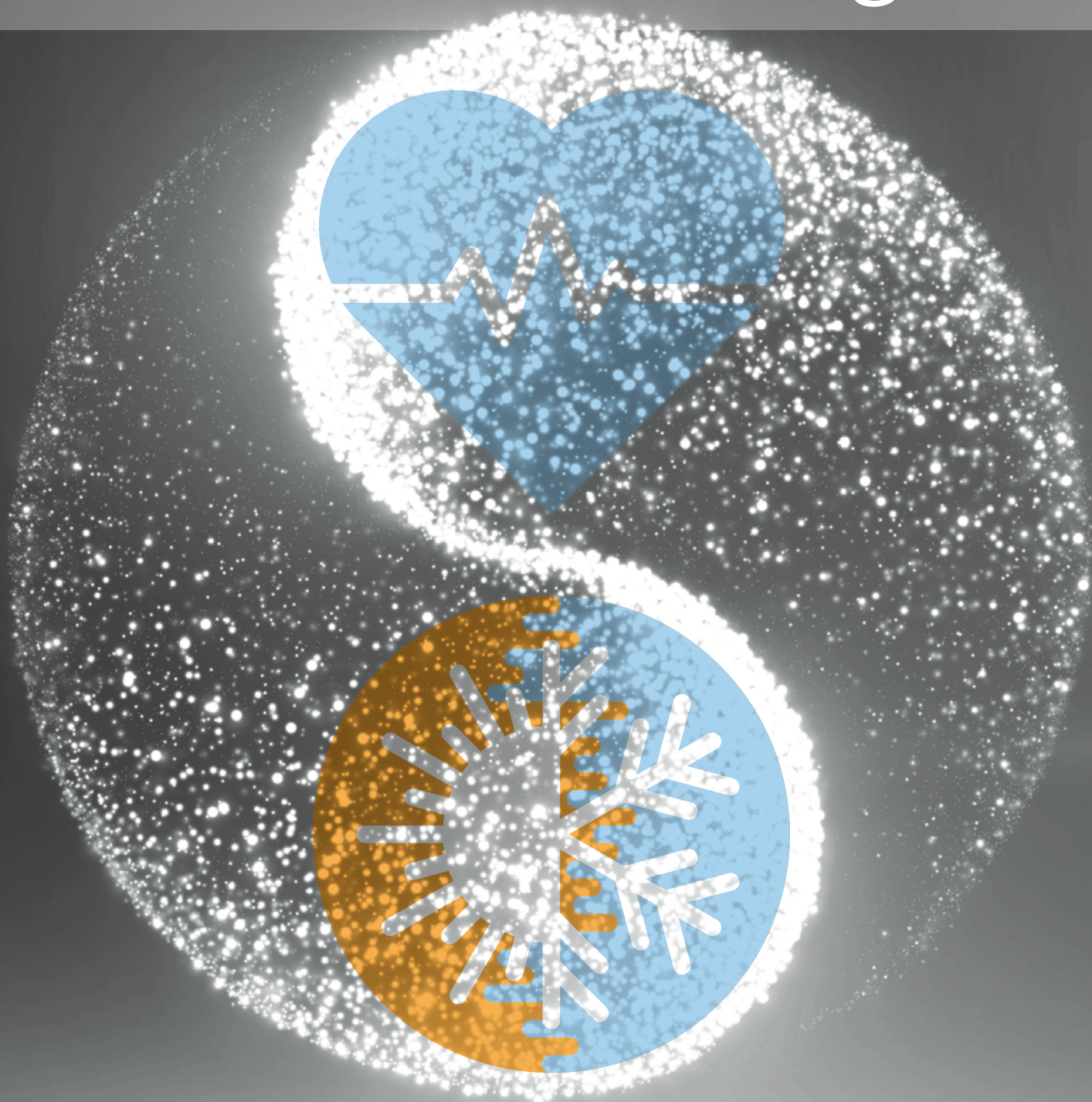


01/2021

 Hartmannbund  
Verband der Ärzte Deutschlands

# Hartmannbund Magazin



**Schicksalsgemeinschaft**

Klima und Gesundheit

**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](http://www.aerzteversicherung.de)

# Editorial



**Dr. Klaus Reinhardt**  
Vorsitzender des Hartmannbundes  
Verband der Ärzte Deutschlands

*Liebe Kolleginnen,  
Liebe Kollegen,*

der Mensch im Allgemeinen und die Medien im Besonderen haben ein großes Bedürfnis, Geschehnisse einzuordnen. Da fehlt es dann nicht an Superlativen: Die größte Katastrophe seit Menschengedenken, die schlimmste Krise seit Kriegsende, die peinlichsten Pandemie-Versager. Ja, Ranglisten machen offensichtlich Spaß. Sie helfen aber am Ende in der Sache niemandem weiter. Auch die Frage, ob wir mit der Pandemie tatsächlich die größte Herausforderung seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland zu bestehen haben, ist natürlich nicht seriös zu beantworten. Es fehlt schlicht ein objektiver Maßstab. Parameter für eine solche Einordnung sind kaum zu definieren. Ebenso wenig lassen sich – ethisch vertretbar – in der aktuellen Lage wirklich Abwägungen treffen zwischen „Leben retten“ und den möglichen Folgen wirtschaftlichen Niedergangs oder psychosozialer Folgeschäden. Oder wer möchte etwa die Zukunft der jungen Generation gegen den Schutz unserer Eltern und Großeltern angemessen in die Waagschale werfen? Unmöglich. Und trotzdem müssen in der Pandemie Entscheidungen getroffen werden. Das verlangt uns allen einiges ab. Manchem auch zu viel, scheint es hier und da.

Die Nervosität der (quasi täglich neu geforderten) Entscheider steigt. Nicht zuletzt auch angesichts einiger mindestens diskussionswürdiger Beschlüsse und eines immensen öffentlichen Drucks – stets begleitet von vielen Berufenen, die mit stets guten Argumenten im Zweifelsfall genau anders entschieden hätten. Wen impfen wir zuerst? Welcher Impfstoff ist gut, welcher dann doch gefährlich? Schulen auf, Schulen zu? Läden auf – und wenn, dann welche? So oder so: Die Ungeduld der Bevölkerung wächst. Einige wollen „nur“ endlich wieder in ihre normale Welt zurück. Andere machen sich existenzielle Sorgen. Was es für alle Beteiligten so schwer macht: Und den gordischen Knoten durchschlägt hier niemand.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, was sich derzeit als Schwäche entpuppt: Auch, wenn die Grundrichtung politischer Entscheidungen klar ist, führen die vielschichtigen Verwaltungsebenen auf denen sie mit unterschiedlichen Details umgesetzt werden zu Verwirrung und schwindender Akzeptanz. Viele Menschen sind intellektuell ausgestiegen. In der Krise gerät der Föderalismus an seine Grenzen. Darüber hinaus hat es die Politik versäumt, durch eine Kultur des transparenten, konstruktiven Dialogs mit gesellschaftlich relevanten Gruppen, die Menschen mitzunehmen. Auch unsere ärztliche Expertise konnte nur bedingt einfließen. Aber, noch ist es nicht zu spät. Auch nicht für eine neue Kultur im Umgang mit uns Ärztinnen und Ärzten. Wir wissen zwar nicht alles besser, aber ohne unser Wissen geht es eben auch nicht.

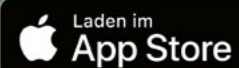
Ihr

*Klaus Reinhardt*

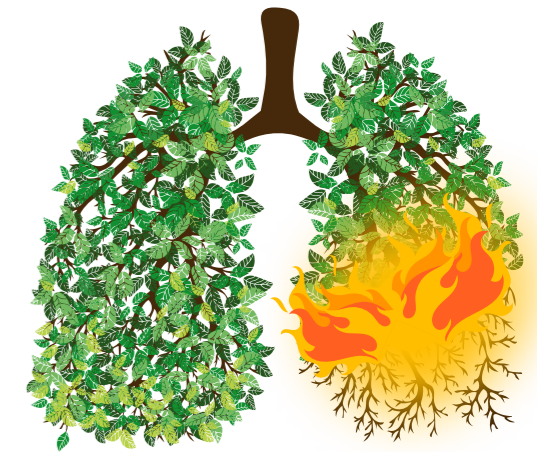
**DIAGNOSE:**

**NÜTZLICHE APP:**

Jetzt aufs Smartphone  
laden und jederzeit  
alles im Blick haben.



# Inhalt



## Klima(wandel) und Gesundheit

### Keine abstrakte Bedrohung, sondern weltweite Realität

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den Klimawandel zu einer der größten Gefahren für die Gesundheit der Menschen in den kommenden Jahrzehnten erklärt. Zur Bekämpfung des Klimawandels hat die Europäische Kommission (EU-Kommission) am 11. Dezember 2021 einen „europäischen Grünen Deal“ vorgestellt. Es geht um die zentrale und gesundheits- wie wirtschaftspolitisch entscheidende Fragestellung, wie Europa bis 2050 zum ersten klimaneutralen Kontinent gemacht werden kann, indem die Konjunktur angekurbelt, die Gesundheit und die Lebensqualität der Menschen verbessert und die Natur geschützt wird. „Die Mitteilung über den Grünen Deal zeichnet den Weg für Maßnahmen in den kommenden Monaten und Jahren vor“, fasst die EU-Kommission ihr Ziel zusammen.

6

**12**  
**Beim Ringen um Qualität heißt es jetzt „sollen“ statt „können“**  
Tauziehen um die Ausgestaltung der stationären Qualitätsverträge



**14**  
**Zum Finale gibt's das Resterampe-Gesetz**  
Auch jenseits des Virus wird noch Gesundheitspolitik gemacht



**16**  
**Reine Männerriege und ab und zu eine Frau**  
Gesetz sieht Mindestfrauenanteil in Vorständen vor



**18**  
**Tempo unverändert rasant – Digitalisierung gönnt den Ärzten keine Ruhephase**  
Drittes Gesetz steht in den Startlöchern



**20**  
**Das Medizinstudium auf dem Sprung ins digitale Zeitalter**  
Viele Initiativen schon im Vorfeld der neuen Approbationsordnung

- 22 HB Intern
- 24 Service Kooperationspartner
- 32 Ansprechpartner
- 34 Impressum

Klima(wandel) und Gesundheit

# Keine abstrakte Bedrohung, sondern weltweite Realität

*Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat den Klimawandel zu einer der größten Gefahren für die Gesundheit der Menschen in den kommenden Jahrzehnten erklärt. Zur Bekämpfung des Klimawandels hat die Europäische Kommission (EU-Kommission) am 11. Dezember 2021 einen „europäischen Grünen Deal“ vorgestellt. Es geht um die zentrale und gesundheits- wie wirtschaftspolitisch entscheidende Fragestellung, wie Europa bis 2050 zum ersten klimaneutralen Kontinent gemacht werden kann, indem die Konjunktur angekurbelt, die Gesundheit und die Lebensqualität der Menschen verbessert und die Natur geschützt wird. „Die Mitteilung über den Grünen Deal zeichnet den Weg für Maßnahmen in den kommenden Monaten und Jahren vor“, fasst die EU-Kommission ihr Ziel zusammen.*

„Klimawandelprognosen sagen inakzeptabel hohe und potenziell katastrophale Risiken für die menschliche Gesundheit voraus, so zum Beispiel solche in Verbindung mit Extremwetterereignissen, steigenden Temperaturen und der Ausbreitung von Infektionskrankheiten“, heißt es in dem am 3. Dezember 2020 erschienenen „Policy Brief für Deutschland 2020“ des „Lancet Countdown 2020 zu Gesundheit und Klimawandel“, den 35 akademische Einrichtungen und UN-Agenturen erarbeitet haben. Gleichzeitig würde jedoch die „zupackende Bearbeitung“ dieser Herausforderung die beste Gelegenheit bieten, die öffentliche Gesundheit zu verbessern.

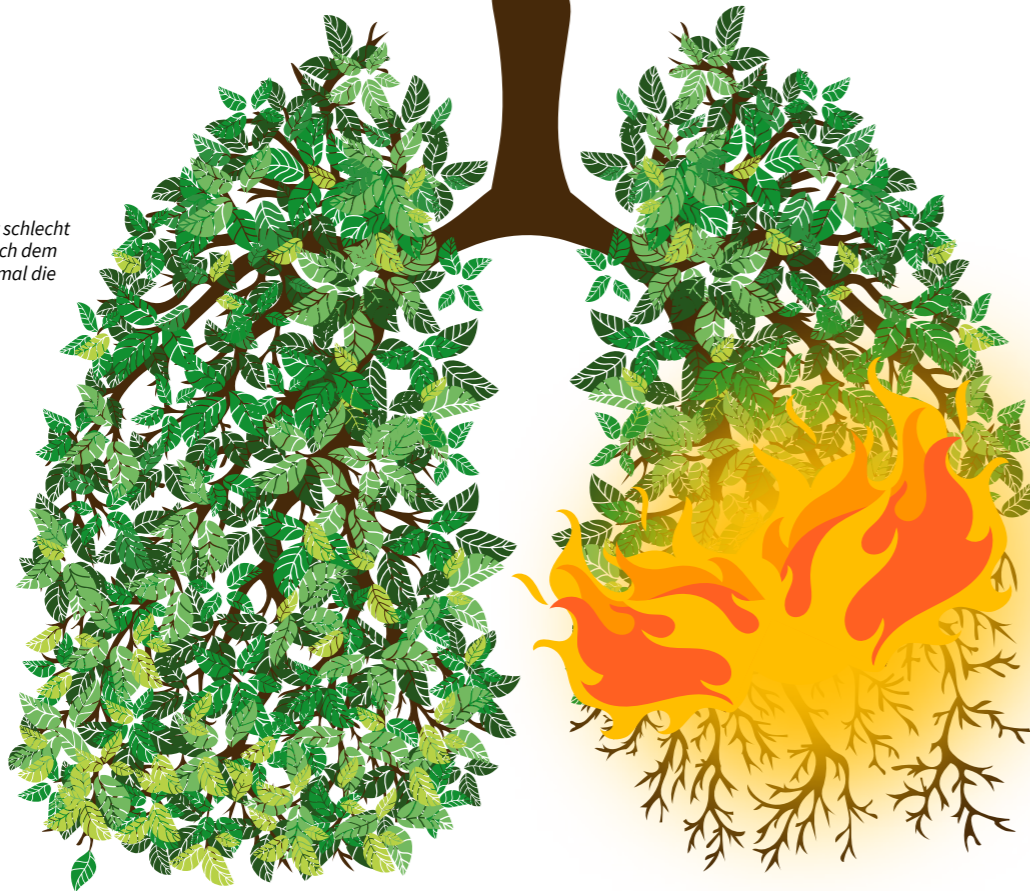
Im Jahr 2019 hatten zahlreiche Gesundheitsorganisationen, darunter der Weltärztebund, und mehrere nationale Ärzteverbände den Klimawandel zu einer Gesundheitsnotlage („Health Emergency“) erklärt – der Weltärztebund forderte Klimaneutralität bis 2030.

Seither hat das Bundesministerium für Gesundheit eine Abteilung für Gesundheitsschutz und Nachhaltigkeit eingerichtet, die für klimarelevante Themen zuständig ist. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat im Oktober 2020 zum ersten Mal eine Entschließung zu Klimawandel und Gesundheit veröffentlicht. Im Zusammenhang mit einem nachhaltigen Wiederaufbau nach der COVID-19-Pandemie, konzentriert sich das Politikpapier für Deutschland des Lancet Countdowns auf drei Schlüsselthemen: Nahrungsmittelsysteme, Transportsysteme und nachhaltige Städte. Die Bundesärztekammer (BÄK) forderte anlässlich der neuen Ausgabe des „Lancet Countdown 2020“ nun ein entschiedenes Handeln der Politik.

Im Jahr 2016 hat der Lancet, eine der renommiertesten medizinischen Fachzeitschriften weltweit, das Projekt „The Lancet Countdown: Tracking Pro-



Wenn es der Umwelt schlecht geht, dann bleibt auch dem Menschen schon einmal die „Luft weg“



gress on Health and Climate Change“ gestartet. In diesem Projekt werden bis 2030 in jährlichen Berichten die fortschreitenden weltweiten Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit dargestellt und Handlungsempfehlungen ausgesprochen. Der jährliche Bericht zu Klima und Gesundheit wurde von weltweit 38 führenden akademischen Institutionen und Organisationen der Vereinten Nationen erstellt. Flankiert wird der internationale Bericht von einem wissenschaftlichen Politikpapier für Deutschland. Projektpartner sind unter anderem die BÄK, das Institut für Epidemiologie des Helmholtz Zentrums München, die medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München, die Charité – Universitätsmedizin Berlin und das Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung.

#### Gesundheitssysteme an den Belastungsgrenzen

Deutschland hat sich in den letzten Jahren verpflichtet, den Klimaschutz und Anpassungsmaßnahmen an die globale Erwärmung anzugehen, zum Beispiel mit dem Übereinkommen von Paris (zusammen mit den anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union) dem deutschen Klimaschutzplan 2050 und der Deutschen Anpassungsstrategie an den Klimawandel (DAS). Im Oktober 2020 hat das Europäische Parlament dafür gestimmt, die Klimaschutzziele zu verschärfen, und sich zu verpflichten, die Treibhausgasemissionen bis 2030 um 60 % gegenüber 1990 zu reduzieren. BÄK-Präsident und Hartmannbund-Vorsitzender Dr. Klaus Reinhardt betonte: „Das Ausmaß klimabedingter Gesundheitsfolgen kann die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme weltweit auf Dauer an ihre Belastungsgrenzen bringen. Damit wird der Klimawandel auch zu einer zentralen Gesundheitsfrage des 21. Jahrhunderts.“

Auf der 93. Gesundheitsministerkonferenz vom 30. September und 1. Oktober 2020 in Berlin haben die Gesundheitsministerinnen und -minister der Länder gemeinsam mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB (CDU) engagiertes Handeln in Sachen Klimawandel gefordert. Erstmals fasst die GMK einen Beschluss zu Klimawandel und Gesundheit. Dort heißt es, das Gesundheitswesen müsse sich nicht nur auf eine erweiterte Inanspruchnahme einstellen,

sondern auch selbst vorbildhaft und umfassend Maßnahmen gegen den Klimawandel und für Klimaanpassung ergreifen. Beides sei eine dauerhafte Aufgabe für das Gesundheitswesen. Der Beschluss bezieht sich dabei explizit auf die Klima-Notlageerklärung des EU-Parlaments aus November 2019 und dessen Forderung an die EU-Kommission, alle relevanten Gesetzes- und Haushaltsvorschläge mit dem 1,5 Grad-Ziel des Pariser Abkommens abzustimmen. Für neun klima- und gesundheitsrelevante Handlungsfelder wurden Maßnahmen in einem Leit Antrag „Der Klimawandel – eine Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem“ beschlossen: Hitze, Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen, Stärkung klimabezogener Gesundheitskompetenz und Prävention, Wissenschaft und Forschung, umwelt- und klimafreundliche Medizinprodukte und nachhaltige Beschaffung bis hin zum Aufruf, Kapitalanlagen klimafreundlich anzulegen sowie Empfehlungen zur Reduzierung des ökologischen Fußabdrucks.

#### Hohe Anforderungen an Krankenhaus-Bau

Das Gesundheitswesen trägt selbst mit über 5 % zu den nationalen Treibhausgasemissionen bei. „Daher ist es auch eine ärztliche Aufgabe, an einem klimafreundlichen Gesundheitswesen mitzuarbeiten“, unterstrich Priv.-Doz. Dr. med. Peter Bobbert, Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer, in einem Interview mit dem Ärzteblatt. In den Hitzeperioden der letzten Jahre seien die Krankenhäuser bautechnisch diesen Anforderungen überhaupt nicht gewachsen gewesen. „Die Politik muss vor allem als Ziel definieren, dass wir ein klimafreundliches Gesundheitssystem aufbauen müssen – mit entsprechender finanzieller Ausstattung“, forderte er. So wie es jetzt auch im Zuge der Corona-Pandemie zu sehen sei, wo ein großes Investitionsprogramm für die Digitalisierung der Krankenhäuser aufgelegt worden sei. Zudem müsse es mehr Anreize geben, damit sich die Akteure des Gesundheitswesens mehr im Sinne des Klimawandels engagierten.

Im Leitfaden der GMK-Konferenz heißt es: „In den Krankenhäusern wird lebenswichtige Arbeit geleistet – 24 Stunden am Tag. Das

dabei Energie und Wärme gebraucht werden, steht außer Frage. Eine energetische Sanierung von Krankenhäusern kann jedoch helfen, den Energieverbrauch zu reduzieren.“ Sie fordert die Bundesregierung auf, ein Sonderprogramm außerhalb der Krankenhausfinanzierung zur Übernahme der Kosten für die energetische Sanierung von Bestandsgebäuden aufzulegen. Abschließend wird allen Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens empfohlen, ihre Kapitalanlagen auch nach Kriterien des Klima- und Umweltschutzes auszurichten. „Wird das Geld klimafreundlich angelegt, können Treibhausgasemissionen vermieden werden.“

#### Aktive Mobilität fördern

Luftschadstoffe seien laut des Politikpapiers des Lancet Countdowns der wichtigste umweltbedingte Risikofaktor in Deutschland. Sie wirkten sich in allen Lebensphasen negativ auf die menschliche Gesundheit aus. Insbesondere Kinder, ältere Menschen und Menschen mit chronischen Atemwegs- und/oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen seien davon besonders betroffen. Daten aus dem Lancet Countdown legen nahe, dass die Exposition gegenüber PM (Feinstaub; Partikel oder Flüssigkeitströpfchen in der Luft mit einem Durchmesser von weniger als 2,5 Mikrometern. Durch ihre geringe Größe können diese Partikel tief in die Lunge eindringen.) im Jahr 2018 in Deutschland 48.700 vorzeitige Todesfälle verursacht habe, 42.150 davon würden mit PM-Expositionen zusammenhängen, die vom Menschen verursacht worden seien. 15 % dieser Todesfälle seien auf bodengebundene Transporte zurückzuführen, was diese auf nationaler Ebene zur zweithäufigsten Todesursache durch PM

mache. „Eine Reduktion der Luftschadstoffe würde zu einem Rückgang von Atemwegs-, Herz-Kreislauf-, zerebrovaskulären und Tumorerkrankungen führen; fast alle Organe, Systeme und Prozesse des menschlichen Körpers würden davon profitieren.“

Gleichzeitig sei das Ausmaß an körperlicher Aktivität in der deutschen Bevölkerung nach Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unzureichend. Regelmäßige körperliche Aktivität senke das Risiko für Übergewicht und Adipositas, für nichtübertragbare Erkrankungen wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 und psychische Erkrankungen. Empfohlen wird laut dem Policy-Brief, Lebensräume zu schaffen, die aktiven, nicht-motorisierten Transport begünstigen und andere Arten von körperlicher Bewegung auf allen Ebenen fördern. Investitionen in verbesserte Fußgänger- und Fahrradinfrastruktur und die Förderung von aktivem Pendeln zur Arbeitsstelle und zur Schule könnten aktive Mobilität unterstützen und erleichtern. In Deutschland müsse die regelmäßige, körperliche Aktivität gesteigert und gleichzeitig die nationalen Kohlenstoffemissionen und die durch Mobilität verursachte Luftverschmutzung verringert werden. Dies sollte geschehen durch: „Förderung von öffentlichen Verkehrsmitteln, Fahrradfahren und Mobilität zu Fuß. Förderung von aktivem Pendeln. Den Zugang zu Grünflächen sicherstellen.“ Dadurch könnten Treibhausgasemissionen und Luftverschmutzung reduziert und Bewegung gesteigert werden, was auf vielfältige Weise die Gesundheit fördere.

Der Policy-Brief für Deutschland macht darauf aufmerksam, wie die aktuellen Ernährungsmuster in Deutschland sowohl die menschliche Gesundheit als auch die Nachhaltigkeit gefährdeten. Einseitige

Anzeige

**PVS forum**  
DAS FORTBILDUNGSINSTITUT

**GOÄ-WISSEN FÜR IHREN PRAXISERFOLG**

**Sicher weiterbilden mit Online-Seminaren:**

- GOÄ – Pädiatrie 14.04.
- GOÄ – Innere Med. (Hausärzte) 21.04.
- GOÄ – Grundlagen 07.05. // 19.05.

Alle Seminare: [pvs-forum.de](https://pvs-forum.de)

Ernährung sei einer der wichtigsten Risikofaktoren für Krankheit und vorzeitigen Tod, bedingt durch Mangelernährung genauso wie durch Übergewicht und Adipositas. Etwa 11 % der vermeidbaren Krankheitslast in Deutschland beruhe auf ernährungsbezogenen Risikofaktoren, und 7 % der direkten Gesundheitskosten ständen mit dem übermäßigen Konsum von gesättigtem Fett, Salz und Zucker in Zusammenhang. Etwa ein Viertel der Erwachsenen und 6 % der Kinder in Deutschland haben Adipositas, und etwa 10 % der Erwachsenen haben Diabetes mellitus Typ 2. Gleichzeitig sei die Nahrungsproduktion für etwa ein Viertel der globalen Treibhausgasemissionen verantwortlich, und eine wesentliche Ursache für den Biodiversitätsverlust und das Verschwinden natürlicher Lebensräume. Land- und Viehwirtschaft lieferten zwar nur 18 % der weltweiten Nahrungsenergie, benötigten dafür aber 83 % der für Landwirtschaft verfügbaren Fläche und ständen so im Wettbewerb mit dem Anbau von pflanzlichen Grundnahrungsmitteln. Dieser Wettbewerb trage zu ungleichem Pro-Kopf-Nutzen von Agrarland und damit zu globalen Ungleichheiten und dem Risiko von Hunger in einkommensschwachen Ländern bei.

Im Policy-Brief werden daher verbindliche gesetzliche Regelungen zur Lebensmittelvermarktung und eine verbesserte Ernährungsbildung verlangt. Offizielle Ernährungsempfehlungen und Qualitätsstandards für die Gemeinschaftsverpflegung in Deutschland sollten die planetaren Belastungsgrenzen berücksichtigen und den physiologischen Anforderungen Rechnung tragen. Sie sollten flächendeckend umgesetzt werden, insbesondere in Krankenhäusern, Pflegeheimen, Schulen und anderen öffentlichen Einrichtungen. Solide Kenntnisse und praktische Fähigkeiten zu Ernährung, unter Mitbeachtung kultureller Diversität, seien notwendig, um Menschen zu befähigen, informierte ernährungsbezogene Entscheidungen zu treffen. Umfassende Ernährungsbildung, die sowohl Gesundheits- und Nachhaltigkeitsaspekte enthalte, sollte in allen Arten und Stadien der Ausbildung integriert werden, beginnend im Kindergarten bis zur Ausbildung von Gesundheitsberufen.

#### Hitzeschutzaktionspläne in Ländern und Kommunen

Auch im BÄK-Vorstand, der das Thema unter der Überschrift „Gesundheitliche Auswirkungen des Klimawandels“ begleitet, weiß man, dass typische Begleiterscheinungen wie Hitzestress oder hohe bodennahe Ozonkonzentrationen schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben können. Das gelte insbesondere für ältere Menschen und solche mit Herz-Kreislauf- oder Atemwegserkrankungen. „Es gibt etwa in Kliniken und Pflegeheimen eine Reihe von Problemen in Hitzezeiten, die ansonsten nicht zu beobachten sind“, sagt BÄK-Präsident und Hartmannbund-Vorsitzender Dr. Klaus Reinhardt. Dazu gehörten Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System oder den Flüssigkeitshaushalt eines Körpers oder auf die zerebrale Funktion bei älteren Menschen. Ebenso würden psychisch Erkrankte unter Hitzeperioden leiden.

Nach Überzeugung der BÄK sei es dringend erforderlich, Hitzeschutzaktionspläne auf Landes- und kommunaler Ebene mit besonderem Augenmerk auf schutzbedürftige Bevölkerungsgruppen umzusetzen, sie kontinuierlich zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Hitzewellen bedeuteten Schwerstarbeit für den Körper. Daher sei es mit Blick auf die ärztliche Versorgung wichtig, besonders gefährdete Patienten über die gesundheitlichen Risiken und die adäquaten Gegenmaßnahmen aufzuklären.

Stadtbewohner seien aufgrund urbaner Hitzeinseln besonders großer Hitze und Hitzewellen ausgesetzt, was zusätzliche Anpassungsmaßnahmen erfordere, wird im Policy-Brief betont. Sie seien

von Luftverschmutzung und Verkehrslärm betroffen, was ihre Gesundheit und Lebensqualität erheblich belastet. „Während sich nicht-nachhaltige Städte sowohl negativ auf die menschliche Gesundheit als auch auf die Umwelt auswirken“, stecke gerade im urbanen Setting eine „immense transformative Kraft“, wenn Maßnahmen umgesetzt würden, die sich positiv auf die Gesundheit auswirkten. Die Auswirkungen der Exposition gegenüber Umweltrisiken in Städten würden durch die dortigen sozioökonomischen Unterschiede der Bewohner verschärft. Das gelte auch für vulnerable Bevölkerungsgruppen wie Kinder und ältere Menschen. Dementsprechend würden folgende Interventionen empfohlen: „Reduzierung der Hitzrisiken durch Stadtplanung. Smart Zoning einführen, um kompakte Städte zu schaffen. Anwendung von integrierten Rahmenplänen in der Stadtentwicklung. Stärkung der interdisziplinären und sektorübergreifenden Zusammenarbeit.“

#### Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe

Laut des Leitfadens der GMK-Konferenz soll das Thema Klimawandel und Gesundheit auch in die Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe aufgenommen werden. „Die vielfältigen Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit müssen deutlich stärker als bisher in der Aus-, Weiter- und Fortbildung angesprochen werden. Das gilt für Ärzte ebenso wie für Medizinische Fachangestellte oder Pflegekräfte“, verlangte auch BÄK-Vorstand Peter Bobbert. So seien die Auswirkungen von Hitzewellen beispielsweise bei der Dosierung von Blutdrucksenkern ebenso zu beachten wie bei der Versorgung von Operationswunden. Zugleich müsse auch die Forschung über die Auswirkungen des Klimawandels intensiviert werden. Dazu seien auch mehr Lehrstühle an den Universitätskliniken in diesem Bereich notwendig. „Die Ausbildung von Medizinern ist weitgehend bestimmt von der Biologie des Menschen“, sagte Professor Dr. med. Detlev Ganten, Vorsitzender des World Health Summit, der an der Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (BBAW) die Interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Zukunft der Medizin – Gesundheit für alle“ ins Leben gerufen hat. In Bezug auf eine bessere, personalisierte Medizin sei das auch richtig. Was aber zu sehr vernachlässigt werde, sei eine „holistische Berücksichtigung der Umwelt und ihres Einflusses auf die Gesundheit“ – sowohl die sozioökonomische Umwelt der Menschen als auch die Ernährung und das Klima.

Auf das Verhalten der Menschen, etwa die Wahl der Nahrungs- oder Fortbewegungsmittel, Einfluss zu nehmen werde nicht als essenzieller Teil der ärztlichen Ausbildung begriffen oder als Aufgabe für den Arzt, so Ganten weiter. „Bislang überlassen wir die Sorge um unsere Umwelt zu oft den Politikern, weil wir als Mediziner meinen, das wenig beeinflussen zu können. Wir haben das Thema Klimawandel als Ärzteschaft bisher nicht so besetzt, wie wir es hätten besetzen müssen“, erklärte Bobbert. „Würde es in Deutschland in einem Jahr 2000 Maserntote geben, würde die Ärzteschaft sich laut äußern, dass das nicht sein darf. Aber wenn es eine Hitzeperiode mit 2000 Toten gibt, und die hatten wir, dann ist die Resonanz dazu bislang relativ gering.“

„Das Krankheitsspektrum wird sich in Deutschland durch den Klimawandel ändern“, sagte Prof. Dr. med. Montgomery. „Wir werden etwa australische Dimensionen von Hautkrebsfällen bekommen.“ Auch die Befürchtungen, dass sich Malaria in einem klimaveränderten heißeren Deutschland etablieren könnte, hält er nicht für unbegründet. In Hamburg hätte es vor 20 Jahren einen kleinen Malaria-Ausbruch gegeben: „Eine Shell-Raffinerie hatte in einem heißen Sommer Arbeiter aus Nigeria eingeladen und ausgebildet,



## Klimaschutz in Praxen

### Wie man selbst (s)einen (kleinen) Beitrag leisten kann

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte der über 100.000 Praxen und MVZ in Deutschland genießen hohes Vertrauen und können, gemeinsam mit anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen, als „Change Agents“ für Klima- und Umweltschutz aktiv werden. Doch wie kann man ganz konkret Klimaschutz in den Praxen umsetzen?

Die Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) hat dazu einen kurzen Überblick zusammengestellt. **Energieverbrauch:** Die Erzeugung und Verteilung von Strom, Gas, Wärme und Kühlung tragen zu 40 % der globalen Emissionen im Gesundheitswesen bei. Indem Praxen Strom aus erneuerbaren Energiequellen beziehen, können sie den Ausbau dieser Energien fördern. Im Büro- und Praxisbereich besteht zudem ein hohes Potenzial durch Einsparen von Energie. **Gebrauchsmaterialien:** Das Gesundheitswesen leistet zum Beispiel durch Einwegmaterial einen erheblichen Beitrag zum Abfallaufkommen. Nachhaltiges Abfallmanagement und nachhaltige Beschaffung (minimale Verpackung, wiederverwendbare statt Einwegprodukte, recycelte und effiziente Produkte) können bedeutende Effekte zeigen. Beispiele aus der Praxis zeigen, dass dies möglich ist, ohne Abstriche bei Hygiene und Sicherheit zu machen. **Medikamente:** Der Gebrauch von Medikamenten hat multiple direkte und indirekte Effekte – auch auf Klima und Umwelt. Auch eine Optimierung der Medikamentengabe (besonders im Falle von Multimedikationen) könnte Treibhausgasemissionen, Wasserverbrauch und Abfallgenerierung bedeutend verringern. **Mobilität und Telemedizin:** Durch eine Verlagerung hin zu



Foto: LORIKI/shutterstock.com

aktiver Mobilität profitiert sowohl das Klima als auch die Gesundheit. E-Bikes stellen in vielen Fällen eine gute Alternative zum Auto dar. Breit gefächerte eHealth-Angebote (Telemedizin/Videosprechstunde) können den Zugang zur Gesundheitsversorgung und empfundene Kontrolle verbessern und schon ab wenigen Kilometern Strecke Emissionen und Kosten reduzieren. **Patientenberatung/Praxisteam:** Ärzte und Pflegepersonal in Praxen stehen in der Verantwortung, die Zusammenhänge zwischen Klimaschutz und Prävention/Gesundheitsförderung zu thematisieren. Dabei können unter anderem Ernährungsberatung (Planetary Health Diet) und Informationsmaterialien zum Zusammenhang zwischen Klimawandel und Gesundheit, aber auch Engagement innerhalb des Praxisteam (Klimaschutzbeauftragte), einen Beitrag leisten. Fortbildungen und Schulungen sind vonnöten, um Wissen zu generieren und Sensibilisierung für das Thema zu schaffen. **Praxisfinanzen:** Einige Banken und Versicherungen investieren gezielt in erneuerbare Energien und haben klare ethische und soziale Richtlinien für ihre Geldanlagen. Durch Anlage von Geld bei solchen Banken können klimaschädlichen Industrien Finanzen entzogen werden. In Anbetracht der Rücklagen im Gesundheitswesen haben solche Divestments ein enormes Potenzial, zu Treibern für Klimaschutz und entsprechende politische Veränderungen zu werden.

Eine aktuelle Umfrage unter Ärztinnen und Ärzten und deren Umgang mit dem Klimaschutz wird übrigens derzeit von KLUG ausgewertet.

die mit Malaria infiziert waren. Sie sind von den Mücken der Hamburger Region gestochen worden und plötzlich hatten wir bei drei, vier Deutschen, die noch nie außerhalb von Deutschland waren, Malaria-Erkrankungen.“ Das Potenzial für solche Szenarien bestehe bei einer klimawandelbedingten Erwärmung durchaus.

#### Nicht nur Ziele formulieren – Jetzt handeln!

Bundesentwicklungsminister Dr. Gerd Müller (CSU) erklärte im Dezember 2020: „Das Pariser Klimaabkommen von 2015 war ein großartiger Erfolg. Aber nur acht der 193 Staaten sind derzeit auf Kurs. Vor allem die G20-Staaten, die für 80 % der CO<sub>2</sub>-Emissionen verantwortlich sind, müssen deutlich mehr machen. Deswegen begrüße ich es ausdrücklich, dass die EU nach zähem Ringen ihr Klimaziel für 2030 verschärft hat.“ Ansonsten würde der „Wettlauf“ gegen den Klimawandel verloren. Die CO<sub>2</sub>-Konzentration in der Atmosphäre hätte 2020 einen erneuten Rekordwert erreicht. Die vergangenen fünf Jahre seien die wärmsten bislang verzeichneten Jahre gewesen. Über 140 Millionen Menschen könnten nach UN-Schätzungen so bis 2050 ihre Heimat verlieren. Bislang würden laut Müller die Klimapläne der Staaten „bei weitem“ nicht ausreichen, um die Erderwärmung unter zwei Grad zu begrenzen. „Wir brauchen zusätzliche globale Initiativen, sonst droht sogar ein Anstieg auf drei Grad“, klagte Müller ein. Aktuell flößen weltweit mehr COVID-19-Unterstützungsmittel in fossile Energien als in erneuerbare – „das ist der falsche Weg!“

„Ziele zu formulieren, reicht nicht aus – wir müssen handeln, jetzt“, betont Martin Herrmann, Vorsitzender der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) und Mitautor des Berichts des Lancet Countdowns. Bei den Gesundheitsberufen sei die Dringlichkeit des Themas angekommen. Aber auch Politik und Gesellschaft hätten durch die Corona-Pandemie erkannt, „wie dramatisch sich die Welt verändern kann“. Die Projektpartner des Lancet Countdowns betonen, dass die Corona-Pandemie die medizinischen, die gesellschaftlichen und auch die wirtschaftlichen Folgen einer globalen gesundheitlichen Krise deutlich vor Augen geführt habe. Die Krise zeige aber auch, wie wichtig weltweite wissenschaftliche Zusammenarbeit und entschlossenes politisches Handeln bei der Krisen-Bewältigung seien. Nach Überzeugung der Projektpartner lässt sich daraus viel für die Bekämpfung des Klimawandels lernen.

„Wir sollten die Milliarden an kurzfristigen Coronahilfen für die Wirtschaft nutzen, um gleichzeitig auch etwas gegen die langfristige Klimakrise zu tun“, so Prof. Dr. Sabine Gabrysch, Professorin für Klimawandel und Gesundheit am Institut für Public Health der Charité – Universitätsmedizin Berlin und Leiterin der Abteilung „Klimaresilienz“ am Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung. Die gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels sind für Dr. Klaus Reinhardt keine „ferne Bedrohung“ mehr, sie sind „weltweit Realität“. Bund und Länder müssten die Krankenhäuser sowie Not- und Rettungsdienste in Deutschland durch ausreichende Ressourcen und Personal besser auf Extremwetterereignisse vorbereiten.

## Tauziehen um die Ausgestaltung der stationären Qualitätsverträge

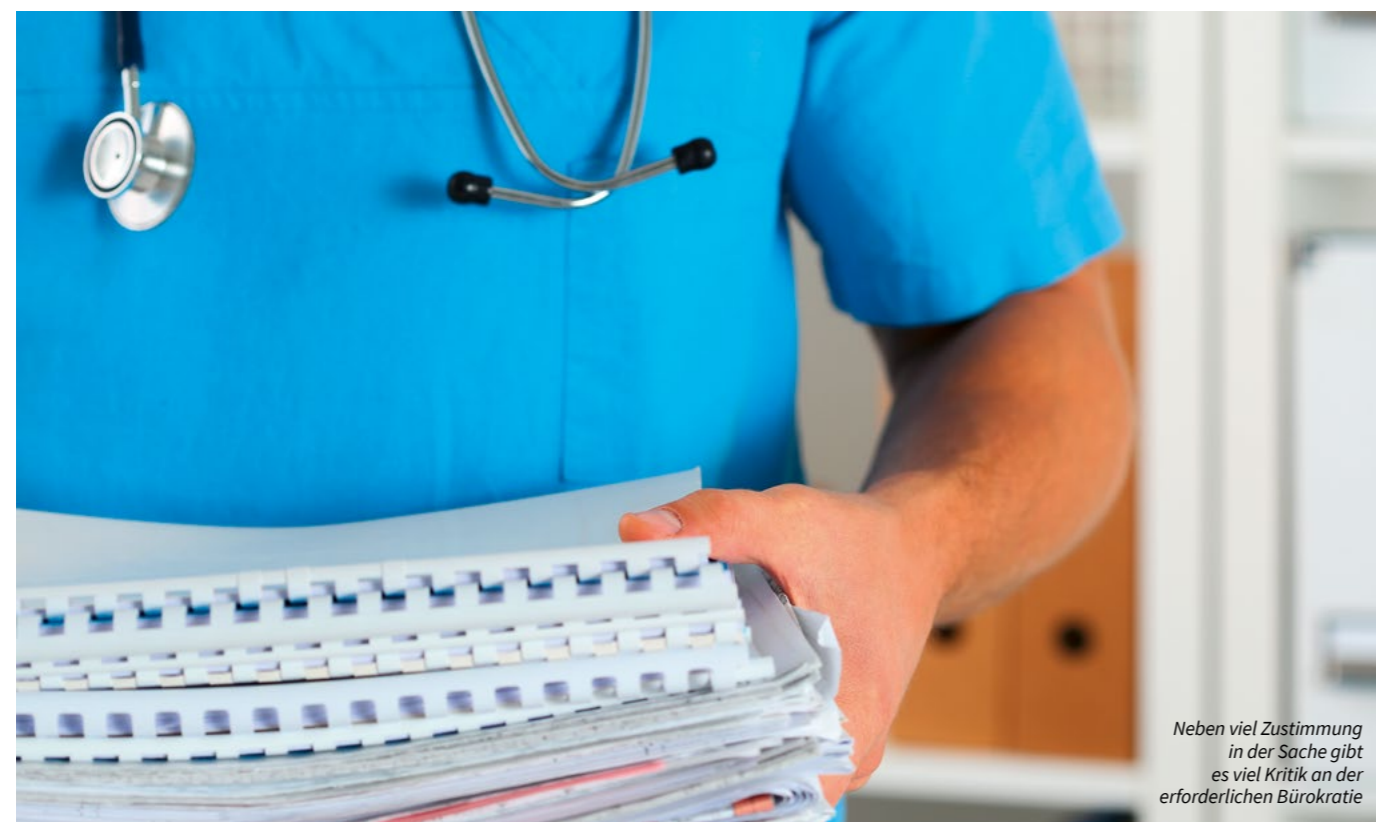
# Beim Ringen um Qualität heißt es jetzt „sollen“ statt „können“

*Für den Vorgänger von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, Hermann Gröhe, lautete das tragende Leitmotiv seiner Politik „Qualität“ im Gesundheitswesen, Gröhe startete eine „Qualitätsoffensive“. Deshalb hielt unter seiner Ägide ein § 110a Einzug in das Sozialgesetzbuch V, der erstmals einzelnen gesetzlichen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen erlaubte, sogenannte Qualitätsverträge mit Krankenhausträgern zu schließen. Der Gesetzgeber hat für diese Qualitätsverträge den Status einer „Erprobung“ vorgesehen, mit der Vorgabe der zeitlichen Befristung für die Verträge, aktuell auf maximal vier Jahre und darauffolgender Evaluation durch das IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Die Auswertung der Verträge soll Aufschluss darüber geben, inwieweit eine Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen, insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie höherwertigen Qualitätsanforderungen erreicht werden kann.*

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag hat der Gemeinsamen Bundesausschuss vier Leistungen oder Leistungsbereiche festgelegt, zu denen, mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen, Qualitätsverträge erprobt werden sollen:

- Endoprothetische Gelenkversorgung
- Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
- Respiratorerwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
- Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus

Die für die Qualitätsverträge vom Gesetzgeber geforderten verbindlichen Rahmenvorgaben haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) im Juli 2018 vereinbart. Danach sind in Qualitätsverträgen Anreize zu vereinbaren, die insbesondere Krankenhausträger motivieren und unterstützen sollen, die definierten Qualitätsanforderungen zu erreichen. Die Ausgestaltung dieser Anreize ist den Vertragspartnern selbst überlassen. Beispielhaft nennt die Rahmenvereinbarung Empfehlungen des Krankenhauses durch die Krankenkasse, einmalige Zahlungen für den Erprobungszeitraum oder Varianten erfolgsabhängiger Zahlungen. Die Qualitätsverträge



*Neben viel Zustimmung in der Sache gibt es viel Kritik an der erforderlichen Bürokratie*

Foto: megaflopp/shutterstock.com

werden beim IQTIG registriert, das für jeden Vertrag einen Projektplan erstellt, dessen Ausführung es später überprüft. Die Qualitätsverträge konnten erst ab dem 1. Juli 2019 starten, da das IQTIG die entsprechende Vorlaufzeit zur Bereitstellung der technischen Voraussetzungen für die Datenerhebung und -übermittlung benötigte.

### Zu viel Bürokratie

Trotz des hoffnungsvollen Auftakts wurden bislang aber nur wenige Qualitätsverträge abgeschlossen und offenbar auch nicht in allen Bereichen. Der GKV-Spitzenverband zählt als wesentliche Hemmnisse u. a. die Einschränkungen in Folge der Verbreitung des neuen Coronavirus SARS-CoV-2 auf, die begrenzte Vertragslaufzeit durch die Befristung der Erprobungsphase auf maximal vier Jahre und auch die momentan mangelnde Transparenz und Bekanntheit aufgrund der bisher durch den Gesetzgeber vorgesehenen Veröffentlichung abgeschlossener Verträge. Der AOK-Bundesverband kritisiert die extrem hohen Bürokratiehürden, schon der Abschluss eines Vertrages sei für alle Beteiligten äußerst aufwändig. Und auch der Aufwand für die Evaluation für Krankenhäuser und Krankenkassen sei enorm. Verpflichtende automatisierte Datenläufe würden hier schon deutliche Erleichterungen bringen und die Anzahl an abgeschlossenen Qualitätsverträgen vermutlich erhöhen können“, schlägt der AOK-Bundesverband vor. Auch die einzuholende Einwilligungserklärung der Patienten, die in ihrer Erstellung und insbesondere bei der Umsetzung überwiegend den Krankenhäusern großen Aufwand bereite, solle gestrichen werden.

### Qualitätsverträge als Instrument der Qualitätsentwicklung

Mit dem aktuell auf den Weg gebrachten Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GWVG will die Regierungskoalition die Regelungen zu den Qualitätsverträgen noch in dieser Legislaturperiode reformieren. Der G-BA soll nunmehr bis 2023 vier weitere Leistungen oder Leistungsbereiche festlegen, bei denen er insbesondere im Hinblick auf ihre Versorgungsrelevanz für Patientinnen und Patienten sowohl bei Krankenkassen als auch bei Krankenhäusern ein Interesse am Abschluss von Qualitätsverträgen erkennt. Mit der Erprobung von Qualitätsverträgen bei dann acht unterschiedlichen Leistungen oder Leistungsbereichen könne ein größeres Spektrum der Versorgung in die Erprobung einbezogen werden, heißt es in dem Gesetzentwurf. Der G-BA wird beauftragt, auf der Grundlage der Evaluation Empfehlungen abzugeben: einerseits zum Nutzen der Qualitätsverträge bei den einzelnen Leistungen und Leistungsbereichen und andererseits zu der Frage, ob und unter welchen Rahmenbedingungen Qualitätsverträge als Instrument der Qualitätsentwicklung weiter zur Verfügung stehen sollten. Bestehende Verträge können bis zur abschließenden Evaluation des G-BA im Jahr 2028 nun auch verlängert werden. Ab dem Jahr 2021 veröffentlicht der G-BA außerdem auf seiner Internetseite regelmäßig eine aktuelle Übersicht über die Qualitätsverträge.

Die schon genannten Reformvorstellungen stoßen bei den betroffenen Akteuren auf sehr positive Resonanz. Allerdings gibt es eine zentrale Regelung, die vehement von beiden Seiten abgelehnt wird. Der Gesetzgeber plant das Aus für die Freiwilligkeit zum Abschluss der Qualitätsverträge, aus einem „sollen“ ist im Entwurf ein sanktionsbewehrtes „müssen“ geworden. Jede gesetzliche Krankenkasse hat nun laut Entwurf 0,30 Euro pro Versicherten pro Jahr für Qualitätsverträge auszugeben. Das sind vom Gesamtvolumen immerhin knapp 22 Millionen Euro pro Jahr für die GKV. Unterschreitet eine Kasse diese Ausgaben, muss sie die nicht ver-

ausgabten Mittel an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds abführen. Die geringe Anzahl der abgeschlossenen Verträge reiche für eine tragfähige Erprobung als Instrument zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität nicht aus, deshalb werde der Auftrag zum Abschluss der Verträge nun verbindlich ausgestaltet, lautet die Begründung des Bundesgesundheitsministers. Derzeit sollen etwa 23 Verträge existieren, von denen aber wohl viele auf den Vertrag einer Hauptkasse zurückgehen.

Eine solche Verpflichtung widerspreche dem bisherigen Fokus des qualitätsfördernden Ansatzes der Verträge, kritisiert die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Eine derartige flächendeckende Einführung des Qualitätssicherungs-Instruments der qualitätsabhängigen Vergütung über die Qualitätsverträge werde insbesondere aufgrund fehlender Evidenz für qualitätsverbessernde Wirkungen bei gleichzeitig vorhandener Evidenz für negative Auswirkungen von den Krankenhäusern kritisch gesehen. „Die nun angedachten Änderungen bedeuten für Krankenkassen einen faktischen Kontrahierungszwang. Dieser birgt den Fehlanreiz, dass Verträge nur der Verträge willen und nicht ihres Inhalts willen geschlossen werden“, gibt der Verband der Ersatzkassen zu bedenken. „Damit kann die gute Intention des Gesetzgebers in das Gegenteil verkehrt werden und es kann zu Verträgen kommen, die nicht zu einer Qualitätssteigerung, sondern zu Qualitätseinbußen führt, etwa durch nicht medizinisch indizierte Behandlungen.“ Die Bundesärztekammer fragt warnend, ob aufgrund der durch die Covid-19-Pandemie herausfordernden und belastenden Situation für die Krankenhäuser der mit der Erprobung der Qualitätsverträge einhergehende Aufwand tatsächlich erforderlich sei. Vor einer weiteren Ausweitung der Qualitätsverträge solle die bereits bei Einführung geplante Evaluation der Wirksamkeit abgewartet werden. Zu warnen sei ausdrücklich vor weiteren bürokratischen Belastungen der patientenversorgenden Berufsgruppen.

### Qualitätsvertrag konkret

Wie gestaltet sich beispielsweise ein Qualitätsvertrag konkret? Die AOK Rheinland/Hamburg und das Malteser Krankenhaus Seeliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg haben einen Qualitätsvertrag zur Prävention des postoperativen Delirs geschlossen. Lange Zeit galten im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes auftretende Delire als eine zwangsläufige Begleiterscheinung, mittlerweile werden sie als psychiatrische Notfälle anerkannt. Untersuchungen zeigen, dass Delire mit einer erhöhten Erkrankungs- und Sterberate verbunden sind. Infolgedessen sind viele Patienten auf Pflege angewiesen, was eine Rückkehr in die gewohnte Umgebung erschwert bzw. unmöglich macht. Der geschlossene Qualitätsvertrag verfolge das Ziel, die Selbstständigkeit der Patienten zu erhalten bzw. wiederherzustellen und eine Pflegebedürftigkeit vermeiden. Dies solle durch eine umfassende Dokumentation der Versorgungssituation sowie durch ein systematisches Screening aller Patienten ab dem 65. Lebensjahr vor Operationen erreicht werden. Lagen auffällige Befunde und damit ein erhöhtes Delir-Risiko vor, kümmere sich ein speziell geschulter Patientenbegleitdienst im Rahmen einer 1:1-Betreuung intensiv um den Risikopatienten. Im Falle eines eintretenden Delirs kämen verschiedene Maßnahmen zur Neu-Orientierung, Gestaltung des Tagesablaufes, Verbesserung des Tag-Nacht-Rhythmus sowie eine adäquate Schmerztherapie zum Einsatz. PD Dr. Albert Lukas, Chefarzt der Geriatrie des Malteser Krankenhauses und gleichzeitig wissenschaftlicher Leiter des Delir-Projektes, geht nach aktuellem Wissensstand davon aus, dass auf diesem Wege eine Delir-Reduktion um bis zu 30 Prozent möglich sei.

## Auch jenseits des Virus wird noch Gesundheitspolitik gemacht

# Zum Finale gibt's das Resterampe-Gesetz

Die gesundheitspolitischen Akteure haben in den vergangenen 12 Monaten einen coronabedingten Gesetzes- und Verordnungsmarathon absolviert. Weit über 30 pandemieassoziierte Verordnungen hat der Bundesgesundheitsminister erlassen. Darüber hinaus sind im Pandemiejahr 2020 zwölf, teils sehr umfangreiche, gesundheitspolitisch relevante Gesetze verabschiedet worden, von denen nur fünf ausschließlich die Pandemie betreffen: die drei Bevölkerungsschutzgesetze, das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz und das Krankenhauszukunftsgesetz. Doch auch in der ständig wechselnden Gemengelage der Pandemie, hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn kontinuierlich die Reformierung des Gesundheitswesens vorangetrieben – eine „Politik der kleinen Schritte“, die ein Markenzeichen des Bundesgesundheitsministers geworden ist.

Neben thematisch klar umrissenen Schwerpunktgesetzen – wie dem Apotheken-vor-Ort-Stärkungsgesetz – folgen viele (an thematisch „fremde“ Gesetze angehängte) Regelungen oder sogar ganze Gesetzgebungen nach Spahns unausgesprochenem Motto „Was umgesetzt werden kann, wird sofort umgesetzt“. Ein Beispiel dafür ist das Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege aus dem vergangenen Jahr. Dort wurde beispielsweise die gewaltige Ausdehnung von Selektivvertragsmöglichkeiten im Gesundheitswesen, die pandemiebedingt auch in der gesundheitspolitischen Öffentlichkeit nach wie vor kaum wahrgenommen wird, ebenso geregelt, wie die Förderung von Hebammenstellen oder zusätzlicher Pflegekräfte in der Altenpflege. Lauter „einzelne“ unterschiedliche Gesetzesbausteine, die dem Gesundheitsminister und der Regierungskoalition aber wichtig waren.

### Sammelsurium an Maßnahmen

Das Frühjahr 2021 läutet endgültig das Ende dieser Legislaturperiode ein. Im „Superwahljahr 2021“ steht nach den beiden Landtagswahlen in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz im Juni die Landtagswahl in Sachsen-Anhalt an. Zum Termin der Bundestagswahl, dem 26. September, finden gleichzeitig Landtagswahlen in Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen statt. Mit völlig neuen Gesetzgebungen ist deshalb, so kurz vor dem Beginn des Bundestagswahlkampfes und auch in Anbetracht einzelner Länderwahlkämpfe – außer Corona-notbedingt – nicht mehr zu rechnen. Denn schließlich muss jeder Gesetzentwurf das parlamentarische Verfahren durchlaufen – der Zeitfaktor wird nun auch zu einer beschränkenden Größe. Vor diesem Hintergrund dürften nur die schon auf den Weg gebrachten Gesetzgebungen in den kommenden Wochen noch abgearbeitet werden.

In der gesundheitspolitisch-gesetzgeberischen Pipeline befindet sich aktuell das geplante Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz (DVPMG) mit dem der Bundesgesundheitsminister einen bunten Strauß an Maßnahmen zur digitalen Transformation im Gesundheits- und Pflegewesen regeln will. Auch das Gesetz zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten soll noch abgeschlossen werden, der Name ist hier selbsterklärend, auch wenn der Inhalt regelungstechnisch keineswegs trivial ist.

Die letzte große gesundheitspolitische Gesetzgebung, befindet sich mit dem sogenannten geplanten „Resterampe-Gesetz“ schon auf dem Weg durchs parlamentarische Verfahren. Dieses avisierte Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) steht zwar unter dem Rubrum von „Qualität und Transparenz in der Gesundheitsversorgung“, doch soll es, wie auf den gesundheitspo-

litischen Fluren Berlins allerorts zu vernehmen ist, jedwedes noch erdenklich zu Regelnde „aufsammeln“ und vor Abschluss dieser Legislaturperiode ins Gesetzbuch transportieren. Gegenwärtig werden die gesundheitspolitischen Schubladen und Abstellkammern durchstöbert, um keinen, eigentlich als wichtig und regelungsbedürftig eingestuften Sachverhalt, zu übersehen.

Zum Schluss wird noch einmal alles zusammengepackt, was noch weg muss...



Grafik: Toltemara/shutterstock.com

Der GVWG-Gesetzentwurf enthält schon aktuell ein ganzes Bündel unterschiedlichster geplanter Maßnahmen. Die gesetzlichen Krankenkassen sollen beispielsweise in Kreisen und Städten einen Netzwerkkoordinator für die Koordination der Aktivitäten regionaler Hospiz- und Palliativnetzwerke fördern. Im ambulanten Bereich soll die bessere Versorgung von Versicherten mit krankhaftem Übergewicht als strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) eingeführt werden. Als sehr problematisch wird von gesundheitspolitischen vertragsärztlichen Vertretern das Vorhaben bewertet, mit dem der Gemeinsame Bundesausschuss eine „Richtlinie zur Förderung der Transparenz und Sicherung der Qualität in der Versorgung“ erlassen soll, die „einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit insbesondere durch Vergleiche der zugelassenen Krankenhäuser sowie der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden festlegt“. Hier bestehen große Zweifel, ob solch ein Unterfangen im Sinne des angestrebten Zieles überhaupt umsetzbar oder nicht eher kontraproduktiv ist. Für die stationäre Versorgung soll es mit dem Gesetz weitere wichtige Änderungen geben. Beispielsweise soll die Mindestmengenregelung erweitert werden: Der Gemeinsame Bundesausschuss soll die Befugnis erhalten, für die Zulässigkeit der Erbringung bestimmter Eingriffe vorzusehen, dass neben der konkreten Mindestmenge dieses

Eingriffs auch eine oder mehrere Mindestmengen weiterer Eingriffe erfüllt sind. Ausnahmetatbestände für die Mindestmengenvorgaben soll es nicht mehr geben. Die letztgenannte Regelung wird im stationären Sektor als kaum umsetzbar kritisiert. Schon diese wenigen Beispiele zeigen, wie komplex dieses geplante GVWG ist.

### Reform der Notfallversorgung verschoben

Offensichtlich will der Bundesgesundheitsminister die Reform der Notfallversorgung in dieser Legislaturperiode nicht weiter verfolgen, obwohl es dazu mehrere Anläufe gab. Einen „Aufreger“ hat er allerdings aus diesem thematischen Kreis in das geplante GVWG hineingenommen: „Für eine verbesserte Patientensteuerung in der ambulanten Notfallversorgung wird ein standardisiertes und bundesweit einheitliches Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus sowie die Anwendung dieses Verfahrens als Voraussetzung für die Abrechnung ambulanter Notfallleistungen vorgesehen“, heißt es in dem Gesetzentwurf. Das stößt im stationären Bereich auf wenig Gegenliebe. Dass zudem die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Durchführung dieses Ersteinschätzungsverfahrens für Hilfesuchende vornehmen sollte, die sich an die Notaufnahmen der Krankenhäuser wenden, hatte im Krankenhausbereich eine derartig heftige Abwehrreaktion ausgelöst, dass diese Regelung aus dem Vorentwurf für den Gesetzentwurf geändert wurde und nun der Gemeinsame Bundesausschuss diese Aufgabe übernehmen soll. Das mildert den Widerspruch aus dem stationären Sektor aber nur wenig, eine strukturierte alle Ebenen umfassende Notfallreform wird für sinnvoller gehalten. Ob die Regierungskoalition dem Druck aus den Ländern standhält, die bekanntermaßen „ihre“ Krankenhäuser auf Bundesebene sehr vehement vertreten, und das beschriebene Ersteinschätzungsverfahren in dieser Legislaturperiode tatsächlich im GVWG belässt, ebenso das Verbot von Ausnahmetatbeständen bei den Mindestmengenregelungen, ist völlig offen.

Anzeige

**ETL | ADVISION**  
Steuerberatung im Gesundheitswesen

**Mehr Freiheit für Sie**

Ihre Steuerspezialisten für Ärzte

Sprechen Sie uns an  
[www.etl-advision.de](http://www.etl-advision.de)

Deutschlandweit in Ihrer Nähe



## Gesetz sieht Mindestfrauenanteil in Vorständen vor Reine Männerriegen und ab und zu eine Frau

Nach einer Studie der Beratungs- und Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) sind Frauen in Führungspositionen in der Gesundheitswirtschaft „stark unterrepräsentiert“. Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat, Landesvorsitzende des Hartmannbundes Niedersachsen und Vorstandsmitglied des Vereins Spitzenfrauen Gesundheit, kritisiert diese Situation: „Wir haben es noch nicht geschafft die Strukturen wirklich so aufzustellen, dass sie es uns Ärztinnen ermöglichen so auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung mitzuarbeiten, wie wir es für nötig erachten. Ärztinnen müssen auch Führungsverantwortung nehmen und tragen dürfen.“ Der Weg ist offensichtlich sehr beschwerlich, obwohl die Thematik schon seit Jahren auf verschiedensten Ebenen in Politik und Gesellschaft diskutiert und adressiert wird.



Grafik: imagentie/shutterstock.com

Ein weiterer Schritt ist nun immerhin getan: Der Deutsche Bundestag hat am 25. Februar 2021 in erster Lesung einen Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung und Änderung der Regelungen für die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen an Führungspositionen in der Privatwirtschaft und im öffentlichen Dienst (Zweites Führungspositionengesetz – FüPoG II) beraten. Der Gesetzentwurf soll das 2015 in Kraft getretene Gesetz für die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen und Männern an Führungspositionen (FüPoG) weiterentwickeln. Evaluationen hätten gezeigt, dass eine feste Quote und verbindliche Vorgaben wirkungsvoller seien, als ein Konzept auf freiwilliger Basis. Eine zentrale Neuerung ist ein Mindestfrauenanteil für Vorstände mit mehr als drei Mitgliedern in großen deutschen Unternehmen. Das Gesetz soll noch 2021 in Kraft treten.

### Freiwillig tut sich nichts, es braucht gesetzliche Regeln

Das FüPoG basiert auf zwei Säulen: 1. Eine feste Geschlechterquote von 30 % für Aufsichtsräte und 2. Zielgrößenverpflichtungen für Unternehmen. Laut einem im Juli 2020 veröffentlichten Gutachten der Kienbaum Consultants International GmbH seien die Fortschritte bisher bezüglich eines Frauenanteils in den Führungspositionen zu langsam. In den 2.101 Unternehmen, die im Geschäftsjahr 2017 unter die FüPoG-Regelung fielen, betrug der Frauenanteil in den Vorständen 7,7 %. Eine überwiegende Mehrheit der Unternehmen (80,7 %) hatte keine Frau im Vorstand. „Freiwillig tut sich nichts. Es ist an der Zeit, gesetzliche Regeln für mehr Vielfalt und Gleichstellung in den Chefetagen zu schaffen. Das ist kein Almosen oder gar eine Belastung, sondern ein wichtiger Schritt für mehr

wirtschaftlichen Erfolg und internationale Wettbewerbsfähigkeit“, meinte dazu Bundesfrauenministerin Franziska Giffey MdB (SPD).

PwC empfiehlt verbindlichere Regeln für den Vorstand aufzustellen, um die Wirkung des Gesetzes zu erhöhen. Die feste Quote für Aufsichtsräte habe laut Evaluation zu positiven Effekten bei den einbezogenen Unternehmen geführt. So wurde die gesetzliche Vorgabe von 30 % Frauen in den Aufsichtsräten mit 35,2 % übertroffen. Unternehmen, die der festen Quote unterliegen, seien für das Thema Gleichstellung zunehmend sensibel, was sich in Besetzungsverfahren und in häufig besser organisierten Strukturen zur Förderung des Aufstiegs von Frauen niederschläge. Auch die Ergebnisse der Vierten Jährlichen Information der Bundesregierung über die Entwicklung des Frauen- und Männeranteils an Führungsebenen und in Gremien der Privatwirtschaft und des öffentlichen Dienstes bestätigen den Vorteil einer festen Quote. Der Frauenanteil in Unternehmen, die unter die Quotenregelung fallen, lag 2015 bei nur 25 %. Der Frauenanteil in den Aufsichtsräten ohne feste Quote, beträgt dagegen nur 19,9 %. Die Quoten-Unternehmen hätten sich zudem vermehrt Zielgrößen gesetzt, die ambitionierter ausfielen.

### Sanktionen drohen

Das Ziel des Zweiten Führungspositionen-Gesetzes ist es nun, mit verbindlichen Vorgaben für die Wirtschaft und den öffentlichen Dienst den Frauenanteil zu erhöhen. Dem Gesetzentwurf zufolge müssten börsennotierte und paritätisch mitbestimmte Unternehmen künftig mindestens eine Frau in den Vorstand berufen, wenn ihr Vorstand aus mehr als drei Personen besteht (Mindestbeteiligungsgebot), sonst drohen Sanktionen. Von dieser Regelung wären rund 70 Unternehmen betroffen, von denen bei mehr als 30 aktuell keine Frau im Vorstand tätig sei, so das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Auch in Körperschaften des öffentlichen Rechts wäre mit dem Gesetz eine Mindestbeteiligung von einer Frau in mehrköpfigen Vorständen eingeführt.

Der Bund setzt sich darüber hinaus das Ziel, die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen an Führungspositionen im Geltungsbereich des Bundesgleichstellungsgesetzes bis Ende 2025 zu erreichen. Mehr Gleichstellung werde auch die Ausweitung der Vorgaben des Bundesgremienbesetzungsgesetzes erreichen. Künftig würden bereits Gremien mit nur zwei Mitgliedern darunterfallen und rund 107 weitere Gremien des Bundes seien künftig adäquat mit Frauen zu besetzen.

### Immer weniger weibliche Führungskräfte

Im Vergleich zu einer ersten PwC-Studie aus dem Jahr 2015 sank in der Analyse „Frauen in der Gesundheitswirtschaft 2020“ im Jahr 2020 der Anteil der Frauen, die in leitender Funktion im Gesundheitswesen arbeiten, sogar noch. Vor fünf Jahren waren demnach 33 % der Führungskräfte in der Gesundheitswirtschaft weiblich, 2020 sind es noch 29 %. Frauen machen laut PwC mehr als drei Viertel der Belegschaft der Gesundheitsbranche aus, daher sei der



Sieht die Situation kritisch: Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat ist Landesvorsitzende des Hartmannbundes Niedersachsen und Vorstandsmitglied des Vereins Spitzenfrauen Gesundheit

geringe Anteil von Frauen in Führungspositionen besonders erschreckend. In deutschen Krankenhäusern besetzen Frauen nach der Analyse vor allem Topfunktionen in der Pflegedirektion (53 %). Wenn es aber um die Verwaltungsleitung geht, stoßen mehr Frauen an die „gläserne Decke“ (33 %), in der Geschäftsführung oder Ärztlichen Leitung schafft es nur noch rund jede sechste Frau an die Spitze.

Für die Karriereperspektiven sei das ein fatales Signal, sagt Sevilay Huesman-Koecke, International Director und Head of Business Development im Bereich Gesundheitswirtschaft bei PwC. „Angesichts von Pflegenotstand und Fachkräftemangel gelingt es der Gesundheitswirtschaft damit auf keinen Fall, sich als attraktiver Arbeitgeber für Frauen zu präsentieren. Dabei spielen genau diese in Führungspositionen eine wirklich wichtige Rolle für den wirtschaftlichen Erfolg von Unternehmen.“

### Veränderung wird als Risiko wahrgenommen

Allzu oft würden Frauen in Führungspositionen überhaupt nicht wahrgenommen „oder sie kommen erst gar nicht dorthin“, bemängeln die Vorstandsmitglieder des Vereins Spitzenfrauen Gesundheit. „Das ist nicht nur ungerecht, sondern unklug.“ Auch gehe die medizinische Forschung und Lehre immer vom männlichen Normkörper aus – zum Nachteil aller Anderen. „Wir brauchen mehr Frauen in Führungspositionen um Strukturen in der Gesundheitsversorgung zu verändern. Dieses geht nur indem wir Frauen ermutigen auch Führungsrollen einzunehmen sowohl in der Klinik als auch als Selbstständige in der Niederlassung, wie auch in der Forschung und Wissenschaft“, fordert Professorin Lesinski-Schiedat. Es „muss peinlich werden“, Vorstände rein männlich besetzt zu haben, ist Cornelia Wanke, Initiatorin der Initiative Spitzenfrauen Gesundheit und Geschäftsführerin des Vereins der Akkreditierten Labore in der Medizin (ALM e. V.), der Meinung. Dass dies bei den deutschen Krankenkassen oder in der ärztlichen Selbstverwaltung häufig anders sei, liege bisweilen auch daran, dass an alten Traditionen festgehalten werde, meint Irmgard Stippler, Vorstandsmitglied der AOK Bayern. In Deutschland werde viel auf Sicherheit gesetzt, Veränderung werde als Risiko wahrgenommen.

Am 24. Juni 2020 hatte auch die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen ihre Forderung nach Einführung einer Frauenquote für Entscheidungsgremien im Gesundheitswesen bekräftigt. Nur so lasse sich die Perspektive von Frauen in der Gesundheitsversorgung „wirklich sicherstellen“, erklärte die Grünen-Obfrau im Bundestags-Gesundheitsausschuss, Dr. Kirsten Kappert-Gonthier. Die Grünenfraktion hatte bereits im Oktober 2018 einen Antrag im Bundestag eingebracht, der eine Quotenregelung vorsieht. Auch die Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, Dr. Christiane Groß, kritisierte, in der Corona-Krise erklärten „hauptsächlich“ Männer, was Sache sei. Virologinnen kämen „so gut wie gar nicht“ zu Wort.

Drittes Gesetz steht in den Startlöchern

## Tempo unverändert rasant – Digitalisierung gönnt den Ärzten keine Ruhephase

*Die Regierungskoalition plant ein sehr umfangreiches Gesetz, das dritte Digitalgesetz in dieser Legislaturperiode. Ziel: In den Bereichen Gesundheit und Pflege sollen weitere Schritte zur digitalen Transformation des Gesundheitswesens erfolgen. Ärztinnen und Ärzte als zentrale Akteure des komplexen Gesundheitswesens sind in vielen Regelungen dieses Gesetzes direkt angesprochen. Das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz, im Kürzel DVPMG, besitzt als inhaltliche „Klammer“ seiner mannigfachen Regelungen lediglich den Oberbegriff der „Digitalisierung“.*

Schon ein unvollständiger Anriss seiner Themenbereiche gibt einen Eindruck über die Breite des Vorhabens: Digitale Identitäten für Leistungserbringer und Versicherte sollen geschaffen werden, die Versorgung mit Digitalen Gesundheitsanwendungen soll nun auch in der Pflege Einzug halten, die elektronische Patientenakte (ePA) soll weiter ausgebaut werden, weitere Verordnungen für den Bereich der häuslichen Krankenpflege, außerklinischen Intensivpflege, der Soziotherapie, der Heil- und Hilfsmittel, der Betäubungsmittel und weiterer verschreibungspflichtiger Arzneimittel sollen künftig elektronisch erfolgen, die Möglichkeiten digitaler Kommunikation im Gesundheitswesen soll ausgeweitet werden, Telemedizin soll erweitert werden und in diesem Zusammenhang die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit dauerhaft im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung möglich sein, die Kassenärzte sollen Basisdaten und qualitätsbezogene Daten der vertragsärztlichen Versorgung zum Zweck der Veröffentlichung zusammenzuführen und für das Gesundheitsinformationsportal des Bundesgesundheitsministeriums nutzbar machen, Seltene Erkrankungen sollen eindeutige Kodierungen „für eine sachgerechte Leistungsabildung“ in den stationären Vergütungssystemen der Krankenhäuser erhalten.

### Realitätsbezug prüfen!

„Um angesichts der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen und in der Pflege eine effiziente und qualitativ gute Versorgung der Versicherten sicherzustellen, gilt es das große Potential der Digitalisierung weiter auszuschöpfen“, wird das übergeordnete Ziel des DVPMG formuliert. Das könne nur Schritt für Schritt umgesetzt werden in einem Prozess, „der die Entwicklungen in Technologien und Gesellschaft stetig aufnimmt und in geeignete Maßnahmen übersetzt“, heißt es dazu erläuternd. Die prinzipielle Ausrichtung des Vorhabens teilt auch die überwiegende Mehrheit der Ärzte, aber es mehren sich die Stimmen, die eine kritische Prüfung der Zweckmäßigkeit einzelner Regelungen und deren Realitätstauglichkeit in der konkreten Umsetzung anmahnen.

Besonders deutlich wird die angesprochene Problematik am Beispiel der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). An der eGK hängt seit Ende 2020/Anfang 2021 ein für den Arzt und auch die Krankenhäuser aufwändiges Procedere. Die eGK hat nämlich just aktuell ihre schon vor Jahren zugewiesene Rolle endlich erreicht: sie dient nun als Datenträger. Zwar werden schon seit geraumer Zeit die sogenannten Versichertenstammdaten, das sind zum einen die personenbezogenen Daten und zum zweiten die Angaben zur Krankenversicherung, auf dem Chip der eGK gespeichert. Diese

Daten werden in der Praxis (oder im Krankenhaus) eingelesen und über ein „Gerät“, den Konnektor, einem Datenabgleich mit der gesetzlichen Krankenkasse unterzogen und gegebenenfalls auch aktualisiert. Doch seit Kurzem gibt es die genannte Neuerung für die eGK als Datenträger.

Seit 2020 haben bestimmte Versicherte (abhängig von der Medikation) den Anspruch auf einen elektronische Medikationsplan (eMP), der von ihrem die Medikation koordinierenden Arzt befüllt werden muss. Der von Versichertenseite her freiwillige eMP muss aber auch von anderen mitbehandelnden Ärzten (Fachärzte, Krankenhaus) mitgepflegt werden, wenn der Patient sich dort behandeln lässt. Voraussetzung für die Befüllung des eMP auf der eGK ist für den Arzt (das Krankenhaus) der erweiterte Konnektor, der „E-Health-Konnektor“ – um diesen Status zu erlangen muss der Konnektor ein Software-Update erhalten. Weiterhin benötigt der Arzt einen elektronischen Heilberufe-Ausweis (eHBA), mit dem er sich in der Telematikstruktur identifizieren sowie die qualifizierte elektronische Signatur (QES), die elektronische Unterschrift ausführen kann. Seit Anfang 2021 ist als weitere Anwendung für die eGK nun auch das elektronische Notfalldatenmanagement (NFDm) hinzutreten. Als Anspruch des Versicherten stand es sogar schon seit 2020 im Gesetz.

Wie ist der Notfalldatensatz inhaltlich ausgestaltet? Er gibt beispielsweise Auskunft über lebensbedrohliche Allergien, wichtige Medikation oder auch Diagnosen, deren Kenntnis im Ernstfall überlebensnotwendig sein kann. Für das elektronische Notfalldatenmanagement benötigt der Arzt dasselbe technische Equipment als Voraussetzung wie beim elektronischen Medikationsplan. Der Patient kann zusätzlich den Zugriff auf die Daten seiner eGK mit einer PIN absichern, für die der Arzt dann noch ggfls. ein zusätzliches Gerät (Kartenterminal) benötigt. Auf den Notfalldatensatz kann jeder im Medizinwesen Tätige, der einen eHBA besitzt, auch ohne PIN im Ernstfall zugreifen. Beide Anwendungen – eMP sowie Notfalldatenspeicherung sind für den Patienten freiwillig. Wie aus dieser Schilderung hervorgeht, ist ein erheblicher Aufwand erforderlich, um die angesprochenen Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte für den Patienten verfügbar zu machen. Das gestaltet sich für die Praxen auch keineswegs reibungslos. Das Update für die Konnektoren bildete offenbar für manchen Hersteller eine große Herausforderung, nervenaufreibende Wartezeiten waren die Folge. Neben den technischen Schwierigkeiten die Anforderungen an das Praxisverwaltungssystem umzusetzen, bildet auch die gestörte Routine für die Praxen im Rahmen der Integration der Anwendungen in den Praxisalltag eine besondere Problematik.

### Praxen unter Dauerstress

Doch der Fortschritt gewährt den Ärzten keine Ruhephasen. Mit dem DVPMG sollen weitere Neuerungen auf die Praxen zukommen: Die Rasanze der Entwicklungen in der Digitalisierung aufnehmend, lässt der Bundesgesundheitsminister das gerade frisch in der Umsetzung befindliche eGK-Konzept als Datenträger in zwei bis drei Jahren fallen. Die eGK soll dann ausschließlich dem Identitätsnachweis des Versicherten dienen, lediglich die Krankenversicherungsnummer bleibt darauf gespeichert. Stattdessen kann der Versicherte ab Januar 2023 aber auch optional eine „Digitale Identität“ nutzen, die ihm die Krankenkasse zur Verfügung stellen muss.

Der elektronische Medikationsplan soll dem Gesetzentwurf zufolge ab 1. Januar 2023 nicht mehr auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert, sondern im Rahmen der Telematikinfrastruktur als „eigene Online-Anwendung nutzbar gemacht“ werden. Versicherte sollen für einen Zugriff auf ihren elektronischen Medikationsplan die ePA-App, die ihnen von der Krankenkasse für die Nutzung ihrer elektronischen Patientenakte angeboten ist, nutzen können. Die App soll auch dann für den Zugriff des Versicherten auf den elektronischen Medikationsplan genutzt werden können, wenn der Versicherte darüber hinaus keine elektronische Patientenakte nutzen möchte. Die elektronischen Notfalldaten, gemeinsam mit den Daten zu Hinweisen der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort persönlicher Erklärungen/ Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten, sollen zu einer „elektronischen Patientenakte“ weiterentwickelt werden. Außerdem soll es keine physischen Konnektoren mehr geben, der „Zukunftskonnektor“ wird eine Software sein.

### BÄK sieht Entwicklung kritisch

Die Bundesärztekammer (BÄK) lehnt die vorgesehene Ablösung der Notfalldaten und des elektronischen Medikationsplans auf der elektronischen Gesundheitskarte ab. Die BÄK bringt dafür auch plausible Argumente: Es müsse bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen für eine Anwendung grundsätzlich der tatsächliche medizinische Bedarf bei der Versorgung und nicht eine abstrakte technische Vision bestimmend sein. Der Notfalldatensatz auf der eGK sei so konzipiert, „dass er offline nutzbar ist, d. h. er kann auch im nicht vom Mobilfunk abgedeckten Bereich durch den Arzt bzw. Notfallsanitäter/Rettungsassistent ausgelesen werden, ohne dass der Notfallpatient hierzu seine 6-stellige PIN eingeben muss. Dies kann eine nur online verfügbare Patientenakte nicht leisten. Damit wird der mit einem Notfalldatensatz verfolgte Zweck nicht mehr erreicht. Der Abruf der Daten über ein Smart-

phone, bei dessen Entsperrung in der Regel zudem noch eine PIN eingegeben werden erweist sich in Notfallsituationen – trotz grundsätzlich zu befürwortender Datenhoheit des Versicherten – als wenig zweckdienlich.“ Dass sensiblere Geräte wie Smartphones z. B. bei Unfällen beschädigt werden könnten, bleibe dabei ebenfalls außer Acht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hingegen positioniert sich konträr zur BÄK: Die Kapazitäten der eGK als Speichermedium seien begrenzt und die geplanten Zukunfts-Schritte auch im Hinblick auf vermeidbare mehrfache Pflegeaufwände nachvollziehbar. Den Vertragsarztpraxen dürften aber keine zusätzlichen Aufwände entstehen, fordert die KBV.

Es gibt auch noch einen weiteren Aspekt „pro“ Patientenkurzakte. Aufgrund der Richtlinie zur Ausübung von Patientenrechten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung wird eine eHealth-Diensteinfrastruktur (eHDSI) aufgebaut, mit der gesundheitsbezogene Daten zwischen den EU-Ländern ausgetauscht werden können. Als erste Dienste bis 2025, so haben es die EU-Mitglieder vereinbart, soll über die eHDSI europaweit elektronische Verschreibungen und die Patientenkurzakte ausgetauscht werden können. Mit der elektronischen Patientenkurzakte erhalten Ärzte in einem EU-Land in ihrer Sprache wichtige Informationen, wenn ein Patient aus einem anderen EU-Land medizinische Versorgung in Anspruch nehmen muss.

Ob es unter den nicht von der Hand zu weisenden Aspekten, die die BÄK genannt hat, allerdings nicht doch schlüssig ist, die eGK mit Notfalldatensatz in Deutschland beizubehalten, sollte noch ausführlich diskutiert werden. Nicht nur die BÄK stellt die Forderung auf „angesichts der durch Digitalisierung induzierten massiven und nachhaltigen Veränderungen des Gesundheitswesens und den damit einhergehenden hohen Kosten“ die Neuausrichtung des Gesundheitswesens, die digitale Transformation zu evaluieren, „auch um Chancen zu erkennen und Risiken zu verringern. Ein Nachjustieren getroffener Entscheidungen ist nur dann möglich, wenn man kontinuierlich deren Auswirkungen monitort und evaluiert.“



## Viele Initiativen schon im Vorfeld der neuen Approbationsordnung

# Das Medizinstudium auf dem Sprung ins digitale Zeitalter

*Die Digitalisierung erhält vermehrt Einzug auch in das Studium der Humanmedizin, nicht zuletzt befeuert durch die Coronakrise. Wegen der Pandemie war für das Sommersemester 2020 bundesweit die Präsenzlehre ausgesetzt worden. Die Universitäten mussten ad hoc die Lehre auf digitale Ersatzformate umstellen. Das Wintersemester 2020/2021 wurde als „Hybrid“-Semester realisiert. Doch schon vor der Corona-Krise wurde das Lehrangebot mancherorts um digitale Lehrinhalte erweitert.*

Bereits im Juni 2017 hat die Universitätsmedizin Mainz ein kompetenzorientiertes Wahlpflichtfach „Medizin im digitalen Zeitalter“ eingeführt. Auch laut Referentenentwurf für eine neue Ärztliche Approbationsordnung (ÄApprO) des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) sollen digitale Kompetenzen gestärkt werden. Die neue ÄApprO soll allerdings erst zum 1. Oktober 2025 in Kraft treten.

Die Studierenden im Hartmannbund mahnen an, dass die durch Corona entstandenen digitalen Lehr- und Prüfungsformate im Medizinstudium auch nach der Pandemie weiter genutzt und ausgebaut werden sollten – Digitalisierung biete eine Chance für mehr Flexibilität in der Ausbildung angehender Mediziner. Das Semester habe trotz Online-Seminaren und -Vorlesungen überwiegend funktioniert. Das bringt nicht zuletzt die Vorsitzende der Medizinstudierenden im Hartmannbund, Anna Finger, in ihrer Stellungnahme in dieser Ausgabe zum Ausdruck.

„Viele Studierende haben die Lehre in diesem Semester (Sommersemester 2020) als weniger defizitär empfunden, als befürcht-

et. Es hat ihnen ermöglicht, eigene Schwerpunkte zu vertiefen“, zeigte sich Christian Wolfram, Vorstandsmitglied des Studierendenausschusses im Hartmannbund schon im Juli 2020 positiv überrascht. „Diesen Zugewinn sollten wir unbedingt behalten.“ Dadurch könnten auch weitere Möglichkeiten geschaffen werden, wie etwa zusätzliche Famulaturzeiten oder Zeit für Forschung. Die Studierenden im Hartmannbund können sich auch dauerhaft alternative Prüfungsformate vorstellen. Klassische Klausuren könnten ihrer Meinung nach durch Fallberichte oder ähnliche Leistungsnachweise ersetzt werden.

### Neue Approbationsordnung sieht Digitalisierung vor

Der Referentenentwurf zu einer neuen Approbationsordnung geht auf eine Forderung der Medizinstudierenden ein, künftig Datennutzung und Digitalisierung als Teil des Ausbildungsinhalts ins Medizinstudium zu integrieren. „Es ist gut, dass sich der Referentenentwurf endlich tiefgreifend der Implementierung digitaler

Lehrmethodik sowie digitaler Kompetenzen widmet“, äußert Sebastian Schram, Vizepräsident für Externes der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). Damit komme die neue Approbationsordnung der Relevanz des Themas für die Zukunft des Gesundheitswesens besser nach. Jeremy Schmidt und Lisa Schmitz von der Bundesvertretung der Medizinstudierenden (bvmd) waren schon beim Medizinischen Fakultätentag im Juli 2019 in Tübingen der Auffassung, dass die Integration der Digitalisierung als Lerninhalt so unterschiedliche Aspekte wie Grundlagen der künstlichen Intelligenz (KI), Versorgungsfragen rund um die elektronische Patientenakte (ePA) und digitale Assistenzprogramme oder Ethik und Recht umfassen müsse. Implementieren lasse sich dieser Themenstrauß im Studium nur longitudinal, interdisziplinär und praxisnah. „Wahrscheinlich müssen wir dafür auf andere Fächer zurückgreifen“, so Schmidt. Konzeptionell möglich wären neue Lehrformate wie Tandemteaching oder um digitale Skills erweiterte Inhalte für die mündlich-praktischen OSCE-Prüfungen (Objective Structured Clinical Examination).

### Gute Beispiele gibt es schon

Beispiele für digitale Lehrinhalte in Studium der Humanmedizin sind beispielsweise das Lernkonzept des Wahlpflichtmoduls der Universitätsmedizin Mainz als auch das Curriculum zur Digitalisierung der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Sie setzen sich mit den Themen Social Media, Smart Devices, Apps, Telemedizin, Virtual Reality und Big Data auseinander. Beim Pflichtmodul zur Digitalisierung der Universität Halle absolvieren die Studierenden vier Stationen, die sich mit 3-D-Druck, Robotik, VR und AR sowie digitalen Gesundheitsanwendungen befassen. „Zum Beispiel werden einfache Programme für unseren kleinen Roboter ‚Nao‘ geschrieben oder aus einer Computertomographischen Aufnahme eine 3-D-druckfähige Datei erstellt“, erläutert Christiane Ludwig, ärztliche Koordinatorin im SkillsLab des Dorothea Erxleben Lern-



## Anna Finger: Digitale Kompetenz muss gestärkt werden!



Die Digitalisierung im Medizinstudium ist ein Thema, mit dem wir uns im Ausschuss der Medizinstudierenden seit einiger Zeit auseinandersetzen. Schon lange haben wir uns gute digitale Lehrformate und eine Berücksichtigung der digitalen Entwicklung in der Medizin gewünscht. Mit der Corona-Pandemie waren die Universitäten dazu verpflichtet ad hoc digitale Lehre zu veranstalten, was viele Schwierigkeiten mit sich brachte. Die Studierenden haben das an der Qualität der Lehre gemerkt und auch in unseren Umfragen zum Hybridsemester zurückgemeldet. Anfangs konnten die Stärken der digitalen Lehrformate nicht ausreichend genutzt werden. Nach und nach entwickelten die Dozenten digitale Lösungen. Besonders gut kamen bei den Studierenden vertonte und aufgezeichnete Vorlesungen, ein kostenfreier Zugriff auf die Online-Bibliotheken der bekannten Fachliteraturanbieter und ein möglichst freies Zeitmanagement bei Vorlesungen und Präsenzveranstaltungen an.

Mittlerweile sind viele Unistandorte soweit, dass sie teilweise Prüfungen online durchführen und gute Lehrformate, beispielsweise Fallbearbeitungen und Lehrvideos, zur Verfügung stellen. Die entwickelten Lehrformate sollten in einem Präsenzsemester weiterhin verfügbar sein. Außerdem müssen wir für die Zukunft lernen. Deswegen begrüßen wir als Ausschuss den Punkt der Digitalisierung in dem neuen Entwurf der ÄApprO sehr. Die angehenden Ärztinnen und Ärzte werden zunehmend mit digitalen und „smarten“ Applikationen konfrontiert und um die Kompetenz im Thema Digitalisierung zu stärken, ist die Einbindung ins Studium wichtig. Nicht nur in der Theorie sondern auch in der Anwendung.

Anna Finger ist neben Philip Simon Co-Vorsitzende des Ausschusses der Medizinstudierenden im Hartmannbund

zentrums der Medizinischen Fakultät. Außerdem sei eine Ausweitung auf das Studium der Zahnmedizin und der Evidenzbasierten Pflege möglich. Die Medizinstudierenden des Hartmannbundes setzen sich dafür ein, „dass es ähnliche Konzepte nach der Umsetzung der neuen Approbationsordnung auch an allen anderen Fakultäten geben wird“.

Das Wahlpflichtmodul „Medizin im digitalen Zeitalter“ verlagert die Wissensvermittlung vor den eigentlichen Unterricht ins eLearning, um Raum zu schaffen für praktisches Arbeiten und Diskutieren während der Präsenzzeit. Ideen, Meinungen und Visionen werden in einem eBook in Form von Texten, Bildern und Videos gefasst. Die Studierenden sollen dadurch in der Lage sein, kompetent und effektiv Wissen, Fertigkeiten und Haltungen bezüglich der digitalen Medizin einzusetzen. Dies beinhaltet, Chancen und Möglichkeiten der technologischen Innovationen zu erkennen, aber auch Risiken und Grenzen der Digitalisierung im Gesundheitswesen abschätzen zu können. „Die Lebens- und Arbeitswelt des Arztberufes erfordert heutzutage berufsspezifische digitale Handlungskompetenzen. Bisher wurden diese Kompetenzen im Rahmen des Medizinstudiums noch zu wenig vermittelt. Durch das hochmoderne Lehrangebot können sich Studierende nun das erforderliche Wissen aneignen und sich so für das veränderte Berufsprofil qualifizieren“, betont der Projektinitiator, Privatdozent Dr. Sebastian Kuhn, Oberarzt und Lehrbeauftragter am Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie.

## Nachruf



## Dr. med. Rudolf G. Fitzner

\* 14.09.1947

† 16.02.2021

### „Einer von uns“ ist von uns gegangen

Wir sind tief betroffen vom Tod von Dr.med. Rudolf G. Fitzner, einem Berliner Urgestein. Mit ihm verlieren wir einen allseits hochgeschätzten Kollegen, der wie kaum ein anderer in den vielen Jahren seine gesundheitspolitische Überzeugung mit ehrenamtlichem Engagement in Verbindung gebracht hat. Dabei war sein Leitbild geprägt vom Arzt als Repräsentant der Freien Berufe: Die ärztliche Entscheidungsfreiheit wollte er zeitlebens bewahrt sehen als Garant für das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient jenseits sachfremder Entscheidungen Dritter, ein Thema, das in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewann. Dafür kämpfte er mit seinem Verband, dem Hartmannbund, in dem er sechzehn Jahre als Landesvorsitzender sowie acht Jahre als Mitglied des Geschäftsführenden Vorstands aktiv war. Darüber hinaus war er zehn Jahre im Ausschuss Altersfragen tätig, zunächst als Vorsitzender, dann als 1. Stellvertretender Vorsitzender.

Darüber hinaus engagierte er sich in den verschiedensten Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung, auf universitärer Ebene genauso wie der Labormedizin. Immer wieder setzte er sich in der Ärztekammer Berlin auf verschiedensten Ebenen – sei es im Vorstand, im Weiterbildungsausschuss, im Fortbildungsausschuss oder Satzungsausschuss – für Fairness im Umgang, für Kollegialität unter allen Ärztinnen und Ärzten und für einen Weg ein, der immer wieder aufs Neue die demographische und gesellschaftliche Entwicklung im Gesundheitssystem und den Organen seiner Selbstverwaltung mit bedenkt. Funktionären und Karrieristen stand er stets kritisch gegenüber. Egoismen und Partikularinteressen erklärte er und mit ihm die Verbandsmitglieder eine klare Absage. Er stand ein für ein humaneres, leistungsfähigeres und zukunftsfähigeres Gesundheitssystem, an welchem die Ärzteschaft konstruktiv und selbst-reflexiv mitarbeitet, auch wenn dieser Weg manchmal steinig ist – zum Wohle der Gesellschaft, der wir dienen. Neben dem steten Aufruf zur Einheit in der ärztlichen Selbstverwaltung und Rückbesinnung auf unsere Werte setzte er sich mit uns ein für die Förderung der Generationengerechtigkeit als auch für die Förderung des ärztlichen Nachwuchses. Dafür stand er, dafür steht der Hartmannbund.

Auf der diesjährigen Wahl-Delegiertenversammlung wollen wir „Rudi“, der immer noch als 1. Stellvertretender Landesvorsitzender fungierte, posthum zum Ehrenvorsitzenden ernennen. Wir werden ihn und besonders seine Menschlichkeit als oberstes Prinzip seines Handelns und Denkens stets in ehrender und dankbarer Erinnerung behalten. „Rudi“ wird uns sehr fehlen, seine um- und weitsichtige Herangehensweise hat den Verband geprägt und wird in ihm weiterleben.

**Im Namen des Landesverbandes Berlin im Hartmannbund**

Priv.-Doz. Dr. med. Uwe Torsten

## Nachruf



**Der Hartmannbund Brandenburg  
trauert um**

## Frau Elke Köhler

Mit großem Bedauern und mit tiefer Anteilnahme erfuhren wir vom Ableben unserer langjährigen Landesvorsitzenden und Mitstreiterin Dr. Elke Köhler kurz nach ihrem 80. Geburtstag am 16. Februar diesen Jahres. Frau Köhler erkannte sofort nach der Wende die Chancen und die dringende Notwendigkeit einer Berufspolitik im Interesse aller Ärztinnen und Ärzte. Bereits im März 1990 trat sie in den Brandenburger Hartmannbund ein, den sie mit sehr viel Engagement und Aufopferung aufbaute und von 2001 bis 2015 führte. Mit viel Verständnis und Einfühlungsvermögen brachte sie häufig unterschiedlichste Interessen Einzelner zu einem politisch Ganzem zusammen. Ihre berufspolitische Laufbahn führte sie vom Geschäftsführenden Vorstand des Hartmannbundes bis zur Position der Vizepräsidentin der Landesärztekammer Brandenburg, ein Amt, das sie von 1996 bis 2012 bekleidete.

Wir danken Frau Köhler für ihre ehrenamtliche Tätigkeit für die Brandenburger Ärzteschaft und die insgesamt 25 Jahre, während derer sie den Ärztinnen und Ärzten im Hartmannbund im Sinne des Verbandes diente. Wir werden ihr liebes und freundliches Wesen und ihre um Ausgleich bemühte Art stets in ehrenvollem Andenken bewahren und sind in diesen schweren Stunden in den Gedanken bei ihren nächsten Angehörigen.

Dr. med. Hanjo Pohle  
Vorsitzender Hartmannbund Brandenburg



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

## ... was es mit folgenden Mythen zur Privaten Krankenversicherung auf sich hat?

„In die PKV kommt man nur als  
kerngesunder Mensch.“

**Dies stimmt nicht so ganz:** Bei der Privaten Krankenversicherung (PKV) ist das individuelle Risiko des Versicherten bei Antragstellung ausschlaggebend für die Beitragskalkulation. Der individuelle Beitrag hängt dabei von mehreren Faktoren ab: Das jeweilige **Eintrittsalter**, das gewählte **Leistungspaket** sowie der **persönliche Gesundheitszustand**. Wenn ein Versicherungsnehmer aufgrund seines Gesundheitszustandes bei Antragstellung besondere Risiken aufweist, führt dies zu einem entsprechenden versicherungsmedizinischen **Risikozuschlag**. Bei besonders schweren Risiken können diese auch zu einer Ablehnung des Antrags führen.

Tipp: Je früher und gesünder man ist, desto günstiger gestalten sich also die Beiträge zur Krankenversicherung. Eine Möglichkeit hier frühzeitig vorzusorgen ist der Abschluss eines Optionstarifs. Dieser bietet die Option, zu einem späteren Zeitpunkt in die PKV zu wechseln und zwar zu dem bei Abschluss der Option im Antrag „eingefrorenen“ Gesundheitszustand.

„Privatversicherte erhalten  
umfangreichere und bessere Leistungen.“

**Korrekt!** Als Arzt/Ärztin oder angehender Mediziner/Medizinerin wissen Sie am besten, wie wichtig ein hochwertiger Versicherungsschutz im Krankheitsfall ist. PKV-Versicherte genießen eine freie Wahl unter allen ambulant tätigen Ärzten, meist **kürzere Wartezeiten** sowie Untersuchungen ohne Zeitlimit. In der Regel besitzen sie bei stationären Aufenthalten **freie Krankenhauswahl** und haben je nach tariflicher Absicherung das Recht auf **Chefarztbehandlung** sowie Bezug eines **Ein- oder Zweibettzimmers**. Auch beim Thema

Zahnersatz bietet die PKV mehr. Versicherte können sich den Leistungsumfang nach ihren eigenen Bedürfnissen zusammenstellen – vom Basis- bis zum Topschutz.

Darüber hinaus sind Ärzte bei der Behandlung ihrer PKV-Patienten an keine Budgetierung gebunden und haben bei der Behandlung **volle Therapiefreiheit**. Sie können demnach Behandlungsmethoden nutzen, die von gesetzlichen Krankenversicherungen nicht übernommen würden. Dies ermöglicht den privatversicherten Patienten die **Partizipation am medizinischen Fortschritt** sowie einen schnelleren Zugang zu medizinischen Innovationen.

„Die PKV ist im Alter nicht mehr  
bezahlbar.“

**Falsch!** Um höheren Beiträgen im Alter entgegenzusteuern, bietet die PKV unterschiedliche Instrumente zur Stabilisierung. Dies geschieht beispielsweise durch einen **gesetzlichen 10-%igen Zuschlag**, durch Bildung von **Alterungsrückstellungen** oder optionale **Bausteine zur Beitragsentlastung** im Alter.

„Die PKV ist nichts für Frauen.“

**Falsch!** Egal ob Frau oder Mann – alle können sich entsprechend der eigenen Bedürfnisse ihren privaten Krankenversicherungsschutz individuell zusammenstellen. Alle Leistungen stehen dabei Frauen wie Männern gleichermaßen zu. Außerdem wird in der PKV bereits seit 2012 **geschlechtsneutral kalkuliert**, somit gibt es keinen Beitragsunterschied im gleichen Eintrittsalter zwischen weiblichen und männlichen Versicherten.

Während der Schwangerschaft profitieren Frauen besonders von den Top-Leistungen ihrer PKV. So bekommen sie gerade in dieser wichtigen Zeit eine sehr enge Be-

gleitung durch ihren Arzt und haben deutlich umfassendere Leistungen: **Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen**, häufigere Ultraschalluntersuchungen, 3D-Ultraschall und die **Pränataldagnostik**. Manche Tarife sehen darüber hinaus eine **Beitragsfreiheit** für bis zu sechs Monate während des Elterngeldbezugs vor.

Durch die sogenannte **Kindernachversicherung** ohne Gesundheitsprüfung innerhalb von üblicherweise zwei bis drei Monaten nach der Geburt profitieren auch Kinder von den Top-Leistungen der privaten Krankenversicherung.

Wenn man einmal in der PKV ist,  
kommt man nicht mehr zurück!

**Falsch!** Eine Rückkehr in die GKV ist in bestimmten Fällen möglich. Ein Beispiel: Fällt das Einkommen eines angestellten Arztes bzw. einer angestellten Ärztin unter die geltende Jahresarbeitsentgeltgrenze, tritt die Versicherungspflicht in der GKV wieder ein. Dies kann zum Beispiel bei Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung, etwa bei Rückkehr aus der Elternzeit, der Fall sein oder bei einer Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze. Ein weiterer möglicher Grund ist der Eintritt von Arbeitslosigkeit mit Bezug von Arbeitslosengeld (gilt jeweils für Personen unter 55 Jahre).

Bei allen Fragestellungen  
rund um das Thema  
Krankenversicherung hilft Ihnen  
die Deutsche Ärzte Finanz gerne  
weiter, um eine optimale Lösung  
für Sie zu finden.

# CarFleet24



## CarFleet24 – Dein perfektes Auto

Das hängt ganz von Ihnen ab. Was ist Ihnen dabei wichtig?  
Diese Fragen sollten Sie sich stellen:

- Fahre ich größtenteils allein oder benötige ich einen Mehrsitzer?
- Wie viel Platz benötige ich beziehungsweise wie groß sollte der Kofferraum sein?
- Spielt Komfort oder Sportlichkeit eine Rolle?
- Wie will ich mein zukünftiges Auto nutzen?



Wenn Sie die obigen Fragen soweit beantwortet haben, sind Sie Ihrem Traumwagen schon etwas näher – weiter wäre zu überlegen ob Sportwagen, kleiner Stadtfliker, geländegängiger SUV mit Allradantrieb oder geräumiger Kombi.

Des Weiteren stellt sich noch die Frage nach der Motorisierung und dem Getriebe. Legen Sie vermehrt Kurzstrecken in der Stadt zurück, könnte ein Benziner, Hybrid oder auch beispielsweise ein Auto mit Elektroantrieb in Frage kommen oder als Vielfahrer womöglich ein Fahrzeug mit Dieselmotor (als Neuwagen natürlich der Abgasnorm Euro 6d-Temp entsprechend).

Wie Sie sehen bedarf der Kauf eines Neuwagens reichlich Überlegung, dies zahlt sich aber aus. Den Sie möchten nach der Anschaffung schließlich noch jahrelang Freude an Ihrem Auto haben. Immerhin werden Sie, vielleicht auch Ihre Familie, Familienangehörige oder Kollegen künftig viele Stunden in Ihrem Fahrzeug verbringen.

Deshalb sollten Sie trotz des anfänglich hohen Kaufpreises nicht an der falschen Stelle sparen.

Neben der Optik und der Motorisierung kommt es bei einem Neuwagen auch auf Sicherheit und Bequemlichkeit an.

Egal, ob Sie Ihr Wunschfahrzeug finanzieren, leasen oder bar bezahlen möchten: Gerne steht Ihnen unser Experten-Team mit Rat und Tat zur Seite und erstellt Ihnen das gewünschte Angebot.

### Kontakt

CarFleet24  
[www.carfleet24.de](http://www.carfleet24.de)

Passwort: hartmannbund

Fon: 01805 – 717107\*  
Fax: 01805 – 717108\*

E-Mail: [kundenbetreuung@carfleet24.de](mailto:kundenbetreuung@carfleet24.de)  
\*[0,14 €/Min. aus dem Festnetz; max. 0,42 €/Min. aus den Mobilfunknetzen]

## Impfungen nehmen Fahrt auf Arzthaftpflichtschutz in außergewöhnlichen Zeiten



Grafik: Robert Kneschke

**Das Virus SARS-CoV-2 beeinträchtigt das tägliche Leben weiterhin und hat Einfluss auf alle Lebens- und Berufsbereiche – auch auf den Versicherungsschutz.**

Die Deutsche Ärzteversicherung als Standesversicherer der akademischen Heilberufe in Deutschland steht den Ärztinnen und Ärzten wie gewohnt professionell zur Seite und hat bereits zu Beginn der Corona-Pandemie ein auf die Situation ausgerichtetes Unterstützungspaket zusammengestellt, das die Medizinerinnen und Mediziner in dieser außergewöhnlichen Situation in Krankenhaus und Praxis schützt.

Das Unterstützungspaket wird gerade jetzt zunehmend wichtiger, da in Deutsch-

land immer mehr Corona-Impfzentren an den Start gehen und Ärztinnen und Ärzte dort ihre Arbeit aufnehmen.

Ein wesentlicher Baustein der Unterstützungsmaßnahmen ist die Haftpflichtdeckung. Sie wurde kostenlos erweitert – so sind Vertretungsärzte mitversichert, die in von Quarantänemaßnahmen betroffenen Praxen arbeiten. Ein Versicherungsschutz besteht ebenso für ärztlich unterstützende Maßnahmen außerhalb von Praxen, also beispielsweise bei medizinischen Beratungen (auch telefonisch oder per Video-Chat), Probeentnahmen im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 sowie im Rahmen von kassenärztlichen, privatärztlichen Notfalldiensten, oder im Rahmen von nicht-



leitenden Notarzt- oder Rettungsdiensten.

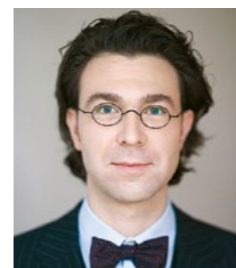
Selbst bei einem Einsatz von Arzt oder Ärztin in einem geplanten Corona-Impfzentrum greift der Versicherungsschutz, wobei in der Regel über den Betreiber Versicherungsschutz besteht. Sollte dieser Versicherungsschutz nicht ausreichen, besteht Versicherungsschutz über jedweden Arzthaftpflichtvertrag bei der Deutschen Ärzteversicherung. Dies gilt ebenso für ärztlich unterstützende Maßnahmen außerhalb von Praxen.

Sofern Medizinstudierende zu unterstützenden Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 eingesetzt werden, gilt ebenfalls Versicherungsschutz im Rahmen der bei der Deutschen Ärzteversicherung bestehenden Berufshaftpflichtversicherung.

### Kontakt halten mit den Experten

Wenn Sie zu Ihrem Arzthaftpflichtschutz Fragen haben, stehen Ihnen die Expertinnen und Experten der Deutschen Ärzteversicherung jederzeit zur Verfügung – erreichbar über die zentrale Service-Nummer 0221 148-22700, Montag bis Freitag von 08.00 – 18.00 Uhr. Oder über E-Mail: [service@aerzteversicherung.de](mailto:service@aerzteversicherung.de)

## Hausarzt-Lehrpraxis und Lehrkrankenhaus werden: Deutsche Medizinstudenten aus Breslau, Rijeka und Vilnius kommen!



Wir haben mit Rechtsanwalt Hon. Prof. Dirk Naumann zu Grünberg gesprochen, der als Spezialist für Hochschulrecht für die Studienplatzvermittlung „MediStart“ einen Pool von Lehrkrankenhäusern und Praxen ins Leben gerufen hat.

### Was ist der MediStart-Lehrkrankenhauspool?

Naumann zu Grünberg: MediStart ist langjähriger Kooperationspartner des Hartmannbundes und vermittelt jedes Jahr mehrere hundert Studienplätze für Human-, Zahn- und Tiermedizin von EU-Partneruniversitäten an deutsche Abiturienten – und zwar ohne Hochschulstart-NC & Wartezeiten! An einigen dieser Universitäten können deutsche MediStart-Studenten dann auch klinisch-praktische Studienteile in Deutschland absolvieren, z. B. an den beliebten Universitäten Rijeka (Kroatien) oder Vilnius (Litauen). MediStart organisiert dies in einem „Lehrkrankenhauspool“ und bietet deutschen Krankenhäusern und Hausärzten die Möglichkeit, an der universitären Ausbildung mitzuwirken.

### Wie sind Sie auf die Idee gekommen?

Naumann zu Grünberg: Die MediStart-Studenten äußern immer wieder den Wunsch, Ihre klinisch-praktischen Studienanteile in Deutschland absolvieren zu können, um neben ihren Auslandserfahrungen auch Erfahrungen im deutschen Gesundheitssystem zu erlangen. Gleichzeitig wird uns der Fachärztemangel in Deutschland ständig vor Augen geführt. Aus dieser Situation heraus kam dann die Idee, mit dem MediStart-Lehrkrankenhauspool die deutschen Studenten im Ausland mit denen in Kontakt zu bringen, die sie als zukünftige Mitarbeiter oder Nachfolger suchen.

### Welche Vorteile bietet der MediStart-Lehrkrankenhauspool?

Naumann zu Grünberg: Der Lehrkrankenhaus-Pool stellt sowohl für Studenten als auch für Krankenhäuser und Praxen eine Win-Win-Situation dar: Die deutschen Studenten werden so bereits während ihres Auslandsstudiums mit dem Gesundheitssystem und dem Umgang mit Patienten in Deutschland vertraut gemacht. Lehrpraxen und Lehrkrankenhäuser hingegen können mit der Ausbildung angehender Kollegen bereits früh den Kontakt zur nächsten Ärztegeneration knüpfen und an der akademischen Lehre aktiv mitwirken, um so dem Fachärztemangel aktiv und pragmatisch zu begegnen.

Solange die Politik nicht signifikant mehr Studienplätze in Deutschland schafft und für eine sinnvolle Verteilung sorgt, können und müssen solche Initiativen Wirkung zeigen. Deshalb bietet MediStart seit einiger Zeit auch die Organisation von Stipendienprogrammen an, die sich neben Praxen und Krankenhäusern auch an kassenärztliche Vereinigungen, Kommunen, Städte etc. richten.

### Was sind MediStart-Stipendienprogramme?

Naumann zu Grünberg: Diese Programme bieten Praxen, Krankenhäusern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Kommunen etc. die Möglichkeit, „eigene Medizinstudienplätze“ an Abiturienten zu vergeben, die durch den Stipendiengeber selbst ausgewählt und für die zukünftige Mitarbeit verpflichtet werden. MediStart ent-

wickelt dann ein individuelles Stipendienprogramm, „reserviert“ die Studienplätze bei der gewünschten Partneruniversität und organisiert Aufnahmeverfahren und Vorbereitung der ausgewählten Stipendiaten. Wichtig ist dann auch die örtliche Betreuung der Stipendiaten während des gesamten Studiums am Hochschulort und die Organisation regelmäßiger Praxisteile beim Stipendiengeber in Deutschland, zum Beispiel im Rahmen des Lehrkrankenhauspools in Kliniken und Praxen in der Region. Damit ermöglichen die Stipendiengeber Abiturienten aus ihrer Region das Studium ohne NC und binden diese bereits früh an ihr Unternehmen, ihre Klinik und ihre Region.

### Mit welchen Universitäten arbeitet MediStart zusammen?

Naumann zu Grünberg: Zu den MediStart-Partneruniversitäten gehören staatliche und private Universitäten, die ein hohes internationales Ansehen genießen, wie z. B. Breslau (Polen), Riga (Lettland) oder Vilnius (Litauen). Neben den Universitäten Vilnius (Litauen) oder Rijeka (Kroatien) ermöglicht es auch der private Medizincampus UMCH in Hamburg, der seit 2019 den Medizinstudiengang in Deutschland anbietet, praktische Teile der Ausbildung in deutschen Lehrpraxen und Lehrkrankenhäusern zu absolvieren.

### Müssen die Praxis oder das Krankenhaus bestimmte Voraussetzungen erfüllen?

Naumann zu Grünberg: Die Praxen und Kliniken können sich in unterschiedlichen Regionen Deutschlands befinden. In geeigneten Fällen können Praxisinhaber und Klinikärzte zusätzlich über Lehraufträge und Professuren in die Fakultäten eingebunden werden. Die Zertifizierung als Lehrpraxis und Lehrkrankenhaus wird von MediStart organisiert und stellt keinen großen Aufwand dar.

### Wie wird die Qualität der praktischen Ausbildung gewährleistet?

Naumann zu Grünberg: Die Ausbildungsinhalte werden über Logbücher bereits im Voraus abgestimmt, ähnlich wie man das in Deutschland aus dem PJ kennt. So sichert der MediStart-Lehrkrankenhauspool die Anerkennung der praktischen Ausbildung als Studienleistung an der jeweiligen Universität ab.

### Ist die Teilnahme mit Kosten und Pflichten verbunden?

Naumann zu Grünberg: Nein, die Teilnahme im MediStart-Lehrkrankenhauspool ist für Krankenhäuser und Praxen im Regelfall mit keinerlei Kosten verbunden. Sie bietet jedoch die Möglichkeit, sich europaweit mit renommierten Universitäten zu vernetzen und den Kontakt zu angehenden Ärzten herzustellen. Weitere Informationen finden sich auch auf [www.lehrkrankenhaus.de](http://www.lehrkrankenhaus.de).

Sie können sich die Teilnahme am MediStart-Lehrkrankenhauspool und/oder am MediStart-Stipendienprogramm vorstellen? Dann kontaktieren Sie MediStart unter:

### MediStart GmbH & Co. KG Medizin-Studienplatzberatung & Auslands-Agentur für Medizin, Zahnmedizin und Tiermedizin

Telefon: (040) 413 436 60

Telefax: (040) 413 436 61

eMail: [info@medistart.de](mailto:info@medistart.de)

Internet: [www.medistart.de](http://www.medistart.de)



**MEDISTART**  
MEDIZIN-STUDIUM  
ohne NC & Wartezeit  
[WWW.MEDISTART.DE](http://WWW.MEDISTART.DE)

## DIAGNOSE: NÜTZLICHE APP

Jetzt aufs Smartphone laden und  
jederzeit alles im Blick haben.



## Betriebliche Fahrzeuge im Unternehmen Wann der Verkauf zur Steuerfalle wird

Das Auto ist des Deutschen liebtes Kind und behauptet sich in Zeiten wie diesen, in denen überfüllte öffentliche Verkehrsmittel und sonstige Menschenansammlungen möglichst vermieden werden sollten, umso mehr. Doch der Kostenfaktor ist vor allem vor dem Hintergrund der jüngsten Preiserhöhungen im Mineralölbereich nicht zu unterschätzen. Wohl dem, der Unternehmer ist.

Denn der kann ja quasi alles von der Steuer absetzen kann, sagt man.

Und so fragen sich auch Ärzte immer wieder, ob es steuerlich nicht doch günstiger wäre, wenn ihr Fahrzeug zum Praxisvermögen gehören würde. Doch ganz so einfach ist es nicht, denn zunächst einmal muss man sich die Nutzungsverhältnisse näher anschauen. Dabei gilt: Ein Fahrzeug ist nur bei einer betrieblichen Nutzung von mehr als 50 % notwendiges Betriebsvermögen, bei weniger als 10 % betrieblicher Nutzung gehört es zwingend zum Privatvermögen. Fahrten zwischen Wohnung und Praxis zählen dabei zwar in Höhe der tatsächlich gefahrenen Kilometer zu den betrieblichen Fahrten. Doch für viele Ärzte dürfte es schwer sein, diese 50 %-Hürde zu überwinden. Interessant ist also der Bereich der betrieblichen Nutzung zwischen 10 % und 50 %, in welchem das Fahrzeug dem sogenannten gewillkürten Betriebsvermögen zugeordnet werden kann.

Doch Achtung: Gehört das Fahrzeug zum notwendigen oder auch gewillkürten Betriebsvermögen, sind Gewinne beim späteren Verkauf stets voll steuerpflichtig.

### Betriebliche Nutzung mehr als 50 %

Wird das Fahrzeug zu mehr als 50 % betrieblich genutzt, handelt es sich um notwendiges Betriebsvermögen. Somit sind alle Kosten für das Fahrzeug, wie Steuern, Versicherung, Kraftstoff und Reparaturen, grundsätzlich als Betriebsausgaben abzugsfähig. Daneben kann die Absetzung für Abnutzung steuerlich geltend gemacht werden. Für die Privatnutzung des Arztes und seiner Familie muss jedoch ein Ausgleich gegengerechnet werden. Die Privatnutzung kann mittels ordnungsgemäßen Fahrtenbuchs oder nach der sogenannten 1 %-Methode ermittelt werden. Bei dieser wird monatlich pauschal 1 % vom Bruttolistenpreis des Fahrzeugs im Zeitpunkt der Erstzulassung als Entnahme angesetzt (bei Elektro-Hybridfahrzeugen und reinen Elektrofahrzeugen i. d. R. 1 % von 1/2 Bruttolistenpreis bzw. 1 % von 1/4 Bruttolistenpreis).

Dazu kommt pro Monat und je Entfernungskilometer noch eine Privatentnahme von 0,03 % des Listenpreises für die Fahrten von der heimischen Wohnung zur Praxis. Allerdings kann der Arzt dafür die Entfernungspauschale von 0,30 Euro je Entfernungskilometer (ab dem 21. Kilometer 0,35 Euro im Zeitraum vom 1. Januar 2021 bis zum 31. Dezember 2023 bzw. 0,38 Euro im Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis zum 31. Dezember 2026) abziehen – so wie jeder Arbeitnehmer auch.

### Betriebliche Nutzung weniger als 10 %

Ein Fahrzeug, das zu weniger als 10 % betrieblich genutzt wird, gehört zum notwendigen Privatvermögen. Für Dienstreisen mit dem privaten Fahrzeug können allerdings immerhin 0,30 Euro je gefahrenen Kilometer als Betriebsausgaben abgezogen werden (sogenannte Kilometerpauschale) und für Fahrten zwischen Wohnung und Praxis 0,30 Euro (ab dem 21. Kilometer derzeit 0,35 Euro) je Kilometer für die einfache Entfernung (Entfernungspauschale). Die tatsächlich gefahrenen Kilometer sind durch entsprechende Aufzeichnungen und Nachweise glaubhaft zu machen.

### Betriebliche Nutzung zwischen 10 % und 50 %

Liegt die betriebliche Nutzung zwischen 10 % und 50 %, kann ein Fahrzeug dem Praxisvermögen zugeordnet und dadurch zum sogenannten gewillkürten Betriebsvermögen werden. Diese 10 %-Hürde dürfte für viele Ärzte etwas leichter zu überwinden sein. Auch beim gewillkürten Betriebsvermögen können alle laufenden Fahrzeugkosten sowie die Absetzung für Abnutzung steuerlich geltend gemacht werden. Allerdings nicht in voller Höhe. Sie sind nur in Höhe der beruflichen Nutzung abziehbar. Der Nutzungsanteil ist in der Regel durch Aufzeichnungen über einen repräsentativen Zeitraum sachgerecht zu schätzen. Doch genau dieser geschätzte Nutzungsanteil ist ein beliebtes Prüffeld des Finanzamts und regelmäßig Streitthema bei Betriebsprüfungen.

Wird das Fahrzeug bei einer betrieblichen Nutzung von bis zu 50 % hingegen nicht dem Betriebsvermögen zugeordnet (Privatvermögen), kann die Kilometerpauschale von 0,30 Euro angesetzt werden. Das kann im Einzelfall sogar günstiger sein als die Kostenschätzung, bei der nur bis zu maximal 50 % der Kosten abzugsfähig sind.

## ETL | ADVISION

Steuerberatung im Gesundheitswesen

### Steuerfalle gewillkürtes Betriebsvermögen

Ob die Zuordnung eines Pkw zum Praxisvermögen sinnvoll ist, oder nicht, muss im jeweiligen Einzelfall geprüft werden. Dabei sollte man auch berücksichtigen, dass die Zuordnung des Pkw zum Betriebsvermögen dazu führt, dass der spätere Verkauf voll zu versteuern ist. Dass die Abschreibung bei der Kostenschätzungsmethode nur anteilig geltend gemacht werden konnte, ist der Art der Ermittlung des privaten Nutzungsanteils geschuldet und hat keine Auswirkung auf den Veräußerungsgewinn. Der Verkauf eines Pkw im Privatvermögen ist hingegen grundsätzlich nicht steuerpflichtig.

### Beispiel zur Verdeutlichung der Systematik

Ein Pkw mit Anschaffungskosten von 30.000 Euro wird als gewillkürtes Betriebsvermögen behandelt und über 6 Jahre vollständig abgeschrieben. Vom Gesamtbetrag (5.000 Euro pro Jahr) können bei einem betrieblichen Nutzungsanteil von einem Drittel (zwei Drittel Privatnutzung) insgesamt nur 10.000 Euro (1.667 Euro pro Jahr) gemäß Kostenschätzungs-Methode steuerlich als Betriebsausgaben geltend gemacht werden. Der Verkauf nach 6 Jahren zum Zeitwert von beispielsweise 10.000 Euro wäre hingegen voll steuerpflichtig.

Dies bedeutet, dass die gesamten Abschreibungen des Pkw über alle Nutzungsjahre beim Verkauf vollständig rückgängig gemacht werden. Somit kann sich hinsichtlich der Anschaffungskosten des Fahrzeugs nur ein Steuerstundungseffekt und ggf. ein Vorteil aufgrund eines geringeren Steuersatzes in den Folgejahren ergeben. Bei einem geringeren betrieblichen Nutzungsanteil oder einem höheren Verkaufspreis könnte sich im Übrigen sogar ein nominaler Nachteil ergeben. Die unterjährig zusätzlich abziehbaren anteiligen laufenden Pkw-Kosten mindern diesen Nachteil wiederum.

**Autorin:** Simone Vahle, Steuerberaterin im ETL ADVISION-Verbund, Fachberaterin für den Heilberufbereich (IFU/ISM gGmbH), ist spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen

**Kontakt:** ETL ADVITAX Wittenberg  
advitax-wittenberg@etl.de  
www.advitax-wittenberg.de  
Tel: 03491/418916

## Digital, flexibel und sicher tagen Hybrid-Veranstaltungen sind weltweit auf dem Vormarsch

Seit einem Jahr gelten ganzheitliche Sicherheits- und Hygiene-Konzepte in allen 62 Hotels der Dorint Hotelgruppe in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Aufgrund der hohen Gesundheits-Auflagen und Abstandsregeln dürfen in den Tagungsräumen nur noch 10 bis 20 Prozent der Teilnehmer platziert werden. Daher hat sich auch bei Dorint ein neues Veranstaltungs-Format durchgesetzt: Hybrid-Meetings. Mit dem Ziel, gemeinsam an einem Projekt oder einer Aufgabe zu arbeiten, treffen sich einige der Teilnehmer im Tagungsraum eines Hotels – also „on-site“. Gleichzeitig nehmen weitere Teilnehmer „off-site“, also online via Live-Schaltung am Meeting teil. Hybridmeetings sind inzwischen in fast jeder Größenordnung und weltweit möglich. Professionelle Technik ermöglicht ein gelungenes Veranstaltungskonzept in virtuellem Raum.

Ein gutes Beispiel ist der erste Hybrid-Kongress eines bekannten Herstellers von Pflegeprodukten, der kürzlich mit über 400 Teilnehmern aus ganz Deutschland im Dorint Kongress Hotel Mannheim stattgefunden hat. Während die eine Hälfte der Teilnehmer an zwei Tagen im Hotel an den Seminaren teilnahm, konnten alle weiteren Konferenzteilnehmer sich von unterschiedlichen Standorten mittels gut funktionierender Technik ins Plenum oder in die breakout-Rooms einwählen – und waren somit auch live dabei.

Für die professionelle Abwicklung dieser Online-/Offline-Events stehen in der Kölner Dorint-Zentrale erfahrene Mitarbeiterinnen zur Verfügung, die sich persönlich um die Beratung und Betreuung der Kunden kümmern. Gemeinsam mit den Veranstaltern erarbeiten sie individuelle Konzepte, zu denen auch die Abläufe und die professionelle Umsetzung gehören..

Die Teilnehmer können sich live zur Tagung zuschalten, ganz gleich, sie ob im Hotel sind oder nicht. Das ermöglicht auch

Risikogruppen, sicher aus dem Homeoffice teilzunehmen, ohne sich zu gefährden. Außerdem können auch Teilnehmer aus dem Ausland – trotz möglicher Einreisebeschränkungen – dabei sein. Dorint bringt ab sofort wieder Menschen zusammen. Denn mit den Hybrid-Events kann man das gewünschte Live-Publikum mit Referenten, Teilnehmern und zusätzlichen Teams verbinden, und das weltweit.

[www.dorint.com](http://www.dorint.com)



Dorint Hotel Frankfurt/Oberursel: Tagen im Grünen, on- und offline.



Dorint Kongresshotel Mannheim: Hybridmeetings getestet

Über die Dorint Hotelgruppe: Die Dorint Gruppe mit Sitz in Köln gehört zu den führenden Hotelgesellschaften in Deutschland. Das Traditions-Unternehmen betreibt unter den Marken „Dorint Hotels & Resorts“, „Hommage Luxury Hotels Collection“ und „Essential by Dorint“ heute über 60 Häuser – davon drei in der Schweiz und eins in Österreich. Im Konzern sind inzwischen über 4.500 Mitarbeiter (inklusive der Franchise-Betriebe) beschäftigt. Im vergangenen Jahr wurde die Marke „Dorint Hotels & Resorts“ 60 Jahre alt.

## „Die Digitalisierung als Antrieb zur Bildung regionaler Gesundheitszentren“

von Prof. Alfons Runde\*

Die gegenwärtige Coronapandemie macht deutlich, dass sich unser Gesundheitswesen im Bereich der Digitalen Transformation vergleichsweise unterentwickelt zeigt.

Zwar gehen auch in Deutschland einige wenige Leistungserbringer als „Healthcare Mover“ voran, doch lässt ein Blick auf den digitalen Reifegrad erkennen, dass andere europäische Länder die digitale Transformation im Gesundheitssektor deutlich weiter vorangetrieben haben. Nach Erkenntnissen des international anerkannten „Electronic Medical Record Adoption Model“ (EMRAM) hinken die deutschen Krankenhäuser der Digitalisierung hinterher. Auf der EMRAM-Skala von 0 (keine Digitalisierung) bis 7 (papierloses Krankenhaus) erreichen die deutschen Kliniken einen Durchschnittswert von 2,3 und sind damit im Vergleich zum europäischen Durchschnitt (3,6) nur unterdurchschnittlich digitalisiert. Auch gibt es derzeit in Deutschland kein einziges Krankenhaus auf Stufe 7.

Bei den Ursachen dieser Entwicklungsstagnation führen der Mangel an finanziellen Mitteln, der Mangel an Mitarbeitern mit ausreichender Digitalisierungskompetenz, die Sorgen um die IT-Sicherheit und Datenschutzproblematiken die Besorgnisliste an. Des Weiteren ist zu beobachten, dass die digitale Transformation oft nicht als zukunftsgerichtete Managementaufgabe angenommen, sondern allenfalls „als Sache der IT-Abteilung“ wegdelegiert wurde. Diese Einordnung wird sich als Bumerang erweisen, da nun durch gesetzgeberische Maßnahmen hoher Entwicklungsdruck erzeugt wird. Die Coronapandemie hat diesen Druck nochmals erheblich dynamisiert.

Nachdem nunmehr die wichtigsten Gruppen von Leistungserbringern an der Telematikinfrastruktur angeschlossen sind, können nunmehr telemedizinische Anwendungen sukzessive ausgerollt und weitere digitale Anwendungen vorbereitet werden. Das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) und das hiermit einhergehende Investitionsprogramm zur Förderung der innersektoralen und sektorenübergreifenden Versorgung von Patienten fokussiert insbesondere den Ausbau der digitalen Infrastruktur. Die hierzu erlassene Förder-

mittelrichtlinie gibt durch Benennung von elf Fördertatbeständen und Realisierungszeiträumen die Richtung vor, in welcher der digitale Rückstand aufgeholt werden soll. Krankenhäusern, die diese Herausforderungen nicht annehmen, drohen ab dem Jahr 2025 entsprechende Vergütungsabschläge. Auch wenn hier primär die Krankenhäuser gefordert sind, so überträgt sich dieser Entwicklungsdruck auch auf andere Leistungserbringer wie Vertragsärzte, Heilmittelerbringer, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen.

Zweifelslos wird die Nutzung dieser Digitalisierungsoffensive dazu führen, dass wettbewerbliche Stimulierungen ausgelöst werden. Während die einen Leistungserbringer die Chancen ergreifen, zögern andere die Umsetzung hinaus und betonen etwaige Risiken. Wie in anderen Branchen auch, gehen derartig gravierende Entwicklungen mit einem hohen Maß an Konzentrations- und Kooperationsprozessen einher. Kleinere Leistungserbringer (wie das ländliche Kleinkrankenhaus oder die vertragsärztliche Einzelpraxis) werden durch größere Organisationseinheiten verdrängt, deren Geschäftsmodelle auf einer umfassenden Digitalisierungsstrategie basieren. Die Verknüpfung von primärärztlicher und fachärztlicher Versorgung wird genauso neu ausgerichtet werden wie das Zusammenwirken zwischen akutmedizinischen Behandlungsabschnitten und nachsorgender Rehabilitation und Pflege.

Ausgehend von dieser begründbaren Perspektive bilden sich besondere Chancen für die Bewahrung einer angemessenen medizinischen Versorgung im ländlichen Raum. Hierzu zählen etwa 90% der Flächen Deutschlands, in welchen mehr als die Hälfte der Einwohner unseres Landes leben. Im Sinne öffentlicher Daseinsvorsorge gehört es zu den staatlichen Pflichtaufgaben, gleichwertige Lebensverhältnisse in urbanen und ruralen Räumen anzustreben. Das ist bereits heute für den Bereich der Gesundheitsversorgung nicht mehr der Fall. Insbesondere ältere Menschen leiden unter dem sich verstärkenden Ärzte- und Fachkräftemangel, unter Versorgungslücken, weiten Wegen zu spezialisierten Leistungserbringern und fehlender Koordination der Behandlungsmaßnahmen beim Vorliegen von Multimorbidität.



Für die zukunftsgerichtete Versorgung in strukturschwachen Räumen sind lokale Gesundheitszentren das Mittel der Wahl. Statt weniger leistungsfähige Kleinkrankenhäuser zu subventionieren, sollte die öffentliche Hand die vom Sachverständigenrat bereits 2014 empfohlene Zusammenführung regional ansässiger Leistungserbringer in derartigen Zentren fördern. In einigen Pilotprojekten wurden Grundstrukturen eines derartigen Gesundheitscampus (vgl. Abbildung Blaupause Gesundheitscampus) bereits verwirklicht und haben dazu geführt, dass diese Zentren sowohl für Patienten wie auch für Mitarbeitende an Attraktivität gewonnen haben.

Die Hinwendung zur Bildung von Behandlungsgemeinschaften wird in den nächsten Jahren durch die Digitalisierung an Fahrt aufnehmen. Kooperation und Kollaboration werden mit fortschreitender Digitaler Transformation einfacher, da für das Zusammenwirken weder die räumliche Einheit noch ein Verkehrsmittel erforderlich werden. Damit werden neuartige Impulse für den Aufbau hybrider Gesundheitszentren gesetzt. Diese können sich aus den besonders häufig frequentierten Leistungserbringern auf einem lokalen Campus und einem Netzwerk aus jederzeit einbindbaren Spezialisten herausbilden. Als elementares Element eines regionalen Gesundheitszentrums ist dabei eine regionale IT-Infrastruktur zu berücksichtigen. Diese soll es allen beteiligten Akteuren erlauben, einen stabilen, sektorenübergreifenden Informations- und Wissensaustausch vorzunehmen und im Verbund teemedizinische Leistungen anzubieten.

Den Kommunen des ländlichen Raums ist dringlich zu empfehlen, mit dem Mittel eines „runden Tisches“ die Initiative zu ergreifen, um derartige Strukturen auf kommunaler Ebene abzubilden.

Literaturhinweise:  
- McKinsey-Report „E-Health Monitor 2020“, Nov. 2020  
- Risse J. u. a. „Sektorengrenzen überwinden“, in: KU-Gesundheitsmanagement, Nr. 12/2020, S. 20-24

Verfasser: Alfons Runde  
Professor für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen  
Leiter der Masterstudiengänge „Health Care Management“ (M.A.) und „Digital Health Management“ (M.A.)  
SRH Fernhochschule Riedlingen – The Mobile University  
88499 Riedlingen, Kirchstraße 26  
Homepage: www.mobile-university.de

## Bank Alpinum Steht die Welt kurz vor einer Postpandemie-Ära höherer Inflation?

Die Inflation in den Industrieländern wird in den kommenden Monaten deutlich ansteigen und sicherlich einige Marktteilnehmer erschrecken.

Wir erwarten, dass die monatliche Inflationsrate im Jahresverlauf 2021 die Marke von zwei Prozent temporär überschreitet, hauptsächlich beeinflusst durch sogenannten Basiseffekte. Der wichtigste Treiber wird die Erholung der globalen Ölpreise von den Tiefstständen im Frühjahr letzten Jahres sein. Dies allein könnte die Gesamtinflation in den Industrieländern um mehr als 1 % erhöhen. Die Neutralisierung der temporären Mehrwertsteuersenkungen in Deutschland und im Vereinigten Königreich wird die Inflation in diesen Ländern antreiben. Hinzu kommt, dass der jüngst explosionsartige Anstieg von Frachtkosten auch die Preise für importierte Güter in den USA und Europa in die Höhe treiben könnte. Bei der Kerninflation erwarten wir noch wenig Veränderungen, weshalb sich die Inflationszahlen innert Jahresfrist wieder auf einem tieferen Niveau einpendeln sollten. Sondereffekte im feinen Gefüge von Angebot und Nachfrage könnten jedoch zu Überraschungen führen, die die Inflation auch längerfristig über erwarten ansteigen lassen könnte.

Das Inflationsgespenst hat in der jüngsten Zeit deutliche Spuren an den Rentenmärkten hinterlassen. Treibende Faktoren sind einerseits die Erwartungen einer höheren Inflation aber auch die Erwartung, dass die Zentralbanken mittelfristig die Liquidität aus den Märkten abziehen müssen, um eine Überhitzung der Wirtschaft zu vermeiden. Inflationsbereinigt bleiben die Renditen von Rentenspapieren in Europa tief im Minus und sind deshalb wenig interessant.

Mit dem Anstieg der Zinsen am längeren Laufzeitenende haben sich auch schon die Zinsen für Hypotheken leicht versteift. Absolut gesehen liegen Hypothekensätze in Europa immer noch auf einem sehr tiefen Niveau, aber eine Trendwende scheint sichtbar und steigende Zinsen sind nicht zwingend ein positives Signal für Renditeliegenschaften. Auf der anderen Seite wäre eine Abkühlung in teilweise überhitzten Immobilienmarkt auch wünschenswert.

Während der Pandemie haben weltweit Konsumenten einen weit überdurchschnitt-

lich hohen Anteil ihrer Einkünfte angespart, da ein normales Konsumverhalten nur sehr eingeschränkt möglich war und Zukunftssorgen das Kaufverhalten zusätzlich beeinflussten. Diese aufgestaute Nachfrage wird bei einer vollständigen Öffnung der Wirtschaft auf ein immer noch eingeschränktes Angebot treffen, mit der Konsequenz von Engpässen und steigenden Preisen. In den USA kommt zu diesem Effekt noch ein weiterer Inflationstreiber hinzu. Mit dem geplanten Stimulierungspaket von 1'900 Milliarden US-Dollar wird die Regierung das Konsumverhalten von Millionen Einwohnern kurzfristig stark beeinflussen, da die geplanten Zuschüsse im Verhältnis zum mittleren Jahreseinkommen enorm hoch sind.

Die Weltkonjunktur zieht insgesamt deutlich an, Chinas Volkswirtschaft läuft noch unter Vollast und in Asien entstand Ende 2020 die grössten Freihandelszonen der Welt. Diese Faktoren tagen dazu bei, dass Rohstoffpreise auf breiter Front Unterstützung finden. Der Ölpreis hat im Februar erstmals seit Beginn der Coronakrise die Marke von 60 Dollar nachhaltig überschritten. Metalle wie Kupfer oder Platin markierten erst kürzlich mehrjährige Höchststände. Selbst bei Agrarrohstoffen wie Sojabohnen, Mais oder Zucker zeigen die Preise seit Monaten nur nach oben. Ein schwacher Dollar, Logistik-Engpässe und die Energiewende beflügeln die Nachfrage insbesondere nach Metallen, was zunehmend auch auf die Inflationserwartungen durchschlägt.

An der einen oder anderen Stelle ist mit temporären zyklischen Angebotsengpässen zu rechnen, es zeichnen sich aber auch



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

längerfristige Produktionsdefizite ab. Als treibende Kräfte werden ein global synchronisierter «Dekarbonisierungsschub» und ein «going green» erwähnt, da sich China kürzlich zur CO<sub>2</sub>-Neutralität bis 2060 verpflichtet hat und Joe Biden versprochen hat, die Vereinigten Staaten zum Pariser Klimaschutzabkommen zurückzuführen. Dies wird sich nicht nur direkt auf die Nachfrage nach Metallen auswirken, sondern auch einen Multiplikatoreffekt auf die Arbeitsmärkte und die rohstoffproduzierenden Länder haben.

Für weitere Gesprächsthemen steht Ihnen Frau Jacqueline Krämer – Leiterin Private Banking Kunden, Stellvertretende Direktorin – gerne zur Verfügung. Sie erreichen sie unter 00423 239 62 33 oder via Mail unter: jacqueline.kraemer@bankalpinum.com. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme.





# 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](http://www.hartmannbund.de). Schauen Sie doch mal vorbei.



## 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\*

## ABZUGEBEN/ZU VERKAUFEN

### Allgemeinarztpraxis in Bergkamen sucht neue Besitzer\*innen

Allgemeinarztpraxis in Bergkamen mit ausreichend Potential für mindestens zwei Kolleg\*innen (ca.1800 Scheine pro Quartal) sucht neue Besitzer\*innen.

Unser freundliches und kompetentes Team arbeitet seit vielen Jahren erfolgreich zusammen und hat sich einen großen Patient\*innenstamm aufgebaut. Die Praxisräume haben eine Fläche von 160 m<sup>2</sup> mit einer sehr günstigen Miete. Die Lage der Praxis wird durch eine sehr gute Infrastruktur (Busanbindung, Freizeitangebote, Schulen und KiTas in unmittelbarer Umgebung) begünstigt. Im selben Haus befinden sich eine Apotheke, sowie ein Pflegedienst und eine podologische Praxis.

Es liegt eine Weiterbildungsermächtigung für Allgemeinmedizin (für 18 Monate) und Naturheilverfahren (für 6 Monate) vor.

Die Gründung eines MVZs in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsnetz Unna ist ebenfalls eine Option.

Kontaktaufnahme über: [eickj@web.de](mailto:eickj@web.de) oder unseren Facebook-Auftritt [www.facebook.com/Arztpraxis-Eick-1200583840091733](http://www.facebook.com/Arztpraxis-Eick-1200583840091733)

### Einstieg in Allgemeinarztpraxis in der Nähe von Koblenz (Praxisabgabe)

Suche Jemanden für den Einstieg in Allgemeinarztpraxis in der Nähe von Koblenz, 3 Arztstühle, 3.000 Patienten/Quartal, ggf. WB im Abschluss Jahr. Die Abgabe erfolgt aus Altersgründen. Optimale Rahmenbedingungen (Verkehrsverbindungen, Schulen, Notdienstregelung, Freizeitangebote, Mitarbeiterteam, Mietobjekt, Abgabepreis).

Kontakt bitte per E-Mail: [Dr.C.nick@web.de](mailto:Dr.C.nick@web.de) oder unter 0171-4110772

### Instrumente aus gyn. Praxis zu verkaufen

Instrumente aus gyn. Praxis wegen Praxisaufgabe zu verkaufen (Metall-Spekula; Glasspekula; Abrasioset mit Kugel/Kornzangen, Hegarstiften, Cüretten, Sonden; Glasfieberamnisokope; Pipetten, Pinzetten).

Anfragen an [DrBerthold@t-online.de](mailto:DrBerthold@t-online.de) oder 0172 8199333

### Praxis in der Oberpfalz abzugeben

Gut geführte allgemeinärztliche/ internistische Gemeinschafts-Praxis in der Oberpfalz abzugeben.

Kontakt über E-Mail: [alouis.eiber@gmx.de](mailto:alouis.eiber@gmx.de)

Sie möchten auf eine Chiffreanzeige antworten oder selbst ein Inserat aufgeben? Dann wenden Sie sich bitte an:

Hartmannbund, Andrea Reich, Kurfürstenstr. 132, 10785 Berlin, Tel.: 030 206208-11, Fax: 030 206208-14, E-Mail: [andrea.reich@hartmannbund.de](mailto:andrea.reich@hartmannbund.de).

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



Werde jetzt Teil unserer Gemeinschaft von etwa 25.000 Medizinstudierenden und gestalte mit!

**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.)  
Gitta Dietrich  
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 auszugsweise) nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. keine Gewähr.

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

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

**Bildnachweise:** Soweit nicht anders gekennzeichnet, alle Fotos und Grafiken von shutterstock.com

**Titelfoto:** LILAWA.COM/Dmitry Kovalchuk/  
yusufdemirci/shutterstock.com

**Icons:** © venimo – adobe.stock.com



## Kurzinfos aus den Ländern

### Professur für Berliner HB-Vorsitzenden

Am 8. März 2021 wurde dem Berliner Hartmannbund-Landesvorsitzenden Priv.-Doz. Dr. med. Uwe Torsten vom Academic Council des Royal College of Surgeons in Ireland der Titel eines Professors verliehen. PD Dr. Torsten hat nach 22 Jahren Chefarzt-Tätigkeit in Berlin diese Position zurückgegeben, seine Arbeitszeit auf 50 % reduziert, um sich im 3. akademischen Lebensabschnitt stärker international zu engagieren.



Das RCSI wurde 1784 als Institution vom König anerkannt mit Hauptsitz in Dublin, hat vertragliche Kooperationen mit bspw. der Columbia und Tufts University und ist international aufgestellt. Seit 2010 wird das RCSI als erstes chirurgisches Royal College weltweit durch eine Präsidentin geführt.

### Hartmannbund gratuliert Dr. Astrid Bühren zur Verleihung des Verdienstkreuzes am Band



Frau Dr. Astrid Bühren, niedergelassene Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Murnau/Oberbayern, wurde mit dem Verdienstkreuz am Band der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Frau Dr. Bühren engagiert sich seit vielen Jahren ausdauernd für die Gesundheitspolitik. „Zu dieser hohen Auszeichnung mit dem Verdienstkreuz am Band gratuliere ich Dr. Astrid Bühren persönlich und auch im Namen meiner Vorstandskollegen sehr herzlich. Es ist schön, dass ihr Einsatz und ihr

Engagement, das ihr sehr am Herzen liegt, eine entsprechende Würdigung erfährt“, so Wolfgang Gradel, Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes und stellvertretender Vorsitzender des Hartmannbundes Bayern. Frau Dr. Bühren setzt sich seit vielen Jahren besonders für die Belange von Ärztinnen ein. Ausgesprochen verdient gemacht hat sie sich um die Themen Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie Mutterschutz – sowohl im Hartmannbund als auch darüber hinaus. Für den Hartmannbund ist Frau Dr. Bühren im Landesverband Bayern und auf Bundesebene aktiv und war von 2009 bis 2013 Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes.

### Famulaturen unter Coronabedingungen

#### Erfolgreiche Initiative von Hartmannbund und KV in Berlin

Die Coronapandemie bleibt auch für Medizinstudierende nicht folgenlos, besonders für Famulanten, für die es unter Coronabedingungen deutlich schwieriger ist, einen Platz in einer Praxis oder Klinik zu finden. Ein besonderes Problem: wenn es nicht gelingt, fehlende Famulaturabschnitte bis zur Anmeldung zum 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung abzuleisten, könnte sich die Studienzeit verlängern. In dieser Situation hat der Landesverband Berlin den Charité-Studierenden angeboten, ihre Famulaturanfragen an die Geschäftsstelle zu richten und an seine Mitglieder appelliert, Famulaturplätze zur Verfügung zu stellen. Die KV Berlin unterstützte die Aktion und veröffentlichte ebenfalls einen Aufruf an Ihre Mitglieder. Die Resonanz dieser konzertierten Aktion war groß – so groß, dass allen rund 50 Famulatursuchenden im 10. Semester ein Famulaturplatz angeboten werden konnte. Weitere Anfragen nimmt der Landesverband Berlin gerne entgegen.



Mehr aktuelle Informationen auf [www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de)

# Hartmannbund-Stipendium der Friedrich-Thieding-Stiftung Jahresstipendium für Medizinstudierende

## - NEUE AUSSCHREIBUNG - Hartmannbund-Stipendium 2022

Die Friedrich-Thieding-Stiftung\* des Hartmannbundes schreibt für Studierende der Human- und Zahnmedizin ein jährliches Stipendium für sehr gute Studienleistungen und für berufs- und sozialpolitisches Engagement während des Studiums aus.

Neben den herausragenden fachlichen Leistungen wird auch ein berufs- oder sozialpolitisches Engagement während des Studiums in die Wertung einbezogen.

Für die Bewerbung reichen Sie bitte folgende Unterlagen in Kopie ein:

- formlosen schriftlichen Antrag
- Nachweis der Studiausbildung (Immatrikulationsbescheinigung, Studienausweis)
- Nachweis sozial- oder berufspolitisches Engagement
- Zeugnisse, Urkunden oder Einschätzungen der Hochschullehrer



Weitere Details zur Vergabe des Stipendiums finden Sie unter [www.hartmannbund.de/fts](http://www.hartmannbund.de/fts)

Die Bewerbungsfrist endet am **30. Juni 2021**.

Die schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an:

Klaus Rinkel  
Vorsitzender der „Friedrich-Thieding-Stiftung“  
Kurfürstenstraße 132  
10785 Berlin

oder per E-Mail an [johanna.heinrichs@hartmannbund.de](mailto:johanna.heinrichs@hartmannbund.de)



Bei der Vergabe des Stipendiums wird die Stiftung von der Bank Alpinum, Liechtenstein unterstützt.

Das Hartmannbundstipendium der Friedrich-Thieding-Stiftung wurde 2020 per live-online Videochat vergeben. Die Stipendiaten des Jahres 2021 sind Thi Minh-Thi Do und Dario-Lucas Helbing



Weitere Informationen finden Sie unter [www.hartmannbund.de/fts-aktuell](http://www.hartmannbund.de/fts-aktuell)

\* Die Aufgabe der in den siebziger Jahren gegründeten Friedrich-Thieding-Stiftung ist in erster Linie die Förderung der Forschung, Lehre und Erwachsenenbildung auf allen Gebieten des Gesundheitswesens und insbesondere der ärztlichen Berufsausübung.



” Menschen interessieren mich mehr als Zahlen. Wie geht die Rechnung trotzdem auf?

Was auch immer Sie bewegt, sprechen Sie mit uns:  
[apobank.de/fuer-aerzte](https://apobank.de/fuer-aerzte)



deutsche apotheker-  
und ärztebank