dr. Gerald Haug, Präsident der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina.

Die Verteilung des Impfstoffes wird in einer ersten Phase zentral erfolgen. Dazu werden regionale Impfzentren aufgebaut. Wenn aus-

reichend Impfstoff zur Verfügung steht, sollen dann wieder – wie bei allen anderen Impfstoffen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte impfen. Durch Impfzentren solle zudem ausgeschlossen werden, dass Impfstoffe „an der Priorisierung vorbei“ ausgegeben würden, erklärte Prof. Dr. Alena Buyx, Vorsitzende des DER. Bund und Länder haben am 6. November 2020 die Einrichtung von 60 Impfzentren für COVID-19-Impfstoffe vereinbart, die bundesseitig mit Impfstoffen beliefert werden sollen. Die Ausgestaltung der Impfzentren obliegt den Gesundheitsministern und Behörden in den Ländern, die nach regionalen Gegebenheiten geplant haben.

Die ersten Impfstoffe sind da

Für die EU-Länder ist die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) für die Zulassung von COVID-19-Impfstoffen zuständig; die Behörden der Mitgliedstaaten wirken aber ganz wesentlich an den Zulassungsverfahren mit. Die EMA hat angekündigt, alle Zulassungsverfahren für COVID-19-Impfstoffe oder -therapeutika prioritär zu bearbeiten, und hat das bereits bei einem ersten COVID-19-Arzneimittel praktiziert. Zudem bietet sie an, dass Unternehmen im Rahmen einer „Rolling Submission“ einige Kapitel ihres Zulassungsantrags schon zur Bear-

beitung einreichen können, während die Phase-III-Studie noch läuft. Für zwei Impfstoffe haben Unternehmen davon schon Gebrauch gemacht (BioNTech/Pfizer und AstraZeneca).

Alle Impfstoffkandidaten basieren auf dem Grundprinzip, dem menschlichen Immunsystem Teile (Antigene) des neuartigen Coronavirus zu präsentieren, sodass der Körper eine Immunität gegenüber dem Erreger aufbauen kann, informiert der Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa). Die unterschiedlichen Kandidaten nutzen verschiedene Ansätze. Dabei gibt es drei Hauptentwicklungsrichtungen: Lebendimpfstoffe mit Vektoren, Totimpfstoffe mit Virusproteinen oder RNA/DNA-Impfstoffe. Die WHO hat eine Übersicht der Impfstoff-Kandidaten zusammengestellt.

Die ersten Impfstoffe mit positiven Ergebnissen kommen von den Unternehmen BioNTech und Moderna und sollen bereits eine Wirksamkeit von über 90 % gezeigt haben. Beides sind mRNA-Impfstoffe. Im Gegensatz zu herkömmlichen Impfstoffen, bei denen das Antigen selbst gespritzt wird, wird bei mRNA-Impfstoffen die genetische Information gespritzt, sodass der Körper das Antigen selbst bildet. Bei einem späteren Kontakt mit dem neuartigen Coronavirus erkennt das Immunsystem im Prinzip das Antigen wieder und kann das Virus gezielt bekämpfen. Bisher wurde kein mRNA-Impfstoff für Menschen zugelassen. Nach Angaben des für Impfstoffe zuständigen Paul-Ehrlich Instituts (PEI) und des Robert Koch-Instituts (RKI) liegt unter anderem in der einfachen Struktur der RNA ein klarer Vorteil. In wenigen Wochen können viele Millionen Impfdosen produziert werden. Er benötigt aber auch eine höhere Kühlung.

Mit dem Ziel günstigerer Konditionen und schnellerer Belieferung schließt die EU-Kommission derzeit im Auftrag der Mitgliedstaaten zentral Verträge mit Herstellern möglicher Impfstoffe. Mit vier Firmen hat die Kommission bereits Verträge geschlossen. Weitere sollen folgen. Die Impfdosen werden nach Zulassung und Produktion entsprechend der Bevölkerungsgröße unter den Mitgliedsstaaten aufgeteilt. Die Bundesregierung hat sich an internationalen Programmen zur Impfstoffentwicklung beteiligt und gemeinsame Initiativen innerhalb der EU befördert.

Wie schnell mit Impfkampagnen begonnen werden kann, hängt auch davon ab, wie schnell wie viel Impfstoff produziert werden kann. Für große Impfkampagnen ist es deshalb nicht entscheidend, welcher Impfstoff zuerst die Zulassung erreicht, sondern dass möglichst viele Impfstoffe die Zulassung erreichen und unter Nutzung vieler Produktionsanlagen hergestellt werden können. Janssen (Johnson & Johnson) plant beispielsweise, 1 Milliarde Impfdosen für den weltweiten Bedarf zu produzieren. Sanofi und GSK planen ebenfalls die Produktion von 1 Milliarde Impfdosen. Moderna und Lonza erwarten, rund 20 Millionen Impfdosen schon 2020 und zwischen 500 Millionen und 1 Milliarde Impfdosen 2021 liefern zu können. BioNTech/Pfizer erwarten, 2020 50 Millionen Impfdosen und 2021 bis zu 1,3 Milliarden Impfdosen weltweit ausliefern zu können. CureVac sieht sich mit der vorhandenen Produktionsanlage imstande, mehrere hundert Millionen Dosen jährlich zu liefern; und eine weitere Anlage soll noch gebaut werden.

Arzneimittel für infizierte Personen

Zusätzlich zu der Forschung an Impfstoffen wird auch an Arzneimitteln geforscht für bereits mit COVID-19 infizierte Personen.

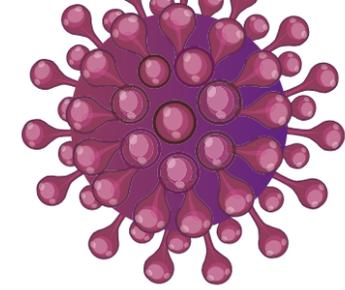
Im Fokus stehen hier insbesondere Arzneimittel, die schon gegen eine andere Krankheit zugelassen oder zumindest in Entwicklung sind. Es gehe dabei nicht einfach darum, ob die Medikamente gegen COVID-19 wirksam sind oder nicht, sondern genauer, in welchem Krankheitsstadium sie von Nutzen sind. Medikamente, die im Frühstadium (leichte Infektion ohne Atemprobleme) hilfreich seien, könnten bei Patienten mit schwerer Lungenentzündung unwirksam oder sogar schädlich sein – oder umgekehrt, informiert der vfa. So seien die dämpfenden Immunmodulatoren, die bei schwerem Lungenbefall die Abwehrreaktionen des Körpers so begrenzen sollen, dass diese nicht noch mehr Schaden anrichten als die Viren selbst, vermutlich nur bei Patienten mit schwerer Lungenentzündung angebracht, während sie bei leichter Erkrankung die Virusabwehr nachteilig schwächen würden. Manche Medikamente seien möglicherweise gar nicht therapeutisch einsetzbar, schützen aber vor Ansteckung. Das alles sei auch zu berücksichtigen, wenn sich Nachrichten über einen Misserfolg mit einem Medikament verbreiten, mahnt der vfa.

Eine schwere COVID-19-Infektion wirkt sich nicht nur in der Lunge aus, sondern kann auch Auswirkungen auf Herz, Nieren und andere Organe haben. Zudem sind bei einigen COVID-19-Patienten post mortem Blutgerinnsel gefunden worden. Gegen solche Komplikationen der Erkrankung werden eine Reihe zugelassener Herz-Kreislauf-Medikamente erprobt. Auch für den Schutz der Lunge könnten sich bestimmte Herz-Kreislauf-Medikamente möglicherweise eignen.

In mehreren Projekten zur COVID-19-Therapie geht es auch darum, eine Immunreaktion mit einem geeigneten Immunmodulator zu dämpfen. Immunreaktionen seien bei Infizierten grundsätzlich erwünscht; sie dürften nur nicht so exzessiv ausfallen, dass sie in der Lunge mehr Schaden anrichteten als helfen. Eine solche überschießende Immunreaktion werde „Zytokin-Sturm“ genannt, weil dabei große Mengen von Botenstoffen freigesetzt werden, die Zytokine heißen.

In einer wachsenden Zahl von Projekten wird auch versucht, neue Medikamente gegen COVID-19 zu entwickeln. Darunter sind Projekte für Antikörper zur Passivimmunisierung, Vorhandene Projekte in frühen Stadien für antivirale Medikamente und Projekte zur Neuentwicklung anderer geeigneter Wirkstoffe. Bei den meisten Projekten zur Neuentwicklung von Medikamenten gegen SARS-CoV-2 steht die Blutflüssigkeit ehemaliger COVID-19-Patienten mit ihren Antikörpern im Zentrum, das sogenannte „Rekonvaleszenzserum“ oder „Rekonvaleszenzplasma“ (Serum ist Plasma, aus dem bestimmte Gerinnungsstoffe entfernt wurden).

Wesentlich für einen schnellen Weg geeigneter Medikamente in die Patientenversorgung würden aber auch die Erfahrung und die Ressourcen sein, wie sie Unternehmen einbringen könnten, die schon seit Jahren Medikamente entwickeln und verkaufen. So hat beispielsweise das Unternehmen Pfizer angeboten, seine umfassende Erfahrung mit Studien, Zulassungsverfahren und Produktionsverfahrens-Entwicklung sowie seine Produktionskapazität in Kooperationen mit kleineren Unternehmen einzubringen, die Corona-Medikamente entwickeln. Auch wird das Unternehmen Labormethoden, die es für seine eigene Corona-Forschung entwickelt hat, auf „open source“-Basis allen zur Verfügung stellen.



PCR-Test, PCR-Schnelltest, Antigen-Test, Antikörpertests Schnell, zuverlässig oder (ziemlich) sicher. Alles eine Frage der Sensitivität

Tests gehören immer noch zu den wichtigsten Werkzeugen bei der Bekämpfung des neuartigen Coronavirus. Inzwischen gibt es viele Ansätze für Testmöglichkeiten, die verfolgt und teilweise auch etabliert wurden. Auch für Epidemiologen wäre das Wissen wie viele Menschen infiziert sind, ein entscheidender Vorteil. Das Virus könnte sich nicht unbemerkt ausbreiten. Ende März führten die Labore in Deutschland etwa 350.000 Tests pro Woche durch. Mittlerweile werden nach Aussage der Vereinigung Akkreditierte Laborärzte in der Medizin (ALM) über eine Million SARS-CoV-2-PCR-Tests pro Woche durchgeführt. Weitere Testmöglichkeiten sind PCR-Schnelltests, Antigen-Tests und Antikörpertests.

Beim Testen sei ein zielgerichtetes Vorgehen wichtig. Testen ohne Anlass führe zu einem falschen Sicherheitsgefühl. Denn auch ein negativer Coronatest sei nur eine Momentaufnahme und entbinde nicht von Hygiene- und Schutzmaßnahmen (Stichwort AHA+L-Formel). Testen ohne einen begründeten Verdacht erhöhe außerdem das Risiko falsch-positiver Ergebnisse und belaste die vorhandene Testkapazität. „Daher wollen wir verstärkt, aber auch gezielt, testen“, informiert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Nach aktuellen Empfehlungen/Stand Mitte November) des Robert Koch-Instituts (RKI) sollten grundsätzlich alle Personen getestet werden, die COVID-19-spezifische Symptome aufweisen. Menschen also, die unter einem plötzlichen Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns leiden oder plötzliche Atemnot oder sehr hohes Fieber entwickeln. Ebenso sollten alle Personen getestet werden, welche innerhalb der letzten 14 Tage engeren Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall hatten (sogenannte Risikogruppe oder Kontaktperson 1). Dazu gehören Personen, welche entweder im selben Haushalt leben oder beispielsweise über die Corona-Warn-App über einen „positiven Kontakt“ informiert wurden. Auch Menschen, die zu einer der Risikogruppen (z.B. schwerwiegende Vorerkrankungen, hohes Alter) gehören, in medizinischen oder Pflegeeinrichtungen tätig sind und Atemwegserkrankungen bei sich bemerken, sollten sich testen lassen. Weitere großzügige Testungen könnten bei einem Ausbruchsgeschehen in Gemeinschaftseinrichtungen wie beispielsweise Krankenhäusern, Schulen oder Kindergärten durchgeführt werden.

Etablierte Testverfahren sind inzwischen PCR-Tests, PCR-Schnelltests, Antigen-Tests und Antikörpertests. Besonders aussagekräftig sind Tests, welche eine hohe Spezifität und eine hohe Sensitivität haben. Die Spezifität beschreibt die Genauigkeit eines Tests, ob alle gesunden getesteten Personen auch als Gesunde erkannt werden. Die Sensitivität gibt Auskunft darüber, ob alle Kranken auch als Kranke erkannt werden.

Das **PCR-Testverfahren** weist Erbgut des neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) nach. Ist der Test positiv, liegt eine Infektion mit dem Virus vor. Der PCR-Labortest gilt als das sicherste Verfahren, eine Infektion nachzuweisen. Allerdings liegen die Ergebnisse meist frühestens nach 24 Stunden, manchmal erst nach mehreren Tagen nach Abstrichentnahme vor. Für den Abstrich wird Material aus dem tiefen Mund-, Nasen- oder Rachenraum benötigt. Wird das Material nicht am korrekten Ort entnommen, riskiert man ein negatives Ergebnis, obwohl eine Infektion vorliegt. Nach der Probeentnahme wird das Test-Kit wieder verschlossen und durch die Praxis an entsprechende Labore geschickt, welche mit Hilfe emp-

findlicher molekularer Tests, der „Real-time Reverse Transkriptase Polymerase-Kettenreaktion“ (englisch abgekürzt RT-PCR), das Virusmaterial nachweisen können. Die PCR vervielfältigt das wenige Virusmaterial. Über spezielle Anfärbungen (fluoreszierende Stoffe) kann es sichtbar gemacht, gemessen und die Viruskonzentration bestimmt werden.

Die **PCR-Schnelltests** basieren, ebenso wie die klassischen Labor-Tests, auf der sogenannten Polymerase-Kettenreaktion, mit der Erbgut des Virus nachgewiesen werden kann. Normalerweise läuft dieser Prozess in mehreren Schritten ab, deshalb wird er auch im Labor durchgeführt. Statt das Material in mehreren Schritten im Labor auszuwerten, werden beim Schnellverfahren Kartuschen verwendet. In den Kartuschen findet die Polymerase-Kettenreaktion statt, bei dem die Virusprobe vervielfältigt wird. Fluoreszierende Stoffe färben die Erreger ein, sodass sie sichtbar gemacht werden. Nach diesem Schritt zeigt sich, ob eine Infektion vorliegt. Der Test kann mit einem Abstrich aus dem Mund-Rachen-Raum direkt vor Ort durchgeführt werden, die Transportzeit zum Labor entfällt und die Ergebnisse liegen rasch (innerhalb von etwa zweieinhalb Stun-

den) vor. Experten nennen als Nachteil bei den Schnelltests aber, dass sie nicht nur deutlich teurer als die klassischen PCR-Tests sind sondern auch weniger zuverlässig. Denn eine Kartusche weise nur eines von drei Ergebnissen aus: positiv, negativ oder unklar. Das Ergebnis der Probe könne keinerlei Aussagen über die Virenkonzentration liefern.

Mehr als 150 Antigen-Tests verschiedener Hersteller sind inzwischen in Deutschland zugelassen. Sie liefern noch schnellere Ergebnisse als die PCR-Schnelltests, meist innerhalb von 30 Minuten. Antigen-Tests weisen nicht das Erbgut des Virus nach, sondern bestimmte Proteinstrukturen des Krankheitserregers. Die Rachenproben werden auf eine Testkassette aufgetragen. Bei der Reaktion zeigt sich, ähnlich wie bei einem Schwangerschaftstest, ob Virusproteine und damit eine Infektion vorliegt. Eine Infektion wird mit zwei farbigen Linien angezeigt. Antigen-Tests lassen sich unkompliziert in großer Stückzahl produzieren. Allerdings finden sich je nach Hersteller noch große Unterschiede bezüglich der Spezifität und Sensitivität der Geräte. Geeignete Tests, welche die durch das Paul-Ehrlich-Institut in Abstimmung mit dem Robert Koch Institut (RKI) festgelegten Mindestkriterien für Antigen-Tests erfüllen, werden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlicht.

Doch auch **Antigen-Tests** werden von Experten insofern kritisch beurteilt, als dass sie nicht so zuverlässig sind wie die Labortests. Coronaviren seien sich untereinander sehr ähnlich, erklären Experten, weshalb es passieren könne, dass ein Test nicht wegen SARS-

CoV-2 positiv sei, sondern wegen eines anderen Virus. Ein negatives Ergebnis im Antigen-Test schließe eine Infektion nicht aus. Denn insbesondere zu einem frühen Zeitpunkt der Infektion, wenn eine niedrige Viruslast vorliege oder aber ab der zweiten Woche nach Symptombeginn könne der Test ein negatives Ergebnis bringen. Ein positives Ergebnis hingegen spreche höchstwahrscheinlich für das Vorliegen einer Infektion und müsse mittels eines PCR-Tests bestätigt werden.

Der klassische **PCR-Abstrichtest** soll bei Personen, mit coronatypischen Symptomen sowie Kontaktpersonen der Kategorie I angewandt werden. Auch um ein Ausbruchsgeschehen genauer einzustufen, beispielsweise wenn es zu einem Corona-Ausbruch in einer Pflegeeinrichtung oder einer Schule gekommen ist, können PCR-Tests durchgeführt werden. Wegen der Nachteile, ist der Einsatz von Schnelltests auf spezielle Situationen begrenzt, zum Beispiel Testungen in Notaufnahmen, Ambulanzen oder Pflegeeinrichtungen. Auch ist eine gewisse medizinische Vorkenntnis erforderlich, zuhause kann man sie daher, zumindest bislang, nicht durchführen. Denn auch hier ist es sehr wichtig, dass die Probenentnahme fachgerecht durchgeführt wird. Ansonsten riskiert man, falsche Ergebnisse zu bekommen. Antigen-Tests kommen insbesondere dort zum Einsatz, wo sich Risikogruppen anstecken können. Dazu zählen beispielsweise Pflegeheime, Krankenhäuser oder Arztpraxen. Um weiterhin Präsenzunterricht an Schulen gewährleisten zu können, wird auch dort über einen Einsatz der Schnelltests diskutiert.

Antikörpertests erfassen nicht das Virus selbst, sondern die Reaktion des Immunsystems auf den Erreger. Dieses beginnt zu arbeiten, wenn das Virus in den Körper eindringt und bildet nach ein paar Tagen Antikörper. Diese sind Teil der Abwehr und im Blut gut nachweisbar. Aufgrund dieser zeitlichen Verzögerung ist der Test auch nicht dazu geeignet, um eine akute Infektion nachzuweisen und bietet keine Alternative zum PCR-Test. Es gibt Antikörpertests in Form von Labor- oder Schnelltests. Eine Reihe neuer Testsysteme für Antikörper wurde in letzter Zeit entwickelt und zugelassen. Sowohl für die Spezifität und Sensitivität erreichen viele dieser Tests sehr hohe Werte. Für die Spezifität bis zu 99,8 Prozent. Damit werden 99,8 Prozent der Gesunden auch als solche erkannt. Bei der Sensitivität ist es allerdings komplizierter. Hier gilt: Je früher man testet, desto niedriger ist sie und desto weniger aussagekräftig ist der Test. In der ersten Woche nach Symptombeginn werden bei Antikörper-Tests je nach Produkt im Schnitt aktuell 30 Prozent aller Erkrankten als solche erkannt. In der dritten Woche werden dann bereits über 94 Prozent einer bestimmten Antikörperklasse und damit 94 Prozent der Infizierten richtig erkannt.

Bis dato lässt sich nur aussagen, dass bei einem positiven Antikörpertest ein Schutz vor einer erneuten Infektion wahrscheinlich für eine Weile besteht. Eine Restunsicherheit bleibt auch, weil die Antikörper-Tests – wie erläutert – mit anderen, sehr ähnlichen Viren reagieren können. Das ist die sogenannte Kreuzreaktion, die dann ebenfalls zu einem positiven Ergebnis führt. Deshalb kann man auch bei einem positiven Testergebnis nicht immun gegen das Coronavirus sein.



Ethik-Kommissionen als Berater – auch in der Coronakrise

Wenn guter Rat nicht teuer, aber unverzichtbar ist!

Ethik (vom griechischen Wort êthikê = „das sittliche [Verständnis]“) geht Hand in Hand mit der Medizin. So wissenschaftlich großartig ein Durchbruch in der Forschung zum Beispiel auch sein mag, es bleibt die Frage der Anwendbarkeit für den Menschen – oft auch jenseits rein medizinischer Aspekte. Nicht alles, was wissenschaftlich geht, ist gleichzeitig auch etisch und gesellschaftlich akzeptabel. Eine ethische Überprüfung und Begleitung relevanter Themen ist zudem auch deshalb unumgänglich, weil es zu Recht heißt: Ethik vor der Monetik. Sehr bekannt sind die Diskussionen um die Themen Organtransplantation, Sterbehilfe und Reproduktionsmedizin. Ethikkommissionen sind in Deutschland interdisziplinär besetzt.



In Deutschland bisher Gott sei Dank kein akutes Thema: Triage

Grafik: Birdiegirl/shutterstock.com

Stellungnahme der Ethikkommission nur noch „maßgeblich“ auf Gebieten der medizinischen Forschung zu „berücksichtigen“, die nicht durch das Arzneimittelgesetz (AMG) oder das Medizinproduktegesetz (MPG) geregelt sind. Diese Verordnung findet wahrscheinlich erst im Oktober 2021 Anwendung, weil eine dafür vorgesehene EU-Datenbank wohl erst dann voll funktionsfähig sein wird. Die Verordnung gilt für multinationale Studien. Durch starke Fristverkürzungen der Genehmigungsverfahren für eine klinische Prüfung aufgrund der Verordnung, die wegen ihrer ehrenamtlichen Struktur durch diese Ethikkommissionen nur unzureichend einzuhalten sein werden, dürfte nach Einschätzung von Experten der Einfluss dieser Ethikkommissionen in Zukunft sinken. Das Anfordern zusätzlicher Informationen oder das Einbeziehen von Patientenorganisationen und externen Gutachtern dürfte zeitlich dann auch kaum mehr möglich sein.

Zentrale Ethikkommission (ZEKO)

Die Bundesärztekammer hat 1995 eine unabhängige und multidisziplinär zusammengesetzte Zentrale Ethikkommission (ZEKO) eingerichtet. Die ZEKO ist in ihrer Meinungsbildung und Entscheidungsfindung unabhängig und ihrem Statut gemäß der Werteordnung des Grundgesetzes und der ärztlichen Ethik verpflichtet. Adressat der Stellungnahmen der ZEKO ist vor allem die Ärzteschaft, aber auch die interessierte Öffentlichkeit.

Der Deutsche Ethikrat

Der Deutsche Ethikrat, vormals Nationaler Ethikrat (2001 – 2008), bearbeitet gemäß seinem gesetzlichen Auftrag ethische, gesellschaftliche, naturwissenschaftliche, medizinische und rechtliche Fragen sowie die voraussichtlichen Folgen für Individuum und Gesellschaft, die sich im Zusammenhang mit der Forschung und den Entwicklungen insbesondere auf dem Gebiet der Lebenswissenschaften und ihrer Anwendung auf den Menschen ergeben. Er ist in seiner Tätigkeit unabhängig und nur an den durch das Ethikratgesetz begründeten Auftrag gebunden. Der Deutsche Ethikrat besteht zurzeit aus 26 Ratsmitgliedern aus den Bereichen Recht, Medizin, Philosophie, Biologie, Theologie sowie der Pflege. Sie beraten Parlament und Regierung in ethischen Fragen.

In der Corona-Krise kamen immer wieder ethisch-relevante Fragen auf. Eine medizinische Leitlinie S1 zum Triage-System wurde bereits im März veröffentlicht. Gleichzeitig gab der Deutsche Ethikrat eine ad-hoc-Empfehlung heraus. Im September erfolgte eine Stellungnahme zu der möglichen Einführung eines Impfausweises und nun erschien aktuell eine Handlungsempfehlung zur Priorisierungsstrategie in der Impfstoffverteilung.

Triage

Triage kommt vom französischen Wort „trier“ und bedeutet so viel wie „sortieren“ oder „auslesen“. Im Gesundheitswesen von Triage zu sprechen, klingt paradox. Denn eine Chancengerechtigkeit für alle Menschen sollte selbstverständlich sein. Es geht schließlich um das Leben jedes Einzelnen. Und dennoch waren genau diese Bilder und Erfahrungsberichte, in denen Ärzte in Italien entscheiden mussten, welchen Patienten sie aufgeben, um Kapazität für einen anderen Patienten zu schaffen, so erschütternd, dass der Lockdown in vielen Ländern eingeführt wurde. In der Notfallaufnahme ist die Triage Alltag: Patienten werden nach der Schwere der Verletzung eingeteilt. Ärzte und Pfleger können dadurch leichter entscheiden, wer zuerst behandelt wird. In der Corona-Pandemie wird das Gesundheitssystem extrem belastet. Für den Ernstfall, in dem die Intensivkapazitäten ausgelastet wären, müssten Ärzte weitreichende Entscheidungen treffen. Wer bekommt ein Beatmungsgerät? Wer erhält eine Chance auf Heilung bzw. Überleben? Ein Triage-System mit festgeschriebenen Kriterien und Handlungsanweisungen im Rahmen von Leitlinien entlastet Mediziner und Pfleger in ihrer Entscheidungsfindung in höchst dramatischen Situationen. Leitlinien sind keine Gesetze und daher auch nicht juristisch bindend. Eine gute Leitlinie kommt der Abbildung des medizinischen Standards jedoch sehr nahe – der wiederum für Ärzte verbindlich und rechtlich relevant ist. Das medizinische Personal sollte im Ernstfall der Triage-Empfehlungen folgen – auch um sich selbst vor strafrechtlichen Konsequenzen zu schützen, im Falle einer Klage.

Bereits im März veröffentlichten sieben medizinische Fachgesellschaften eine erste Version klinisch-ethischer Empfehlungen „Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie“. Darin empfiehlt eine Gruppe von Experten, nach welchen Kriterien ein Behandlungsteam über die Priorisierung eines Patienten entscheiden sollte. Die Empfehlungen der Fachgesellschaften beziehen sich nicht nur auf Covid-19-Patienten. Die Entscheidung, wer priorisiert behandelt wird, wird vielmehr zwischen allen Patienten, die eine Intensivbetreuung benötigen, gefällt. Konkret heißt das, dass Kliniken kein bestimmtes Kontingent an Beatmungsgeräten nur für Covid-19-Patienten zur Verfügung stellen.

Immunitätsausweis

Schon zu Beginn der Pandemie, im April 2020, schlug Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) einen Immunitätsausweis vor. In einem solchen Impf-Pass, analog zum Corona-Pass, sollte eine überstandene Infektion festgehalten werden. Betroffene Bürger sollten dann von weitreichenden Lockerungen profitieren. Nun ist aber weiterhin unklar, ob eine durchstandene Erkrankung tatsächlich Immunität herbeiführt. Nur bei einem Teil der Patienten sind Anti-Körper festzustellen. Aber auch bei diesen ist es unklar, wie lange sie immun sind.

Auf Bitte des Gesundheitsministers hat der Ethikrat die ethischen Voraussetzungen und Implikationen eines solchen Ausweises geprüft und im November 2020 seine Stellungnahme zum Thema Immunitätsausweis abgegeben. Ausschlaggebend für seine derzeitige Ablehnung eines solchen Ausweises, ist der aktuelle wissenschaftliche Sachstand. Demnach sei eine Immunität nach einer Corona-Virus-Infektion nicht gewährleistet. Auch wies man darauf hin, dass Menschen sich gegebenenfalls bewusst anstecken würden, um in den Genuss der Lockerungen durch diesen sogenannten „Corona-Pass“ zu kommen. Von Politikern

kamen noch Bedenken hinzu, dass es zu einer Zwei-Klassen-Gesellschaft kommen könnte, wenn man Bürgern unterschiedliche Maßnahmen aufrägt. Der Ethikrat ist für den Fall eindeutiger wissenschaftlicher Erkenntnisse, die es zukünftig vielleicht geben könnte, grundsätzlich gespalten. Die Hälfte des Rates kann sich generell keinen Immunitätsausweis vorstellen – aufgrund rechtlicher und ethischer Bedenken. Die andere Hälfte hält eine Zulassung unter anderen Bedingungen für denkbar.

Impfstoff-Verteilung

Eine weitere Stellungnahme gab der Deutsche Ethikrat kürzlich zum Thema Impfstoff-Verteilung für Impfstoffe gegen Covid-19 ab. Nachdem Pharmaunternehmen vor einer voraussichtlich zeitnahen Marktzulassung in Europa stehen, wurde in Deutschland eine Impfstrategie entwickelt. Denn aller Voraussicht nach werden nicht genügend Impfdosen für alle Impfwilligen unmittelbar zur Verfügung stehen. Deshalb sollte eine Priorisierung entwickelt werden, nach der die Bevölkerung schrittweise geimpft werden kann.

Der Deutsche Ethikrat hat daher ein gemeinsames Positionspapier mit der Ständigen Impfkommision (STIKO) und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina zu ethischen, rechtlichen und praktischen Rahmenbedingungen für eine Impfstrategie entwickelt. Die Priorisierung dürfe nicht nur auf Grundlage medizinisch-epidemiologischer Erkenntnisse festgelegt werden. Obwohl entscheidende Ergebnisse aus den laufenden klinischen Studien (Phase 3) zu den Eigenschaften der Impfstoffe noch ausstünden und eine detaillierte Empfehlung der STIKO zu einer Priorisierung der zu impfenden Personengruppen derzeit noch nicht möglich sei, stehen die ethischen und rechtlichen Prinzipien für den Ethikrat fest:

- Selbstbestimmung
- Nichtschädigung bzw. Integritätsschutz
- Gerechtigkeit
- grundsätzliche Rechtsgleichheit
- Solidarität
- Dringlichkeit

Diese Prinzipien fließen konkret in die Impfziele ein. Die Verteilung der Impfstoffe sei zudem so zu organisieren, dass ein Erreichen der Impfziele sichergestellt ist:

- Verhinderung schwerer COVID-19-Verläufe (Hospitalisation) und Todesfälle
- Schutz von Personen mit besonders hohem arbeitsbedingtem SARS-CoV-2-Expositionsrisiko (berufliche Indikation)
- Verhinderung von Transmission sowie Schutz in Umgebungen mit hohem Anteil vulnerabler Personen und in solchen mit hohem Ausbruchspotential
- Aufrechterhaltung staatlicher Funktionen und des öffentlichen Lebens

Des Weiteren weisen die Experten darauf hin, dass die Verteilung aufgrund der Knappheit des zur Verfügung stehenden Impfstoffes ethisch wie grundrechtlich relevante Werte berührt und daher eine klare gesetzliche Regelung erfordere. Außerdem sei eine einheitliche, transparente und damit vertrauenserweckende sowie akzeptanzsichernde Verteilung geboten. Das spreche für eine Impfstrategie, die nicht auf einzelnen Hausärztinnen und Hausärzten beruht, sondern auf staatlich mandatierten Impfzentren.

Eine undifferenzierte, allgemeine Impfpflicht wird im Positionspapier ausgeschlossen.

Streit um Gripeschutzimpfungen in der Apotheke Jetzt ist der Geist aus der Flasche

Im Frühjahr ist das Masernschutzgesetz in Kraft getreten. Mit im Paket: Apotheken dürfen künftig Impfungen vornehmen. Beschränkt ist das Angebot (zunächst) auf Gripeschutzimpfungen – und das zunächst in Form von Modellprojekten. Ob dies so bleiben soll, darüber gehen die Meinungen zwischen Ärzten und Apothekern auseinander. Ärztlicherseits hagelt es schon seit dem Gesetzgebungsverfahren größtenteils Kritik.



Ein Vorreiter des Impfangebots ist ein Modellprojekt des Apothekerverbands Nordrhein (AVNR) und der AOK Rheinland/Hamburg. Auch die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland und der Saarländische Apothekerverein (SAV) haben ein Modellvorhaben vereinbart. Beide Modellprojekte sind Anfang Oktober gestartet. Ende Oktober 2020 folgten der Bayerischer Apothekerverband (BAV) und die AOK Bayern mit einer Modellregion im Regierungsbezirk Oberpfalz. Bereits Mitte Oktober hat eine Impfstoff-Knappheit nicht nur die Modellprojekte in Nordrhein zum Erliegen gebracht.

Ziel des Modellprojekts

Erklärtes Ziel der Modellprojekte ist es, durch den zusätzlichen niedrigschwelligen Zugang zu Impfungen die Durchimpfungsrate der Bevölkerung zu erhöhen. Den Apotheken steht es nunmehr offen, entsprechende Verträge über das Prozedere und die Vergütung dieser neuen Präventionsleistung mit den Kassen abzuschließen. In der Regel kümmern sich die jeweiligen Landesapothekerverbände (LAV) darum, für ihre Mitglieder entsprechende Rahmenbedingungen zu vereinbaren. Theoretisch könnten bei Interesse jedoch auch einzelne Apothekeninhaber an eine Kasse herantreten und um eine Vereinbarung bitten. Bevor die Apotheker impfen dürfen, müssen sie aber spezielle Fortbildungen absolvieren. Die Bundesapothekerkammer (BAK) hat dazu entsprechende Leitlinien erarbeitet und nun noch einmal nachgeschärft. Zudem müssen das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) und das Robert-Koch-Institut (RKI) prüfen, ob die Verträge die gesetzlichen Vorgaben erfüllen.

Als bundesweit erster Verband hatte der AVNR bereits Anfang Juli 2020 einen entsprechenden Vertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg abgeschlossen. Etwa 120 Apotheker aus mehr als 60 Apotheken erwarben die Zusatzqualifikationen, um die Impfungen in Beratungszimmern in der Apotheke durchzuführen. Modellregionen sind laut AVNR zwei eher städtische und zwei auch ländlich geprägte Regionen, also Apotheken in Düsseldorf und Umgebung und in der Region Essen/Mülheim/Oberhausen sowie in vergleichsweise ländlicheren Strukturen Bonn/Rhein-Sieg und rechter Niederrhein. Auch im Saarland wurden Anfang Oktober erste Patienten in Apotheken gegen Grippe geimpft. Im Saarland sind rund 40 Apotheken an dem Modellprojekt beteiligt. In beiden Modellprojekten gibt es pro Impfung laut Vertrag 12,61 Euro netto für den Apotheker. Seit dem 1. November dürfen auch Apotheker in Niedersachsen AOK-Versicherten die Grippeimpfung anbieten, sofern sie die entsprechende Schulung absolviert haben und die räumlichen Voraussetzungen stimmen. In einigen anderen Bundesländern sind die jeweiligen Apothekerverbände noch in den Verhandlungen mit einzelnen Kassen.

Insgesamt sollen nach Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für die „Influenzasaison 2020/2021“ 27 Millionen Impfstoffdosen zur Verfügung stehen. Zusätzlich zur Regelversorgung von 21 Millionen Dosen hatte das BMG im September weitere sechs Millionen Dosen Influenza-Impfstoffe beschafft. Trotzdem wurde nicht nur das Modellprojekt in Nordrhein aufgrund von Impfstoffknappheit bereits Mitte Oktober wieder lahmgelegt. Die erhöhte Nachfrage nach Grippeimpfstoffen aufgrund der Coronavirus-Pandemie führte

in dieser laufenden Grippezeit zu zeitlichen, wenn auch nicht grundsätzlichen Lieferengpässen für Ärzte wie auch die Modellprojekte der Apotheker. Apotheken aus ganz Deutschland berichteten wochenlang, dass kein einziger Impfstoff über den Großhandel verfügbar war. Laut einer Umfrage des Apothekerverbands Nordrhein hatten allein in dieser Region rund 95 Prozent der Apotheken Mitte Oktober weder Großpackungen für den Praxisbedarf noch Einzeldosen vorrätig. 90 Prozent der Arztpraxen hätten Impfstoff nachbestellt.

Seit der 44. Kalenderwoche bis zur 50. Kalenderwoche (2. Dezemberwoche) sollen laut einem Schreiben aus dem BMG insgesamt noch 7,4 Millionen Impfstoffdosen bundesweit über die regulären Bezugs-

ländern hatten die Landesapothekerkammern einen solchen Passus, falls vorhanden, entsprechend gestrichen.

Heftig kritisiert wurden auch bestehende Modellprojekte von Seiten der Ärzteschaft. Am 14. November 2020 forderte die Ärztekammer Nordrhein und auch der Vorsitzende des Hartmannbundes Nordrhein, Dr. Stefan Schröter, den Stopp der Modellprojekte zur Grippeimpfung in Apotheken im Rheinland. „Nur Ärztinnen und Ärzte sind qualifiziert für die Impfanamnese, den Ausschluss akuter Erkrankungen und die Aufklärung zur Impfung“, sagte der Präsident der Ärztekammer Nordrhein und CDU-Bundestagsabgeordneter Rudolf Henke auf der Kammerversammlung in Düsseldorf. Die Ärztekammer Nordrhein bezeichnet die Modellversuche als „besonders widersinnig“ angesichts der aktuellen Herausforderungen der Corona-Pandemie und des derzeit knappen Grippeimpfstoff-Angebots. „Es besteht gerade bei der unzureichenden Belieferung der Praxen durch Apotheken die Gefahr, dass für die vorrangig zu impfenden in Arztpraxen Impfdosen fehlen, die für Modellversuchsimpfungen verbraucht wurden“, so die Kritik. Impfungen in Apotheken seien „geeignet, das hohe Vertrauen der Bevölkerung in die Sicherheit von Impfungen gefährden“. Eine Ausbildung von neun Stunden könne kein Medizinstudium ersetzen. „Apotheken müssen sich in dieser Zeit auf ihre originären und herausfordernden Aufgaben in der Impfstoffversorgung fokussieren.“

Reinhardt: Der Geist muss zurück in die Flasche

Auch der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. med. Klaus Reinhardt, kritisierte bereits im Juli 2020: „Beim Impfen geht es eben nicht um einen rein technischen Vorgang, der so nebenbei – und sei es in einem separaten Beratungsraum – erledigt werden kann“. Deshalb müsse dieser Geist zurück in die Flasche. Er betonte, die Entscheidung für oder – bei Kontraindikationen – auch gegen eine Impfung müsse Ärzten vorbehalten bleiben. Der Hartmannbund Niedersachsen hatte Ende September an die Apothekerinnen und Apotheker im Lande appelliert, sich nicht am Modellprojekt von Impfungen in der Apotheke zu beteiligen. „Die niedersächsische Ärzteschaft sei in der Lage, die Schutzimpfungen in Niedersachsen flächendeckend sicherzustellen. Experimente mit ungewissem Ausgang seien also ohnehin überflüssig“, sagte die niedersächsische Vorsitzende des Ärzteverbandes, Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat. „Wir haben bisher gut mit den Apotheken zusammengearbeitet, weil jeder sich auf seine Kernkompetenz konzentriert hat.“ Wenn es zur Substitution der ärztlichen Impftätigkeit durch Apotheker kommen sollte, drohe dieses Gleichgewicht aus den Fugen zu geraten. Es werde dann nicht mehr lange dauern, bis die ersten Ärztinnen und Ärzte überlegen, ob sie nicht zukünftig ihren Medikamentenbedarf über Internet-basierte Apotheken decken sollten. Eine solche Entwicklung solle im Interesse aller Beteiligten – vor allem auch der Patientinnen und Patienten – unbedingt vermieden werden, warnte Lesinski-Schiedat.

Der AVNR sieht das Modellprojekt als Erfolg. Laut AVNR würden inzwischen sogar vereinzelt niedergelassene Ärzte auf das Angebot der Apotheken verweisen. „Wir können jetzt bereits von einem Erfolg des Modellprojektes sprechen. Obwohl wir einschränkend feststellen müssen, dass sowohl Arztpraxen als auch Apotheken von Engpässen an Grippeimpfstoffen betroffen waren und weiterhin sind“, erklärte Thomas Preis, Vorsitzender des AVNR, am 16. November 2020. ABDA-Vorstandsmitglied Cynthia Milz erklärte: „Wenn wir es vom Patienten her sehen, ist es einfacher“. Die Apotheke mit ihrem niedrigschwelligen Angebot, sei einfach der kürzere Weg. Am Ende entscheide der Patient. „Die Politik hat gesagt, sie will Modellprojekte. Die müssen jetzt durchgezogen und ausgewertet werden“, erklärte Cynthia Milz. Erfahrungen aus anderen Ländern hätten gezeigt, dass Impfquoten steigen, wenn Apotheker impfen.

wege ausgeliefert werden. Die Hersteller würden diese tranchenweise und wochenweise ausliefern. Bei rund 80 Prozent der noch zu erwartenden Dosen handle es sich um die sechs Millionen zusätzlich vom BMG bestellten Impfstoffe.

Angesichts der aktuellen Knappheit hatten die AOK Rheinland/Hamburg und der Apothekerverband Nordrhein von einer Bewerbung des Angebots des Modellprojekts Abstand genommen und dies den einzelnen Apotheken überlassen. Am 16. November meldete der Verband, derzeit könnten 85 von 125 dafür geschulten Apotheken „ergänzend zur Impfleistung der Ärzte“ Grippeimpfungen anbieten, 200 Grippeimpfungen seien vorgenommen worden.

Brandenburg und Thüringen machen nicht mit

Grundsätzlich gegen solche Modellprojekte von Apotheken haben sich die Bundesländer Brandenburg und Thüringen entschieden. Schon früh hatten sich die Präsidenten der brandenburgischen Landesapothekerkammer (LAV) und Landesärztekammer in einer gemeinsamen Resolution dagegen ausgesprochen. Der LAV bestätigte: „Vonseiten der Apothekerschaft gibt es im Land Brandenburg bisher kein Interesse, ein Modellvorhaben zur Grippeimpfung durchzuführen.“ Zudem würde das gut funktionierende System mit Hausärzten regelmäßig eine hohe Impfquote gewährleisten, die deutlich über dem Bundesdurchschnitt liege. Der Thüringische Apothekerverband erklärte, das Impfen in Apotheken „wäre durch die Berufsordnung nicht gedeckt“. Demnach verbietet die Berufsordnung den thüringischen Apothekern die Ausübung der Heilkunde. In anderen Bundes-

PRO & CONTRA



Langfristig können wir die Hausarztpraxen entlasten

Dr. Markus Reiz, geschäftsführender Vorstand Apothekerverband Nordrhein

Die AOK Rheinland/Hamburg und der Apothekerverband Nordrhein e.V. (AVNR) haben sich Anfang Juli auf ein Modellvorhaben zur Gripeschutzimpfung in Apotheken in Nordrhein geeinigt. Das bundesweit erste vertraglich vereinbarte Modellvorhaben sieht vor, Impfungen in den Apotheken mit Beginn der diesjährigen Grippezeit im Herbst ergänzend zu den Grippeimpfungen in den Arztpraxen durchzuführen. Die Vertragspartner erfüllen damit den Auftrag des Gesetzgebers im Kontext des zum 1. März 2020 in Kraft getretenen Masernschutzgesetzes. Demnach sollen Apothekerinnen und Apotheker in öffentlichen Apotheken Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Rahmen von Modellvorhaben gegen Influenza impfen. Das Modellvorhaben läuft über einen Zeitraum von drei Jahren und wird nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards begleitet und ausgewertet.

Im Zuge der gemeinsamen Bekanntgabe des Vertragsabschlusses wies die AOK Rheinland/Hamburg darauf hin, dass sich die Gesundheitskasse bundesweit bereits im Oktober letzten Jahres aktiv für das zusätzliche Impfangebot beim Gripeschutz in Apotheken eingesetzt habe. Die AOK ergänzte, dass dieser weitere, niedrigschwellige Zugang zur Impfung es den Menschen leichter mache, sich gegen Influenza impfen zu lassen. Die Gripeschutzimpfung sei eine der bedeutendsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen: Mit ihr könnten viele Grippefälle vermieden werden, erklärte die AOK Rheinland/Hamburg. Allein die Grippezeit 2017/2018 habe über 25.000 Menschen in Deutschland das Leben gekostet. Daher sei es sinnvoll, wenn mit den Apotheken vor Ort eine weitere qualitätsgesicherte und patientennahe Anlaufstelle im Gesundheitswesen genutzt würde, um die Durchimpfungen zu erhöhen.

Vor diesem Hintergrund wurde der Gesetzgebungsauftrag im Herbst umgesetzt, auch der Tatsache Rechnung tragend, dass erste Anlaufstelle bei Impfungen die Arztpraxis bleibt. Das ergänzende Angebot der Apotheken erreicht Menschen, die normalerweise nicht zum Arzt gehen bzw. keinen Hausarzt haben. Zudem ist der saisonale Influenzavirusimpfstoff aus Sicht des RKI gut verträglich. Insofern spricht aus wissenschaftlicher Sicht nichts gegen eine Impfung durch ärztlich geschulte Apotheker*innen. Dabei sei betont: Die Schulungen der Apotheker werden durch erfahrene Impfarzte und auf der Grundlage gesetzlich abgestimmter Regelungen mit dem RKI und PEI durchgeführt. In Apotheken impft ausschließlich der Heilberufler selbst, der Apotheker bzw. die Apothekerin.

Neben der Umsetzung des Modellprojektes haben sich die Apotheken im Herbst in diesen außergewöhnlichen Krisenzeiten unter erschwerten Bedingungen auf ihre herausfordernden Aufgaben in der Grippeimpfstoffversorgung fokussiert und die Hausarztpraxen beliefert. Nach Berechnungen des Apothekerverbandes Nordrhein dürften die Arztpraxen in NRW bis Ende November schon gut 4 Millionen Grippeimpfstoffe erhalten haben. Zwischenzeitlich sollten bis Ende des Jahres weitere 1,2 Millionen aus der Nationalen Impfreserve des Bundesgesundheitsministeriums verteilt worden sein. Insgesamt stehen somit im Vergleich zum Vorjahr 30% mehr Impfstoffe in diesem Jahr zur Verfügung.

Das zusätzliche Impfangebot zur Ärzteschaft beim Gripeschutz im Rahmen unseres Modellprojektes mit der AOK Rheinland/Hamburg stößt aktuell auf eine sehr positive Resonanz. Die Apotheken stellen zurzeit fest, dass Arztpraxen sogar schon auf Apotheken verweisen und Patienten es sehr begrüßen,

neben den Arztpraxen schnell, unkompliziert und qualitätsgesichert in Apotheken geimpft werden zu können. Der erfolgreiche Start lässt

den Schluss zu, dass wir in dieser Grippezeit vielleicht auf 2.000 Gripeschutzimpfungen in Apotheken kommen könnten. Vergleicht man diese Zahl mit den bereits erwähnten gut vier Millionen Impfungen der Ärzteschaft in NRW, ist das in diesem Jahr nur ein kleiner Beitrag, den die Apotheken bei der wichtigen Gripeschutzimpfung leisten können.

In Anbetracht der schon jetzt coronabedingt überlasteten Hausarztpraxen ist aber langfristig vorstellbar, dass Apothekerinnen und Apotheker künftig durch verstärktes Impfen mit dem zusätzlichen Impfangebot die Hausarztpraxen entlasten, so wie es viele andere europäische Länder und auch die USA bereits vorgemacht haben. Die Erfahrungen dort belegen nachweislich, dass gerade wegen des Impfangebotes der Apotheken auch die Ärzte mehr impfen. Durch das gemeinsame Engagement beider Heilberufe ist die Impfquote dort auch deutlich gesteigert worden.

Vor diesem Hintergrund lautet unser abschließender Appell, mit vereinten heilberuflichen Kräften in Arztpraxen und ergänzend in impfenden Apotheken der ernüchternden Tatsache entgegenzuwirken, dass bislang nur rund 35 Prozent der Bundesbürger ab 60 Jahren gegen Grippe geimpft sind. Zielmarke gemäß Weltgesundheitsorganisation WHO sind indes 75 Prozent.

Grippeimpfung

Künftig auch in der Apotheke?

Die jährliche Gripeschutzimpfung ist kein banaler Pieks!

Dr. Wolfgang Gradel, Geschäftsführender Vorstand Hartmannbund



vieren einer Schulung, wie dies bei beteiligten Apothekerinnen und Apothekern der Fall ist, reicht meiner Meinung nach nicht aus. Der Umgang mit Komplikationen, Nebenwirkungen und Zwischenfällen erfordert ärztliche Kompetenz und Erfahrung. Zwar sind die Impfstoffe in der Regel sehr gut verträglich, aber wie soll in Apotheken reagiert werden, wenn es etwa zu einem Kollaps oder einer allergischen Reaktion kommt? Komplikationen beim Impfen sind selten, können jedoch nie zu 100 Prozent ausgeschlossen werden. Ich halte es daher für unabdingbar, bestehende Pilotprojekte – wenn sie denn schon stattfinden – zeitnah und sorgfältig nach ihrer fachgerechten Durchführung und Zwischenfallrate zu evaluieren.

Einwenden möchte ich auch, dass der Arzt bei der jährlichen Gripeschutzimpfung die Gelegenheit hat, weitere Präventionsleistungen und Vorsorgen gegenüber den Patienten anzusprechen und diesbezüglich zu beraten. Der Besuch in der Arztpraxis ist ein geeigneter Anlass, auch den übrigen Impfstatus zu überprüfen und gegebenenfalls zu ergänzen. Unterlassene Arztbesuche konterkarieren ärztliche Präventionsbemühungen!

Im Gespräch mit Apothekerinnen und Apothekern wurde mir erwidert, dass durch die rezeptfreie Abgabe von Notfallkontrazeptiva und die entsprechende Beratung und Aufklärung in Apotheken bereits eine ärztliche Aufgabe übernommen werde. Dem möchte ich entgegen, dass es sich dabei im Regelfall um gesunde junge Frauen handelt. Bei der Gripeschutzimpfung ist dies nicht der Fall, zumindest dann nicht, wenn nach STIKO-Empfehlungen geimpft wird. Statt gesunden jungen Frauen stehen dann ältere und gegebenenfalls po-

lymorbid Menschen in der Apotheke – dies ist eine völlig andere Ausgangssituation!

Das Ziel des Gesetzgebers, die Durchimpfung der Bevölkerung zu steigern, ist wichtig. Impfen ist wichtig. Aber Impfen ist gleichzeitig auch eine originär ärztliche Aufgabe. Apotheker sind keine Impfwunderwaffe, um die Quote zu steigern, denn in Deutschland kann die Gripeschutzimpfung bereits flächendeckend durch Arztpraxen angeboten werden. Gerne würde ich in meiner Praxis alle impfwilligen Patientinnen und Patienten impfen – dies scheitert jedoch aktuell an der Verfügbarkeit des Grippeimpfstoffes! Und so geht es auch vielen Kolleginnen und Kollegen. Engpässe entstehen keinesfalls durch einen Mangel an Impfpraxen, sondern vielmehr durch eine Verknappung von Impfstoff. Und eine gerechte Verteilung könnte durch impfende Apotheken gefährdet werden.

Sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Apothekerinnen und Apotheker sollten sich auf ihre jeweiligen Kernkompetenzen konzentrieren. Beiden Berufsgruppen kommt in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eine wichtige Rolle zu. Eine Substitution der ärztlichen Impftätigkeit führt vielerorts zu Unmut in der Ärzteschaft. Das leichtsinnige Aufbrechen bewährter Strukturen in der Patientenversorgung könnte sich schnell für die Apotheken als Boomerang erweisen. Bei einer Zunahme des Impfens in Apotheken wird es nicht lange dauern, bis erste Arztpraxen überlegen, zukünftigen Medikamentenbedarf über Online-Apotheken zu ordern oder die Frage nach dem Dispensierrecht aufgeworfen wird. Eine Entwicklung, die vermieden werden sollte, denn ein guter Kontakt zwischen Arztpraxis und Apotheke vor Ort ist – vor allem auch im Sinne des Patientenwohls – wichtig!

Noch keine validen Prognosen über die künftige Anzahl und Kosten der DiGAs Apps auf Rezept als „Weltneuheit“

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat die ersten fünf „Apps auf Rezept“ in das neue Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) aufgenommen. Das Rennen auf den deutschen Gesundheitsmarkt ist damit eröffnet. „Mit der erstmalig systematischen und zügigen Prüfung digitaler Gesundheitsanwendungen im neuen „Fast-Track“-Verfahren leistet das BfArM einen wichtigen Beitrag zur Digitalisierung der Gesundheitsversorgung“, lobt BfArM-Präsident Prof. Dr. Karl Broich die Arbeit seiner Behörde. Die Wirkung dieser digitalen Hilfsmittel werde genau überprüft, versichert Bundesgesundheitsminister Jens Spahn anlässlich der Zulassung der ersten „Apps auf Rezept“. Deswegen wachse das DiGA –Verzeichnis auch nur langsam an. Trotzdem sei es eine „Weltneuheit“: „Deutschland ist das erste Land, in dem es Apps auf Rezept gibt“.

Die Bewertungszeit für das BfArM beträgt im sogenannten „Fast-Track-Verfahren“ drei Monate nach Eingang des vollständigen Antrags. Dabei prüft das BfArM, ob eine DiGA die in der Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) definierten Anforderungen an Sicherheit und Funktionstauglichkeit, Datenschutz und Informationssicherheit sowie Qualität und insbesondere Interoperabilität erfüllt – sowie den durch den Hersteller beizubringenden Nachweis für die mit der DiGA realisierbaren positiven Versorgungseffekte. Falls für die DiGA noch keine ausreichenden Nachweise für positive Versorgungseffekte vorliegen, es dazu aber bereits vielversprechende Daten gibt und die weiteren Anforderungen erfüllt sind, kann der Hersteller auch einen Antrag auf vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis stellen und die notwendige vergleichende Studie innerhalb einer Erprobungsphase von bis zu einem Jahr, in Ausnahmefällen mit Option einer Verlängerung durchführen.

Damit ein Hersteller beim BfArM einen Antrag auf Aufnahme seiner digitalen Anwendung ins DiGA-Verzeichnis stellen kann, muss die Anwendung bereits zuvor als Medizinprodukt CE-zertifiziert

worden sein und damit die Voraussetzungen für das Inverkehrbringen als Medizinprodukt erfüllt haben. In diese, dem Fast-Track-Verfahren beim BfArM vorgelagerte, Überprüfung der Marktzugangsvoraussetzungen hinsichtlich Sicherheit und Leistungsfähigkeit, klinischer Bewertung, Qualitätssicherung und Risikobewertung ist das BfArM jedoch nicht eingebunden. Auch in den Verschreibungs- und Erstattungsprozess, der sich an die Aufnahme einer digitalen Anwendung ins DiGA-Verzeichnis anschließt, sind in erster Linie andere Akteure eingebunden, wie die ärztliche Selbstverwaltung und die gesetzlichen Krankenkassen.

Für die Bewertung von Zulassungsanträgen ist die Definition des Begriffs der positiven Versorgungseffekte von entscheidender Bedeutung. Maßgebend ist hier die „Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung – DiGAV“, genauer § 8 der DiGAV:

(1) Positive Versorgungseffekte im Sinne dieser Verordnung sind entweder ein medizinischer Nutzen oder patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserungen in der Versorgung.

(2) Der medizinische Nutzen im Sinne dieser Verordnung ist der patientenrelevante Effekt insbesondere hinsichtlich der Verbesserung

des Gesundheitszustands, der Verkürzung der Krankheitsdauer, der Verlängerung des Überlebens oder einer Verbesserung der Lebensqualität.

(3) Die patientenrelevanten Struktur- und Verfahrensverbesserungen in der Versorgung im Sinne dieser Verordnung sind im Rahmen der Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder der Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen auf eine Unterstützung des Gesundheitshandelns der Patientinnen und Patienten oder eine Integration der Abläufe zwischen Patientinnen und Patienten und Leistungserbringern ausgerichtet und umfassen insbesondere die Bereiche der

1. Koordination der Behandlungsabläufe,
2. Ausrichtung der Behandlung an Leitlinien und anerkannten Standards,
3. Adhärenz,
4. Erleichterung des Zugangs zur Versorgung,
5. Patientensicherheit,
6. Gesundheitskompetenz,
7. Patientenautonomie,
8. Bewältigung krankheitsbedingter Schwierigkeiten im Alltag oder
9. Reduzierung der therapiebedingten Aufwände und Belastungen der Patienten und ihrer Angehörigen

Auf das BfArM-Verzeichnis wird von Marktbeobachtern künftig einen DiGA-Ansturm erwartet. Nach Feststellungen des Marktforschungsunternehmens Research2Guidance befinden sich rund 100.000 Gesundheits-Apps in den Stores von Google und Apple. Doch viele davon sind Freizeit- oder Wellness-Angebote wie Schrittzähler oder Einschlafhilfen. Im In- und Ausland zeigen zahlreiche Entwickler Interesse an den Möglichkeiten, die nun in Deutschland geschaffen werden. Ralf Jahns, Geschäftsführer von Research2Guidance schätzt, so berichtet das „Handelsblatt“ dass „Hundert Gesundheits-Apps mittelfristig in die GKV-Erstattung kommen könnten“. Bisher ist dieser mögliche „Ansturm“ noch nicht beim BfArM angekommen. Das Institut spricht aktuell von 21 Anwendungen in der Prüfung zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis. Für weitere rund 75 Anwendungen habe das BfArM bereits Beratungsgespräche mit den Herstellern geführt, sodass nach der Einschätzung des Instituts kurzfristig weitere Anwendungen in die Prüfung und das Verzeichnis kommen werden.

Bisher hat das BfArM fünf Anwendungen in das DiGA aufgenommen. Für drei Anwendungen liegen dem Institut allerdings noch keine ausreichenden Nachweise für positive Versorgungseffekte vor. Daher erfolgt nur eine vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis. Es gebe aber bei diesen Anwendungen bereits, so wird mitgeteilt, vielversprechende Daten. Die Hersteller würden die notwendigen



Erfolgreicher Auftakt für Seminarreihe

Online-Seminarreihe „App auf Rezept“ erfolgreich gestartet: Der Hartmannbund, das Bündnis Junge Ärzte und der Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung als Branchenvertreter der E-Health-Hersteller möchten in Sachen DiGA gemeinsam für mehr Sachkenntnis und Verständnis sorgen. Im Rahmen der Kooperation haben bisher fast 500 Interessierte an der gemeinsamen Online-Seminarreihe teilgenommen, die umfassend über Evidenzen und Datenschutz informiert, die praktische Arbeit mit DiGA zeigt und wichtige Fachinformationen und Einblicke in die Prozesse bietet. Über weitere Termine werden wir Sie aktuell unterrichten!

vergleichenden Studien innerhalb der Erprobungsphase vorlegen.

Bei den gesetzlichen Krankenkassen wird die Einführung der „Weltneuheit“ sehr aufmerksam und mit Blick auf die voraussichtlichen Kosten auch durchaus kritisch beobachtet. Verschiedene Krankenkassen haben ihren Versicherten die Kosten einzelner Anwendungen in der Vergangenheit im Rahmen von Selektivverträgen erstattet. Digitale Gesundheitsanwendungen haben ein großes Potential für die Verbesserung der Versorgung und dieses Potential wollen wir nutzen“, erklärt Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand beim GKV-Spitzenverband: „Entscheidend ist, dass eine digitale Anwendung, die die Krankenkasse bezahlt, für die Patientinnen und Patienten einen echten medizinischen Mehrwert hat. Was die Solidargemeinschaft finanziert, muss Hand und Fuß haben.“

Ein „großes Problem“ sieht der GKV-Spitzenverband in den gesetzlichen Finanzierungsregelungen. Stoff-Ahnis kommentiert dazu: „Sobald das Bundesinstitut eine neue digitale Gesundheitsanwendung in das Verzeichnis aufgenommen hat, müssen die Krankenkassen ein Jahr lang jeden beliebigen Preis zahlen, den sich der Hersteller ausgedacht hat. Erst nach einem Jahr gilt dann das Ergebnis der Preisverhandlung, die der Hersteller mit dem GKV-Spitzenverband führen wird. Hier sehe ich die große Gefahr, dass aus den Portemonnaies der Beitragszahler ein Jahr lang mehr bezahlt werden muss, als eine neue App tatsächlich wert ist.“

Schon zum Start werden den gesetzlichen Krankenkassen stolze Preise in Rechnung gestellt. Bei den bereits dauerhaft oder auch nur vorläufig zugelassenen Anwendungen sind Rabatte zum Einstieg in den GKV-Markt jedenfalls nicht zu erkennen. Ganz im Gegenteil. Die Preise liegen, so ist zu hören, im Schnitt drei- bis fünfmal höher als die bisherigen Preise im Kostenerstattungsverfahren.

Die Hersteller von Apps können, analog zu dem Verfahren bei der Zulassung von Arzneimitteln, im ersten Jahr die Preise einseitig festlegen. Nach Ansicht des Zentralinstituts für die vertragsärztliche Versorgung (ZI) wird dadurch ein erhebliches Kostenrisiko für die gesetzliche Krankenversicherung begründet. Die Wissenschaftler illustrieren dies an einer Modellrechnung: Die Verordnung einer DiGA kostet die Krankenkassen 116,97 Euro (Tinnitus) oder 476 Euro (Angststörung) pro Patient je Quartal, Erstere kann viermal im Jahr verordnet werden. Anhand der kodierten Diagnosen in den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten lässt sich die Zahl der anspruchsberechtigten GKV-Versicherten in Deutschland näherungsweise auf 2,7 Millionen berechnen. Würden allen diesen Patienten mit Tinnitus oder einer Angststörung die Kosten für eine DiGA erstattet, summieren sich die Ausgaben nur für diese zwei DiGAs auf 1,3 Milliarden Euro pro Jahr. Zum Vergleich: Für die für 2020 vom Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegte Anpassung des Orientierungswerts in der vertragsärztlichen Versorgung zahlen die Krankenkassen insgesamt 0,5 Milliarden Euro.



Einige Bundesländer sind mit einer „Landarztquote“ gestartet Von Skepsis begleitet

Im Frühjahr 2017 wurde der „Masterplan Medizinstudium 2020“ von Bundesgesundheitsministerium, Bundesforschungsministerium sowie Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheits- und der Kultusministerkonferenz der Länder und der Koalitionsfraktionen des Deutschen Bundestages beschlossen. Aus der dort festgeschriebenen geplanten „Stärkung der Allgemeinmedizin“ resultierte die sogenannte „Landarztquote“, die es den Ländern ermöglichen soll, einen weiteren Anreiz dafür zu schaffen, dass sich junge Ärztinnen und Ärzte im ländlichen Raum als Allgemeinmediziner niederlassen. Als erstes hatte Nordrhein-Westfalen (NRW) die Landarztquote bereits für das Wintersemester 2019/2020 eingeführt. Im Oktober dieses Jahres folgten weitere Bundesländer mit der Einführung zum Wintersemester 2020/2021. Nach wie vor gibt es aber Bundesländer, die sich gegen die Einführung der Quote ausgesprochen haben. Es gibt auch viel Gegenwind und kritische Stimmen zur Einführung der Landarztquote.

„Die Länder können bis zu 10 Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten bzw. durch Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen tätig zu sein“, heißt es in dem Masterplan. Für die Studierenden, die sich für die Landarztquote entschieden haben, gilt in sämtlichen die Quote anbietenden Bundesländern, dass sie sich verpflichten, nach Studienabschluss zehn Jahre als Hausärztin oder Hausarzt in einem Gebiet tätig zu sein, in dem es einen Ärztemangel gibt. Halten sich die Absolventinnen und Absolventen nicht an diesen Vertrag, droht ihnen eine Strafe von bis zu 250.000 Euro.

Nordrhein-Westfalen war das erste Bundesland, das die Landarztquote eingeführt hat. Zum Wintersemester 2019/2020 wurden erstmals 170 Studienplätze (7,6 % der Studienplätze außerhalb des sonstigen Vergabeverfahrens) an Bewerberinnen und Bewerber vergeben, die sich vertraglich verpflichten, 10 Jahre in einer unterversorgten Region hausärztlich tätig zu sein. Seit dem Wintersemester 2020/2021 bieten Sachsen-Anhalt, Bayern, das Saarland, Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern Studienplätze über die Landarztquote an. Zwanzig Studienplätze – 5 % der zur Verfügung stehenden Medizinstudienplätze – werden über die Quote in Sachsen-Anhalt vergeben. In Bayern sollen 5,8 % der Studienplätze gesondert vergeben werden, in Rheinland-Pfalz 6,3 %, im Saarland 7,8 % und in Mecklenburg-Vorpommern sollen von 400 Medizinstudienplätzen 32 über die neue Quote vergeben werden.

Baden-Württemberg hat sich im Dezember 2019 für eine Landarztquote entschieden. Von 150 neu geschaffenen Studienplätzen sollen 75 ab dem Sommersemester 2021 jährlich an Studienanfänger vergeben werden, die „Landarzt“ werden möchten, aber nach dem herkömmlichen Verfahren keinen Studienplatz erhalten haben. In Niedersachsen soll eine geplante Quote von 10 % spätestens bis zum Wintersemester 2021/2022 eingeführt werden. Als Stadtstaaten machen Berlin und Hamburg keinen Gebrauch von der Option. Schließlich habe man keinen ländlichen Raum, sagt Dennis Krämer, Sprecher der Hamburger Behörde für Gesundheit. „Auch gab es bislang keine Probleme bei der Besetzung von Hausarztsitzen.“ Die Ärztekammer von Schleswig-Holstein hat die Landarztquote im September 2019 abgelehnt. Diskutiert wird sie noch in Sachsen und Hessen.

Die Bundesländer haben unterschiedliche Regelungen in ihren Verträgen für die Landarztquote festgelegt. In Bayern kann beispielsweise auf Antrag bei Nichtantritt der Verpflichtung ganz oder

teilweise auf die Strafzahlung von 250.000 Euro verzichtet werden, wenn ansonsten „eine besondere Härte“ eintreten würde. „Dies kann der Fall bei besonderen sozialen, gesundheitlichen oder familiären Gründen sein. Diese müssen gewichtig, außergewöhnlich und nicht vorhersehbar gewesen und Ihrem Einfluss entzogen sein.“ Auf Antrag finde für jeden derartigen Fall eine gesonderte Prüfung statt. Studierende dürften sich das Bedarfsgebiet selbst auswählen und müssten sich dort auch selbstständig um ihre Niederlassung/Anstellung kümmern. Welche Gebiete in Bayern zur Beendigung von Studium und Facharztweiterbildung (insgesamt etwa 11 Jahre) „Bedarfsgebiete“, also unterversorgte oder von Unterversorgung bedrohte Gebiete, sein würden, sei nicht vorherzusagen. Bei Unterbrechungen der Tätigkeit im Bedarfsgebiet, beispielsweise wegen Mutterschutz oder Einbringung von Elternzeit, verlängere sich die Dauer der Ausübung der hausärztlichen Versorgung entsprechend. Jede Änderung, die Auswirkung auf die unterbrechungsfreie Erfüllung der Verpflichtung und deren Nachverfolgung habe, sei dem Landesamt unverzüglich mitzuteilen.

Das Auswahlverfahren für die Studienplätze der Landarztquote beinhaltet verschiedene Kriterien, die von Bundesland zu Bundesland zudem unterschiedlich gewichtet werden. Die Abiturnote spielt nur eine untergeordnete Rolle und auf einen Numerus Clausus wird gänzlich verzichtet. Vielmehr zählen zu möglichen Auswahl-Kriterien eine Berufsausbildung oder Berufserfahrung in einem medizinischen Beruf oder eine praktische Tätigkeit in einer Arztpraxis, einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder Krankenhaus sowie das Ergebnis eines „spezifischen Studierfähigkeitstest“ – zum Beispiel der Test für Medizinische Studiengänge (TMS). Hinzu tritt meist ein Auswahlgespräch, in dem eine Auswahlkommission soziale und ethische Kompetenzen prüft, sowie die Beweggründe der Bewerbungen.

Kritische Stimmen haben sich in der Diskussion um die Landarztquote mit verschiedenen Argumenten gemeldet. Der Masterplan setze zu sehr auf Pflicht und Lenkung statt auf Motivation und Freiheit. Als „eher enttäuschend“ hatte der Hartmannbund bereits im März 2017 in einer ersten Reaktion den „Masterplan Medizinstudium 2020“ bezeichnet. Diese Einschätzung hat sich auch 2020 nicht geändert. „Die Landarztquote widerspricht der freien Berufswahl. Um Ärztinnen und Ärzte für die Arbeit in ländlichen Regionen zu begeistern, sollte eher auf eine bessere Infrastruktur und besonders familienfreundliche Angebote statt auf Zwang gesetzt werden“, erklärt Anna Finger, Vorsitzende des Ausschusses der Medizinstudierenden. Der zweite Ausschussvorsitzende, Philip Simon, ergänzte: „Auch Stipendien für Landarztfamulaturen könnten ein



Foto: April stock/shutterstock.com

Den Mangel an freien Studienplätzen im Bereich Medizin nutzen immer mehr Länder zur „Versorgungssteuerung“ – Stichwort Landarztquote

guter Weg sein, um Studierende von den Vorteilen des Landlebens zu überzeugen – ohne Druck und ohne jahrelange Verpflichtung.“

Auch könne der Gesetzgeber nicht ausschließen, dass sich Studierende über die Landarztquote einen Studienplatz kauften, indem sie einkalkulierten am Ende die Vertragsstrafe zu zahlen. Diese Möglichkeit sei sicherlich nicht allen Studierenden gleichermaßen gegeben.

Auch die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) wehrt sich seit Jahren gegen Pläne von Landesregierungen, eine Landarztquote einzuführen, um mehr Hausärzte zu gewinnen. Solveig Mosthaf, Sprecherin der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), erläuterte, warum die Quote aus Sicht der Studierenden auch versorgungstechnisch nicht sinnvoll ist: „Die Bereitschaft als Landarzt zu arbeiten sagt nichts über die Eignung des Bewerbers aus, Medizin zu studieren und Arzt zu werden.“ Die Auswahlkriterien für das Studium sollten aber eben darauf abzielen – möglichst gute künftige Ärzte für das Studium auszuwählen, so die bvmd-Pressesprecherin.

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass sich Engpässe in der Versorgung nicht nur bei Hausärzten auf dem Land abzeichnen und spür-

bar werden, sondern auch Kliniken im ländlichen Raum bzw. einige Facharzt Disziplinen sogar in manchen Stadtteilen schwer zu besetzen sind. Wenn die Politik schon einen Sinn darin sehe, durch solche Zwangsmaßnahmen zukünftige Ärztinnen und Ärzte auf eine ärztliche Tätigkeit außerhalb der Ballungsgebiete zu verpflichten, so müsse dieses Instrument gleichermaßen für den ambulanten wie stationären Sektor eingesetzt werden, erklärte der Marburger Bund (MB).

Der Deutsche Hausärzterverband (DHÄV) begrüßte hingegen alle Initiativen, die dem Ärztemangel entgegenwirken. Anfänglich hätte der DHÄV die Landarztquote durchaus mit Skepsis betrachtet. Ob zu Recht oder zu Unrecht, „wird sich erst noch zeigen: Schließlich werden die Auswirkungen erst in rund zehn Jahren spürbar sein.“ Die Strukturprobleme wirkten sich aber bereits heute auf die gesundheitliche Versorgung aus. Insbesondere im ländlichen Raum bestehe ein zunehmender Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten, erklärte Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzterverbandes. Viele junge Menschen können sich vorstellen, später als Hausärztin oder Hausarzt auf dem Land tätig zu werden. Das sei ein gutes Signal und ein Schritt in die richtige Richtung.

Elektronische Patientenakte Es droht ein zäher Start

Ab 2021 haben alle gesetzlich Versicherten einen Anspruch auf die elektronische Patientenakte (ePA), die ihnen auf Wunsch von ihrer Krankenkasse zur Verfügung gestellt wird. Ärzte müssen bis 30. Juni 2021 startbereit sein – anderenfalls drohen ihnen Sanktionen in Form von Honorarabzug. Die Nutzung der ePA ist freiwillig, der Patient besitzt die absolute Datenhoheit. Wichtige Hausaufgaben für den Start der ePA haben die Beteiligten erledigt.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat Medizinische Informationsobjekte (MIOs) zur Standardisierung medizinischer Daten entwickelt. Die Voraussetzungen für die sichere Kommunikation im Medizinwesen (KIM) liegen vor. PVS-kompatible KIM-Dienste werden von Herstellern wie auch der KBV angeboten. Die neuen elektronische Heilberufeausweise können von den Landesärztekammern ausgegeben werden. In den ersten Monaten des Jahres 2021 werde die Anwendung der ePA mit ca. 100 Teilnehmern aus medizinischen Einrichtungen getestet. Ab der zweiten Jahreshälfte des nächsten Jahres soll die elektronische Patientenakte in der breiten Fläche verfügbar sein.

Stolpersteine

Die Einführung der ePA könnte im kommenden Jahr aber durch zwei Probleme behindert sein. Noch scheint es eine erhebliche Anzahl Praxen zu geben, deren Konnektoren seitens der Hersteller noch nicht auf das Handling der ePA-Anforderungen eingerichtet sind. Darüber hinaus hat der Bundesdatenschutzbeauftragte die seiner Aufsicht unterliegenden bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen (mit rund 44,5 Millionen Versicherten) formell davor gewarnt, die elektronische Patientenakte einzuführen, solange das feingranulare Zugriffsmanagement nicht möglich ist, also der Versicherte nicht frei bestimmen kann, auf welche Dokument er wem Zugriff erlauben will. Er könne neben Anweisungen auch Untersagungen verfügen. Für den durch den Versicherten gestatteten Zugriff auf die ePA gelte aber ab 2021 zunächst nur das „Alles oder Nichts-Prinzip“. Erst ab 2022 solle eine Zugriffs-Feinsteuerung möglich sein. Für Versicherte, die kein geeignetes Endgerät wie ein Smartphone oder einen PC nutzen, sondern die dezentrale Infrastruktur der Leistungserbringer, sei eine Feinsteuerung auch ab 2022 nur bedingt möglich. Alternativ könnten sie einen Vertreter bestimmen, der die ePA-Daten für sie verwaltet. Beide Regelungen würden eklatant gegen Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung und damit gegen Europarecht verstoßen. Jede Person, der die Versicherten Einsicht in diese Da-

ten gewähre, könne alle dort enthaltenen Informationen einsehen. Dies widerspreche der Daten-Souveränität des Versicherten, so der Datenschützer.

Das Bundesgesundheitsministerium hingegen beurteilt die Sachlage völlig anders, ebenso der Präsident des Bundesamts für Soziale Sicherung. Der Gebrauch der Akte sei absolut freiwillig, die Versicherten würden ausführlich über die ePA durch ihre Krankenkassen informiert, es stünde jedem Versicherten frei eine ePA erst ab 2022 zu nutzen oder auch gar nicht. Außerdem zeige die Unterschiedlichkeit der Ausgestaltung in den anderen europäischen Ländern, dass die Vorstellungen des Datenschutzbeauftragten nicht ausschließliche Europarechtskonformität beanspruchen könnten.

Wie auch immer: Die Krankenkassen sind in der Zwickmühle, denn sie sind gesetzlich verpflichtet, ihren Versicherten die ePA ab 2021 anzubieten. Es ist davon auszugehen, dass sie den Starttermin einhalten und gegebenenfalls Klage gegen angekündigte Maßnahmen des Bundesdatenschutzbeauftragten erheben.

Ausblick auf 2021

Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte, Impfungen, elektronische Medikationspläne, elektronische Arztbriefe und Notfalldatensätze können künftig auf Wunsch des Patienten auf der ePA gespeichert werden. Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten, Krankenhäuser oder Therapeuten können mit entsprechender Zugriffsberechtigung Gesundheitsdokumente in die elektronische Patientenakte einstellen/ herunter-

laden oder lesen. Das Löschen von Dokumenten ist nur in Absprache mit den Patienten möglich. Darüber hinaus kann der Versicherte auch eigene Daten ablegen. Die Daten in der ePA sind nur Kopien der Daten aus den Praxisverwaltungssystemen (PVS). Daten werden niemals automatisch ohne Wissen des Arztes übertragen. Für das erste Befüllen der Akte im Jahr 2021, das sich ausschließlich auf den aktuellen Behandlungskontext beziehen muss, erhalten die Mediziner einmalig zehn Euro. Krankenhäuser haben zudem einen Anspruch auf einen Zuschlag in Höhe von fünf Euro für den Eintrag von Daten, die im Rahmen der Krankenhausbehandlung entstanden sind.

Foto: FOTOGRIIN/shutterstock.com

„Hiobsbotschaft“ gewinnt Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes Wie Ärzte um die richtigen Worte ringen

Ilka aus der Mark wird mit dem diesjährigen Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes für „Hiobsbotschaft – Wie Ärzte um die richtigen Worte ringen“ (WDR) ausgezeichnet. Aus 33 eingesandten Beiträgen wurde die durch ihre sensible Erzählart bemerkenswerte Dokumentation von einer Fachjury ausgewählt.

In „Hiobsbotschaft“ geht es um ein hier und da verdrängtes Kernproblem der Medizin: Wird sie – trotz allen wissenschaftlichen und technischen Fortschritts und umfangreicher Qualitätsüberprüfungen – den Bedürfnissen der Patienten gerecht? Der Klinik- und Praxisalltag ist auf Effizienz getrimmt und bietet weder ausreichend Zeit noch Anreize für intensive Patienten-Gespräche. Der Film verdeutlicht dies anhand von Schicksalen und mutmachenden Projekten für eine bessere Kommunikation. Die Autorin hat dafür über ein Jahr lang recherchiert – mit Patienten, Ärzten, Medizinstudierenden, Ethikern und Seelsorgern gesprochen. Behutsam zeigt sie die Ursachen des Dilemmas auf.

Aus der Begründung der Jury

„Ilka aus der Mark hat aus dem wichtigen medizinischen Dauerthema, dem Stellen-

wert der sprechenden Medizin, einen Film gemacht, der sich vor allem durch ein erstaunliches Fingerspitzengefühl für die ProtagonistInnen hervorhebt. Sie sind nicht nur Stichwortgeber bzw. Beispiele, um Statistiken zu belegen, sie erhalten Raum und Platz für ihre Anliegen. Sie stellt zudem eine außergewöhnliche Nähe zu den Ärztinnen und Ärzten her, die ihr am Ende selbstkritische und sehr persönliche Einblicke in ihre Gedanken- und Gefühlswelt gewähren. Diese Nähe ist das eigentliche Pfund der Dokumentation, sie baut hierdurch eine außergewöhnliche dramaturgische Spannung auf und macht den Film damit so einzigartig. Die Autorin geht immer wieder auf die Einzelschicksale ein, verbindet diese mit dem Kommunikations-Training der jungen Mediziner, zeigt Fortschritte auf – alles sachlich und dennoch sehr berührend. Darüber hinaus klagt der Film zu keinem Zeitpunkt an – im Gegenteil: Er greift die Probleme stets unvoreingenommen auf, gibt Einblick in das ökonomische Spannungsfeld. Insbesondere die starke Schlusssequenz bleibt lange im Kopf, in der ein angehender Mediziner gefordert ist, eine „Hiobsbotschaft“ zu überbringen – ein Schicksalsschlag für den Patienten. Und dennoch steht über allem die Hoffnung,



Foto: Christoph Goldbeck

dass sich die Bedingungen in Zukunft zum Positiven verändern.“

Der Film- und Fernsehpreis ist 1966 als ideeller Preis gestiftet und dieses Jahr zum 48. Mal verliehen worden. Der Jury gehören an: Renate Werner – Filmemacherin und Autorin, Dr. Annette Tuffs – Ärztin und Medizinerjournalistin, Nicola Kuhrt – Medizinerjournalist, Egbert Maibach-Nagel – Chefredakteur des Deutschen Ärzteblattes und Wolfgang van den Bergh – Chefredakteur der Ärztezeitung. Die Preisträger-Dokumentation finden Sie noch bis Mitte kommenden Jahres in der ARD-Mediathek.

Medizinstudierende

Neuer Vorstand wird geplante Approbationsordnung unter die Lupe nehmen

Nachdem die Frühjahrssitzung der Studierenden – so wie viele andere Veranstaltungen auch – leider abgesagt werden musste, konnte der Ausschuss im Oktober endlich wieder regulär tagen. Unter Berücksichtigung des Hygienekonzepts wurden zuallererst die Einschränkungen der Lehr- und Lernbedingungen im Studium vor dem Hintergrund von Corona thematisiert. Die Medizinstudierenden hoben ausdrücklich hervor, dass die Ausbildungsqualität und Studierbarkeit auch in Pandemiezeiten gewahrt bleiben müssen. Dies erfordere nicht nur Anstrengungen im Bereich der Vorklinik und Klinik, auch die Lehre im PJ dürfe nicht vernachlässigt werden.

Diskutiert wurde außerdem über Quotierungen, die Studienplätze an bestimmte Fachrichtungen binden oder die sog. „Landeskinder“ einer Region bevorzugen. Der Ausschuss sprach sich entschlossen gegen

jegliche Regelungen aus, die die Mobilität des Studiums oder die Berufswahl einschränken.

Daneben standen die Themen ÖGD und Fehlermanagement auf der Agenda. Klaus Rinkel, Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes des Hartmannbundes und Frau Dr. Ilona Köster-Steinebach, die Geschäftsführerin des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit, lieferten hierfür als Referenten einen interessanten Input. Die stärkere Einbindung beider Aspekte in das Medizinstudium wird den Ausschuss weiterhin beschäftigen.

Gegen Ende des Sitzungswochenendes wurden Jon Justus Wahnschaffe und Dr. Johanna Diekmann aus dem Leitungsgremium des Assistenzärzteausschusses zur Sitzung dazugeschaltet. Dabei ging es nicht nur um einen inhaltlichen Austausch zwischen beiden Ausschüssen, sondern auch – im Sinne des verbandsinternen Netzwerkgedankens –

um nützliche Tipps und Tricks für den Berufsstart.

Neben der inhaltlichen Arbeit mussten die Medizinstudierenden auch personelle Entscheidungen treffen und über die Zusammensetzung des neuen Vorstandes entscheiden. Mit Anna Finger und Philip Simon wurde ein paritätischer Vorsitz im Sinne einer Doppelspitze gewählt. Beide werden zukünftig von Christian Wolfram, Jonathan Schmalzridt und Johannes Stalter unterstützt.

Für den Ausschuss steht in den kommenden Wochen viel Arbeit an. Neben den regulären politischen Themenbereichen müssen die Studierenden sich für ein gewinnbringendes Hybridsemester einsetzen und Stellung zum Referentenentwurf der neuen Approbationsordnung nehmen. Doch Dank mehrerer neuer Univertreter kann der neue Vorstand auf tatkräftige Unterstützung bauen.

Wissen, worauf es ankommt beim Studienstart Digitales Ersti-Event für Durchblick im Medizinstudium

Wie lerne ich im Medizinstudium am effektivsten? An wen wende ich mich bei Fragen rund ums erste Semester? Und worauf kommt es an im hybriden Medizinstudium? Erstsemester an allen medizinischen Fakultäten stehen in diesem Herbst vor der Herausforderung, ihr Lernpensum hybrid zu absolvieren, den Uni-Alltag zu durchschauen, Kontakte zu knüpfen und sich selbstständig zu organisieren – ohne die bewährten Erstiwochen und andere Starthilfen, die Studienanfängerinnen und -anfänger den Durchblick an ihren Fakultäten verschaffen.



Der Hartmannbund hat deshalb für alle Erstsemester online eine Veranstaltung konzipiert, die Klarheit schafft: Am 4. und 5. November 2020 öffnete der digitale Ersttag des Hartmannbundes im Netz seine Tore. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erwartete ein facettenreicher Unicampus, auf dem es Vieles zu entdecken gab: Ein vielseitiges, informatives und interaktives Angebot rund um den Studienstart für alle Medizinstudierenden bundesweit.

Kernstück des Events war das Audimax, in dem über beide Tage ein spannendes Live-Programm stattfand. Für Erstsemester mit Herzklopfen beim Gedanken an die ersten Prüfungen war der Vortrag „Sicherheit in Lernphasen und Prüfungen“ ein Gewinn – er hat vermittelt, wie Lernzeiten am effektivsten genutzt werden können, um sich optimal auf Prüfungstoff vorzubereiten.

„Tipps und Tricks vom Prof. – So klappt's im Medizinstudium“: Hier gab Frau Prof. Anke Lesinski-Schiedat (Medizinische Hochschule Hannover), Mitglied im Geschäftsführenden Vorstand des Hartmannbundes,

„Die Tipps aus der Vortragsreihe waren ein hilfreicher Start ins Studium. Ganz besonders in diesem völlig anderen digitalen Hochschulsesemester. Der interaktive Austausch mit Studierenden aus ganz Deutschland war super!“ Christian Wolfram, Vorstandsmitglied HB-Ausschuss Medizinstudierende.

„Mich hat von Anfang an die Idee begeistert, ganz verschiedene Aspekte des Studiums kompakt und auf einer Plattform kennenzulernen. Trotz der schwierigen Startbedingungen für die neuen Studierenden, bot Ersti-Tag.de somit eine tolle Gelegenheit für spannenden Austausch und um neue Kontakte zu knüpfen.“ Johannes Stalter, Vorstandsmitglied HB-Ausschuss Medizinstudierende

„Insbesondere in dieser Zeit ist es uns ein Anliegen, die StudienanfängerInnen bei ihrem Start in den Uni-Alltag zu unterstützen und als AnsprechpartnerInnen zur Verfügung zu stehen. Das ist uns auf der Plattform gelungen.“ Johnathan Schmalzridt, Vorstandsmitglied HB-Ausschuss Medizinstudierende

einen Einblick in den Uni-Alltag aus Sicht der Professorinnen und Professoren: Von Uni-Etikette, Sprechzeiten, Do's und Dont's in Vorlesungen, Übungen und Tutorien wurde der Uni-Alltag greifbar gemacht.

Im Vortrag „Der kurze Draht zum Prof. – Zukunft Arztberuf“ veranschaulichte Herr Prof. Volker Harth (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), Vorsitzender des AK „Gesundheitsdienste“ im Hartmannbund, Herausforderungen im Berufsalltag für zukünftige Ärztinnen und Ärzte. Er motivierte Erstsemester im Publikum, den kurzen Draht zu allen ärztlichen Berufsgruppen im Hartmannbund zu nutzen, um sich zu vernetzen und einen situativen Mentor zu finden.

Beim Zukunft-Talk zum Hybridstudium mit dem Hartmannbund-Vorsitzenden Dr. Klaus Reinhardt gab es interaktiven Austausch darüber, wie sich die Art zu lernen durch die Digitalisierung weiter ändern wird. Eine Umfrage unter HB-Studierenden hat an vielen Fakultäten Mängel bei der Entwicklung digitaler Lehrformate aufgedeckt: „Bei diesem Thema muss seitens der Universitäten noch viel nachgearbeitet werden“, so Hartmannbund-Medizinstudierende Christian Wolfram, ebenfalls Talk-Gast in der Runde.

Der Zukunftstank und andere Vorträge aus dem Live-Programm des Ersttags sind noch für kurze Zeit auf der Hartmannbund-Homepage zu sehen: www.hartmannbund.de/ersttag.

Neben dem Live-Programm bot der Campus noch mehr: Infostände von Hartmannbund und bvmd, von MediLearn und MEDI-LEARN Club sowie das Café ERSTITREFF gaben Gelegenheit für direkten Austausch. Im Fachschaftshaus konnte man sich gezielt über einzelne Fachschaften informieren und Kontakt zu Fachschafts-Teams und Hartmannbund-Universitätsvertretern knüpfen.



„Ich möchte mich im Namen aller Medizinstudierenden im Hartmannbund bei den Organisatoren des Ersttags bedanken. Durch die digitale Veranstaltungsform konnten wir Erstsemesterler aus ganz Deutschland kennenlernen und uns austauschen. Ich erkenne großes Potenzial und sehe das Projekt als Investition in die Zukunft!“



„In schwierigen Situationen wie der derzeitigen Epidemie ist wichtig, dass wir als höhere Semester im Verband hinter den Medizinstudierenden stehen: Die Online-Veranstaltungsreihe war ein gelungenes Format.“ Philip Simon und Anna Finger, Doppelspitze im Vorsitz des HB-Ausschusses Medizinstudierende



Hallo, mein Name ist Laura. Ich bin Assistenzärztin und habe mich schon immer gefragt ...

... welche Präventionsmaßnahmen es für meine Gesundheit von meinem Krankenversicherer bzw. meiner Krankenkasse gibt.

spielsweise die Hälfte aller PKVen digitale Services im Bereich Impfung, Reisen und Stress/Wohlbefinden anbieten. Gerade auch während der anhaltenden Pandemie rückt die psychische Gesundheit immer stärker in den Fokus.

Die Private Krankenvollversicherung von AXA bietet u. a. folgende Vorteile:

Neben der klassischen Erstattung von Krebsfrüherkennung, Gesundheitsvorsorge, Zahnprophylaxe und Impfungen bietet AXA als Krankenversicherer mehr. Mit dem gesundheitsservice360° und dem Gesundheitsportal „Meine Gesundheit“ bietet AXA bereits seit vielen Jahren ein umfassendes und digitales Angebot in den Bereichen:

- **Mentale Gesundheit und Stressprävention**
- **Rückengesundheit**
- **Herz-Kreislaufkrankungen**
- **Diabetes**
- **Neurologische Erkrankungen**
- uvm.

Weitere Informationen erhalten Sie bei der Deutsche Ärzte Finanz.



Das sagt die HEK, eine gesetzliche Krankenversicherung:

Ein altes Sprichwort lautet: „Vorbeugen ist besser als heilen“. Diesen Grundsatz verfolgt die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) schon lange und baut den Präventions- und Vorsorgebereich stetig mit einem wachsenden Angebot aus.

Viele Krankheiten sind nicht angeboren, sondern entwickeln sich im Laufe des Lebens. Diesen zahlreichen Erkrankungen kann vorgebeugt und deren Verlauf durch Prävention günstig beeinflusst werden.

Genau hier setzt das Leistungsangebot der GKV an: Über einen Gesundheits-Check Up können frühzeitig Auffälligkeiten erkannt und

ein Überblick über den aktuellen Gesundheitsstatus ermittelt werden. Schutzimpfungen und Früherkennungsuntersuchungen wie z.B. die Zahn- und Krebsvorsorge oder das Hautkrebscreening runden das Spektrum ab. Selbst rehabilitative Behandlungen nach z.B. einer Akutbehandlung, um die Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen vorzubeugen, sind Teile der sogenannten Tertiärprävention.

Besonders die Präventionsfelder Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Entspannung sowie die Suchtmittelprävention können das Gesundheitsverhalten positiv beeinflussen. Die GKV setzt hier mit umfangreichen Angeboten an und begleitet Kunden_innen z.B. mit geeigneten Ernährungsberatungen und Bewegungsangeboten.

Die Gesetzliche von der HEK bietet u.a. folgende Vorteile:

Schutz- und Reiseimpfungen: Die HEK übernimmt die Kosten für alle medizinisch sinnvollen Impfungen.

Hautkrebs-Screening bereits ab 18 Jahren: Noch bis 35 warten? Nein, denn die HEK fördert diese Vorsorgeuntersuchung schon ab 18 Jahren.

Zuschuss zur sportmedizinischen Untersuchung: Diese hilft mögliche gesundheitliche Risiken vor einem sportlichen Wiedereinstieg oder bei der Intensivierung des Trainings zu erkennen.

Check-Up unter 35 Jahren: Prüfe deinen Gesundheitszustand und wir kümmern uns um die Rechnung.

Digitale Präventionskurse: Staubige Turnhallen gehören der Vergangenheit an. Yoga auf dem Balkon oder der Ernährungskurs in der eigenen Küche, mit den kostenfreien Online-Kursen der HEK kann überall flexibel trainiert werden.

Beim Thema Krankenversicherung gibt es also keine Pauschalantwort, ob PKV oder GKV das Richtige für Sie ist. Deshalb ist eine individuelle Betrachtung wichtig. Dabei und bei vielen weiteren Fragen rund um Studium und Berufsstart hilft Ihnen die Deutsche Ärzte Finanz gerne weiter, um eine optimale Lösung für Sie zu finden.

Studie der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank Generationswechsel in den Heilberufen – was trennt Jung und Alt?



Von Nora Zumdick, Referentin für Gesundheitsmärkte und Gesundheitspolitik bei der apoBank und Projektleiterin der Studie

Die deutsche Gesellschaft altert und mit ihr auch die Ärzte: Jeder dritte Praxisinhaber ist aktuell 60 Jahre und älter. Der Generationswechsel in der ambulanten Medizin steht kurz bevor und die Situation wird sich in den nächsten Jahren weiter verschärfen. Denn die Suche nach einem geeigneten Nachfolger gestaltet sich vor allem auf dem Land beschwerlich. Aber woher kommt das – abgesehen vom demografischen Wandel?

Schauen wir uns die Akteure einmal genauer an: Wir haben auf der einen Seite die ältere Heilberufsgeneration, die im gegenwärtigen Versorgungssystem - vor allem im ambulanten Bereich - eine wichtige Rolle spielt. Die Babyboomer, die in den 1950er und 1960er Jahren geboren wurden, zeichnen sich durch Zielstrebigkeit, Fleiß und Wohlstand aus und müssen sich langsam mit dem Gedanken der Praxisabgabe auseinandersetzen. Auf der anderen Seite steht die viel zitierte Generation Y, die in den 1980er und 1990er geboren wurde und auf dem Sprung steht, die Schlüsselrolle von morgen einzunehmen. Unabhängigkeit, Work-Life-Balance und ein technikaffiner Lebensstil prägen diese Kohorte. Darüber hinaus möchte sie den Wertewandel, der auf gesellschaftlicher Ebene bereits stattfindet, auch in der Berufswelt durchsetzen. In dieser Konstellation scheint ein Generationenkonflikt vorprogrammiert.

Deshalb wollten wir wissen, was Jung und Alt verbindet, wo die Meinungen auseinandergehen und wie sich die Ansprüche zwei so gegensätzlicher Lebenswelten miteinander in Einklang bringen lassen.

Stellenwert des Berufs nimmt ab

Ein Vergleich der beiden Altersgruppen zeigt, dass sich Jung und Alt in ihrer Rolle als Arzt, Zahnarzt oder Apotheker anders einschätzen: Während sich die Älteren eher als karriereorientiert beschreiben, messen die Jüngeren Familie und Freizeit eine höhere Relevanz bei. Dazu passt auch, dass der Stellenwert der Arbeit von etwa der Hälfte der Erfahrenen als hoch eingestuft wird, während nur ein Drittel der Young Professionals das so sieht. Etwa 60 % der Älteren ordnen sich eher als analog ein und mehr als zwei Drittel würde sich als Einzelkämpfer bezeichnen. Die junge Generation zeichnet ein gegensätzliches Bild: 80 % beschreiben sich als digital und zukunftsorientiert, knapp zwei Drittel arbeiten lieber im Team.

Behandlung auf Augenhöhe

Auch die Gründe für die Berufswahl werden bei der jungen Generation vielfältiger. Das Heilen und Helfen sowie der Beruf als Berufung bleiben zwar ausschlaggebend, jedoch werden zunehmend Verdienstmöglichkeiten und Selbstverwirklichung als Motive genannt. Zudem ist die neue Generation der Ärzte digitaler, familienorientierter und therapiebezogener. Im Umgang mit den Patienten setzen deutlich stärker auf digitale Services

und moderne Untersuchungstechniken sowie die Vermittlung von Wissen und eine hohe Reputation.

Abgabe und Gründung – ein Match?

Gefragt nach den Herausforderungen bei der Abgabe ihrer Praxis, nennt die Mehrheit der Älteren das Finden eines geeigneten Übernehmers, das gute Gefühl bei der Übergabe und den Wunsch nach einem guten Verkaufspreis. Auf der anderen Seite hält auch die Existenzgründung für die Young Professionals verschiedene Hürden bereit. Diese liegen vor allem in bürokratischen und organisatorischen Prozessen, in der Mitarbeitersuche und Personalführung sowie Abrechnung und Controlling. Bei der Übernahme achten sie vor allem auf die wirtschaftlichen Erfolgsaussichten, die Lage sowie den Verkaufspreis der Praxis.

Generationenmanagement aktiv gestalten

Die skizzierten Ergebnisse sind nur ein Ausschnitt, welche die Generationsunterschiede deutlich machen. Insgesamt sollen die Erkenntnisse aus der Umfrage dazu dienen, Lösungen zu finden, damit der Personalwechsel erfolgreich gelingen kann. Die Herausforderung ist, System, Branche und Berufsausübung nach den Vorstellungen der jungen Generation auszurichten, die Veränderungen aber gleichzeitig so zu gestalten, dass auch die ältere Generation sie mitträgt. Das geht nur gemeinsam und in einem generationsübergreifenden Engagement. Dazu gehört vor allem ein intensiver Austausch und die Bereitschaft, voneinander zu lernen. So können die Älteren als Mentoren fungieren und ihre Erfahrungen weitergeben, während die Jüngeren in Sachen Digitalisierung und Modernisierung Impulse setzen. Was beide Heilberufsgenerationen eint, ist der Wunsch zu helfen und zu heilen - Besinnt man sich auf diese Gemeinsamkeit, kann eine Medizin des Miteinanders gelingen.

Methodik

Die Online-Befragung „Generationswechsel Heilberufler“ wurde im Juli und August 2020 von der apoBank in Kooperation mit DocCheck Research durchgeführt. Insgesamt wurden 800 Heilberufler zwischen 25 und 75 Jahren befragt, davon jeweils 200 Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte und Apotheker.



Stimmen die Werte bei Absicherung und Versicherung?



Auch die Praxis braucht den regelmäßigen Check up

Das Jahr neigt sich dem Ende entgegen: Zeit für einen Rückblick auf das Erreichte – beruflich und privat – aber auch ein guter Zeitpunkt, den Blick nach vorn zu richten auf das, was kommt und wichtig wird. Private und wirtschaftliche Risiken sind ständige Begleiter von Ärztinnen und Ärzten. Ohne entsprechende Sicherung bzw. Absicherung der eigenen Arbeitskraft wie auch der materiellen Güter kann alles schnell auf dem Spiel stehen – die berufliche Existenz und die persönliche Lebensplanung.

Absicherung und Versicherung sind zentrale Themen der ärztlichen Risikoversicherung, bei denen es sich lohnt, sie jährlich auf den Prüfstand zu stellen, wobei sich diese nicht nur auf die nach den Berufsordnungen der Ärztekammern vorgeschriebenen Risiken beschränken darf. Ein in sich geschlossenes und abgestimmtes wie auch auf die besonderen Bedürfnisse der Medizinerinnen und Mediziner zugeschnittenes Versicherungspaket, das die substanziellen Verluste abfedert, ist elementar. Im Folgenden beleuchten wir die wichtigsten Bereiche eines solchen Paketes, die Sie jetzt noch einem Check up unterziehen sollten

Praxis-Vielschutz-Versicherung – Sie ist eine solide Grundabsicherung, quasi die „Hausratversicherung“ der Praxis. Neben der Absicherung des Inventars ist der Schutz gegen die Folgen einer Betriebsunterbrechung ihr wesentlicher Bestandteil. Mit der Praxis-Vielschutzversicherung werden die Schäden an der gesamten Praxiseinrichtung und den Praxisvorräten, die durch Feuer, Leitungswasser, Hagel, Sturm Einbruchdiebstahl, Vandalismus und Raub verursacht werden, abgedeckt.

Achten Sie darauf, dass die Versicherung die Kosten „ohne Wenn und Aber“ und immer zum Neuwert übernimmt. So

liegt in der Praxis-Vielschutz-Versicherung der Deutschen Ärzteversicherung für den Versicherungswert der technischen und kaufmännischen Praxiseinrichtung eine reine Neuwertversicherung zugrunde. Das gilt dann für alle versicherten Gefahren – einschließlich der Elektronik. Somit entfallen die marktüblichen Regelungen zu einer Entschädigungsberechnung nach dem Zeitwert. Wichtig und zu beachten ist aber, dass die Versicherungssumme deshalb auch auf Basis aktueller Neupreise der versicherten Sachen gebildet werden muss, da ansonsten die Gefahr einer Unterversicherung besteht.

Praxisausfall-Versicherung – Rückzahlung des Praxisdarlehens, Praxismiete, Personalkosten – Monat für Monat steht eine erhebliche Fixkostenbelastung an. Was passiert nun, wenn die Praxiseinnahmen durch Krankheit oder Unfall des Praxisinhabers ausfallen? Oder wenn die Praxisräume durch ein Feuer über einen längeren Zeitraum nicht mehr genutzt werden können? Wie lassen sich die laufenden Betriebskosten bezahlen?

Es ist natürlich möglich, das Nettoeinkommen des Arztes über eine entsprechende Krankentagegeldversicherung abzudecken. Was dabei aber außen vor bleibt, ist der Fixkostenblock, der mit einer reinen Ab-

sicherung des persönlichen Einkommens noch nicht berücksichtigt ist. Die klassische Praxisunterbrechungsversicherung deckt dieses Risiko nur, wenn ein Sachschaden vorliegt, nicht aber bei Krankheit oder Unfall des Chefs.

Diese Kosten übernimmt die Praxisausfall-Versicherung. Die versicherten fortlaufenden Kosten umfassen die nachgewiesenen Aufwendungen für Löhne und Gehälter, Miete, sonstige Bürokosten wie Telefon, Strom, Wasser, Reinigung sowie Finanzierungskosten und Versicherungen.

Die Praxisausfall-Versicherung wird oft in verschiedenen Varianten angeboten. Prüfen Sie genau, was für Sie wichtig ist. Ob zum Beispiel ausschließlich die Kosten des Praxisvertreters abgedeckt werden sollen oder eine umfassende Absicherung einschließlich des Praxisgewinns sinnvoll ist. Es können auch gezielt einzelne Leistungselemente ausgeschlossen werden, die bereits über eine andere Versicherung – so die Praxis-Vielschutz-Versicherung – abgedeckt sind.

Elektronik-Versicherung – Oft als „Kann“-Versicherung eingestuft, also eine Versicherung, die nicht unbedingt sein muss und deren Risikobereich als noch selbst „tragbar“ bezeichnet wird, gilt die Elektronik-Versicherung. Das ist nicht richtig. Die technischen Geräte, von der EDV-Anlage bis zum Röntgengerät, stellen für die Praxis ein hohes Investitionsvolumen dar und sind unverzichtbar. Die Versicherung deckt Schäden am Gerät, die aufgrund eines technischen Defektes auftreten, beispielsweise durch Verschmoren, Kurzschluss etc., durch Fahrlässigkeit oder unsachgemäße Handhabung wie auch vorsätzliche Handlungen Dritter.

Unterziehen Sie Ihre Versicherungen und Ihre Absicherung jetzt einem gründlichen Check up! Weitere Informationen und ausführliche Beratung erhalten Sie unter 0221 148-22700 oder über service@aerzteversicherung.de

Foto: SUWIT/NGAOKAEW/shutterstock



ACCOR

Erleben Sie eine einzigartige Hotelwelt – mit exklusivem Preisvorteil

Accor bietet besondere Erlebnisse in über 5.000 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 in mehr als 5.000 Hotels 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: Das Treueprogramm ALL-Accor Live Limitless bietet Zugang zu einer Vielzahl von Services und Erlebnissen.

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

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



Per Analyse zum Erfolg Interesse an eigener Standortbestimmung ist groß

Zur Ableitung von Abrechnungspotenzialen im Rahmen typischer Eingriffe definiert die PVS holding mit ihren bundesweit operativ tätigen Tochterunternehmen PVS rhein-ruhr, PVS berlin-brandenburg-hamburg, PVS bayern und PVS pria leitliniengerecht, welche Ziffern bei einem Eingriff von Relevanz sind. So können Häufigkeit und Steigerungen der Zifferansetzungen eingriffsbezogen mit der Ansetzung der Fachgruppe verglichen werden.

Ein Blick in die Vergangenheit zeigt, dass die PVS für ihre Kunden stets ein großes Angebot an Reporting-Lösungen bereitgehalten hat. Ärzte wurden automatisch mit relevanten Informationen versorgt, vordergründig zu betriebswirtschaftlichen Kennzahlen bis hin zu entsprechenden Häufigkeiten von Gebührenziffern. Das Interesse einer „Standortbestimmung“ der eigenen Abrechnung war und ist beim Kunden sehr hoch. Leider kommt es beim Vergleich von medizinischen Leistungen sehr auf das Detail an, sodass pauschalierende Darstellungen häufig keinen Erkenntnisgewinn bieten.

Stefan Hövel, Leitung Abteilung Analyse und Reporting der PVS holding, erläutert:

„Nehmen wir einmal an, wir vergleichen die Ansetzung der GOÄ-Ziffer 1002 (CTG) der gynäkologischen Fachabteilungen zweier Kliniken. In Klinik A werden 100 CTGs pro 100 Rechnungen angesetzt, in Klinik B nur 50 pro 100 Rechnungen. Ein einfacher Schluss könnte sein, Klinik B rechnet nur halb so viele CTGs ab wie Klinik A, deswegen wird wohl die Dokumentation der CTGs im Kreißaal verbesserungswürdig sein. Tatsächlich ist Klinik B spezialisiert auf Geburten mit Komplikationen, die mit geplanten Kaiserschnitten einhergehen und weist somit im Vergleich zu länger andauernden natürlichen Geburten deutlich weniger CTGs auf.“

Um dieses Problem zu umgehen, arbeitet die PVS beim Thema „Benchmark“ erfolgreich mit GOÄ-Fallgruppen.

Diese sind vergleichbar mit den DRGs aus dem GKV-Bereich. Finden die Experten der PVS in den Rechnungen eine bestimmte

Ziffer, kennzeichnen sie diese Rechnungen mit einer bestimmten GOÄ-Fallgruppe. Dabei beschränken sie sich auf die üblich angesetzten Ziffern im Rahmen des Eingriffs, die sich ungefähr mit 70 % des Rechnungsbetrags taxieren lassen. Stefan Hövel: „Durch findet bereits eine Fokussierung auf die wesentlichen Ziffern statt. Tritt bei einer Ziffer eine markante Abweichung auf, lässt sich sofort ersehen, ob diese Abweichung in einer selteneren Ansetzung oder einer geringeren Steigerung begründet ist.“

Im Rahmen der beginnenden Kundenbeziehung kommt es zudem zu einer intensiven Prüfung der Rechnungen – mit entsprechenden Dokumentationshinweisen für den Kunden. „Meiner Erfahrung nach kommt es neben einer gut durchdachten Analyse-Systematik auch auf genügend Vergleichsfälle im Benchmark an“, so Hövel. „Hier kommt uns natürlich unsere marktführende Stellung im Bereich der Privatabrechnung zugute.“

Weitere Informationen erhalten Sie unter 0800 1025300.

www.ihre-pvs.de



StepStone Gesundheitsberufe unter den Top-10



Als eines der weltweit führenden E-Recruiting-Unternehmen verbindet StepStone Menschen mit der Arbeitswelt. Neben Online-Jobplattformen gehören weitere digitale Lösungen wie Employer-Branding-, Gehalts- und Video-Recruiting-Services zur Unternehmensgruppe. In Deutschland bringt StepStone auf www.stepstone.de Bewerber mithilfe intelligenter Technologien mit passenden Arbeitgebern zusammen. **Der Kandidatenpool aus dem Gesundheitsbereich zählt dabei zu den Top-10-Berufsgruppen, die auf StepStone vertreten sind.***

Für Hartmannbund-Mitglieder zu vergünstigten Konditionen:

Jedes Hartmannbund-Mitglied erhält die Stellenanzeige „Professional“ zu **vergünstigten Konditionen**. Die Stellenanzeige „Professional“ beinhaltet den Boost als Leistungsplus. Mit dem Boost erscheint

das Stellenangebot innerhalb einer Woche erneut prominent platziert im StepStone Job Agenten (E-Mail-Benachrichtigung an Kandidaten mit passenden Jobangeboten). Sie haben außerdem die Möglichkeit, Ihr Unternehmen oder Ihre Praxis professionell zu präsentieren. Mit dem sogenannten **Company Hub (Unternehmensprofil)** bei StepStone steigern Sie Reichweite und Sichtbarkeit Ihrer Stellenanzeigen. Das Company Hub richten Sie ganz einfach selbst mithilfe eines Online-Formulars ein.

Das Angebot im Überblick:

Stellenanzeige „Professional“
60-tägige Laufzeit
3x Datumsaktualisierung
Inkl. Company Hub
Preis 1.499 € zzgl. MwSt. (statt 1.790 €)

Das Beste, wenn beste Ergebnisse zählen – Anzahl und Qualität eingehender

Bewerbungen sind ein Gradmesser dafür, wie effizient eine Jobplattform arbeitet. Sowohl bei der durchschnittlichen Bewerberzahl pro Anzeige als auch bei den folgenden Bewerbungsgesprächen erhalten Sie mit StepStone einen höheren Rücklauf als bei anderen Plattformen. Das ergeben regelmäßige Befragungen der ausschreibenden Unternehmen durch das unabhängige Marktforschungsinstitut KANTAR (ehemals TNS Infratest).

Vernetzt mit 500 Kooperationspartnern – Durch das starke StepStone Netzwerk von bis zu 500 Partnerseiten und mehr als 50 Universitäten und Fachhochschulen erreichen Unternehmen die relevanten Berufsgruppen – dank einer automatischen Mehrfachveröffentlichung ohne zusätzliche Kosten, z. B. bei DocCheck oder Thieme.

* Stand: 2020, basierend auf der StepStone Nutzeranalyse, n > 50.000.



Bringt der Impfstoff die Normalität an den Finanzmärkten zurück?

Die großen Trends bleiben

2020 war ein durch Covid19 für die Welt herausforderndes Jahr, das auch vor den Börsen nicht halt machte und zu extremen Ausschlägen führte. Jetzt stehen verschiedene Impfstoffe vor der Zulassung, so dass eine allmählich wirtschaftliche Erholung und die anhaltende Unterstützung der Finanzmärkte durch die Zentralbanken die Aussichten für 2021 wieder besser erscheinen lassen. Ein baldiger Impfstoff würde sukzessive zu einer neuen Normalität führen.

Langfristig hat sich für Investoren an der Anlagestrategie durch die Pandemie allerdings nichts geändert, denn die großen Trends – insbesondere die disruptiven Geschäftsmodelle – wurden eher durch Covid-19 nochmals verstärkt. Dazu zählen Sektoren wie E-Commerce, Healthcare, Telekommunikation oder Erneuerbare Energien. Wieder vermehrt diskutiert wird die Frage nach Wachstums- vs. Valuetiteln. Sind die Big Techs überbewertet? Hier empfiehlt sich eine diversifizierte Anlagestrategie, die traditionelle als auch globale Märkte im Blick hat. Hinzu kommen Anlagen in Edelmetallen, Rohstoffen und Anleihen. Dabei ist der Nachhaltigkeitsfaktor zur Bewertung der Unternehmen mittlerweile Standard und ein wichtiger Baustein im

Investmentprozess. Hier setzt das Portfolio-Team der Bank Alpinum auf Qualität, Wachstum und Innovation.

Wir erklären Marktgeschehen und Strategien in persönlichen Kundengesprächen

Die Bank Alpinum stellt die Depots für ihre Kunden im Rahmen der Vermögensverwaltung individuell zusammen. Dazu gehört auch, dass unsere Berater persönlich für Fachgespräche über Finanzmärkte sowie wirtschaftspolitische Themen zur Verfügung stehen. Sie erläutern jederzeit gerne den Aufbau und Struktur der Portfolios und die Anpassungen aufgrund sich verändernden Rahmenbedingungen, wie z.B. besondere Ereignisse wie die US-Wahlen.

Wir können auf ein enges Netzwerk zurückgreifen sodass die Flexibilität und Geschwindigkeit, welche bei Anlageentscheidungen in der Vermögensverwaltung unerlässlich sind, gewährleistet sind.

Diese besonderen Leistungen werden von unseren Kunden seit Jahren geschätzt. Auch wir fördern außergewöhnliche Leistungen, beispielsweise zwei Hartmannbund-Stipendiaten. So werden auch 2021 wieder zwei Medizinstudenten, ausgewählt von einer Jury, aufgrund ihrer außerordentlichen



Jacqueline Krämer ist Leiterin Privatkunden und Stellvertretende Direktorin Privat Banking der Bank Alpinum AG mit Sitz im Fürstentum Liechtenstein.

Leistungen und ihres großen ehrenamtlichen Engagement, von der Bank Alpinum unterstützt.

Möchten Sie mehr über die Bank Alpinum und mögliche Anlagestrategien für Ihr Portfolio erfahren, steht Ihnen Frau Jacqueline Krämer – Stellvertretende Direktorin – gerne zur Verfügung. Sie erreichen Sie per Mail unter jacqueline.kraemer@bankalpinum.com oder telefonisch unter +423 239 62 33.

„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 DAAEDEDXXX

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

Frances Camin

Tel.: 030 206208-31

Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt

Tel.: 030 206208-15

Ärztliche Weiterbildung

Ina Reiber

Tel.: 030 206208-24

Ausbildung/Medizinstudium

Ina Reiber

Tel.: 030 206208-24

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt

Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung

Sabine Haak/David Amiri/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

Frances Camin

Tel.: 030 206208-31

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Frances Camin

Tel.: 030 206208-31

Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Rechtsberatung Krankenhaus

David Amiri

Tel.: 030 206208-58

Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak/Sandy Stephan

Tel.: 030 206208-43

Regionalreferat Nord

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

Olivia Hahn

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)

Jeannette Hristov

Tel.: 030 206208-62

Regionalreferat Süd

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

Sara Daub

Tel.: 030 206208-65

Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos*

GESUCHT

Nachfolgerin/Nachfolger für HNO in Lehrte gesucht

HNO-ärztliche Gemeinschaftspraxis im Raum 3 sucht Nachfolgerin/ Nachfolger für ausscheidende Kollegin. Die Praxis ist seit mehr als 30 Jahren gut etabliert; 3 Arztstühle; eingespieltes Team mit 11 MFA's (teilweise Teilzeit); Belegbetten; elektronische Patientenakte; eine Weiterbildungsermächtigung für 18 Monate Allergologie und 6 Monate Klinik sind vorhanden; alternative Verfahren werden angeboten. Erwünscht wäre eine Kennenlernphase (Jobsharing) und danach die Übernahme des Sitzes. Eintrittszeitpunkt verhandelbar. Kontakt unter: gemeinschaftspraxis-hno@web.de

Ärztin oder Arzt für Allgemeinmedizin als Praxispartner in Schleswig-Holstein gesucht

Sie möchten selbstständig, flexibel und selbstbestimmt arbeiten? Dann kommen Sie nach Jübek! Facharzt/in für Allgemeinmedizin als Praxispartner/in in BAG oder Praxisgemeinschaft. Die Praxis: Die Praxisräume verfügen über moderne, offene und freundliche Räumlichkeiten die 2018 fertig gestellt wurden. Die Praxis mit einem allgemeinen hausärztlichen Spektrum wird von einem gut ausgebildeten Team von Medizinischen Fachangestellten unterstützt. Über Jübek: Jübek ist mit dem Ortsteil Friedrichsau einer der größten Gemeinden im Amt Arensharde und liegt ca. 15 Autominuten von Schleswig. Ebenso finden Sie hier eine gute Infrastruktur mit Kindergarten, Schule, Apotheken und vielseitigen Einkaufsmöglichkeiten. Zur Gemeinde zählen ca. 2.600 Einwohner, die sich in Jübek wohl fühlen und auch ein beliebtes Erholungsziel bei vielen Urlaubern ist. Bewerbungen und weitere Fragen zum Stellenangebot richten Sie bitte an: Frau Laura Lüth, Stv. Geschäftsführerin, Tel: 04551 – 9999 174, E-Mail: laura.lueth@aegnord.de.

Areion Kompetenzzentrum in Neu Ulm sucht Dermatologen/ in zur Privatärztlichen Mitarbeit

Die Areion Privatpraxen in Neu Ulm sind ein Verbund aus Privatpraxen der Fachrichtungen HNO, Dermatologie, Augenheilkunde, Venenheilkunde, Ästhetischer Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Urologie, Proktologie. In einmaligem Ambiente des Kunstparks in Neu Ulm. Sie möchten unabhängig, flexibel und selbstständig arbeiten? Wir suchen ab sofort zur Verstärkung unserer dermatologischen Privatpraxis im Areion Zentrum in Neu Ulm unter der Leitung von Frau Dr. Karin Kunzi Rapp eine/n Dermatologen/in mit folgenden Tätigkeitsbereichen: Diagnostik und Therapie durch unsere Hautärztin bei Erkrankungen der Haut, Kinderdermatologie, Vorsorgeuntersuchungen mit erweiterter Hautkrebsfrühdagnostik, Operative Dermatologie, Laserbehandlungen der Haut, Ästhetisch-medizinische Behandlungen und Operationen. Informationen zum Zentrum unter www.areion-med.de

Für eine etablierte Privatpraxis in Oberstaufen im Allgäu Nachfolger/-in gesucht!

Etablierte Privat- und Kurarztpraxis mit Schwerpunkt Naturheilverfahren und Regulationsmedizin im bekannten Schrothheilbad Oberstaufen im Allgäu zum 01.04.2021 abzugeben. Modernste Praxis, auf ca. 150 m² mit direktem Blick auf die Allgäuer Bergwelt und angeschlossenem Gesundheitszentrum mit dem Status einer privaten Krankenanstalt. Ein langjähriger und fester Kundstamm ist vorhanden und eine Einarbeitung ist auf Wunsch möglich. Die Betreuung der Kurgäste garantiert einen stabilen Umsatz und eine Erweiterung von medizinischen Angeboten bietet ein großes Potenzial, insbesondere in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitszentrum. Ein engagiertes und langjähriges Praxisteam steht Ihnen ebenfalls zur Verfügung. Arbeiten mit hoher Lebensqualität. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail an Herrn Bedir Bakir (bedir.bakir@h-hotels.com).

ABZUGEBEN/ZU VERKAUFEN

Privatpraxis im nördlichen Umland von Frankfurt am Main abzugeben

Gut eingeführte, seit über zwanzig Jahren bestehende Praxis mit Schwerpunkt Naturheilverfahren, von Ärztin aus Altersgründen abzugeben. Zentraler Standort in einem neuen Ärztehaus. Ausbaufähig, da momentan nur in Teilzeit betrieben. Einarbeitung und evtl. Vertretung möglich. Kontaktaufnahme und weitere Informationen unter: infopraxisabgabe@web.de

Augenärztliche Gemeinschaftspraxis in Bad Neuenahr-Ahrweiler abzugeben

Konservative Augenärztliche Gemeinschaftspraxis in Bad Neuenahr-Ahrweiler Anfang bis Mitte 2022 aus Altersgründen abzugeben. 2 Zulassungen. Trotz gesperrtem Bezirk hohe Auslastung. Hoher Privatanteil. Keine Bereitschafts-, Wochenend-, Nacht- oder Notdienste. Landschaftlich reizvolle Umgebung. Hohe Lebensqualität. Kreisstadt. Alle Schulen und Behörden vor Ort. Reichhaltiges Gastronomisches und Freizeit- und Sportangebot. Hochwertiges kulturelles Angebot vor Ort und durch die Nähe zu Bonn und Köln. Sehr gute Verkehrsverbindungen (eigener Autobahnzubringer) nach Bonn, Köln, Frankfurt. Kontakt über E-Mail: augenarztpraxis-bna@gmx.de

Kinderärztin zur Mitarbeit gesucht in Weilburg an der Lahn

Kinderarztpraxis im Herzen von Weilburg an der Lahn – Schwerpunkt: Diabetologie, Umweltmedizin – sucht eine Kinderärztin/einen Kinderarzt zur Mitarbeit. Bei Interesse wenden Sie sich an: irinakoeth@gmail.com

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.

Anzeige

ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

Mehr Freiheit für Sie

Ihre Steuerspezialisten für Ärzte

Sprechen Sie uns an
www.etl-advision.de

Deutschlandweit in Ihrer Nähe

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 98982-90, Fax 0228 98982-99
E-Mail: r.akarcay@koellen.de

Anzeigenverwaltung:
Rohat Akarcay, 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 shutterstock.com

Titelfoto: belander (Wand) + Acrylik Vectors
(Abrissbirne)/shutterstock.com

Icons: © venimo – adobe.stock.com



Zu guter Letzt ...

Neue HB-Homepage

Mehr Aktualität, bessere Übersicht, kürzere Wege – einfach noch näher dran an dem, was Sie von uns (wissen) wollen! Das bietet Ihnen seit Kurzem die neue Homepage. Ganz nah dran sind Sie auf Wunsch auch an Neuigkeiten und Informationen aus Ihrer Region.

Wollen Sie die Möglichkeiten von www.hartmannbund.de voll ausschöpfen, dann legen Sie sich einfach ein neues Konto an (oben rechts auf der Startseite/Login). Dort können Sie sich unter anderem für einen favorisierten Landesverband anmelden. Ein kurzer Klick in Ihrem Profil macht es möglich. Mit Ihrer Mitgliedsnummer haben Sie außerdem direkten Zugriff auf unseren Mitgliedern vorbehaltenen Vorteilen. HB unterwegs: Unsere eigene App können sie in Kürze übrigens im App-Store (iOS und Android) herunterladen!

Was unsere Webseite und die App können, zeigt Ihnen unser Video, zu finden unter <https://vimeo.com/471318982>.



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 2021 – mit möglichst
wenig Diensten!**



”

**Wer im Arztberuf später
auf der Höhe der Zeit
sein will, dem muss
schon das Studium
die notwendigen
Perspektiven eröffnen!
Dafür setzen wir
uns ein.“**



Hartmannbund
STARK FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE.

Wer den Menschen versteht, hat das Wichtigste schon verstanden.

So dachte vor über 100 Jahren unser Gründer Richard Oskar Mattern. Er stellte den Heilberufler in den Mittelpunkt seines unternehmerischen Handelns und half damit gegen manche Widerstände, die damalige Apothekenkrise zu bewältigen. Für die beruflichen und privaten Finanzfragen seiner Standesgenossen fand er Lösungen und Antworten, die nach wie vor gelten.

Für den Unternehmer Mattern drehte sich wie für den Heilberufler selbst alles um den Menschen. Selbst wenn es nicht immer sichtbar ist, die Grundsätze des früheren Apothekers Mattern gelten auch heute noch für die apoBank. Wir werden alles dafür tun, gemeinsam mit Kunden und Mitarbeitern die Herausforderungen der Zukunft zu bewältigen.