

03/2021



Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

# Hartmannbund Magazin



**Die Zukunft beginnt jetzt**

Wie Kliniken sich dafür wappnen (sollten)

## 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 Ärztinnen und Ärzte  
Deutschlands

*liebe Kolleginnen,  
liebe Kollegen,*

mit großer Aufmerksamkeit und nicht weniger Spannung schauen wir in diesen Tagen auf die Berliner Bühne. Auch wenn eine neue Regierung noch nicht steht, so viel lässt sich wohl schon an dieser Stelle absehen: Welche Parteien auch immer die Weichen der deutschen Politik in den nächsten Jahren stellen werden, sie werden neue Impulse geben und für die anstehenden Herausforderungen unseres Landes neue Lösungsansätze diskutieren, auch in der Gesundheitspolitik. Darauf müssen wir als Ärzteschaft vorbereitet sein. Denn in welchem Maße es uns gelingen kann, unseren immer wieder formulierten Anspruch auf Mitgestaltung eines künftigen Gesundheitssystems tatsächlich glaubwürdig einzufordern, wird entscheidend davon abhängen, mit welcher Kompetenz und mit welchen Konzepten wir als deutsche Ärzteschaft – und das betone ich – sektorenübergreifend konkrete Vorschläge zur Problemlösung unterbreiten können.

Es wird unsere gemeinsame Aufgabe sein, Parlament und Regierung davon zu überzeugen, dass kurzfristige Einspareffekte die dringend erforderlichen grundsätzlichen Korrekturen an einem in Schieflage geratenen System nicht ersetzen können. Es braucht den Dialog mit uns Ärztinnen und Ärzten über eine wirklich funktionierende digitale Kommunikation, über eine effektive Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, über eine sinnvolle Auflösung von überflüssigen Sektorengrenzen oder etwa über „Leitplanken“, die vernünftiges wirtschaftliches Denken im Gesundheitswesen wirkungsvoll von medizinfremdem Renditestreben abgrenzen.

Eine der entscheidenden Voraussetzungen für unsere Bereitschaft zum konstruktiven Dialog über ein Gesundheitssystem der Zukunft ist es, dass staatliche Eingriffe nicht immer mehr die Freiräume einengen, uns in diesem System frei zu organisieren. Und wir werden der Politik deutlich machen, dass sie keine Pläne für die Zukunft gegen die Akteure des Gesundheitssystems wird umsetzen können. Wenn wir uns darüber mit unserem politischen Gegenüber darüber einig sind, dann gilt es, Tempo herauszunehmen, sich zu sammeln und gemeinsam Zielmarken zu definieren. Wir sind dazu bereit.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, dass wir konstruktiv in die Zukunft schauen, dass zeigt nicht nur das Titelthema dieses Magazins. Auch auf unserer Hauptversammlung im November werden wir uns mit der Frage auseinandersetzen, wie wir medizinisches Handeln von ökonomischem Druck befreien und unsere Klinikstrukturen zukunftsfähig gestalten können.

Ihr

*Klaus Reinhardt*

# JETZT IM STORE: DIE HARTMANNBUND-APP



Hartmannbund



## DIGITALISIERUNG MUSS ALLEN NUTZEN

Das ist unser Maßstab. Ob bei Digitalen Gesundheitsanwendungen oder bei unserer App – Ihrem Hartmannbund für die Hosentasche. So haben Sie berufspolitisch alles im Blick und kennen Ihre Vorteile als Mitglied des Hartmannbundes. Informativ. Aktuell. Individuell. Diagnose: Nützlich. Bleiben Sie auch auf allen anderen Kanälen auf dem Laufenden. Ob über App, [www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de), bei Facebook, Twitter oder Instagram.

DIAGNOSE: NÜTZLICH



**Hartmannbund**

STARK FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE.

## Inhalt



Die Zukunft beginnt jetzt

Das Krankenhaus der Zukunft – wie sollte und wie könnte es aussehen? Ganz sicher ein Thema, mit dem man ganze Bücher füllen könnte und dessen Facetten sich unmöglich in einem Magazin abbilden lassen. Unsere Autorin Julia Frisch hat im Sinne von Schlaglichtern (trotzdem) einmal Ärzte, Pflegekräfte, Architekten, Klinikmanager, Logistiker, Berater und auch Medizinstudierende gefragt, wie sie das Arbeiten zwischen OP, Notaufnahme und Stationen gestalten würden, was sie für wichtig oder gar für unverzichtbar halten, um das Krankenhaus zukunftsfähig, arbeits- und lebenswert zu machen. Ihre Vorstellungen, Forderungen, Aktionen und Visionen geben einen spannenden Einblick in die immensen Herausforderungen, vor denen nicht nur die Politik, sondern vor denen alle Player rund um die stationäre Versorgung stehen. Der Hartmannbund wird sich in seinen zuständigen Gremien diesen Fragen mit Expertise, Engagement und Fantasie stellen und Antworten geben.

6

<p><b>14</b> <b>Wenn alles zu viel wird ...</b> Spezielle Traumatherapie für Ärztinnen und Ärzte</p>		<p><b>24</b> <b>„Wir brauchen mehr Spielräume für die berufliche Entwicklung“</b> Interview zu einem Zukunftsmodell des Arztberufes</p>
<p><b>16</b> <b>Adipositas (endlich) als chronische Krankheit anerkannt</b> Konzeption einer DMP</p>		<p><b>25</b> <b>Auf der Erfolgsstraße</b> Lehrprojekt „Aus der (Haut-) Arztpraxis in den Hörsaal“</p>
<p><b>18</b> <b>Biopharmazeutika im Höhenflug</b> Finanzierungsfrage wird zum gesundheitspolitischen Thema</p>		<p><b>26</b> <b>Operieren am Phantom setzt neue Maßstäbe</b> Kompetenzerwerb für eine digital-vernetzte Medizin im geschützten Raum</p>
<p><b>20</b> <b>Mit zentralem Register schlagkräftiger im Kampf gegen den Krebs</b> Startschuss für die bundesweite Zusammenführung von onkologischen Daten</p>		<p><b>27</b> <b>Wir wollen lernen, helfen und hätten gern ein bisschen Anerkennung</b> Was einem PJler so ab und zu durch den Kopf geht</p>
<p><b>22</b> <b>Zwischen Kostendämpfung und Neugestaltung</b> Herausfordernder Start in die neue Legislaturperiode in der Gesundheitspolitik</p>		<p><b>28</b> <b>Digitalisierungs-Fahrplan in den Arztpraxen – eine Übersicht</b> Positives Erleben häufig noch Fehlanzeige</p>
		<p><b>30</b> Service Kooperationspartner <b>26</b> Ansprechpartner <b>38</b> Impressum</p>

Wie Kliniken sich dafür wappnen (sollten)

# Die Zukunft beginnt jetzt

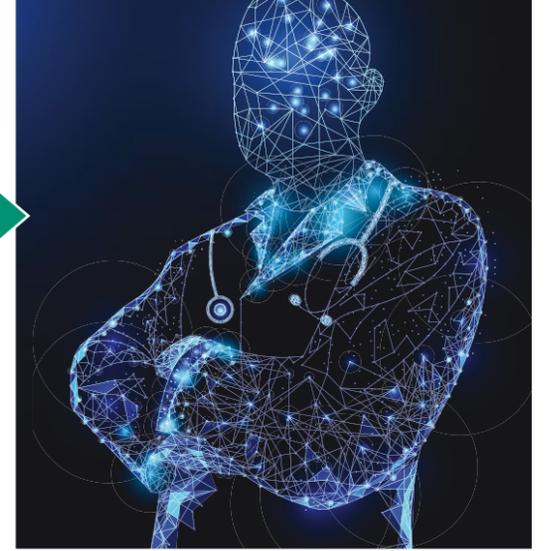


*Das Krankenhaus der Zukunft – wie sollte und wie könnte es aussehen? Ganz sicher ein Thema, mit dem man ganze Bücher füllen könnte und dessen Facetten sich unmöglich in einem Magazin abbilden lassen. Unsere Autorin Julia Frisch hat im Sinne von Schlaglichtern (trotzdem) einmal Ärzte, Pflegekräfte, Architekten, Klinikmanager, Logistiker, Berater und auch Medizinstudierende gefragt, wie sie das Arbeiten zwischen OP, Notaufnahme und Stationen gestalten würden, was sie für wichtig oder gar für unverzichtbar halten, um das Krankenhaus zukunftsfähig, arbeits- und lebenswert zu machen. Ihre Vorstellungen, Forderungen, Aktionen und Visionen geben einen spannenden Einblick in die immensen Herausforderungen, vor denen nicht nur die Politik, sondern vor denen alle Player rund um die stationäre Versorgung stehen. Der Hartmannbund wird sich in seinen zuständigen Gremien diesen Fragen mit Expertise, Engagement und Fantasie stellen und Antworten geben.*

## Die Ärzte

Digitalisierung statt Papier, Fax und Flurfunk

Durch Künstliche Intelligenz und modernes Arbeiten weg vom reinen „Reparaturbetrieb“



Eine Zukunft ohne Künstliche Intelligenz (KI) wird es nicht geben. Die Berliner Charité ist sich sicher, dass die KI in den kommenden Jahren alle Bereiche der bildbasierten medizinischen Diagnostik revolutionieren wird. „Ein Riesenthema“ sei Künstliche Intelligenz auch im Zusammenhang mit dem Mikrobiom, sagt Prof. Jochen A. Werner, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Essen. Der Fokus in der Medizin und damit in den Krankenhäusern werde nicht mehr nur auf der „Reparatur“ des menschlichen Körpers liegen, sondern auch auf Prävention und Disease Interception, also dem frühestmöglichen Erkennen und Verhindern von Krankheiten. Denn die Technik hilft, den menschlichen Bauplan und die Zusammenhänge zwischen Erbanlagen und Umwelteinflüssen besser zu verstehen. Vom Genom bis zum Mikrobiom werden die Analysen einfacher und schneller. Große Datenmengen können ausgewertet und darüber bestimmte Muster identifiziert werden, die Ärzten Hinweise geben, wo mögliche Ansatzpunkte für eine Frühintervention liegen.

In der Präzisionsmedizin ist KI längst etabliert. In der Onkologie lassen sich etwa Ärzte bei der Wahl der richtigen Behandlungsmethode von der neuen Technologie unterstützen. In Heidelberg arbeiten aktuell Mediziner daran, ein KI gestütztes Hautkrebscreening zu etablieren. Dafür hat Dr. Titus Brinker vom Nationalen Zentrum für Tumorerkrankungen ein Netzwerk aus Dermatologen geknüpft, um mit Hilfe ihrer Daten die Künstliche Intelligenz zu trainieren. Das Ziel: Hautkrebs früher und präziser als bisher zu diagnostizieren und unnötige Biopsien zu vermeiden.

Neue Möglichkeiten für die Medizin sieht Jasper zu Putlitz, Arzt, Industrieexperte in Frankfurt/Main und Mitherausgeber des Buches „Die Zukunft der Medizin“, besonders bei chronischen Erkrankungen. Durch Big Data sei es möglich, Risikoscores zu erheben und Muster abzuleiten. Die Volkskrankheit Typ 2-Diabetes wird nach Ansicht von Putlitz zu den Krankheiten gehören, die Ärzte schon früh vor ihrem Ausbruch entdecken und bekämpfen können.

An Früherkennungsverfahren für Psychosen arbeitet die Ludwig-Maximilian-Universität München. Dafür „füttern“ die Forscher um Prof. Nikolaos Koutsuleris die Computer mit Unmengen von Daten aus multizentrischen Studien. Die bisherigen Ergebnisse, die aus einem Mix aus Bildgebung, genetischen, klinischen und neurokognitiven Daten errechnet wurden, sind ermutigend: Eine Vorhersagewahrscheinlichkeit von 80 Prozent konnte schon erreicht werden. Klinische Studien müssen nun aber noch zeigen, ob eine solche Früherkennung die Verläufe von Psychosen auch verbessern kann.

Damit Krankenhäuser überhaupt zukunftsfest werden, müssten sie jetzt – also in der Gegenwart – überhaupt erst einmal digitalisiert wer-

den, findet Arzt Timothy Mende. Ihn stört, dass die Kommunikation in den Kliniken, speziell auf und zwischen den Stationen, meistens noch immer über Papier, Telefon, Fax, Flurfunk und Leitzordnern läuft. Mende hat das so geärgert, dass er – nach Stationen als Assistenzarzt und Unternehmensberater – jetzt mit seiner eigenen Firma eine Plattform entwickelt hat, welche die stationsübergreifende Kommunikation im Krankenhaus strukturieren soll.

Wie das geht, hat Mende kürzlich in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ erklärt: Behandlungsstandards werden nicht mehr in Ordnern abgelegt, die dann beim Eintreffen des Patienten aus dem Regal gezogen werden. Stattdessen gibt eine Software den Pfad vor, der mit den diagnostischen und therapeutischen Schritten abzuarbeiten ist. Alle Daten, Befunde und der Behandlungsplan werden auf der Plattform eingestellt, was nach Ansicht Mendes wegen des häufigen Personalwechsels in den Kliniken wichtig ist.

Auf einen kräftigen Digitalisierungsschub hofft auch Clara Matthiessen. „Im Klinik-Alltag ist Digitalisierung überhaupt noch nicht angekommen, wann hören wir endlich auf zu faxen?“, sagt die Ärztin, die sich im Bündnis Junge Ärzte engagiert. Matthiessens Krankenhaus der Zukunft spielt aber nicht nur digital in der ersten Liga der In-

dustriestaaten mit, sondern vernetzt sich auch mit dem ambulanten Bereich, kooperiert über telemedizinische Versorgungsangebote und bietet vor allem Arbeitsbedingungen, die den Wünschen der jungen Arztgeneration gerecht werden. Mehr Teilzeit, mehr Flexibilität, mehr Homeoffice hält die Ärztin für nötig. Sonst, so Matthiessen, werde sich auf lange Sicht der Personalmangel in den Kliniken noch verstärken. Schon jetzt denke jeder dritte Assistenzarzt wegen der hohen Arbeitsbelastung darüber nach, seinen Beruf zu wechseln, erinnert Matthiessen an eine Umfrage des Hartmannbundes, die im April veröffentlicht wurde. Für Teilzeitarbeit-Modelle gebe es in den Krankenhäusern derzeit keine Offenheit, kritisiert die Ärztin. Für Kollegen sei das reduzierte Arbeiten zudem oft mit Nachteilen verbunden: Wer in Teilzeit gehe, werde meist als Springer eingesetzt, „dadurch leidet dann wieder die Weiterbildung“, so Matthiessen. Möglichkeiten für Homeoffice sieht sie in der sprechenden Medizin: Angehörigesprache führen, Arztbriefe und Dienstpläne schreiben sowie administrative Aufgaben erledigen, das alles könnte auch von Zuhause aus passieren. Für nötig hält es Clara Matthiessen zudem, die althergebrachten Hierarchien in den Krankenhäusern abzubauen. Jochen A. Werner vom Uniklinikum Essen stimmt zu: Kommunikation auf Augenhöhe sei wichtig. „Gute Kräfte werden aus der Uniklinik herausgehen, wenn man bei der Hierarchie nichts ändert.“



*Prof. Jochen A. Werner:  
Auch an der Hierarchie  
müssen wir etwas ändern*

## Die Manager

Die Krankenhausprozesse müssen effizienter, die Wege kürzer werden

## Blaupause Autobranche: Mit Industriekonzepten Abläufe optimieren

Den Spatenstich für das Krankenhaus der Zukunft im Kreis Lippe hat Dr. Johannes Hütte im Juni 2020 gesetzt. Genauer gesagt sind es zwei Kliniken, die modernisiert und technisch und logistisch auf den neuesten Stand gebracht werden sollen. Denn das Klinikum Lippe, das Kreiskrankenhaus für 350.000 Menschen in der Region, hat zwei Standorte: Detmold und Lemgo. An beiden soll die Bauinfrastruktur jetzt so optimal gestaltet werden, dass die Prozesse in den Krankenhäusern effizienter, die Wege kürzer werden. Nur so, sagt Johannes Hütte, könnten Medizin und Pflege ihren eigentlichen Kernaufgaben nachkommen und die Patientenversorgung besser werden.

In elf Projektgruppen machten sich fast 60 Mitarbeiter des Klinikums Gedanken darüber, wie ihr „Krankenhaus der Zukunft“ aussehen soll und welches die wichtigsten Bausteine dafür sind. „Drei zentrale Punkte wurden dabei identifiziert“, sagt Hütte: die OPs, die Logistik und die technische Diagnostik. 100 Millionen Euro kosten die Neu- und Umbauten, deren komplette Fertigstellung bis 2025 geplant ist. In Detmold entsteht derzeit ein OP-Zentrum, in dem mit Hilfe eines innovativen Logistikkonzepts vor allem die prä- und postoperativen Abläufe optimiert werden. Dabei bedient sich das Klinikum Lippe aus Industrie-Konzepten: Blocklager werden eingeführt sowie Robotersysteme aus der Autobranche. Letztere sollen etwa dafür sorgen, dass die Standardsiebe automatisiert in die Rüsträume gelangen. Mit der Schaffung einer „Holding Area“ für die OP-Vorbereitung der Patienten sowie für deren postoperative Überwachung will Lippe zudem eine Pufferzone schaffen, die parallellaufende Prozesse ermöglichen und das Zeitmanagement verbessern.

Dank noch mehr IT werden die OP-Säle zudem noch intelligenter. So ist vorgesehen, die Bildgebungsverfahren mit allen anderen Geräten im Operationssaal zu vernetzen und den Datenaustausch zwischen den Medizingeräten untereinander und den Krankenhausinformationssystemen zu ermöglichen. IT soll auch die Logistik in Detmold und Lemgo verbessern: Die Kliniken werden nicht nur einen genauen und aktuellen Überblick über den Warenbestand in den Lagern bekommen. Auch Betten oder Essenswagen werden schneller abrufbar sein. Zudem plant das Klinikum Lippe ein Diagnostikcenter, in dem Bildgebung, Labor und Pathologie zusammengezogen werden. Die Digitalisierungs-Millionen aus dem Zukunftsfonds will Geschäftsführer Johannes Hütte unter anderem in elektronische Akten für alle Stationen, in Datensicherheit sowie in regionale Gesundheitsplattformen investieren, über die sich die Krankenhäuser mit den niedergelassenen Kollegen austauschen können. In der „baulichen Zielplanung“ hat Hütte auch noch folgenden Punkt stehen: Die Patienten voll digital durchs Krankenhaus zu steuern, um für sie „den Komfort zu erhöhen und Wartezeiten zu reduzieren“. Das Wegesystem könnte beispielswei-



se mit Lichtsignalen arbeiten, um den Patienten die Orientierung zu erleichtern.

Prozesse viel stärker von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern her zu denken – das ist das Ziel von Prof. Jochen A. Werner, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Essen. Humanisierung des Krankenhauses nennt er das, und verwirklichen will er sie, indem er die Universitätsklinik zum „Smart Hospital“ macht. So richtig gut gefällt Werner der Begriff nicht, weil er Angst vor zu viel Technik und Hektik hervorrufen könnte. Doch ohne smarte Technik geht es nun einmal nicht, wenn die Prozesse und Abläufe in der Universitätsklinik mit ihren 16 Tochterunternehmen digitaler werden sollen. Davon erhofft sich das Uniklinikum für die Mitarbeiter weniger Aufwand für patientenferne Tätigkeiten wie Administration und Dokumentation.

Der Transformationsprozess zum Smart Hospital hat 2015 begonnen. Eingeführt wurden unter anderem die elektronische Patientenakte und Sprachdokumentationssysteme, eröffnet ein Institut für Patientenerleben, ein Service- und Infocenter, die digitalisierte Notaufnahme und das Institut für digitale Innovationen. Robotik ist in Essen vor allem im Op-Bereich, im Labor und in der Apotheke im Einsatz. Seit zwei Jahren wird in der Dermatologie mit Holomedizin gearbeitet, bei der den Operateuren mittels einer speziellen Brille zweidimensionale Schichtaufnahmen der Patienten in 3-D-Bildern vorgespiegelt werden. Selbst Avatare werden von der Universitätsmedizin genutzt: Ärzte und Mitarbeiter können sich als Avatare darstellen lassen und in einem virtuellen Raum beispielsweise mit Patienten kommunizieren. In nicht allzu ferner Zukunft, so Werner, könnten bestimmten Patienten damit lange Anfahrten und Kurzberatungen erspart bleiben. Auch die Weiterbildung könne mit Avataren verbessert werden.

„Total wichtig“ findet Jochen A. Werner die Telemedizin. Corona habe geholfen, Schwierigkeiten aus dem Weg zu räumen. Sie sei jetzt nicht mehr „wegzudenken“ und werde das Gesundheitssystem nachhaltig verändern. Vor allem für die Versorgung im ländlichen Raum sei sie wichtig.

Das nächste Projekt im Rahmen des Smart Hospitals wird in der Kinderklinik umgesetzt. Dort will Prof. Jochen A. Werner ein digitales Wegesystem etablieren, die Krankenhausräume wurden dafür schon dreidimensional vermessen. „In drei bis vier Jahren bekommt man anhand des Autokennzeichens einen Parkplatz zugewiesen und wird über das Smartphone direkt in das richtige Zimmer auf der richtigen Station geleitet. Fast wie im Autozug nach Sylt“, erzählt Werner. Wie es in den Krankenhäusern in zehn Jahren aussehen wird, „das kann man nicht sagen“, so Werner. Das System ändere sich zu schnell. „Aber man muss offen sein und Lust haben, besonders digitale Lust.“

## Die Pflege

Hier funktionieren Vorbilder aus der Industrie nur bedingt

## „Der Mensch ist ja kein Auto und in der Regel wach“

Fachkräftemangel hin oder her: Roboter werden so schnell nicht zum Stammpersonal in den Krankenhäusern gehören. Auch wenn er noch so drollig aussieht – „Pepper“ aus Japan – der derzeit wie R2D2 über Krankenhaus- oder Heimflure rollt, tut dies in der Regel nur zu Forschungszwecken und ist nach Ansicht von Sebastian Hofstetter noch nicht in der Lage, Pflegekräfte wirklich effektiv zu entlasten. An Assistenzsystemen werde zwar viel gearbeitet, doch in der Regel seien sie primär für die Industrie konzipiert. Was am Fließband in der Fabrik super funktioniert, stößt in der Klinik an Grenzen. „Der Patient ist ja kein Auto und in der Regel wach. Da ist es für die Technik natürlich schwierig, adäquat zu reagieren“, sagt Hofstetter, der selbst Pfleger ist und im Skills Lab an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle am Projekt „Format“ mitarbeitet. Über „Format“ wollen die Hallenser Wissenschaftler herausfinden, welche Assistenz- und digitalen Techniken sich für Pflegeberufe eignen und wie diese in den Pflegeprozess implementiert werden können.

Die Politik verspreche sich zwar viel von der Robotik in der Pflege, „aber da ist doch ein großer Gap zu dem, was wir unter Pflege verstehen und was Pflege macht“, sagt Sebastian Hofstetter. Bei patientennahen Tätigkeiten wünschten sich die meisten Pfleger gar keine Entlastungen. Bei körperlich anstrengenden Arbeiten und Aufgaben, die patientenfern sind und wie Dokumentation oder Kühlschranktemperatur-Kontrolle viel Zeit kosten, wären technische und digitale Hilfen dagegen sinnvoll. Aber auch nur dann, wenn sie passgenau auf die Pflege zugeschnitten sind, so Hofstetter. Noch ist der Markt an Hilfstechik überschaubar, „die große Revolution“ für die Pflege sieht Sebastian Hofstetter noch nicht vor der Tür stehen. Was die Hallenser Wissenschaftler deshalb momentan im Projekt „Format“ von Pflegerinnen und Pflegern testen lassen, sieht zwar wie Roboter Pepper teilweise futuristisch aus, ersetzt bislang aber pflegerische Arbeit und Können nicht. So sind die meisten Geräte, die das Skills Lab derzeit in 25 Einrichtungen in Sachsen-Anhalt testen lässt, Kommunikationsroboter, die etwa mit Heimbewohnern Lieder singen, Gymnastik machen oder Demenzen bei der Tagesplanung helfen.



Stefan Deutsch:  
Roboter werden nicht so schnell zum Stammpersonal gehören



Im Fundus dabei haben Hofstetter und seine Kollegen ein Exoskelett, das die Pfleger und Pflegerinnen einige Tage anziehen und auf seinen Nutzen hin überprüfen können. „Da gibt es anfangs immer Gelächter. Aber nach vier bis fünf Tagen Erprobung haben wir positive Rückmeldungen“, erzählt Sebastian Hofstetter. Denn das Skelett hat offenbar Langzeiteffekte: „Die Pflegenden erzählen uns, dass sie zwei bis drei Stunden nach dem Ausziehen immer noch rückschonend in die Knie gehen.“ Für Arbeitgeber sei das durchaus interessant, findet Hofstetter. „Was kostet mich Pflegekraft, die ausfällt, gegenüber den Anschaffungskosten für Exoskelett?“



## Die Architekten

Die eigentlichen Veränderungen stehen noch bevor

„Bisher erleben wir eher Evolution statt Revolution“

Krankenhäuser der Zukunft hat Architekt Johannes Kresimon von HDR Germany aus Düsseldorf schon viele entworfen. „Fast jedes Projekt ist ein Krankenhaus der Zukunft. Mein erstes habe ich 2003 gebaut“, schmunzelt er. Seit 20 Jahren plant er Kliniken. Vieles habe sich natürlich in diesem Zeitraum verändert, vor allem technisch. „Doch das war bisher eher Evolution, statt Revolution“, sagt Kresimon. „Die eigentlichen Änderungen stehen uns noch bevor. Der technische Fortschritt wird sich beschleunigen und sich in kürzeren Zyklen als bisher entwickeln.“ Beispiel Diagnostik: „Die wird möglicherweise in vielen Fällen nicht mehr im Krankenhaus stattfinden, sondern außerhalb“, sagt Johannes Kresimon. Daten-Input werde vermehrt auch von Wearables und Apps kommen. Beispiel Telemedizin: Durch deren Ausbau könnten sich nicht nur die stationären Aufenthalte weiter verkür-



Johannes Kresimon: Gebäude müssten flexibler strukturiert sein und so gebaut werden, dass sich ihre Nutzung auch während des laufenden Betriebs ändern lässt

und so gebaut werden, dass sich ihre Nutzung auch während des laufenden Betriebs ändern lässt.

Wer qualifiziertes Fachpersonal halten will, dem rät der Architekt auch dazu, attraktivere Räume zu schaffen. Sie sollten viel Tageslicht und offene Kommunikations- sowie Rückzugsbereiche haben. Und die Möglichkeit bieten, „Beruf und Alltag zu verbinden, wie eventuell mit einem Fitnessstudio“.

Auch die Krankenzimmer müssten sich mehr am Patientenwohl orientieren. In die Raumgestaltung werde aber generell zu wenig investiert, sagt Johannes Kresimon. Dabei ließen sich zum Beispiel durch gegeneinander versetzte Zonen auch in Zwei-Bett-Zimmern erreichen, „dass jeder Patient eine starke Privatheit haben kann“. In der Regel zu wenig berücksichtigt in den Planungen würden die Angehörigen. „Möglichkeiten für sie, sich bei den Patienten aufzuhalten, spielen im Klinikbereich keine Rolle“, so Kresimon. „In der Realität sind die Räume so klein wie möglich.“ Weder Patienten noch Pflegekräfte hätten da genug Bewegungsspielraum. Krankenhausplanung ist laut Kresimon im Wesentlichen effizienzgetrieben. In Bezug auf die Errichtungseffizienz hält das der Düsseldorfer Architekt für zu kurz gesprochen. „Wenn ich Schächte für die Gebäudeausrüstung doppelt so groß dimensioniere wie ich sie momentan brauche, zahlt sich das langfristig aus.“



## Die Logistiker

Ärzte und Pflegende müssen entlastet werden

Die KI lernt, was Patienten und Stationen brauchen und optimiert die Prozesse

Wer mit Thomas Bredehorn spricht, dem wird klar, warum für Krankenhäuser ohne vernünftige IT an eine Zukunft nicht zu denken ist. Wer Prozesse effizienter machen, Ärzte und Pflegende entlasten und die Sicherheit und den Komfort für Patienten erhöhen will, muss sein Haus digital aufrüsten. „Die große Kunst ist es, die vielen Systeme, die es gibt, intelligent zu vernetzen“, sagt Bredehorn, der sich am Fraunhofer-Institut für Materialfluss und Logistik mit Health Care Logistik befasst.

Am besten, so das Credo des Fraunhofer-Instituts, ist es, wenn Ärzte und Pflegende von der Arbeit der komplexen Krankenhauslogistik gar nichts mitbekommen. Und wie bei der Diagnostik oder Therapie wird auch bei Transport und Lagerung Künstliche Intelligenz (KI) eine wichtige Rolle spielen. So arbeitet das Fraunhofer an einem Forschungsprojekt, das die Patiententransport-Disposition verbessern soll, genauer: die Zuordnung der Transportaufträge. „Die KI soll hier die Person identifizieren, die am nächsten zum Auftragsort ist“, erzählt Thomas Bredehorn. Auch bei der Dokumentation der Materialverbräuche werden Computer-Algorithmen eine große Rolle spielen. „Die KI lernt, was die Station braucht und schlägt in Echtzeit entsprechend optimierte Bestellmengen der benötigten Artikel vor. Vielleicht passiert das dann auch jahreszeitenabhängig, so dass zum Beispiel im Winter mehr Gipsbinden für Skiunfälle geordert werden“, so Bredehorn. Smart devices („kleine technische Helferlein“) gehören für ihn ebenfalls ins Krankenhaus. „Die sagen einem, wo ein Bett ist, ob ein Patient drin liegt, ob es gewartet oder gereinigt werden kann. Bisher wurden oft Betten in den Kliniken gesucht, weil keiner wusste, wo die sind. Smart Devices können hier einen echten Mehrwert liefern.“

Als zukunftsweisenden „Leuchtturm“ betrachtet das Fraunhofer den vermehrten Einsatz von Unit-Dose-Automaten: Der stellt die Medikation für die Patienten zusammen, nachdem der Arzt diese in das IT-System eingegeben hat. „Das erfordert eine große Änderung in den Logistikprozessen, weil die Arzneipackungen nicht mehr auf der Station liegen. Der Automat gewährleistet aber eine hohe Sicherheit bei der Medikamentenausgabe und hat den Vorteil, dass es weniger angebrochene Packungen gibt, die dann auf den Stationen verfallen“, sagt Bredehorn. Gearbeitet wird auch an der Realisierung der „eingabefreien Station“, auf der das Dokumentieren wesentlich vereinfacht ist. Über Sensorik, die Pflegekräfte tragen, erkennt die KI, welche Tä-



tigkeiten an dem Patienten vorgenommen hat und überträgt sie in Form einer Vorschlagsliste automatisch in die Dokumentation. „Die Pfleger müssen das dann nur noch bestätigen“, so Bredehorn.

Gut möglich übrigens, dass über Krankenhausstandorten oder zwischen Klinikverbänden künftig auch mehr Flugverkehr stattfinden wird: In einer Umfrage der Bitkom unter Unternehmen mit Logistikprozessen gaben 2017 rund 40 Prozent der Firmen an, dass sie in zehn Jahren damit rechnen, dass Waren mit Drohnen transportiert werden.



Thomas Bredehorn: „Im Winter werden dann automatisch mehr Gipsbinden für Skiunfälle geordert“

## Die Berater

Für qualitätsorientierte Medizin bedarf es eines intelligenten Finanzierungssystems

## Finanzloch in der GKV erhöht den Veränderungsdruck

Sorgen um die Zukunft machen sich nach dem Eindruck von Deloitte-Partner Alexander Morton derzeit weniger die Universitätsklinika und kleinen ländlichen Krankenhäuser („die sehen positiv in die Zukunft, weil ihre Wahrnehmung durch Corona gestärkt wurde“), sondern die Mittelversorger mit 400 bis 500 Betten. Sie fürchten, durch die zu erwartende telemedizinische Vernetzung zwischen den großen Hubs in den Ballungsgebieten und den kleinen Krankenhäusern auf dem Land überflüssig zu werden. Dazu kommt die Sorge, dass der durch das Krankenhauszukunftsgesetz ausgelöste Digitalisierungsschub schnell verpuffen könnte. Die vier Milliarden Anschubfinanzierung aus dem Zukunftsfonds seien nicht mehr als ein Tropfen auf dem heißen Stein, wenn sie nicht verstetigt werden, sagt Alexander Morton. Aus den DRG und Budgets könnten sich viele Krankenhäuser die Mittel für weitere IT nicht mehr „rausquetschen“.

Gleichwohl sieht das Beratungsunternehmen Deloitte die Krankenhäuser unter großem Veränderungsdruck, der unter anderem durch die Digitalisierung und das in der Corona-Pandemie entwickelte veränderte Patientenverhalten entstanden sei. Bis 2025 müssten die Krankenhäuser einen Wandel einleiten, welcher der zunehmenden Verlagerung der stationären Behandlungen in den ambulanten Bereich und ins „Homecare-Setting“ Rechnung trage. Zudem werde auch



Prävention eine größere Rolle als bisher spielen, prophezeit Deloitte in einem Diskussionspapier zum „Krankenhaus der Zukunft“, das in diesem Jahr veröffentlicht wurde. Vor allem die Technologie sieht Deloitte als Schlüssel für die Kliniken, in den kommenden Jahren mit den Änderungen fertig zu werden. Neben KI und Robotik, einer „radikalen Interoperabilität von Daten“ werde besonders Telemedizin aus dem Krankenhaus der Zukunft nicht wegzudenken sein.

Großes Thema wird künftig weiterhin das Thema Finanzierung sein. Es brauche ein „intelligentes Finanzierungssystem, das sich am Patientenpfad orientiert, Sektoren aufbricht und für qualitätsorientierte Medizin sorgt“, sagt Alexander Morton. Datengesteuerte Vergütungssysteme müssten beispielsweise zur Verfügung stehen, über die sich digitale Gesundheitsangebote erfolgsabhängig abrechnen ließen.

Wohin die Reise für die Krankenhäuser in Zukunft geht, dass – so prophezeit Deloitte noch vor zwei Jahren – werde sich erst 2040 zeigen. „Das wird jetzt wohl wesentlich schneller gehen“, sagt Morton heute. Grund sind der jetzt schon einsetzende Digitalisierungsturbo sowie das ab 2022 drohende Finanzloch in der GKV. „Bis 2025 wird es dauern, bis der Weg festgelegt und die Gesetze beschlossen sind“, so Alexander Morton.



Alexander Morton: „Bis 2025 wird es dauern, bis der Weg festgelegt und die Gesetze beschlossen sind“

## Die künftige Ärztegeneration

Optimierte personalisierte Therapien

## Digitalisierung hilft und Ärztinnen und Ärzte entscheiden

Es ist 7:50 Uhr an einem Dienstagmorgen, Anfang August in einer kleinen Stadt in der Nähe von Kiel. Herr Müller will wie gewohnt sein Frühstück zu sich nehmen und fühlt sich plötzlich anders. Sein Herz klopft schnell und er hat kalten Schweiß auf der Stirn. Seine Apple Watch informiert ihn, dass etwas nicht stimmt und er ein EKG mit seiner Uhr messen soll. Nach der Messung zeigt die Uhr „Vorhofflimmern“ an und dass er sich ins Krankenhaus begeben soll. Dort wird die Diagnose bestätigt und eine medikamentöse Therapie begonnen.

Dieses Beispiel habe ich während meiner Famulatur im Sommer erlebt und es steht für mich für die Richtung, in die es in Zukunft gehen wird. Die Patient:innen kommen nicht ins Krankenhaus, wenn die Krankheit schon weit fortgeschritten ist, sondern bei den ersten Anzeichen. Diese können durch diverse Messgeräte in unserem All-

tag festgestellt werden, die morgens den VOC-Fingerprint unseres Atems messen, Toiletten kontrollieren die Zusammensetzung des Urins und unseres Stuhlgangs und wearables messen Puls, Sauerstoffsättigung und andere Parameter. Im Krankenhaus der Zukunft hat das Personal wieder mehr Zeit für die Patient:innen, das eigentliche Zentrum des ärztlichen Arbeitens. Lästige Dokumentationsarbeiten entfallen fast vollständig, da durch passende Software die Bausteine aus der elektronischen Akte schon automatisch kombiniert werden. Die tägliche Dokumentation wird auf dem Weg in das nächste Zimmer schnell diktiert und automatisch an die richtige Stelle eingefügt. Damit die Ärzt:innen nichts Wichtiges übersehen, werden alle Daten auch vom Computer ausgewertet und Hinweise zu wahrscheinlichen Diagnosen gegeben. An oberster Stelle stehen immer noch die Ärzt:innen, die jetzt aber ihre Entscheidungen auf einer breiteren und sichereren Datenlage treffen können. Chronisch Erkrankte haben auch die Möglichkeit, ihre Daten zur Verfügung zu stellen, um in Zukunft anderen Menschen mit der gleichen Krankheit zu helfen. Diese Veränderungen formen das Krankenhaus zu einem Ort mit optimalen personalisierten Therapien für die Patient:innen sowie zu einem entspannten Arbeitsumfeld für das Personal, das dann mit mehr Begeisterung dort arbeitet.

Jonathan Schmalzriedt



Anzeige

**PVSforum**  
FORTBILDUNGSINSTITUT

**GOÄ-WISSEN FÜR IHREN PRAXISERFOLG**

**Sicher weiterbilden mit Online-Seminaren:**

- GOÄ – Grundlagen 27.10. // 08.12.
- GOÄ – HNO-Heilkunde 05.11.
- GOÄ – Dermatologie 12.11.

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

## Spezielle Traumatherapie für Ärztinnen und Ärzte Wenn alles zu viel wird ...

*Schmerz, Leid, Krankheit und Tod – Ärztinnen und Ärzte sind jeden Tag einer Vielzahl von kritischen Situationen ausgesetzt, die ihre Spuren hinterlassen. Sie tragen eine große Verantwortung für das Wohlergehen ihrer Patientinnen und Patienten. Selbst kleine Fehlentscheidungen können schwerwiegende Konsequenzen nach sich ziehen und oft bleibt zu wenig Zeit, Erlebtes zu verarbeiten. Psyche und Körper leiden und das Problem zu erkennen und sich aktiv Hilfe zu suchen, fällt vielen schwer. Eine klassische Psychotherapie kommt nicht für jeden in Frage – zum Teil aus Schamgefühl oder Bangen um die eigene Karriere. Die Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Leipzig (UKL) hat dies erkannt und eine neuartige internetbasierte Schreibtherapie speziell für Mediziner entwickelt, die nach einem traumatischen Ereignis im Beruf unter posttraumatischem Stress leiden. Noch bis Ende kommenden Jahres wird die Wirksamkeit im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie untersucht.*

„Der Druck auf die Ärztinnen und Ärzte nimmt immer mehr zu, auch Traumata finden häufiger statt“, weiß Klinik-Direktorin Prof. Dr. Anette Kersting. Im Vergleich zur restlichen erwachsenen Bevölkerung in Deutschland sei das Risiko nachweislich in dieser Berufsgruppe deutlich höher. Personen, die nicht das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung ausbilden, können gleichfalls durch posttraumatischen Stress sehr belastet sein. Der Großteil verarbeitet diese Vorfälle nach einiger Zeit meist gut. Es gibt jedoch ebenso gravierende Ereignisse, welche die Bewältigungsmöglichkeiten einer Person übersteigen können und tiefe Verzweiflung auslösen. Angst, Reizbarkeit, Nervosität, Entfremdung – sind nur einige Folgen. Ein häufiges Symptom: Unwillkürliches Erinnern, sogenannte Flashbacks, hindern Betroffene ihre Leben, privat oder/und beruflich, zu meistern. All dies sei Signal dafür, dass sich das Gehirn bemühe, das Erlebte zu verarbeiten.

### Probleme werden unterschätzt

Bei den prägenden Ereignissen ist zu unterscheiden: „Bei primärer Traumatisierung werden Mediziner selbst Opfer von Gewalt, zum Beispiel durch eine körperliche Bedrohung in ihrer Praxis oder in der Klinik, Unfälle oder schwere Erkrankungen“, erklärt die

Projektleiterin. Bei einer sekundären Traumatisierung hingegen ist nicht der Arzt selbst, sondern sind andere Personen, wie Patienten, die Opfer. Die Begleitung von und die Konfrontation mit Leid und Sterben, negative Behandlungsverläufe (Komplikationen und medizinische Fehler), aber auch mangelnde Unterstützung, wie mangelndes Fehlermanagement können traumatisierend wirken.“ Ein Trauma hinterlässt seelische Wunden, die vielfach nicht ohne Unterstützung heilen. Meist würden diese Probleme unterschätzt.

„Ärzte sprechen wenig darüber, es fällt ihnen schwer, sich mit psychischer Symptomatik in Behandlung zu begeben. Das hat unterschiedliche Gründe.“ Auf der einen Seite fehle durch den straffen Arbeitsalltag mit Schichtdiensten etc. einfach die Zeit, so ihre Erfahrung. Auf der anderen Seite sei eine Psychotherapie leider noch immer stigmatisiert. „Man möchte seine eigenen Patienten nicht im Behandlungszimmer des Therapeuten treffen.“

### Internettherapie ist zeitlich und geographisch unabhängig

Hier helfe die angebotene onlinebasierte Therapie – sie sei zeitlich und geographisch unabhängig, lasse sich unproblematisch in den Tagesrhythmus einbin-



Klinik-Direktorin  
Prof. Dr. Anette Kersting

den und biete einen niedrigschwelligen Zugang zu Psychotherapie. „Nur zwei Mal in der Woche für jeweils 45 Minuten nimmt man sich zu Hause dafür Zeit.“ Sie besteht insgesamt aus 10 Schreibaufgaben, die über einen Zeitraum von fünf Wochen bearbeitet werden. In diesen Aufgaben geht es darum, sich bewusst mit den Gedanken und Gefühlen, die im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis stehen, auseinanderzusetzen. „Es ist eine sehr kurze, sehr fokussierte Einzeltherapie.“

Zum Start muss ein Fragebogen ausgefüllt werden. Hier sei es wichtig die Kontaktdaten, wie des Hausarztes, aufzunehmen, um etwa Erkrankten mit akuten Selbsttötungsgedanken ein Sicherheitsnetz zu bieten. Die Anonymität wird dennoch gewahrt. In der ersten Phase der Therapie müsse sich der Betroffene an das Erlebte erinnern, es bewusst wiedererleben und in einem Brief beschreiben, welche Vorwürfe er sich mache etc. Der Psychotherapeut bzw. die Psychotherapeutin antwortet innerhalb eines Tages, mit der Bitte den Fokus nochmals neu zu setzen. Man solle sich zum Beispiel vorstellen, dass einem guten Freund das Gleiche passiert sei. Ihm werde ein Brief geschrieben – mit Abstand, Beobachtungen und Ratschlägen. In der abschließenden Phase schaue man gemeinsam mit dem Betroffenen auf die Zukunft. „Eine Beziehung zum Therapeuten entsteht auch über das Internet“, ist sich Prof. Kersting sicher. Eine Nachsorge der Klinik findet nach sechs bis zwölf Monaten statt.

### Trauma-Gefährdung vor allem in der Weiterbildung

Die bisherigen Teilnehmer der Studie haben lange gebraucht, sich ihren inneren Konflikten zu stellen. „Die traumatischen Erlebnisse lagen im Durchschnitt sechs Jahre zurück“, so die Expertin. „Bei 60 Prozent der Betroffenen fand das Ereignis während der Assistenzarzt-Zeit statt. Das liegt unter anderem daran, dass in dieser Phase des Berufslebens vieles noch neu ist.“ Sie kämpfen mit depressiven Störungen, tragen sich mit Suizidgedanken oder haben versucht, sich das Leben zu nehmen. Andere betäuben den Schmerz mit psychotropen Medikamenten. Ein Ausweg scheint in weiter Ferne, es ist ein Teufelskreis: „Sie müssen an den Arbeitsplatz zurück, sich den Aufgaben weiter stellen, Entscheidungen jeden Tag neu treffen. Der Situation können sie nicht entkommen.“

„Wichtig war für uns, ein neues Konzept zu entwickeln. Wir wollen zeigen, wie effektiv diese Art der Behandlung ist und wünschen uns, dass die individuelle Internettherapie von den Kostenträgern finanziert wird. Das gilt bisher nur bei Face-to-Face-Therapien. Ers-



Wenn Sie einige dieser Symptome nach einem belastenden Ereignis bei sich wahrgenommen haben und daran seit mehr als einem Monat leiden, dann haben Sie möglicherweise ein Trauma erlebt und leiden unter posttraumatischem Stress.

- Wiederkehrende belastende Erinnerungen an das Ereignis
- Alpträume
- Vermeiden von Gedanken, Situationen, Personen oder Orten, die mit dem Ereignis in Verbindung stehen
- Gedrückte Stimmung und negative Gedanken
- Gefühle von Angst, Schuld, Scham oder Wut
- Erhöhtes Erregungsniveau und übersteigerte Reaktionen, z.B. Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen oder Wutausbrüche
- Sie leiden unter diesen Veränderungen und sind dadurch in beruflichen, sozialen oder anderen Bereichen beeinträchtigt.

te Ergebnisse zeigen, dass die Internettherapie wirksam ist und die herkömmlichen Behandlungsmöglichkeiten ergänzen kann“, fasst die Klinik-Direktorin zusammen.

### Ist das Fehlermanagement ausreichend?

An anderer Stelle sei es wichtig, sich mit einer neuen Art der Kommunikation zu beschäftigen, so die Professorin. „Über viele kritische und potenziell traumatisierende Ereignisse wird im Klinikalltag wenig gesprochen. Man muss darüber nachdenken, ob das althergebrachte Fehlermanagement ausreichend ist.“ Viele weitere Fragen zum Arbeitsalltag gilt es zu bearbeiten, müssen zur Diskussion gestellt werden. Dafür sei es von großer Bedeutung, noch mehr Erkenntnisse zu sammeln, um helfen zu können.

Betroffene Mediziner können sich weiterhin für die Studie anmelden. Gefördert wurde die Studie bisher von der Roland-Ernst-Stiftung und wird jetzt von Haushaltsmitteln des Universitätsklinikums Leipzig finanziert. Interessenten finden alle Informationen zum Therapieangebot unter [www.belastung-im-arztberuf.de](http://www.belastung-im-arztberuf.de).

Unterschätztes Risiko: Unverarbeitete traumatische Belastungen sind eine Gefahr für Körper und Psyche

Anzeige

**ETL | ADVISION**  
Steuerberatung im Gesundheitswesen

---

**Mehr Freiheit für Sie**

---

**Ihre Steuerspezialisten für Ärzte**

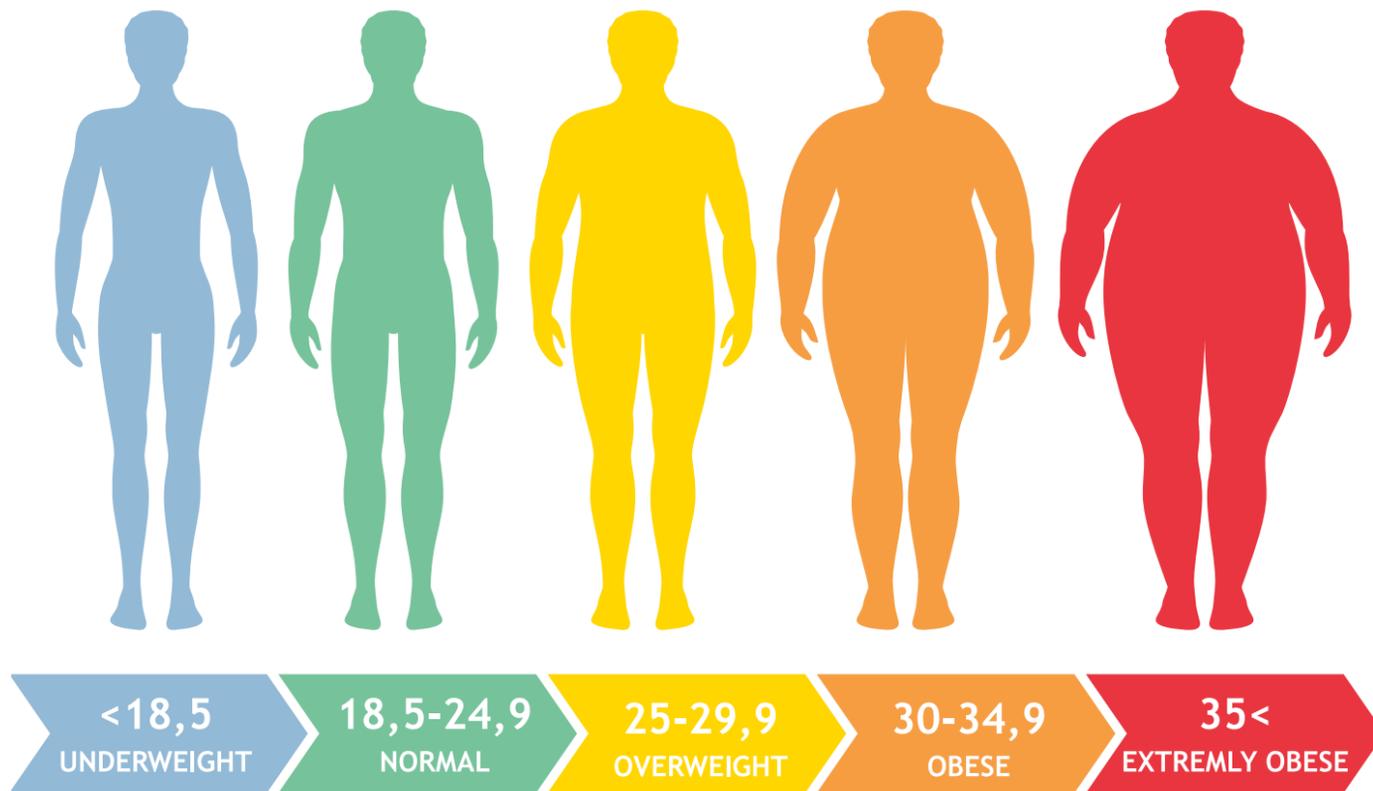
Sprechen Sie uns an  
[www.etl-advision.de](http://www.etl-advision.de)

---

Deutschlandweit in Ihrer Nähe

## Konzeption einer DMP

## Adipositas (endlich) als chronische Krankheit anerkannt



Im Jahre 2000 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Adipositas als Krankheit. Bereits 2003 sprach das Bundessozialgericht vom Vorliegen einer Krankheit und das Europäische Parlament hat in einer Resolution von 2006 die Mitgliedsstaaten aufgefordert, Adipositas offiziell als chronische Krankheit anzuerkennen. Im Juli 2020 hat nun auch der Deutsche Bundestag Adipositas als eigenständige Krankheit anerkannt, im Zuge des ersten „COVID-19-Pandemie-Jahres“ nahezu unbemerkt. Der Adipositaschirurgie-Selbsthilfe-Deutschland e.V. (AcSD) bezeichnete das als einen „Meilenstein“ für die an Adipositas Erkrankten. Am 19. August 2021 ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in die Detailarbeit zum strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm – DMP) Adipositas eingestiegen. Bis zum 31. Juli 2023 will der G-BA detaillierte Anforderungen an eine DMP Adipositas beschließen.

Adipositas ist als starkes Übergewicht mit einem Body Mass Index (BMI), Gewicht in kg geteilt durch Körpergröße in m<sup>2</sup>, von über 30 kg/m<sup>2</sup> definiert. Adipositas ist oft nicht immer eine Folge von zu viel Essen und zu wenig Bewegung. In der S3-Leitlinie „Prävention und Therapie der Adipositas“ AWMF-Register Nr. 050-001“ werden als Ursachen von Adipositas familiäre Disposition, genetische Ursachen, Lebensstil (z.B. Bewegungsmangel, Fehlernährung), Schlafmangel, Stress, depressive Erkrankungen, niedriger Sozialstatus, Essstörungen (z.B. Binge-Eating-Störung), endokrine Erkrankungen (z.B. Hypothyreose, Cushing-Syndrom), Medikamente (z.B. bestimmte Antidepressiva, Neuroleptika, Phasenprophylaktika

und Antiepileptika; Antidiabetika, Glukokortikoide, einige Kontrazeptive, Betablocker), Immobilisierung, Schwangerschaft, Nikotinverzicht und weitere genannt. Adipositas gilt als Risikofaktor für chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie einzelne Krebserkrankungen und geht mit einem höheren Risiko einher, frühzeitig zu versterben.

#### Hauptursache für Diabetes

„Adipositas ist eine der Hauptursachen von Diabetes“, formuliert der AcSD, „Adipositas-Therapie ist Diabetes-Prävention!“ Diese Auffassung wird von sämtlichen Experten geteilt. In diesem Zusam-

menhang hat deshalb die Regierungskoalition der 19. Legislaturperiode aus CDU/CSU und SPD am 3. Juli 2020 einen Antrag zum Start einer Nationalen Diabetes-Strategie gestellt, der einhellige Zustimmung, also auch durch die Oppositionsparteien, fand. Zur Diabetes-Prävention heißt es in dem Antrag: „Ein besonders hohes Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 haben Menschen mit Übergewicht oder einer Adipositas-Erkrankung. Zwei Drittel der Männer und die Hälfte der Frauen in Deutschland sind übergewichtig, ein Viertel aller Erwachsenen stark übergewichtig bzw. adipös. 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren sind übergewichtig, 6,3 Prozent davon adipös. Das Risiko für Typ-2-Diabetes ist bei adipösen Menschen im Vergleich zu normalgewichtigen Menschen um mehr als das sechsfache erhöht. [...] Es ist deshalb wichtig, insbesondere stark übergewichtige oder bereits adipöse Menschen möglichst frühzeitig mit geeigneten Präventionsmaßnahmen zu erreichen und gut zu versorgen, um das Körpergewicht zu stabilisieren oder zu senken. Hier gibt es in Deutschland nach wie vor erhebliche Defizite. [...] Die Betroffenen sind Stigmatisierungen und Diskriminierungen ausgesetzt.“

Die Bundesregierung wurde mit dem Antrag aufgefordert:

- „Prävention und Versorgungsforschung zu Adipositas und Diabetes mellitus deutlich voranzutreiben.
- Gegenüber der Bundesärztekammer darauf hinzuwirken, dass Adipositas und damit auch die Notwendigkeit einer gesunden Ernährung und ausreichenden Bewegung in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung verstärkt berücksichtigt wird und sich gegenüber den Ländern für den Ausbau der Lehrstühle an den Universitäten und eine Berücksichtigung in den neuen Studiencurricula einzusetzen.
- Darauf hinzuwirken, dass eine individuelle, multimodale und interdisziplinäre Versorgung von Menschen mit Adipositas Grad 1 bis 3 in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen ermöglicht und eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenbehandlung sichergestellt wird. Es ist in diesem Zusammenhang auch zu prüfen, ob der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt werden sollte, eine Richtlinie über die multimodale und interdisziplinäre Versorgung von Menschen mit einem krankhaften Übergewicht (Grad 1 bis 3) zu beschließen.“

#### Leitlinien auf dem Weg

Am 19. August 2021 hat nun der G-BA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt, die medizinischen Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Adipositas (krankhaftes Übergewicht) zu recherchieren und zu bewerten. Mit den Ergebnissen des unabhängigen Instituts möchte der G-BA wissenschaftlich fundierte Anforderungen an das geplante Disease-Management-Programm (DMP) Adipositas festlegen.

Disease-Management-Programme sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Patientinnen

und Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten können sich bei ihrer Krankenkasse in ein solches Behandlungsprogramm einschreiben lassen. „Damit werden sie über Einrichtungsgrenzen hinweg auf dem aktuellen medizinischen Forschungsstand behandelt“, erläutert der G-BA. „Ein koordiniertes Vorgehen soll dazu beitragen, unnötigen Komplikationen, Krankenhausaufenthalten und Folgeschäden vorzubeugen.“ Der G-BA hat die Aufgabe, chronische Erkrankungen auszuwählen, die sich für ein DMP eignen, und die inhaltlichen Anforderungen an solche Programme genauer zu bestimmen. In regelmäßigen Abständen aktualisiert und evaluiert der G-BA bestehende DMP nach dem aktuellen Stand der Leitlinien.

Träger der DMP sind die gesetzlichen Krankenkassen, die sie für ihre chronisch kranken Versicherten anbieten: Sie schließen regionale Verträge mit Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und/oder Krankenhäusern. Vorab prüft das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), ob die in der Richtlinie des G-BA festgelegten Anforderungen an ein DMP eingehalten werden – nur dann können sie vom BAS zugelassen werden. Bis Mitte Juni 2020 waren laut BAS 7,2 Millionen Versicherte in einem oder mehreren DMP eingeschrieben und 8.955 Programme vom Bundesamt für Soziale Sicherung zugelassen (Stand: 30. Juni 2020).

#### Verschiedene therapeutische Ansätze

In dem Behandlungsprogramm zu Adipositas sollen verschiedene therapeutische Ansätze für eine bestmögliche Versorgung kombiniert werden: „Ziel ist es, die Patientinnen und Patienten mit einer Adipositas leitliniengerecht zu behandeln und sie im Umgang mit der Erkrankung zu unterstützen“, erklärt der G-BA. „Vom IQWiG bekommen wir in einem Jahr wichtige Informationen zur Diagnostik einer Adipositas, zur Abgrenzung der Schweregrade und den derzeitigen Behandlungsempfehlungen – einschließlich der Beurteilung, wie fundiert die Erkenntnisse bereits sind“, berichtet Karin Maag, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzende des Unterausschusses DMP. Auf dieser Basis werde der G-BA dann beraten, welche genauen therapeutischen und unterstützenden Maßnahmen in einem DMP zu verankern seien. „Dazu gehören auch qualitätsgesicherte Schulungsangebote für die DMP-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer. Denn ganz wesentlich für den individuellen Behandlungserfolg ist es, über die Erkrankung und die relevanten Einflussfaktoren – wie beispielsweise Ernährung, Bewegung, Schlafstörungen und Stress – Bescheid zu wissen“, so Maag weiter. Das DMP soll ihr zufolge außerdem helfen, gesundheitsförderliches Verhalten altersspezifisch zu unterstützen. So gehe es auch darum, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen und unnötige Komplikationen und Folgeerkrankungen zu vermeiden. Die Ergebnisse des IQWiG zur Altersgruppe der Erwachsenen sollen dem G-BA bis zum 31. August 2022 vorliegen, die Ergebnisse für Kinder und Jugendliche bis zum 31. Oktober 2022.

## Finanzierungsfrage wird zum gesundheitspolitischen Thema

# Biopharmazeutika im Höhenflug

*Biopharmazeutika, Medikamente aus gentechnischer Herstellung, spielen eine immer größere Rolle in der medizinischen Versorgung. Sie machen fast die Hälfte der Gesamtzulassungen neuer Medikamente (45 %) aus. Insgesamt sind aktuell 339 biotechnologisch hergestellte Arzneimittel auf dem deutschen Markt. Zum Einsatz kommen Biopharmazeutika in vielen Indikationen – etwa auf dem Gebiet der Onkologie, der Immunologie und Stoffwechselerkrankungen. Die Zahl der Wirkstoffe, die sich in der klinischen Forschung befinden oder kurz vor der Zulassung stehen, wuchs im Jahr 2020 laut dem vfa-Branchenreport „Medizinische Biotechnologie 2021“ um 2,7 % (vfa ist der Verband forschender Arzneimittelhersteller). Dominiert wird die biopharmazeutische Pipeline klinischer Studien von so genannten rekombinanten Antikörpern, von denen Ende 2020 82 Vertreter der Wirkstoffklasse zugelassen waren. Sie sollen neue Therapien für Krankheiten ermöglichen, die bisher gar nicht oder nur unzureichend therapiert werden konnten. Auch zur Bewältigung der Corona-Pandemie sollen sie eine wichtige Rolle spielen.*



Biopharmazeutika sind Arzneimittel, die mit Hilfe gentechnisch veränderter Organismen hergestellt werden. Biopharmazeutika werden in lebenden Zellen produziert. Mithilfe gentechnischer Methoden wird diesen Zellen das Gen für das zu produzierende Protein eingesetzt. Sie stellen das gewünschte Protein in kontrollierter Umgebung in großen Stahltanks – den Bioreaktoren – her. „Während die klassischen, chemisch-synthetischen Wirkstoffe in der Regel aus rund zwei Dutzend bis wenigen hundert Atomen bestehen, sind es bei biopharmazeutischen Substanzen viele hunderte bis tausende Atome“, erläutert der vfa.

### Komplexe Erkrankungsvorgänge entschlüsseln

In der Forschung zu Biopharmazeutika würden mithilfe modernster Humangenetik und einer DNA-Datenbank komplexe Erkrankungsvorgänge entschlüsselt und Angriffspunkte für neue Arzneimittel identifiziert, sogenannte „Targets“, heißt es erklärend aus der Branche. Das Target sei das spezifische Molekül im Körper, auf das das Medikament wirken soll. Zum Beispiel seien einige Targets bei einer Krankheit im Überschuss vorhanden. Daher sei es das Ziel, deren Aktivität zu blockieren. Dies könne durch ein Medikament geschehen, das an das Target bindet, um eine Wechselwirkung mit anderen Molekülen im Körper zu verhindern. In anderen Fällen ist das Zielprotein unzureichend oder nicht vorhanden. Dann ist es das Ziel, es anzureichern oder zu ersetzen, um eine gesunde Funktion wiederherzustellen. Biotechnologische Arzneimittel würden den körpereigenen menschlichen Proteinen und anderen komplexen Substanzen die für den gesunden Körper unentbehrlich sind, ähneln oder ihnen identisch sein. Auf diese Weise könnten sie mit dem Target interagieren. Der Verband der Generika- und Biosimilarunternehmen in Deutschland Pro Generika e. V. berichtet, dass die Mehrheit der biopharmazeutisch

zugelassenen Wirkstoffarten „monoklonale Antikörper“ – Proteine, die Antigene erkennen und binden – sind. „Weitere Arten sind beispielsweise Impfstoffe, Insuline, Enzyme und Wachstumshormone.“

Für Biopharmazeutika, die keinem Patentschutz mehr unterliegen, können sogenannte Biosimilars auf den Markt gebracht werden. Sie sind Nachahmerpräparate von Biopharmazeutika, erklärt der vfa. Der Name Biosimilar zeigt, dass es sich dabei um möglichst ähnliche, also „similare“ Biopharmazeutika handelt, die jedoch nicht identisch mit dem Originalpräparat sein können.

### Anteil am Gesamtmarkt steigt stetig

Der Umsatz mit Biopharmazeutika (Apotheken und Klinikmarkt) erhöhte sich laut dem o.a. vfa-Branchenreport gegenüber 2019 um 14 % auf 14,6 Mrd. Euro. Der Anteil dieses Umsatzes am Gesamtpharmamarkt stieg von 29,0 % auf 30,8 % – gemessen an dem mit den gesetzlichen und privaten Krankenkassen generierten Netto-Gesamtumsatz von Medikamenten. Im Jahr 2020 wurden 25 Biopharmazeutika neu zugelassen und die biopharmazeutische Pipeline ist um 2,7 % gewachsen: Die Zahl der biopharmazeutischen Präparate in klinischer Entwicklung erhöhte sich binnen Jahresfrist von 640 auf 657. Die allermeisten davon richten sich gegen Krebs- und Infektionserkrankungen oder verfolgen immunologische Ansätze. 122 dieser Projekte sind bereits in der klinischen Phase III angekommen.

Auch Biosimilars wachsen dem Report zufolge nach ihrer Markteinführung in Deutschland stark. „Sie erreichen bereits im ersten Jahr signifikante Marktanteile von bis zu 60 %, einige sogar deutlich mehr.“ Im Durchschnitt erzielten sie 2020 einen Umsatzanteil von 52 % im entsprechenden biopharmazeutischen Segment. „Mit 32 % aller zugelassenen Biopharmazeutika bilden

Antikörper die wichtigste Gruppe“, heißt es in dem Report. Ende 2020 waren doppelt so viele rekombinante Antikörper zugelassen wie noch vor fünf Jahren. In den biopharmazeutischen Pipelines forschender Pharmaunternehmen würden sie rund zwei Drittel der Projekte ausmachen.

Antikörper sind Abwehrmoleküle aus Protein, die ein Mensch bildet, wenn er von einem Erreger angegriffen wird. Der Brancheninformationsdienst „pharma-fakten“ erläutert: „Mit der Entwicklung von rekombinanten Antikörpern ist es gelungen, der Natur zusätzlich auf die Sprünge zu helfen. Durch die in den 1970er Jahren entwickelte Hybridom-Technologie gelang es, Zelllinien für die Produktion monoklonaler Antikörper – also Antikörper mit einheitlicher Molekülstruktur und Spezifität – herzustellen. Heute ist es durch rekombinante DNA-Technologie möglich, Antikörper zu entwickeln, die die Natur gar nicht kennt (Antikörperderivate). Sie eröffnen neue Therapiechancen.“ Diese Antikörperderivate würden sich, so der vfa, durch verbesserte Funktionalität wie geringere Immunogenität, längere Halbwertszeit oder durch die Bindung von mehr als einem Antigen auszeichnen. Ende 2020 waren bereits 107 Vertreter dieser Wirkstoffklasse (inklusive 25 biosimilarer Antikörper) in Deutschland zugelassen. Schwerpunkt-Indikationen sind die Onkologie und die Immunologie; sie kommen aber auch bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, hämatologischen oder seltenen Erkrankungen zum Einsatz. Dem Report nach gibt es derzeit 429 Projekte mit rekombinanten Antikörpern in der biopharmazeutischen Pipeline – damit sind 65 % der Gesamtzahl klinischer Projekte mit biopharmazeutischen Kandidaten mit rekombinanten Antikörpern.

Im Rahmen der Bewältigung der Covid-19-Pandemie kommen gerade auch Biopharmazeutika zum Einsatz. Antikörper spielen bei der Diagnose einer SARS-CoV-2-Infektion (Schnelltests), eine

Rolle. Medikamente mit rekombinanten Antikörpern sollen Covid-19-Patienten mit milden bis mittleren Symptomen helfen, schneller zu genesen. Die deutsche Biotechnologie-Branche hat im Rahmen der COVID-19-Pandemie einen Schub erfahren, nicht zuletzt durch den mRNA-Impfstoff gegen Covid-19 ausgelöst wurde. Ein Drittel der in Entwicklung befindlichen biopharmazeutischen Wirkstoffe zur Behandlung von Ansteckungskrankheiten richtet sich gegen Covid-19.

### Krankenkassen bewerten Preisentwicklung kritisch

Die gesetzlichen Krankenkassen hingegen bewerten die rasante Entwicklung auf dem Arzneimittelsektor insbesondere hinsichtlich der Preisgestaltung allerdings auch sehr kritisch. Aus dem GKV-Lager heißt es allgemein, gerade im Arzneimittelsektor würden große Einsparpotentiale gesehen. Die Techniker Krankenkassen beispielsweise sieht aufgrund einer in ihrem Auftrag von der Universität Bremen durchgeführten und jüngst publizierten Studie (AIM Fair Pricing Calculator für patentgeschützte Arzneimittel – Ein Ansatz zur Ermittlung gerechterer Arzneimittelpreise in der EU und darüber hinaus) patentgeschützte Arzneimittel als „einen der größten Kostentreiber für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)“. Ein entwickelter „Fair Pricing Calculator der AIM“ zeige für eine Auswahl kostenintensiver Arzneimittel, dass die aufgerufenen Preise etwa zwei- bis 13-mal so hoch seien, „wie sie fairerweise sein sollten“. In der kommenden Legislaturperiode dürfte das Spannungsfeld zwischen dem auf den Arzneimittelmarkt drängenden Innovationen und Nutzen- sowie Finanzierungsfragen erheblich zunehmen.

Startschuss für die bundesweite Zusammenführung von onkologischen Daten

## Mit zentralem Register schlagkräftiger im Kampf gegen den Krebs

*Die Krebsregisterdaten der Bundesländer sollen länderübergreifend insbesondere für überregionale Forschungsprojekte besser nutzbar gemacht werden. Das ist das Ziel eines „Gesetzes zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten“ (Krebsregisterdatengesetz), das am 18. August 2021 in Kraft trat. Basis ist das seit 2009 geltende Bundeskrebregisterdatengesetz (BKRG). Mit dem Krebsregisterdatengesetz sollen die klinischen und epidemiologischen Krebsregisterdaten beim Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) am Robert Koch-Institut (RKI) zusammengeführt werden. Dies soll in einem zweistufigen Prozess erfolgen. Außerdem beinhaltet das Gesetz veränderte Finanzierungsregelungen für Krankenkassen: Die Höhe der Krebsregisterfallpauschale wird an die tatsächliche Erfüllung von Förderkriterien gekoppelt. Ob die „Zentralisierung“ von Krebsregisterdaten auch als wertvolle unterstützende Funktion für die föderale Datenhaltung und Qualitätssicherung vor Ort fungiert und diese keinesfalls nivellieren sollte wie die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme mahnd hervorhebt, hängt maßgeblich von der Ausgestaltung der nun im Aufbau befindlichen Strukturen ab, die das neue Krebsregisterdatengesetz vorsieht.*

„Die Bundesregierung stellt fest, dass Krebserkrankungen nach wie vor die zweithäufigste Todesursache sind“, heißt es in der Beschlussempfehlung des Bundestags-Ausschusses für Gesundheit begründend zur Bedeutsamkeit eines bundesweiten Krebsregisterdatengesetzes. Aufgrund der zu erwartenden Alterung der Gesellschaft werde die Zahl der Neuerkrankten von heute 500.000 pro Jahr bis zum Jahr 2030 voraussichtlich auf etwa 600.000 ansteigen, „trotz großer Fortschritte bei Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge“, lautet die besorgniserregende Prognose. Deshalb müssten die existierenden Krebsregisterdaten bundesweit zur Verfügung gestellt werden. „Die Krebsregister der Länder enthalten wertvolle Informationen. Diese wollen wir noch besser nutzen, um die Krankheit und ihren Verlauf in allen Ausprägungen besser zu verstehen und so Patientinnen und Patienten besser zu versorgen“, betonte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB (CDU) am 10. Februar 2021 nachdem der Entwurf zum Krebsregisterdatengesetz vom Bundeskabinett beschlossen und damit auf den parlamentarischen Weg gebracht worden war.

Medizinische Register dienen unter anderem der systematischen, patientenübergreifenden Auswertung von Krankheitsauftreten und -verläufen, in der Regel zur Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen aus den Bereichen Epidemiologie, Versorgungsforschung und klinischer Forschung. In praktisch allen Ländern mit hoch entwickelten Gesundheitssystemen tragen Krebsregister inzwischen zur Erforschung von Krebserkrankungen bei. Für Krebserkrankungen sind in Deutschland seit dem Jahr 2009 flächendeckende Daten zum Auftreten und zu den Überlebenschancen verfügbar (epidemiologische Krebsregistrierung). Im Jahr 2013 wurden das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) verabschiedet, das alle Bundesländer zur Einrichtung von klinischen Krebsregistern verpflichtet (vgl. §65c SGB V). Seitdem wurden in allen Bundesländern klinische Krebsregister aus- oder aufgebaut, die auch die detaillierte Behandlung und den gesamten Verlauf der Erkrankung erfassen. Der Fokus dieser Register liegt dabei auf Qualitätssicherung und Unterstützung der onkologischen Versorgung.

### **Klinische und epidemiologische Daten zusammenführen**

Um das Nutzenpotential der bereits vorhandenen Krebsregisterdaten noch besser ausschöpfen zu können, sollen dem Gesetz nach die erfassten klinischen und epidemiologischen Krebsregisterdaten

in einem zweistufigen Prozess zusammengeführt werden und bundesweit zur Verfügung gestellt werden. Damit eine „transparente, verlässliche und breitere Datengrundlage für die onkologische Versorgung und deren bundesweite Qualitätssicherung, die Versorgungsforschung, die klinische und epidemiologische Forschung sowie die Gesundheitsberichterstattung geschaffen werden“, erläutert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Auch für regulatorische Aufgaben wie Zulassung und Preisbildung bietet die Zusammenführung der Krebsregisterdaten große Potentiale.

Der auf Basis des BKRG von den Krebsregistern der Länder an das ZfKD zu liefernde epidemiologische Datensatz soll in einer ersten Stufe um weitere Daten der klinischen Krebsregistrierung, insbesondere zur Therapie und zum Verlauf der Erkrankung, erweitert werden. Angaben zu der an Krebs erkrankten Person blieben auf die wenigen Angaben beschränkt, die bereits auf der Grundlage des geltenden BKRG an das ZfKD übermittelt würden. Die Daten beim ZfKD sollen wie bisher zu Forschungszwecken nutzbar sein. „Durch diesen erweiterten Datensatz werde für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und für die Forschung ein substanzieller Mehrwert geschaffen, sodass die onkologische Versorgung weiterentwickelt und optimiert werden könne“, erklärt das BMG.

Das Gesetz soll zudem die Grundlagen schaffen, dass in einer zweiten Stufe weitere, zusätzliche Daten für Forschung und Versorgung genutzt werden könnten. Im Mittelpunkt stünden nun patienten- und leistungserbringerbezogene Auswertungsmöglichkeiten. Ziel sei die anlassbezogene registerübergreifende Zusammenführung von klinischen Krebsregisterdaten durch Schaffung eines kooperativen Datenverbunds der Krebsregister mit dem ZfKD und klinisch-wissenschaftlich tätigen Akteuren aus Versorgung und Forschung. Zentraler Baustein dieses Datenverbunds soll eine Plattform sein, die eine bundesweite anlassbezogene Datenzusammenführung und Analyse der Krebsregisterdaten aus den Bundesländern sowie eine Verknüpfung von Krebsregisterdaten mit anderen Daten ermöglicht, fachlich begleitet und gleichzeitig Expertise für eine klinisch-wissenschaftliche Auswertung der Krebsregisterdaten bereitstellt. Das ZfKD, die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT), die Deutsche Krebsgesellschaft, die Krebsregister, die Deutsche Krebshilfe und Vertreter von Patientenorganisationen erhielten den gesetzlichen Auftrag, ein Konzept zur Schaffung dieser Plattform zu entwickeln.



### **Datenabgleich gangbarer machen**

Ein weiterer Baustein der zweiten Stufe soll eine zentrale Antrags- und Registerstelle beim ZfKD werden. Die Zusammenführung von Krebsregisterdaten mit Daten aus der Qualitätssicherung soll verbessert werden, indem der Datenabgleich der Krebsregisterdaten mit Daten aus organisierten Krebsfrüherkennungsprogrammen auch im Rahmen anwendungsbegleitender Datenerhebungen und Auswertungen zum Zweck der Nutzenbewertung (nach § 35a Absatz 3b SGB V) genutzt werden.

Um die Sicherheit dieser sensiblen Daten zu gewährleisten, sollen erweiterte Schutzmaßnahmen eingeführt werden. Es sollen ausschließlich anonymisierte Daten auf Antrag zu wissenschaftlichen Forschungszwecken übermittelt werden. Der Beirat am ZfKD soll neu organisiert werden und ein wissenschaftlicher Ausschuss eingerichtet werden. Dieser neu vorgesehene wissenschaftliche Ausschuss soll das ZfKD bei der Gewährung des Datenzugangs unterstützen. „Eine Bereitstellung pseudonymisierter Einzeldatensätze kann in gesicherter physischer oder virtueller Umgebung unter Kontrolle des ZfKD erfolgen, wenn dies im Hinblick auf den wissenschaftlichen Forschungszweck erforderlich ist“, erklärt das BMG. Verstöße gegen datenschutzrechtliche Vorschriften oder Auflagen des ZfKD ziehe einen Ausschluss vom Datenzugang beim ZfKD für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren nach sich und die missbräuchliche Weitergabe oder Verarbeitung von Daten werde unter Strafe gestellt.

Die klinischen Krebsregister werden durch eine sogenannte „Krebsregisterfallpauschale“ finanziert. Für die gesetzlichen Krankenkassen besteht die Verpflichtung, für jede registrierte Neuerkrankung eine Pauschale an das betreffende klinische Krebsregister zu zahlen und die Meldevergütung für die Leistungserbringer zu erstatten. Die Zahlung dieser Förderpauschale ist an die Erfüllung von Kriterien gebunden, die seitens des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Leistungserbringer, der Fachgesellschaften, der Patientenvertreter, des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Bundesländer entwickelt wurden. Dadurch soll ein Mindestmaß an Qualität der klinischen Krebsregister und deren Daten garantiert werden. Zur besseren Überprüfung der Höhe der Krebsregisterfallpauschale werden mit dem Krebsregisterdatengesetz Datenübermittlungspflichten der Krebsregister an den Spitzenverband Bund

der Krankenkassen sowie an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen für den Fall regionaler Vereinbarungen normiert. Die bundesweite Krebsregisterfallpauschale wird mit Ablauf des Jahres 2021 und danach alle fünf Jahre überprüft. Auf der Grundlage des Prüfergebnisses legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Einvernehmen mit zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmenden Vertreterinnen und Vertretern die Höhe der bundesweiten Krebsregisterfallpauschale fest. Im Rahmen landesspezifischer Vereinbarungen ist zu gewährleisten, dass die erforderlichen Betriebskosten in Höhe von 90 % aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden.

Zu der Finanzierung von klinischen Krebsregistern, die Förder Voraussetzungen nicht vollumfänglich erfüllen, heißt es: In den Jahren 2021 bis 2023 erhalten die Krebsregister, die mindestens 95 % der Fördervoraussetzungen erfüllen, 85 % der Krebsregisterfallpauschale. Krebsregister, die mindestens 85 % der Voraussetzungen erfüllen, erhalten 70 % der Krebsregisterfallpauschale. Damit soll die Finanzierung der Krebsregister grundsätzlich gesichert werden, und es sollen gleichzeitig Anreize geschaffen werden, die Fördervoraussetzungen bis spätestens Ende des Jahres 2023 vollumfänglich zu erfüllen.

### **BÄK: Raum für dezentrale Datenhaltung sicherstellen**

Die Bundesärztekammer (BÄK) unterstützte in einer Stellungnahme grundsätzlich das Vorhaben, die Strukturen der Krebsregister noch besser aufeinander abzustimmen und die Daten der Krebsregister dafür zu nutzen, die onkologische Versorgung in Deutschland weiter zu verbessern und die Erkenntnisse über onkologische Erkrankungen zu mehren. Ihrer Ansicht nach sollte aber auch in Zukunft darauf geachtet werden, „noch Raum für eine dezentrale Datenhaltung auf Ebene der Krebsregister in den Ländern und eine regionale Qualitätssicherung einschließlich der Durchführung regionaler Qualitätskonferenzen zu lassen“. Dies sei für einen engen Kontakt mit den meldenden Einrichtungen und eine auf diese Weise gegebene Rückkoppelungsmöglichkeit „unverzichtbar und ein bedeutsamer Faktor für die Qualität der gemeldeten Daten“. Eine Zusammenführung und Harmonisierung auf Bundesebene würden nur dann zum Erfolg führen, wenn die Qualität der Meldedaten an der Basis gewährleistet werden könne.

## Herausfordernder Start in die neue Legislaturperiode in der Gesundheitspolitik

# Zwischen Kostendämpfung und Neugestaltung

*Mit der neuen Legislaturperiode stehen im Gesundheitsbereich Kostendämpfungsgesetze prioritär auf der gesundheitspolitische Agenda der neuen Bundesregierung – darüber sind sich sämtliche Experten im Gesundheitswesen einig. Es wird sich zeigen, ob die von der vorhergehenden Bundesregierung für das Jahr 2022 betonte „Sozialgarantie“, die Lohnnebenkosten nicht über 40 Prozent steigen zu lassen, in gleicher Weise durch die neuen politisch Verantwortlichen fortgesetzt wird. Als Erstes, das hatten alle Parteien schon vor der Bundestagswahl angekündigt, dürfte die neue Bundesregierung einen schonungslosen Kassensturz vornehmen, das gilt auch für das Gesundheitswesen. Hier zeichnen die gesetzlichen Krankenkassen schon ein düsteres Bild, ihre Einnahmen sind im kommenden Jahr erheblich geringer als ihre Ausgaben. Schon vor der Bundestagswahl haben die Krankenkassen begonnen, Kostensteigerungen der einzelnen Leistungsbereiche der vergangenen Jahre aufzulisten und dezidiert Vorschläge für „Einsparungen“ vorzulegen. Niemand scheint davon auszugehen, dass der Finanzbedarf der GKV allein über Steuergelder gelöst werden kann.*

Die Liste an großen Aufgabenstellungen für die gesundheitspolitisch Verantwortlichen, wenn sie ihre Arbeit aufnehmen, ist lang und heterogen. An oberster Stelle dürften die folgenden beiden Punkte auf der gesundheitspolitischen Agenda stehen: Zum einen müssen die Bewältigung der Corona-Pandemie und ihrer Auswirkungen einer Neubewertung und Strategieanpassung unterzogen werden – die Diskussion um die weitere Fortführung der epidemischen Lage nationaler Tragweite ist schon wieder in Reichweite. Allerdings spielt in diesem Geschehen auch die Sichtweise einzelner Länder eine mitentscheidende Rolle, insbesondere in der Situation des Übergangs in diesem Politikfeld von der alten noch geschäftsführenden Regierung auf die noch nicht etablierte neue Regierung. Zum Zweiten dürfte, wie erwähnt, so rasch wie möglich der „Sparhans“ das Zepter ergreifen. Die erwartete kurzfristige Kostendämpfungspolitik könnte beispielsweise Zuzahlungen auf Versichertenseite bedeuten, vielleicht durch die Wiedereinführung einer Praxisgebühr, die Ausgrenzung von Leistungen, (erneute) Budgetierungen im ärztlichen Bereich, Einsparungen im Arzneimittelbereich, beispielsweise durch Erhöhung des Endes des Jahres auslaufenden Herstellerrabattes, Globalbudgetierung im Krankenhausbereich – das sind Szenarien und bei weitem nicht alle, die in der Gesundheitspolitik schon diskutiert werden. Solch eine kurzfristige Einsparpolitik im Gesundheitswesen birgt die Gefahr, dass sachfremde Erwägungen – wie schnelle Machbarkeit und finanzielle Sofort-Wirkung – nachhaltige Gesichtspunkte dominieren.

Die demografische Entwicklung nimmt weiter an Fahrt auf. In der Gesundheitspolitik wurde sie bislang vor allem im Zusammenhang mit Belangen der Pflege, den Eigenanteilen für die Pflegefinanzierung und der Pflegeversicherung diskutiert. Doch sind auch die Strukturen und die Finanzierung des Gesundheitssystems auf die Bedarfe

der Gesundheitsversorgung von Senioren bislang nicht hinreichend ausgerichtet. Dieser Umstand ist nicht nur eine Aspektuierung, sondern stellt, wie der Vorsitzende des Hartmannbundes und Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, erst kürzlich in einem Vortrag verdeutlicht hat, die etablierten Versorgungsstrukturen auf den Prüfstand. Die Planungen in der Gesundheitsversorgung müssen den demografischen Wandel mit einbeziehen, konstatiert Reinhardt. Die Zahl der Menschen im Alter ab 67 Jahren stieg zwischen 1990 und 2018 um 54 % von 10,4 Millionen auf 15,9 Millionen und werde den nächsten 20 Jahren um weitere 5 bis 6 Millionen auf mindestens 20,9 Millionen wachsen. Die Versorgung geriatrischer Patienten sei Zeit- und Personalintensiv: erschwerte Anamneseerhebung, erhöhter Aufwand bei der Diagnostik, erhöhter Gesprächsbedarf, erhöhter Kooperationsbedarf mit anderen Disziplinen und Berufen, erhöhter Koordinationsaufwand. Diese Aufzählung Reinhardts illustriert den Umfang dieser neuen politischen Herausforderung.

Eine Krankenhausreform gelangt in jedem Fall auf die gesundheitspolitische Agenda. In der Finanzierungsdiskussion wird sogar eine Grundgesetzänderung ins Spiel gebracht, um den Bund zum Mitfinanzier, aber auch zum Mitplaner zu machen. Das lehnt die Deutsche Krankenhausgesellschaft strikt ab. Das Dauerthema der Problemlösung in der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, der die Länder mehr als unzureichend nachkommen, dürfte aber

aller Voraussicht nach mit einer Strukturreform der Krankenhäuser verknüpft sein. Die Zukunftsfrage der kleineren nichtspezialisierten Kliniken ist ebenfalls damit verbunden. Stichworte in der gesundheitspolitischen Diskussion reichen hier von der Umwandlung in regionale Gesundheitszentren bis hin zur Frage nach zu erhaltenen Basisversorgern. Eine Krankenhausreform, die vermutlich gemeinsam mit einer Notfallreform, umgesetzt würde, tangiert auch die Sektorengrenzen.

Eine Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft ist begleitet von der intensiven Auseinandersetzung über die „ambulanten Fälle“. Sollen diese durch die Krankenhäuser behandelt werden dürfen oder sollen sie in den ambulanten Bereich überwiesen werden oder beabsichtigen die Politiker die zunehmende Verschmelzung beider Bereiche? Wie steht es in diesen Zusammenhängen um die ambulante fachärztliche Versorgung? Wie soll die flächendeckende gesundheitliche Versorgung in ländlichen Gegenden gewährleistet werden? Wie gestaltet sich hier die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen, die qua Gesetz in strukturschwachen Gebieten auch eigenständig Praxen errichten dürfen? Welche Hindernisse müssen noch überwunden werden, um ärztliche Versorgungsnetze zukunftsfest zu gestalten? Eine Einigung der Koalitionäre in diesen und weiteren Fragestellungen, noch dazu unter der notwendigen Einbindung der Bundesländer, stellt eine Mammutaufgabe dar.

Auch das Thema der Digitalisierung und das „Zukunftsthema“ des Umgangs mit dem Klimawandel werden auf der gesundheitspolitischen Agenda nicht fehlen. Ein schwieriges politisches Thema bildet beim Erstgenannten der Umgang mit den Gesundheitsdaten. Die vom Patienten freiwillig zu gewährende Verknüp-

fung von Daten aus der elektronischen Patientenakte und dem Forschungsdatenzentrum, in dem die Abrechnungsdaten der gesetzlich Versicherten in pseudonymisierter Form vorliegen, ist zwar gesetzlich angelegt, aber beides ist noch nicht in der Praxis umgesetzt. Die Pharma-Industrie oder auch die Medizinproduktehersteller drängen darauf, auch auf die Daten des Forschungsdatenzentrums zugreifen zu dürfen. Lauter politische Gegenstände, die von den Koalitionären angegangen werden dürften.

Fehlen wird auch nicht die Arzneimittelpolitik. Die gesetzlichen Krankenkassen drängen auf eine Begrenzung der in die Höhe schießenden Preise patentgeschützter Arzneimittel. Ob sie sich hier durchsetzen, ist nicht ausgemacht, aber die leeren Kassen werden die Gesundheitspolitiker auch in diesem Bereich nach weiteren Einsparungen suchen lassen. Der Personalmangel in der Pflege, aber auch der durch die demografische Entwicklung weiter nach oben schnellende Ärztemangel bleibt eine Dauerbaustelle. Die Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen wird ein weiteres großes Reformthema sein. Und last but not least, die Frage, wie es um die Ausgestaltung der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen am Ende dieser Legislaturperiode bestellt sein wird, darüber dürfte niemand eine seriöse Prognose abgeben können. Die Haltung der neuen Koalition dürfte sich hier erst mit der Zeit herauskristalisieren. Jens Spahn fremdelte in der vergangenen Legislaturperiode mit Unabhängigkeit der Selbstverwaltung wie auch mit der fachlichen Eigenständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Schon dieser Themenaufriss zeigt: Die neue Legislaturperiode startet unter völlig veränderten Vorzeichen.

*Die Krankenkassen zeichnen schon lange ein düsteres Bild ihrer Finanzsituation. Kurzfristige Einspareffekte werden allerdings die strukturellen Herausforderungen nicht bewältigen*

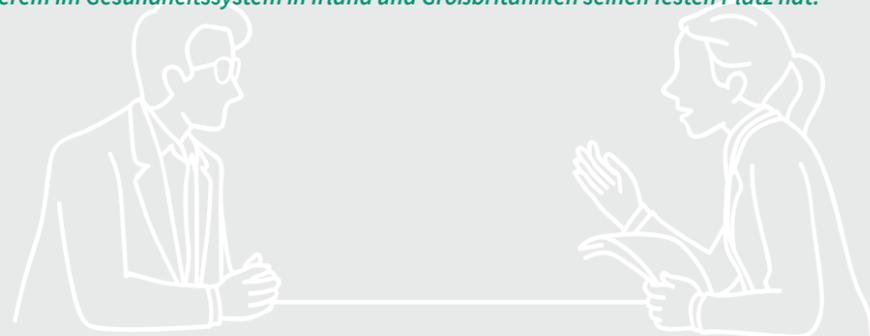


Interview zu einem Zukunftsmodell des Arztberufes

## „Wir brauchen mehr Spielräume für die berufliche Entwicklung“



Wenn es um das Krankenhaus der Zukunft geht, dann ist wichtig, auch das Berufsbild der Ärztin bzw. des Arztes zu überdenken und attraktiver zu gestalten. Für Prof. (RCSI) Dr. med. habil. Uwe Torsten, erster stellv. Vorsitzender des Landesverbandes Berlin, könnte hier als Vorbild der Consultant dienen, der unter anderem im Gesundheitssystem in Irland und Großbritannien seinen festen Platz hat.



**Herr Prof. Dr. Torsten, wie stellen sich junge Ärzte ihre stationäre Tätigkeit in Zukunft vor? Was ist ihnen wichtig?**

Meine Erfahrung aus vielen Gesprächen ist, dass Ärzte in Weiterbildung und Fachärzte in Krankenhäusern eine ganz genaue Vorstellung davon haben, wie ihre berufliche Zukunft mittelfristig aussehen soll. Sie schätzen es, interdisziplinär und in einem großen Team zu arbeiten. Sie wollen stetig dazulernen, empfinden die Arbeitsstruktur jedoch als zunehmend weniger attraktiv.

**Wie sieht dieser Zwiespalt konkret im Alltag aus?**

Ein versierter Facharzt, zum Beispiel, der gern auch interdisziplinär operiert, an komplexen chirurgischen Eingriffen interessiert ist, möchte sich aber nicht mehr dem Wochenplan komplett „unterwerfen“. Er verlässt die Klinik, geht in die Niederlassung und dann? Hier stößt das System an seine Grenzen. Als Belegarzt betreut er nur eigene Patienten, wahrscheinlich mit weniger schwierigen Eingriffen. Als Honorararzt hat er wiederum kaum Mitspracherecht in der Klinik und als Konsiliararzt darf er in erster Linie nur noch diagnostizieren. Egal welchen Weg man einschlägt, der Facharzt bzw. die Fachärztin wird seinen/ihren Beruf nicht nach den eigenen Ansprüchen und Vorstellungen ausüben können. Wir brauchen hier mehr Spielräume für die berufliche Entwicklung.

**Wie könnte ein Zukunftsmodell aussehen, um diesen Vorstellungen gerecht zu werden?**

Das Modell, macht euren Facharzt und dann stehen euch beide Karrieren in der Niederlassung und dem Krankenhaus offen, existiert schlichtweg nicht. Das ist im deutschen Gesundheitssystem so nicht vorgesehen. Das Krankenhaus organisiert, der Arzt unterschreibt. Teamarztmodelle auch in Schwerpunktkrankenhäusern existieren nicht. Es herrscht wenig Flexibilität.

Schauen wir in andere europäische Länder, wie Irland und Großbritannien, dort wird beispielsweise ein Consultant-System vorgehalten. Das bedeutet, dass spezialisierte Fachärztinnen und

Fachärzte, die in der Niederlassung arbeiten, sich ebenso um eine Stelle als Consultant in einem Krankenhaus bewerben dürfen. Consultants sind mehr, sie sind Ober-, Chefärzte und/oder Lehrende. Beide Seiten können sich aussuchen und vertraglich regeln, wie und wann sie miteinander arbeiten wollen. Sie betreuen nicht nur eigene Patienten, haben Mitspracherecht in der Klinik und dürfen diagnostizieren. Sie sind autark verantwortlich für den Therapieprozess und können interdisziplinäre Teams leiten. Außerdem ist es gern gesehen, wenn sie Lehrtätigkeiten wie „bedside teaching“ für Studenten, Weiterbildungsassistenten und junge Ärzte durchführen und an der Versorgungsforschung teilnehmen.

**Für diese Flexibilität müsste sich das deutsche Gesundheitssystem ändern...**

Das ist richtig. Die grundlegende Herausforderung hierzulande ist, wie kann die personelle Sicherung einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Gesundheitsversorgung und Sicherung der stationären Versorgung erreicht werden, wenn eine Zunahme der Teilzeitstellen im ärztlichen Bereich einerseits und eine Abnahme der finanziellen Deckung zwischen Kosten- und Leistungsgeschehen andererseits zu verzeichnen ist? Mangel an Fachkräften trifft auf Abkehr von der Vollzeitstelle als Arbeitsmodell. Auf die Kostenbremse drücken und Leistungen herunterfahren ist ein wenig sinnvoller Vorschlag.

Eine schrittweise Aufhebung der Einschränkungen zwischen ambulanter und stationärer Tätigkeit würde bei zunehmendem Fachkräftemangel dazu führen, dass motivationsfördernde Rahmenbedingungen geschaffen und bisher ungenutzte Potentiale gehoben werden. Wir müssen aktiv werden und werden im Landesverband Berlin darüber reden, wie die verkrusteten Strukturen durchlässiger gemacht werden können und konkrete Vorschläge unterbreiten. Im Verständnis des Hartmannbundes wäre diese Flexibilität Ausdruck einer freiberuflichen Berufsausübung, die dem Wohle der Patienten und dem Gesundheitssystem dient.

## Lehrprojekt „Aus der (Haut-) Arztpraxis in den Hörsaal“ Auf der Erfolgsstraße

Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Lehrprojekts „Aus der (Haut-) Arztpraxis in den Hörsaal: Ein innovatives praxisorientiertes mediengestütztes Lehrprojekt mit überregionalen interdisziplinären Nutzungsoptionen“ von Prof. Dr. med. Regine Gläser an der Hautklinik Kiel in Kooperation mit JuDerm wurden diverse, teils mediengestützte, neue Lehrmodule entwickelt und durch regelmäßige Akzeptanzevaluationen im Entwicklungsprozess optimiert.

Auf dem YouTube-Kanal „AG JuDerm“ erklärt Regine Gläser in kurzen Lehrvideos Medizinstudenten und anderen Interessierten Grundlagenwissen der Dermatologie. Bisher wurden zwei Staffeln 2019 und 2020 bestehend aus insgesamt 15 Teilen produziert. Die Videos sind zur Schulung im Rahmen praktischer Lehrmodule sowie in Seminar-Vorlesungen im Sommersemester 2019 erstmals an der Hautklinik Kiel zum Einsatz gekommen. Ziel des Lehrprojektes ist, Medizinstudierenden mit innovativen Methoden wichtige dermatologische Lernziele zu vermitteln.

„Praxisorientierte Lehre ist essentiell für alle Studienfächer und im „Masterplan Medizinstudium 2020“ fest verankert. Weiterhin sollen die Inhalte des Medizinstudiums dem digitalen Fortschritt angepasst werden“, heißt es in der Publikation von Linda Marlen Wittbecker zum Lehrprojekt im Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (JDDG) vom 12. Mai 2021. Zurzeit werde die Dermatologie, Allergologie und Venerologie meist durch Vorlesungen und praktische Untersuchungskurse oder Blockpraktika mit individuellen Konzepten der verschiedenen Lehrstandorte vermittelt. Interessierte Studierende könnten die Pflichtveranstaltungen durch Famulaturen in Klinik oder Praxis ergänzen. Besonders im Rahmen der Corona-Pandemie wäre es für alle Lehrenden erforderlich gewesen, ihre Lehre auf Online-Veranstaltungen und medienbasierte Unterrichtstechniken umzustellen. Sie böten die Möglichkeit der flexiblen Nutzung und könnten auch überregional von Dozierenden und Studierenden eingesetzt werden. „Wir waren unserer Zeit voraus“, zeigt sich Gläser überzeugt. Als die Präsenzvorlesungen dann pandemiebedingt ausfallen mussten, gab es aus Kiel schon Material, von dem die Studierenden profitieren konnten.

Der Fokus des Projekts liegt neben der Vermittlung nützlicher praxisorientierter dermatologischer Fähigkeiten auch in der Darstellung der wichtigen Kooperationen zwischen (Universitäts-)Klinik und Praxis, da ein hoher Prozentsatz der Medizinabsolventen später eine Niederlassung anstrebe. „Die Schärfung des Verständnisses für die Primärversorgung mit ihren unterschiedlichen Diagnosen, Ausprägungen der Krankheitsbilder und Therapieansätzen in Praxis und Klinik soll Bestandteil der neuen Lehrmodule sein. Zudem werden den Studierenden dadurch auch wichtige Aspekte, die über das dermatologische Fachgebiet hinausgehen, vermittelt.“ Ziel sei, die neuen didaktischen Lehrvideos für Studenten und Lehrende überregional nutzbar zu machen. „So können wesentliche diagnostische und therapeutische Techniken in der Dermatologie Studenten frühzeitig und möglichst realistisch vorgestellt werden und das Interesse



am Erlernen dieser Fertigkeiten sowie an unserem Fach wecken“, betont JuDerm. Das Vorhaben wurde durch den PerLe (Projekt erfolgreiches Lehren und Lernen)-Fonds für Lehrinnovation aus Mitteln des BMBF gefördert.

Die erste Staffel mit Lehrfilmen von Professorin Gläser stellt wesentliche Techniken zur Diagnostik und Therapie vor: Standardisierte Ganzkörperuntersuchung im Rahmen des Hautkrebscreenings, Abstrichentnahme nach dem Essener Kreisell (eine Abstrichmethode für chronische Wunden), Curettage (die Ausschabung der Gebärmutter Schleimhaut mit einem speziellen Instrument, der Kürette) und Probiopsie (Gewebeprobenentnahme) am Beispiel einer Apfelsine für einen Lehrkurs bei Studenten, Subkutane (unter der Haut befindliche) Naht am Beispiel eines Nahtpads sowie Curettage, Probiopsie, Scherenschlag und Exzision von Hautveränderungen am Patienten. Eine zweite Staffel Lehrfilme „Toolkit Dermatologie“ wurde 2020 erstellt und enthält Teile zu den Themen: Optische Geräte, Einsatz des Glasspatels, Einsatz des Holzspatels, „Cremetube: Finger-Tip-Unit (FTU)“ und „Paket: OP-Training“. Die Videos sind über YouTube zu sehen und wurden teilweise bereits über 70.000 Mal angeklickt.

Im Rahmen des Projekts wurden jedoch nicht nur die Filme produziert. Gläser hat zusammen mit anderen Kieler Dermatologen einen Praxistag für Medizinstudierende in Kiel initiiert. Das Angebot einer freiwilligen eintägigen Praxishospitation in einer Lehrpraxis soll tieferen Einblick in die Tätigkeit der dermatologischen Niederlassung geben, bevor die Entscheidung zu einer Famulatur getroffen wird. Ergänzende Angebote zur psychosomatischen Dermatologie und zur Stressbewältigung sind weitere in das Konzept integrierte Themen. Bisher nahmen 282 Studierende an den Modulen teil. Die Evaluationen ergaben in 88 bis 100 Prozent einen Wunsch nach weiterem Ausbau der neuen Lehrangebote sowie Integration in die curriculare Lehre.

„Die Evaluationen fielen unglaublich positiv aus und viele gute Ideen der Studierenden haben wir gleich zum Anlass genommen noch weiter nachzubessern!“, bewertet Regine Gläser in einem Interview mit JuDerm die Ergebnisse. Die frei verfügbaren Lehrfilme seien durch Vernetzung im Forum Akademische Lehre auch von anderen Universitätsstandorten erfolgreich eingesetzt worden. Ideen für weitere Filme und Aktivitäten gebe es Professorin Gläser zufolge noch genügend. Gläser wurde bereits mehrfach für das Konzept ausgezeichnet, zuletzt mit dem Preis für Akademische Lehre der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), den sie gemeinsam mit der Erlanger Privatdozentin Cornelia Erfurt-Berge erhielt.

Kompetenzerwerb für eine digital-vernetzte Medizin im geschützten Raum

## Operieren am Phantom setzt neue Maßstäbe

*Am Medizincampus Chemnitz ist im Sommer dieses Jahres das Skills Lab Medicus, ein medizinisches Simulations- und Trainingszentrum, eröffnet worden. In der interprofessionellen Einrichtung sollen künftig die Studierenden des Modellstudiengangs Humanmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität (TU) Dresden praktische Fähigkeiten der medizinischen Behandlung unter fachlicher Anleitung von Tutoren des Klinikums Chemnitz erlernen und üben.*

„In einem der modernsten Trainingszentren Deutschlands erhalten die Studierenden des Modellstudiengangs die Grundlage für eine Ausbildung, die neue Maßstäbe setzt. Die Digitalisierung spielt bei der Verzahnung von Theorie und Praxis eine zentrale Rolle und sie ist auch Voraussetzung im Skills Lab“, betont PD Dr. med. habil. Timo Siepmann, Geschäftsführender Leiter des Modellstudiengangs Humanmedizin der TU Dresden in Chemnitz.

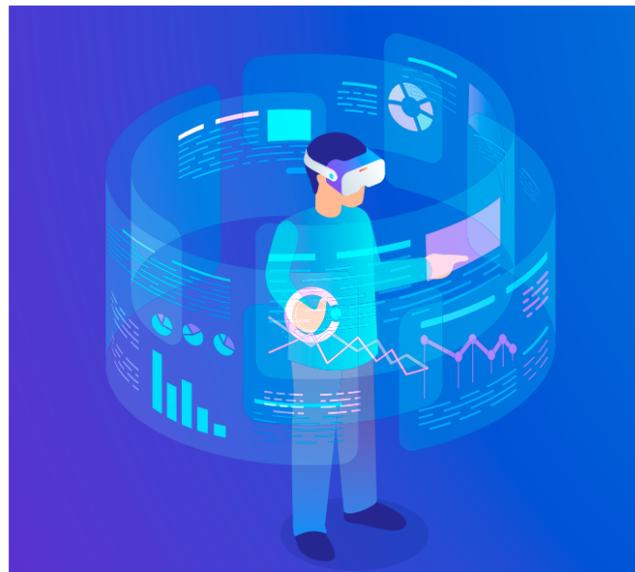
Der Skills Lab steht den Studierenden des Modellstudiengangs Humanmedizin MEDiC der Medizinischen Fakultät Dresden der Technischen Universität (TU) Dresden und der Klinikum Chemnitz gGmbH zur Verfügung. 50 Studierende starteten erstmalig am 2. November 2020 zum Wintersemester 2020/2021, um den Modellstudiengang Humanmedizin MEDiC zu absolvieren. Die Inhalte der einzelnen Fachdisziplinen werden in einem modularen Aufbau organsystembezogen gelehrt, um von Anfang an eine enge Verzahnung vorklinischer und klinischer Fächer zu erzielen. Der überwiegende Teil der vorklinischen und klinischen Lehre findet am Campus Klinikum Chemnitz statt, dem Primärstandort des Studiengangs.

Im Skills Lab stehen sechs modern ausgestattete und flexibel nutzbare Räume zur Verfügung. Dafür wurde die frühere Angiographie des Klinikums umgebaut. Anschließend erfolgte die Ausstattung mit hochwertiger Medizin- und IT-Technik, etwa für die OP-Simulation oder unterschiedliche Behandlungsszenarien einer Intensivstation, berichtete das Klinikum Chemnitz. Die Studierenden lernen dort an sogenannten Phantomen, digital gesteuerten Puppen mit elektronischem Innenleben. Die Phantome seien detailgetreu gestaltet und mit realitätsnahen Körperfunktionen ausgestattet, beispielsweise dem Herz- und Pulsschlag oder der Atmung. Damit würden sich verschiedene Krankheitsbilder simulieren und Behandlungssituationen nachstellen lassen. Anschließend könnten die Studierenden in Kleingruppen ihre Behandlungsschritte aus- und bewerten, denn sie könnten auf Wunsch von Deckenkameras auf-

gezeichnet werden. In den neu eingerichteten Räumen sollen die Studierenden bereits ab dem 2. Semester praktisch-medizinische Fähigkeiten wie die Blutentnahme, die Wiederbelebung oder die Versorgung von Wunden lernen.

Den Studierenden soll insbesondere kommunikative Kompetenzen bei der Gesprächsführung mit Patienten vermittelt werden. Dazu zähle etwa die Anamnese und später sollen psychologisch sehr viel schwierigere Themen dazukommen. Zeitweise soll auch ein Patienten-Darsteller eigens aus dem Schauspielensemble der Chemnitzer Bühnen zum Einsatz kommen. Die Szenarien sollen dann über Kameras und Mikrofone direkt übertragen werden. Die Lehrenden, Tutoren und Mitstudierenden könnten die Szene beobachten und anschließend unter Anleitung eines Tutors ein direktes Feedback geben. „Denn das Zuhören und die Empathie spielen bei der Behandlung von Patienten eine wichtige Rolle“, erklärt das Klinikum Chemnitz. Für das kommunikative Training sollen zukünftig noch weitere Räume hergerichtet werden. Später sollen auch fachliche und didaktische Weiterbildungen verschiedener Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich im Skills Lab Chemnitz stattfinden.

„Dem am Medizincampus Chemnitz neu eröffneten Skills Lab kommt die ganz besondere Rolle zu, den Studierenden einen geschützten Rahmen zu bieten, in dem sie theoretisch vermittelte Fähigkeiten unmittelbar umzusetzen. Das ist genau der Kern des neugestalteten Studiengangs MEDiC“, sagte Prof. Dr. rer. nat. habil. Thomas Noll, Studiendekan des Modellstudiengangs Humanmedizin der TU Dresden in Chemnitz. „Für die künftigen Jahrgänge von etwa 50 Studierenden wurde ein spezielles kompetenzorientiertes Auswahlverfahren entwickelt, welches individuelle, multimodale Interviews beinhaltet“, informiert das Klinikum Chemnitz. „Die gezielt ausgewählten Studierenden werden durch das innovative Curriculum des Modellstudiengangs zu einer Generation von Ärztinnen und Ärzten ausgebildet mit Kompetenzen für eine digital-vernetzte Medizin.“



Was einem PJler so ab und zu durch den Kopf geht

## Wir wollen lernen, helfen und hätten gern ein bisschen Anerkennung

Was wäre, wenn alle PJler am gleichen Tag erkranken würden? Wer würde dann in den Krankenhäusern Blut abnehmen, venöse Zugänge legen, Haken halten, Patienten in den OP oder zur Untersuchung transportieren, Drainagen ziehen, Verbände wechseln oder Fäden ziehen? Und wer würde jetzt während der Corona-Lage Abstriche machen und Fieber messen?

Würden die Patienten in Ihren Betten finden, dass sie trotzdem prima versorgt werden?

Vermutlich nicht, denn Pflegekräfte, Medizinerinnen und Mediziner in einem Krankenhaus versuchen immer, drei Aufgaben gleichzeitig zu erledigen und dennoch die Patienten empathisch zu versorgen. Und die Studierenden im Praktischen Jahr sind dafür elementar!

PJler stellen nämlich eine ganz wesentliche Stütze der stationären Versorgung dar. In vielen Bereichen, wie z.B. der Chirurgie oder Neurologie scheinen sie „reguläre“ Arbeitskräfte zu ersetzen. Sie werden fest eingeplant, um bei Eingriffen zu assistieren und Patienten zu versorgen. Oft haben Sie einen 10-Stunden-Arbeitstag, bei dem die Lehre vollkommen auf der Strecke bleibt. Die PJ-Fortbildungen finden häufig unregelmäßig oder kaum statt oder sind auf im Schnitt eine Stunde die Woche begrenzt. Den Rest der Zeit agieren die PJler dann als (kostenlose) Hilfskräfte. Moment einmal, fragt sich an dieser Stelle Mancher: Ist das PJ nicht Teil des Studiums? Eigentlich sollte das Praktische Jahr doch dem Erlernen praktischer ärztlicher Fähigkeiten dienen und das theoretische Wissen aus dem Studium ergänzen. Dementsprechend sollten die PJler eigentlich den Assistenzärztinnen und -ärzten über die Schulter gucken, bei Viggos oder Arztbriefen helfen, Patienten eigenständig untersuchen und dann den betreuenden Ärztinnen und -ärzten die Ergebnisse vorstellen und das Vorgehen diskutieren oder auch eigene Patienten unter Supervision betreuen.

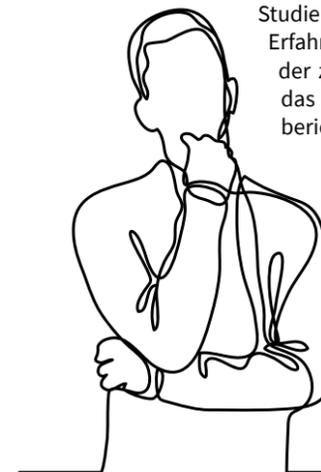
Natürlich gibt es auch Häuser, an denen es genauso läuft und den Studierenden viel beigebracht wird. Die Studierenden, die am Ende ihres PJ von solchen Erfahrungen berichten können, zählen aber leider zu den wenigen Glücklichen und sie wissen das auch. Denn die meisten ihrer Kommilitonen berichten davon, tagaus tagein die gleichen Aufgaben auszuführen, ohne davon auch nur im Geringsten profitieren zu können. Aus diesem Grund gehen viele Studierende für das PJ ins Ausland, weil sie hier vorrangig ärztliche Tätigkeiten verrichten dürfen, die Lehre einen guten Ruf besitzt und ihre Mitarbeit auf den Stationen sogar bezahlt wird. Denn besonders schlimm ist das Praktische Jahr für die Studierenden, die sich parallel

selbstständig finanzieren müssen. Ein Nebenjob von 15 – 20 Stunden ist in diese langen, erschöpfenden Arbeitswochen nur schwer zu integrieren. Eine PJ-Aufwandsentschädigung gibt es längst nicht überall und selbst dort, wo es sie gibt, liegt sie oftmals deutlich unter dem BAföG-Höchstsatz, sodass eine externe Finanzquelle unerlässlich für die Studierenden ist.

Die Corona-Pandemie hat die Situation noch verstärkt. Klar, alle mussten in den letzten Monaten Abstriche machen, aber oft ist zuletzt im PJ auch noch der Rest an Lehre der Pandemie zum Opfer gefallen. Durch die Verschiebung der elektiven Eingriffe sind teilweise ganze Stationen geschlossen worden. Dadurch tummeln sich die PJler auf den übrigen Stationen und es gibt noch weniger ärztlich Relevantes für den Einzelnen zu tun. Die Lehrenden wurden von mehreren Studierenden gleichzeitig verfolgt, statt Einzelne intensiv betreuen und unterrichten zu können. Damit ist niemand der Beteiligten glücklich. Studierende wurden außerdem vielfach von Visiten ausgeschlossen und auch die Teilnahme an Teambesprechungen und Fortbildungen wurde ihnen aus Infektionsschutzgründen verwehrt. Auf diese Weise können Studierende hinterher nicht selbstbewusst in das letzte Staatsexamen und die Facharztweiterbildung starten. Gut ausgebildete Ärzte erfordern nämlich im Vorfeld eine gute Ausbildung – Corona hin oder her. Gerade, weil angehende Ärztinnen und Ärzte gleich nach dem PJ in ihrem Arbeitsalltag ständig mit Infektionssituationen konfrontiert werden und dem nicht mehr ausweichen können, ist es wichtig, dass sie mit der Situation schon frühzeitig in geschütztem Rahmen und selbstverständlich unter Einhaltung sämtlicher Hygienemaßnahmen konfrontiert werden. Inzwischen sind zudem die meisten PJler ebenso wie die übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kliniken geimpft, sodass das bisherige Argument gegen die Durchführung des PJ-Unterrichts nochmal an Gewicht verliert.

Was wäre also, wenn alle PJler am gleichen Tag von einem Virus heimgesucht werden würden, der nur Medizinstudierende ab dem 11. Semester befällt? Dann könnten vielleicht Patienten keine Antibiotika bekommen, weil niemand einen Zugang gelegt hätte. Notwendige OPs würden verschoben werden, weil niemand die Haken halten könnte, blutende Wunden würden nicht verbunden werden, Untersuchungsergebnisse würden nie bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ankommen, sodass Patienten keine Medikamente verschrieben bekommen würden und Pflegekräfte würden zusammenbrechen, weil sie die Arbeitsbelastung in den unterbesetzten Abteilungen nicht stemmen könnten.

Zum Glück gibt es kein Virus, das nur PJ-Studierende befällt! Aber vielleicht wäre es trotzdem an der Zeit, über die Ausbildungsqualität im PJ nachzudenken und dem chronischen Personalmangel in den Kliniken entgegenzuwirken. Vielleicht sollten Studierende im Praktischen Jahr auch tatsächlich ganz praktisch das Arzt/Ärztin-Sein erlernen und vielleicht sollte ihnen dabei sogar eine Existenzgrundlage gewährt werden – völlig unabhängig von Corona!



## Digitalisierungs-Fahrplan in den Arztpraxen – eine Übersicht

# Positives Erleben häufig noch Fehlanzeige

*Bis Ende 2021 soll die Anbindung medizinischer Einrichtungen an die Telematikinfrastruktur (TI) nach dem Willen von Gesetzgeber und Gematik flächendeckend umgesetzt sein, parallel zur Einführung verschiedener TI-Anwendungen. Allerdings hakelt es auch in der konkreten Umsetzung an vielen Stellen. Nichtsdestotrotz sollen mit der elektronischen Patientenakte (ePA), der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und dem elektronischen Rezept (E-Rezept) bis zum 1. Januar 2022 gleich mehrere Massen Anwendungen in der Telematikinfrastruktur (TI) verfügbar sein. Zudem gibt es schon die Möglichkeit eines Notfalldatenmanagements (NFDm) und des elektronischen Medikationsplans (eMP), die die Praxen auf Wunsch ihrer Patientinnen und Patienten anbieten müssen. Der elektronische Arztbrief soll Ärzten und Psychotherapeuten eine schnelle und sichere Kommunikation über den Kommunikationsdienst der TI (Kommunikation im Medizinwesen – KIM) ermöglichen, auch über Sektorengrenzen hinweg. Im August 2021 hat das BMG außerdem eine Gesundheits-IT-Interoperabilitäts-Governance-Verordnung (IOP Governance-Verordnung – GIGV) auf den Weg gebracht. Der Hartmannbund mahnt dringlich, auf die notwendige Akzeptanz in den Praxen zu achten.*

Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können schon länger elektronische Arztbriefe (eArztbriefe) direkt aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) heraus versenden und empfangen. Mit einem neuen Vergütungsmodell werden diese Briefe seit dem 1. Juli 2020 zusätzlich gefördert. Für den Versand wird ein elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) benötigt. Der Ausweis wird für die Identifizierung des Inhabers im elektronischen Netz benötigt. Mit ihm kann auch eine rechtssichere elektronische Unterschrift erstellt werden – die qualifizierte elektronische Signatur (QES). Das PVS und das eArztbrief-Modul müssen von der KBV zugelassen sein.

### Notfalldatenmanagement seit Ende 2020 verfügbar

Das Notfalldatenmanagement (NFDm) ist eine der ersten medizinischen Anwendungen in der TI und ist seit Ende 2020 verfügbar. Ärzte können damit notfallrelevante Informationen direkt auf der elektronischen Gesundheitskarte speichern. Damit sollen sie anderen Ärzten in einem medizinischen Notfall schnell zur Verfügung stehen. Der Notfalldatensatz enthält beispielsweise Informationen zu relevanten Diagnosen, zur Medikation oder zu Allergien und Arzneimittel-Unverträglichkeiten. Mit dem NFDm können Ärzte einen solchen Notfalldatensatz elektronisch anlegen, lesen und aktualisieren. Sie benötigen dafür einen Anschluss an die TI mit einem E-Health-Konnektor, der seit Sommer 2020 verfügbar ist, und einem entsprechenden Modul des PVS. Der Notfalldatensatz ist für Patienten freiwillig. Anspruch auf einen Notfalldatensatz haben sie, wenn zum Beispiel Vorerkrankungen oder Allergien vorliegen, von denen Ärzte und medizinisches Personal in einem Notfall wissen sollten.

Neben dem NFDm steht auch der elektronische Medikationsplan (eMP) seit Ende 2020 zu Verfügung. Er ist eine Weiterentwicklung des bereits seit 2016 bestehenden bundeseinheitlichen Medikationsplans. Der eMP ist in digitaler Form auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert. Ein eMP beinhaltet Informationen über welche Arzneimittel ein Patient oder eine Patientin einnimmt oder anwendet und ob Allergien oder Unverträglichkeiten bestehen. Ein eMP wird immer über das PVS angelegt – dazu benötigen Ärzte ein entsprechendes Software-Modul. Auch Zahnärzte und Apotheker dürfen diese Aufgabe übernehmen. Psychologische Psychotherapeuten können die Daten nur auslesen und

für die Behandlung nutzen. Auch der eMP ist für Patienten freiwillig. Sie müssen sowohl beim Anlegen als auch bei jedem Auslesen, Aktualisieren und Speichern zustimmen. Anspruch auf einen eMP haben Versicherte, wenn sie mindestens drei systemisch wirkende, zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verschriebene Arzneimittel dauerhaft anwenden – dauerhaft heißt: (voraussichtlich) für einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen.

### Kassen müssen ePA-App bereitstellen

Seit dem 1. Januar 2021 sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten auf Wunsch eine elektronische Patientenakte (ePA) in Form einer App für mobile Endgeräte wie Smartphones oder Tablets zur Verfügung zu stellen, und seit dem 1. Juli 2021 müssen Arztpraxen technisch und organisatorisch fähig sein, mit der ePA umzugehen. Ebenso wie beim NFDm und eMP ist die Nutzung für die Versicherten freiwillig. Die Versicherten können bestimmen, welche medizinischen Informationen in die Akte hochgeladen werden und wer darauf zugreifen darf. Die ePA und mit ihr alle wichtigen medizinischen Dokumente – kann der Versicherte mit dem eigenen Smartphone oder Tablet abrufen und verwalten. Für das Befüllen und Auslesen der ePA benötigen die Arztpraxen neben einem Anschluss an die TI ein Software-Update für den ePA-Konnektor und ein ePA-Modul für ihr PVS. Daneben ist rechtlich ein eHBA beziehungsweise elektronischer Psychotherapeutenausweis (ePtA) notwendig.

Die KBV hat vom Gesetzgeber im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die Aufgabe erhalten, die medizinischen Daten für die ePA zu standardisieren, um einen strukturierten Datentransfer der Niedergelassenen untereinander sowie zu Kliniken, zu Apotheken oder zu anderen medizinischen Fachberufen sinnvoll möglich zu machen. Unter der Bezeichnung medizinische Informationsobjekte (MIOs) hat die KBV bereits Standards für digitale Versionen des Impfpasses, des Mutterpasses, des Kinder-Untersuchungsheftes und des Zahnärztlichen Bonusheftes definiert. Die ePA soll laut Zeitplan der Gematik ab Januar 2022 so weit sein, die MIOs verarbeiten zu können.

Die elektronische Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) von Patientinnen und Patienten an die Krankenkassen sollte laut TSVG seit dem 1. Januar 2021 für Arztpraxen verpflichtend sein.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben sich aber unter Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auf eine Übergangsregelung geeinigt. Diese besagt, dass sich das Verfahren der Ausstellung einer AU erst ab dem 1. Oktober 2021 ändert. Auch dann soll der Versicherte nach wie vor eine AU als Papierausdruck erhalten, die er an seinen Arbeitgeber weiterreichen kann. Die Zuleitung der AU an die Krankenkasse soll dann aber der ausstellende Arzt oder die ausstellende Ärztin übernehmen. Er soll über die Telematikinfrastruktur die elektronische AU (eAU), die mit Hilfe des eHBA signiert wird, an die zuständige Krankenkasse weiterleiten. Die Übermittlung soll mittels dem Kommunikationsdienst im Medizinwesen (KIM) stattfinden. In einem zweiten Schritt am 1. Januar 2022 soll dann die Vorlagepflicht der AU in Papierform des Arbeitnehmers gegenüber dem Arbeitgeber entfallen. Ab 2022 soll der Arbeitgeber die eAU direkt bei der zuständigen Krankenkasse abrufen können. Für Beweisführungszwecke soll der Arbeitnehmer dennoch einen „Gelben Schein“ in Papierform bekommen. Diese Änderungen sollen zunächst nur für gesetzlich Krankenversicherte gelten.

### E-Rezept wird Anfang 2022 verbindlich

Ab dem 1. Januar 2022 soll die Nutzung des elektronischen Rezepts (E-Rezept) verbindlich sein. Mit dem E-Rezept soll nach der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung die nächste Massen Anwendung über die TI laufen. Das E-Rezept soll in mehreren Schritten eingeführt werden. Zunächst geht es ausschließlich um die Verordnung von apothekenpflichtigen Arzneimitteln, die von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bezahlt werden. Diese müssen Vertragsärzte ab dem 1. Januar 2022 als E-Rezept verordnen. Auch für Patienten ist das E-Rezept dann Pflicht. Bei Haus- und Heimbisuchen sowie bei technischen Problemen können Ärzte jedoch weiterhin das Papierrezept nutzen. Bereits am 1. Juli 2021 startete eine Testphase des E-Rezepts in ausgewählten Praxen der Region Berlin-Brandenburg. Ab dem 1. Oktober 2021 sollen alle Ärztinnen und Ärzte bundesweit auf freiwilliger Basis in die Nutzung des E-Rezepts einsteigen können.

Ärztinnen und Ärzte sollen für das E-Rezept wie gewohnt die Verordnungsdaten in ihrer Verordnungssoftware zusammenstellen. Anschließend sollen sie den Datensatz qualifiziert elektronisch sig-

nieren und auf den E-Rezept-Server laden. Wenn ihre Patientinnen und Patienten die E-Rezept-App nutzen, soll das Ausstellen des E-Rezepts damit abgeschlossen sein. Dann können die Patienten bei der Apotheke ihrer Wahl vorab ein Arzneimittel anfragen, eine Verordnung zuweisen oder einen Data-Matrix-Code erzeugen. Mit dem Abscannen des Codes in der Apotheke ist diese dann berechtigt, die E-Rezept-Daten über die TI vom Server abzurufen und die verordneten Arzneimittel auszugeben. Patientinnen und Patienten, die die App nicht nutzen, benötigen jedoch einen Patientenausdruck, um ihre Arzneimittel in der Apotheke zu erhalten.

Mit der Gesundheits-IT-Interoperabilitäts-Governance-Verordnung (IOP Governance-Verordnung – GIGV) will das BMG Interoperabilität im Gesundheitswesen fördern, um die Nutzenpotentiale der Digitalisierung auszuschöpfen. „Für die Versorgung entstehen Mehrwerte durch Digitalisierung nur dann, wenn die eingesetzte Technik störungsfrei im Praxis- und Krankenhausalltag – sektoren- und einrichtungsübergreifend – funktioniert“, erklärt die Bundesärztekammer (BÄK) in ihrer Stellungnahme. Die BÄK spricht sich für die verbindliche Umsetzung interoperabler Standards für Systeme in der Gesundheitsversorgung aus, die Patientendaten verarbeiten. Abzuwarten bleibe allerdings, ob die geplanten Mechanismen tatsächlich zur Förderung der Interoperabilität im Gesundheitswesen geeignet sind.

Laut einer gemeinsam durchgeführten Umfrage von Bitkom und Hartmannbund zur Digitalisierung des Gesundheitswesens würden – über Sektorengrenzen hinweg – die überwiegende Zahl der Ärztinnen und Ärzte die Digitalisierung der Medizin grundsätzlich als Chance zur Verbesserung der Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten betrachten. 86 % der Klinik-Ärzte würden in der Digitalisierung primär Chancen für das Gesundheitswesen sehen – 10 % hielten die Digitalisierung für ein Risiko. Bei den Praxis-Ärzten hätten lediglich 53 % die Chancen betont – und 39 % die Risikoperspektive. Für Dr. Klaus Reinhard, Vorsitzender des Hartmannbundes, ist klar, was einer höheren Akzeptanz in den Arztpraxen bisher entscheidend im Wege steht: „Die Kolleginnen und Kollegen können einen echten Mehrwert des digitalen Fortschritts für sich und ihre Patientinnen und Patienten im Versorgungs-Alltag nicht erleben. Genau dieses positive Erleben ist aber entscheidend“. Stammdatenmanagement in der Praxis inklusive entsprechender Sanktionen bei Nichterfüllung sei „definitiv kein Mehrwert“, der motiviere.

*Digitalisierung ohne Mehrwert für die Versorgung wird sich nur mühsam umsetzen lassen*

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

## ... welche digitalen Angebote meine Krankenversicherung für mich hat?

Shopping, Urlaubsbuchung und Lebensmitteleinkäufe laufen im Alltag immer häufiger digital ab. Die Nachfrage nach Online-Services in Deutschland ist während der Corona-Pandemie nochmals deutlich gestiegen. Aber wie sieht es im Bereich Gesundheit und speziell im Bereich der Krankenversicherung aus?

### Was sieht der Gesetzgeber vor?

Mit Einführung des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) Ende 2019 besteht für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) das Recht, digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) – also die App auf Rezept – zu nutzen. Somit haben GKV-Versicherte Anspruch auf eine Versorgung mit DiGAs, die von Ärzten, Psychotherapeuten oder der Krankenkasse verordnet

und durch die Krankenkasse erstattet werden. Die oftmals als „digitale Helfer“ bezeichneten Anwendungen unterstützen bei der Diagnose und Therapie von Krankheiten und tragen somit zu einer innovativen, gesundheitsförderlichen Lebensführung bei. So können beispielsweise Tinnitus-Patienten durch die Unterstützung der dazugehörigen App, einen besseren Umgang mit möglichen Ohrgeräuschen erzielen.

Damit DiGAs offiziell genutzt werden können, müssen sie ein Prüfverfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erfolgreich durchlaufen und im Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA-Verzeichnis) gelistet werden. Das DiGA-Verzeichnis enthält alle für Ärzte, Psychotherapeuten und Nutzer relevanten Informationen. Die ersten DiGAs wurden im Oktober 2020 gelistet.

### Und was bietet die PKV?

Für die Private Krankenversicherung (PKV) gilt das verpflichtende Angebot von

DiGAs im Rahmen des DVG offiziell nicht. Viele PKVen kennen jedoch die Bedeutung digitaler Services – waren teilweise sogar Vorreiter in der Bereitstellung – und bieten ihren Kunden ebenfalls DiGAs sowie weitere innovative digitale Angebote an. Digitale Services werden meist als kostenlose Zusatzleistung, aber auch in Verbindung mit speziellen Tarifen der PKVen angeboten. Insbesondere die Bereiche Prävention, Diagnose & Information, Behandlung & Monitoring sowie Services wie der Online-Arzt oder die digitale Gesundheitsakte werden stetig weiterentwickelt. Die am häufigsten abgedeckten digitalen Service-Bereiche sind Administration, Rechnungs-Apps, Gesundheitsinformationen sowie Suchfunktion & Terminbuchung.<sup>1</sup>

Sowohl die GKV als auch die PKV setzen durch ihre Angebote die Entwicklung zum ganzheitlichen Gesundheitsversorger fort, indem sie mit digitalen Services weiter in die Versorgungskategorien vordringen.

<sup>1</sup> <https://www.muecke-roth.de/studie-private-krankenversicherungen-im-digitalen-wandel/>



Digitale Angebote der AXA Krankenversicherung, unser Partner im Bereich PKV, sind z.B. mit Fokus auf mentale Gesundheit:

- Novego RELAX: Digitales Präventionsangebot gegen Stress. Mit Hilfe von Videos, Spielen, Meditationsübungen und Hintergrundwissen etc. lernen Kunden, wie sie mit Stress umgehen können.
- Novego ... besser schlafen: Schlaflos durch die Nacht? Wir helfen Ihnen bei Schlafproblemen – mit unserem Online-Unterstützungsprogramm als wirksame Hilfe bei Schlafproblemen.
- Das ePortal „Meine Gesundheit“ bietet darüber hinaus weitere digitale Services, die das Management rund um die Gesundheit erleichtern: Digitale Rechnungsverwaltung, Elektronische Gesundheitsakte, Digitaler Medikamentenmanager u.v.m.



Digitale Angebote der HEK, unser Partner im Bereich GKV

- Aumio – mentale Gesundheit für Kinder
- Digitaler Hautcheck mit dem OnlineDoctor
- Pelvina – Stärkung des weiblichen Beckenbodens
- Invirto – Therapie gegen Angststörungen

## Ausblick für das 2. Halbjahr 2021

### Keine Frage zwischen Value und Growth

Nach den sehr starken Kursavancen an den Aktien- und Rohstoffmärkten über die letzten 12 Monate stellt sich berechtigterweise die Frage, ob die Reise in diesem Tempo weitergehen kann und wo allenfalls die Gefahren grösserer Kursrückschläge sind. Nachfolgend einige Faktoren, die wir derzeit genau beobachten.

Die Zentralbanken unterstützen die Wirtschaft weiterhin mit tiefen kurzfristigen Zinsen, trotz starkem Wirtschaftswachstum und «temporären» globalen Inflationstendenzen. Zu dieser Liquidität kommen die enormen Sparvermögen, die sich in der Krise angehäuft haben und zunehmend in die Aktienmärkte oder auch den Konsum fließen. Diese beiden Faktoren im Zusammenspiel mit der globalen Öffnung der Wirtschaft bleibt ein starker Rückhalt für die Wirtschaft. Sollten jedoch die Zentralbanken die Liquidität früher oder stärker als erwartet aus den Märkten abziehen, könnte dies zu grösseren temporären Gewinnmitnahmen an den Renten- und Aktienmärkten führen.

Nach langen Jahren mit tiefer Inflation erwarten wir in den kommenden Jahren eher eine Normalisierung auf leicht höherem Niveau. Für die Wirtschaft wäre dies positiv, nicht so für die jetzt schon arg strapa-

zierten Sparer, die mit negativen Realzinsen zunehmen an Kaufkraft verlieren.

Die COVID-Krise hat vor allem die Staatshaushalte mit enormen Kosten belastet. Unklar ist, wie diese Kosten amortisiert werden können, ohne das Wirtschaftswachstum zu bremsen. Dank der tiefen Zinsen der letzten Jahre nimmt die Zinslast vieler Staatshaushalte auch heute noch ab, die Haushaltsdefizite steigen weiterhin stark an. Früher oder später bedeutet dies höhere Abgaben und Steuern.

Angekündigte Wirtschaftsförderprogramme bilden für die Wirtschaft und für Unternehmen einen guten Rückhalt. Auf der anderen Seite haben sich jüngst 130 Länder auf eine umfassende Steuerreform und die Einführung globaler Mindeststeuersätze für Grossunternehmen geeinigt. Die zusätzlich erwarteten Steuerzahlungen von USD 150 Milliarden geht wohl zu Lasten der Aktionäre. In den USA wird zudem ein strengeres Kartellrecht vor allem die Grosskonzerne belasten.

Sehr zugenommen hat auch die Sektorrotation. Gemeint ist damit, dass sich die Anleger immer rascher neu positionieren, um von künftig erwarteten Trends zu profitieren. Es ist also keine Frage zwischen Value oder Growth-Titeln. Um dieses Thema

BANK ALPINUM



Jacqueline Krämer: «Die aktuelle Marktbewertung nimmt viel Gutes vorweg, Aktieninvestoren profitieren auch in Zukunft von dynamischem Unternehmertum»

zu vertiefen, steht Ihnen Jacqueline Krämer – Stv. Direktorin – Leiterin Private Banking – Telefonnummer: 00423 239 62 33 oder unter [jacqueline.kraemer@bankalpinum.com](mailto:jacqueline.kraemer@bankalpinum.com). Wir freuen uns Ihnen ausserdem mitteilen zu können, dass die Ratingagentur S&P Global in ihrem Research Update vom 31. Mai 2021 das AAA-Länderrating von Liechtenstein zum wiederholten Mal bestätigt hat. Speziell erfreulich ist, dass der Ausblick trotz der COVID-19-Krise und möglicher Zweitrundeneffekte stabil bleibt.

## DIAGNOSE: NÜTZLICHE APP

Jetzt aufs Smartphone laden und  
jederzeit alles im Blick haben.



## Beim Einkaufen sparen! BSW – lohnenswertes Vorteilsprogramm seit über 60 Jahren



Sie wollen beim Einkaufen sparen und von attraktiven Vergünstigungen profitieren? Mit einem zeitintensiven Job hat man oft nicht die Zeit Preise zu vergleichen und nach Angeboten Ausschau zu halten. Doch hier kommen wir vom BSW ins Spiel und übernehmen die Organisation von Einkaufsvorteilen für Sie. Wir verhandeln Rabatte und haben täglich neue Sonderaktionen, um Ihnen beim Sparen zu helfen. Bei rund 1.000 ausgewählten Onlineshops und einer Vielzahl an Partnern vor Ort können

Sie als Mitglied mit BSW-Vorteil einkaufen und sparen.

Welche Vorteile haben Sie? Das BSW bietet Ihnen viele Vorteile. Wir verzichten auf ein Punktesystem oder Ähnliches. Bei einem Einkauf mit BSW bekommen Sie Ihren Vorteil in Geld zurück. Unsere Vorteile erstrecken sich außerdem über die unterschiedlichsten Kategorien. Unser hauseigenes BSW Reisebüro berät Sie beispielsweise bei der Urlaubsplanung. Zusätzlich erhalten Sie bei unseren zahlreichen renommierten Reisepartnern tolle Urlaubs-Angebote. Buchen Sie den perfekten Ausgleich zum stressigen Arbeitsalltag vor Ort oder ganz bequem online. Auch rund ums Auto bieten wir Ihnen viele Vorteile. Egal ob Sie ein neues Modell suchen, Ihr Auto betankt werden muss, eine Reparatur oder einen Reifenwechsel oder ob Sie ein Fahrzeug mieten möchten – BSW hilft Ihnen beim Sparen! Für Familien gibt es außerdem einen zusätzlichen Vorteil: Ihre Familienmitglieder bekommen von uns kostenlose Zusatzkarten, damit Sie gemeinsam noch mehr spa-



ren können. Profitieren Sie außerdem von Gutscheinen zahlreicher Top-Marken im BSW Gutscheishop.

Doch nicht nur unsere Vorteilsangebote, sondern auch unsere Service- und Beratungsleistung zeichnen uns aus. Unser Mitgliederservice steht Ihnen gerne bei allen Fragen zur Seite.

Unsere Sparhelfer: Sie wollen keine Angebote und Sonderaktionen verpassen? Wir bieten Ihnen mehrere Möglichkeiten up-to-date zu bleiben: Abonnieren Sie unseren E-Mail Newsletter, laden Sie sich die BSW-App auf Ihrem Smartphone herunter oder informieren Sie sich über weitere Sparhelfer. So versäumen Sie keine Vorteile und das Sparen ist noch einfacher!

Exklusiv vergünstigter Mitgliedsbeitrag für Sie: Hartmannbund und BSW – eine Kooperation, die sich lohnt: Sie erhalten alle BSW-Leistungen zum Sonderbeitrag für nur 34,- Euro/Mitgliedsjahr.

Hier geht's zum Angebot:  
<http://www.hartmannbund.de/bsw/>

## Mit Ringhotels „Echt HeimatGenuss“ erleben und dabei 10 % sparen

Seit fast 50 Jahren können Sie mit Ringhotels von den Alpen bis an die See „Echt HeimatGenuss erleben“ – und als Hartmannbund-Mitglied profitieren Sie zusätzlich von 10 % Rabatt auf den tagesaktuellen Bestpreis.

Ob Kultur-, Golf-, Rad- oder Wanderurlaub, in den rund 100 privat geführten Hotels mit viel familiärem Flair spürt man das Lebensgefühl der Region und erlebt Gastfreundschaft, die von Herzen kommt.

Gelegen in den schönsten Gegenden Deutschlands haben Sie die Mög-

lichkeit zu entspannen oder aktiv werden. Die herrlichsten Golfplätze liegen direkt vor der Haustür und für Golfreunde gibt es attraktive Angebote mit Greenfee-Ermäßigung. Aber auch diejenigen, die lieber auf zwei Rädern unter-

wegs sind oder im Oldtimer cruisen, sind bei Ringhotels gern gesehene Gäste. Und: Ihre Gastgeber haben immer gute Insider-Tipps auf Lager.

Ringhotels schafft für Sie die perfekte Verbindung von reisen und mit allen Sinnen genießen. Entspannen Sie nach einem ereignisreichen Tag mit vielfältigen Wellness-Angeboten, schalten Sie ab und lassen Sie sich mit ausgezeichneter, regionaltypischer Küche und einem guten Tropfen verwöhnen.

Doch nicht nur für Ihren nächsten Urlaub sind die Ringhotels eine gute Wahl.

Ringhotels bietet auch für Ihre



Tagung oder Veranstaltung den optimalen Rahmen.

Die erfahrenen Event- und Tagungsspezialisten vor Ort kümmern sich kompetent und engagiert um die Organisation Ihrer Veranstaltung und das ideale Rahmenprogramm.

Lassen Sie sich ein maßgeschneidertes Angebot erstellen oder nutzen Sie die persönliche Beratung des Ringhotels Servicebüros. Kontaktieren Sie uns unter [info@ringhotels.de](mailto:info@ringhotels.de) oder 089 45 87 030.

Bei Anfragen über [tagen+mehr@ringhotels.de](mailto:tagen+mehr@ringhotels.de) erhalten Sie auch auf Tagungen 10 % Preisnachlass.

Besuchen Sie unsere neue Website und lassen Sie sich inspirieren [ringhotels.de](http://ringhotels.de)

Echt HeimatGenuss erleben mit Ringhotels  
Wunderbar erholt in einen neuen Tag starten



## Ärztliche Gutachten aus umsatzsteuerlicher Sicht Mit oder ohne Umsatzsteuer?

Schon längst gehört das Erstellen von Gutachten zum Leistungsportfolio vieler Ärzte. Sie werden für (sozial-)rechtliche Verfahren, private oder berufliche Zwecke erstellt. Doch so vielfältig wie die Anlässe für ein Gutachten sind, so unterschiedlich ist auch deren umsatzsteuerliche Behandlung. Denn gutachterliche Leistungen können zwar auch umsatzsteuerfrei sein. In vielen Fällen fällt jedoch Umsatzsteuer an und die Abgrenzung kann im Einzelfall schwierig sein.

**Tipp: Als Faustregel gilt:** Wenn die medizinische Betreuung von Patienten durch das Diagnostizieren oder Behandeln von Krankheiten oder anderen Gesundheitsstörungen im Vordergrund steht, gehört die Gutachter-tätigkeit zu den umsatzsteuerfreien Heilbehandlungsleistungen.

**Pflegegutachten sind umsatzsteuerpflichtig:** Bevor Pflegegeld gezahlt oder Pflegesachleistungen erbracht werden, muss die Pflegebedürftigkeit gutachterlich festgestellt werden. Die Pflegekassen beauftragen damit vielfach unabhängige Gutachter, z. B. Ärzte. Um zu klären, ob für diese Gutachten Umsatzsteuer anfällt oder nicht, wurde sogar der EuGH angerufen. Nunmehr steht fest: Die unabhängigen Pflegegutachter erbringen umsatzsteuerpflichtige Leistungen. Die für den MDK erstellten Gutachten sind weder nach nationalem Recht noch nach Unionsrecht von der Umsatzsteuer befreit. Sie unterliegen dem 19-prozentigen Regelumsatzsteuersatz.

Nach deutschem Recht sind die Pflegegutachten keine umsatzsteuerfreien Heilbehandlungen, denn es geht nicht vorrangig um die medizinische Betreuung, sondern um die Feststellung, in welcher Höhe der Versicherte Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz beanspruchen kann. Der BFH bestätigte zwar, dass es sich bei den Gutachtertätigkeit um eine eng mit der Sozialfürsorge und der sozialen Sicherheit verbundene Leistung im Sinne der Mehrwertsteuer-Systemrichtlinie der EU handelt. Doch da unabhängige Pflegegutachter keine nach deutschem Recht anerkannte Einrichtung mit sozialem Charakter sind, können Pflegegutachten auch nicht als umsatzsteuerfreie Leistungen der Sozialfürsorge und der sozialen Sicherheit behandelt werden. Die mittelbare Kostenerstattung über den MDK reicht dafür nicht aus.

**Sachverständiger Zeuge erhält umsatzsteuerfreien Schadensersatz:** Ärzte werden auch als sachverständige Zeugen oder sachverständige Gutachter zu Gerichtsprozessen herangezogen und für ihre Tätigkeit nach § 10 JVEG (Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz) entschädigt. Auch hier steckt der Teufel im Detail.

Ein sachverständiger Zeuge bekundet sein Wissen von bestimmten vergangenen Tatsachen oder Zuständen, zu deren Wahrnehmung eine besondere Sachkunde erforderlich ist und die er nur kraft dieser besonderen Sachkunde ohne Zusammenhang mit einem Gutachtauftrag wahrnehmen kann. Er ist insoweit nicht ersetzbar. So erstellen Ärzte als sachverständige Zeugen Befundberichte, auf deren Grundlage die entsprechenden Fragen beurteilt werden können. Sie erhalten dafür eine Vergütung nach Anlage 2 Nr. 200 und 201 des JVEG, bei der es sich



Steuerberatung im Gesundheitswesen

um einen umsatzsteuerfreien Schadensersatz handelt.

Der sachverständige Gutachter hingegen begutachtet aufgrund seiner besonderen Sachkunde auf einem Fachgebiet einen festzustellenden Sachverhalt. Er ist in dieser Funktion grundsätzlich austauschbar. Die dafür nach Anlage 2 Nr. 202 und 203 JVEG gezahlte Vergütung ist umsatzsteuerpflichtig.

**Autorin:** Luba Fischer, Steuerberaterin im ETL ADVISION-Verbund aus Frankfurt am Main, ist spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen

**Kontakt:**  
ETL ADVISA Frankfurt am Main  
[advisa-frankfurt-main@etl.de](mailto:advisa-frankfurt-main@etl.de)  
[www.advisa-online.de](http://www.advisa-online.de)  
Tel: 069/1540090

Steuerpflichtige Gutachten sind z. B.	Steuerfreie Gutachten sind z. B.
Alkohol- und Drogen-Gutachten zur Untersuchung der Fahrtüchtigkeit sowie medizinisch-psychologische Gutachten über die Fahrtauglichkeit	Alkohol- und Drogengutachten zum Zwecke einer anschließenden Heilbehandlung
Blutalkoholuntersuchungen für gerichtliche Zwecke	körperliche Untersuchung von Personen im Polizeigewahrsam zur Überprüfung der Verwahrfähigkeit in der Zelle
anthropologisch-erbbiologische Gutachten	Gutachten zu medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, insbesondere Aussagen zu Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit, -prognose und Therapieempfehlungen
Blutgruppenuntersuchungen und DNA-Analysen, z. B. für Vaterschaftsfeststellungen	Gutachten zur Hilfsmittelversorgung und zur häuslichen Krankenpflege
gutachterliche Feststellungen zum voraussichtlichen Erfolg von Rehabilitationsleistungen im Rahmen eines Rentenverfahrens	ärztliche Anzeige über eine Berufskrankheit als Entscheidungsgrundlage für die Kostenübernahme des Unfallversicherungsträgers
Gutachten über den Gesundheitszustand als Grundlage für Versicherungsabschlüsse	Durchführung der äußeren Leichenschau und Ausstellen der Todesbescheinigung (gilt als letzte Maßnahme im Rahmen der Heilbehandlung)
Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Auftrag des MDK	Gutachten, Berichte und Bescheinigungen, die der schriftlichen Kommunikation unter Ärzten dienen, wenn die medizinische Betreuung im Vordergrund steht
Untersuchungen zur Ausstellung bzw. Verlängerung von Schwerbehindertenausweisen	
Gutachten im Rahmen von Berufstauglichkeitsuntersuchungen, z. B. Flugtauglichkeitsuntersuchung	
Genehmigung zur Feuerbestattung (sogenannte 2. Leichenschau)	
sportmedizinische Untersuchungs- und Beratungsleistungen	
reisemedizinische Untersuchungs- und Beratungsleistungen	

## Wie Sie die Übernahme Ihrer Praxis frühzeitig in die Wege leiten können

### Nachfolger (m|w|d) dringend gesucht

Viele Hausärzte kennen das Gefühl: Mit viel Kraft, Schweiß und Herzblut wurde über Jahre hinweg alles dafür getan, den Traum der eigenen Praxis umzusetzen und den Betrieb kontinuierlich am Laufen zu halten und weiterzuentwickeln. Doch mit dem Lauf der Zeit rückt auch der wohlverdiente Ruhestand in greifbare Nähe und irgendwann stellen sich Praxisbesitzer die Frage: „Wie geht es mit meiner Praxis weiter?“

form für Hausärzte. Das Team rund um die Plattform hat sich zur Aufgabe gemacht, angestellte Fachärzte, Weiterbildungsassistenten, Partner und auch (potenzielle) Nachfolger mit suchenden Hausarztpraxen zu verbinden. „Damit möchten wir unseren Beitrag zu einer flächendeckenden allgemeinmedizinischen Versorgung in Deutschland leisten.“

Der Deutsche Hausarzt Service bietet eine deutschlandweite Personalplattform ([www.deutscherhausarzt-service.de](http://www.deutscherhausarzt-service.de)), über die Bewerber und Hausarztpraxis gesucht und passend zusammengeführt werden. Persönliche Ansprechpartner sowie eine hilfreiche Matching-Logik führen dazu, dass es zu einem passenden „Matching“ zwischen dem Kandidaten und der Praxis kommt.

Mit einem stetig wachsenden Ärztepool sowie modernen Methoden zur Personalsuche, die u. a. verschiedene Online-Marketing-Ansätze einschließen, besetzt der Deutsche Hausarzt Service nun schon seit mehr als sechs Jahren erfolgreich offene Stellen mit Allgemeinmedizinern. „Mehr als 4.000 Ärzte haben unseren Service schon



- ○ Deutscher
- ○ Hausarzt Service



Marcel Willing, Ihr persönlicher Ansprechpartner

getestet“, beschreibt Willing. „Für Bewerber sind unsere Leistungen komplett kostenfrei.“

Damit mehr Hausarztpraxen persönliche und individuelle Unterstützung bei der Suche von Nachfolgern und Ärzten erfahren, kooperieren der Hartmannbund und der Deutsche Hausarzt Service schon seit 2016 miteinander. Daher gelten für Mitglieder exklusive Vorteile in der Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hausarzt Service:

- 5 % Rabatt auf die Suchgebühr
- 5 % Rabatt auf die Vermittlungsprämie

Soziale Anzeige

„Wir empfehlen an der Stelle, sich schon sehr frühzeitig mit dieser Frage auseinanderzusetzen“, so Marcel Willing vom Deutschen Hausarzt Service, einer deutschlandweiten Personalvermittlung speziell für Allgemeinmediziner. „Je eher sich Praxisbesitzer dazu entschließen, ihren eigenen Traum in neue Hände zu geben, umso mehr Zeit haben sie genau den (zukünftigen) Nachfolger zu finden, der ihren Wünschen entspricht.“ Doch diese Aufgabe alleine zu bewältigen, wird immer schwieriger und kostet oftmals Aufwand und Nerven.

Und genau hier erfahren Hausärzte umfangreiche Unterstützung vom Deutschen Hausarzt Service. „Wir wissen, dass die Suche nach einem geeigneten Kandidaten für die (fließende) Nachfolge sehr intensiv sein kann und viel Zeit beansprucht, gerade auch in ländlichen Regionen“, erklärt der Bereichsleiter der Job-Matchingplat-

## Wer schenkt mir wahre Liebe?





Die Arche engagiert sich für Kinder in Deutschland.  
**Helfen auch Sie mit!**  
Spendenkonto: DE78 1002 0500 0003 0301 00



Kinderstiftung Christliches Kinder- und Jugendwerk

[kinderprojekt-arche.de](http://kinderprojekt-arche.de)

## Deutsche Ärzte Finanz

### Achtung, Zinssenkung!

Ab dem 1. Januar 2022 sinkt der sogenannte Höchstrechnungszins. Das hat erhebliche Auswirkungen auf private Renten- und Berufsunfähigkeitsversicherungen. Worum es geht – und was Sie tun sollten.

Was verbirgt sich hinter dem Begriff „Höchstrechnungszinssenkung“? Die meisten Menschen in Deutschland haben den Begriff entweder noch nie gehört oder ahnen nur vage, wofür er steht. Dabei hat eine Senkung des Höchstrechnungszinses erhebliche Auswirkungen auf die persönliche Altersvorsorge und auf den Schutz im Fall einer Berufsunfähigkeit. Denn sie sorgt dafür, dass die Garantieleistungen in der privaten Rentenversicherung geringer werden und die Monatsbeiträge in der Berufsunfähigkeitsversicherung steigen.

Die nächste Senkung des Höchstrechnungszinses steht in Deutschland zum Jahreswechsel 2021/22 an. Es wird also höchste Zeit, sich mit dem Thema zu beschäftigen. Noch gibt es Möglichkeiten, sich den aktuell besseren Zins zu sichern.

**Was ist nun eigentlich der Höchstrechnungszins?** Darunter versteht man den Zinssatz, den Versicherungsunternehmen ihren Kundinnen und Kunden maximal auf den Sparanteil in ihrem Beitrag zusagen dürfen. Der Sparanteil ist das, was der Versicherer nach Abzug seiner Kosten in möglichst chancenreiche Anlagen für den Versicherten investiert – zum Beispiel in Aktienfonds. Festgelegt wird der Höchstrechnungszins vom Bundesfinanzministerium, und er gilt einheitlich für die gesamte Versicherungsbranche. Momentan liegt er noch bei 0,9 Prozent, ab dem 1. Januar 2022 jedoch nur noch bei 0,25 Prozent. Das hängt unter anderem mit der weiter anhaltenden Niedrigzinsphase zusammen.

**Weniger Zins, weniger Garantie:** Das Erfreuliche vorab: Durch die Absenkung des Höchstrechnungszinses ändern sich die möglichen Leistungen grundsätzlich nicht. Jedoch wirkt die Absenkung unmittelbar auf die garantierten Renten. Und auch, wenn sich eine Absenkung um 0,65 % erst mal nicht so viel anhört, aufgrund des Zinseszineffekts und des hoffentlich langen Auszahlungszeitraums kommt da so einiges zusammen.

Ein Beispiel: Wer noch 2021 eine private Rentenversicherung abschließt und über 30 Jahre lang 1.000 Euro pro Monat einzahlt, hat im Alter voraussichtlich rund 296.000 Euro zusätzlich zur Verfügung. Fängt man dagegen

erst 2022 mit dem Sparen an, sind es am Ende rund 30.636 Euro weniger.

**Höhere Beiträge drohen:** Auch für die Berufsunfähigkeitsversicherung hat die Senkung des Höchstrechnungszinses erhebliche Folgen. Hier treibt sie die Beiträge in die Höhe. Versicherte müssen für dieselbe Leistung ab 2022 also mehr zahlen. Warum das so ist, zeigt ein Blick auf die Beitragskalkulation der Versicherer. Sie setzen bei der Berufsunfähigkeitsversicherung die sogenannte „durchschnittliche Kalkulation“ ein. Das bedeutet, dass Versicherte im Verhältnis zum Risiko am Anfang der Vertragslaufzeit mehr zahlen als am Ende. Der Überhang, der auf diese Weise entsteht, wird angelegt und verzinst. Dieses Guthaben wird dann eingesetzt, um eine starke Beitragssteigerung gegen Vertragsende zu vermeiden. Bei einem Rechnungszins von 0,25 Prozent wächst es natürlich weniger stark als bei einem von 0,9 Prozent. Entsprechend höher müssen dann die Beiträge an sich sein.

Die Senkung des Höchstrechnungszinses greift ab dem 1. Januar 2022 für alle neuen Verträge. Wer schon eine private Renten- oder Berufsunfähigkeitsversicherung hat, behält den alten Zinssatz. Der Höchstrechnungszins darf nach Vertragsbeginn nicht mehr verändert werden. Wer in Zeiten eines hohen Zinssatzes abgeschlossen hat, profitiert also über die gesamte Laufzeit hinweg davon. Vor allem Menschen, die bisher noch keine private Altersvorsorge besitzen oder ihre Arbeitskraft noch nicht abgesichert haben, sollten deshalb jetzt unbedingt handeln und sich spätestens bis zum 31. Dezember 2021 die aktuell noch gültigen 0,9 Prozent Zinsen sichern. Das zahlt sich gerade bei der



Berufsunfähigkeitsversicherung nicht erst im Leistungsfall aus – also dann, wenn man tatsächlich nicht mehr

in seinem Beruf als Ärztin oder Arzt arbeiten kann –, sondern sofort. Den gesparten Monatsbeitrag hat man schließlich heute schon zur Verfügung und kann ihn zum Beispiel für Hobby und Freizeit nutzen oder für eine größere Anschaffung zurücklegen.

**Bestehende Verträge anpassen:** Spielt die bevorstehende Zinssenkung für Menschen, die schon vorgesorgt haben, also gar keine Rolle? Doch! Denn oft decken die bestehenden Versicherungen nicht mehr den aktuellen Lebensstandard ab. Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung ist das besonders häufig der Fall. Ärztinnen und Ärzte schließen diese Police schließlich schon im Studium ab – und dann über eine Summe, die ihrem Lebensstandard in dieser Phase entspricht. Schon einige Jahre später reicht sie meist nicht mehr aus, um die Lebenshaltungskosten zu decken, falls es wirklich zu einer Berufsunfähigkeit kommt. Bei der privaten Rentenversicherung ist es ganz ähnlich. Die zusätzliche Rente, die man vor Jahren versichert hat, ist aus heutiger Sicht meist zu niedrig, um im Alter auf nichts verzichten zu müssen.

**Fazit:** Es lohnt sich, bestehende Verträge genau unter die Lupe zu nehmen und gegebenenfalls noch in diesem Jahr aufzustocken oder zu ergänzen. Ganz nach dem Motto: Save the Zins! Ihr Versicherungsberater hilft Ihnen gern dabei, sich den aktuellen Höchstrechnungszins zu sichern. Natürlich unterstützen Sie hierbei auch die Beraterinnen und Berater der Deutschen Ärzte Finanz, Telefon 0221 148-32323.



# 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/Caroline Kessler/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

Caroline Kessler  
Tel.: 030 206208-58

## Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak/Sandy Stephan  
Tel.: 030 206208-43

## Sektorübergreifende Versorgung und Krankenhausstrukturen

Petra Meiners  
Tel.: 030 206208-27

## Regional

### 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\*

## Dringend Praxisvertretung in Berlin-Neukölln gesucht

Aufgrund eigener Erkrankung suche ich dringend so schnell wie möglich ein/e Praxisvertreter/in. Die Praxisgemeinschaft liegt in Berlin-Neukölln. Bitte melden Sie sich unter: Pustelnik@t-online.de oder 01782004680

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

Etablierte Privat- und Kurarztpraxis mit Schwerpunkt Naturheilverfahren und Regulationsmedizin im bekannten Schrotheilbad Oberstaufen im Allgäu nach Vereinbarung zum nächstmöglichen Termin abzugeben. Modernste Praxis, auf ca. 150 m<sup>2</sup> mit direktem Blick auf die Allgäuer Bergwelt und angeschlossenem Gesundheitszentrum mit dem Status einer privaten Krankenanstalt. Ein langjähriger und fester Kundenstamm ist vorhanden und eine Einarbeitung ist auf Wunsch möglich. Die Betreuung der Kurgäste garantiert einen stabilen Umsatz und eine Erweiterung von medizinischen Angeboten bietet ein großes Potenzial, insbesondere in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitszentrum. Ein engagiertes und langjähriges Praxisteam steht Ihnen ebenfalls zur Verfügung. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail an Herrn Bedir Bakir (bedir.bakir@h-hotels.com)

## Praxisabgabe Gynäkologie und Geburtshilfe im Rhein-Main-Gebiet

Lukrative Praxis mit ambulanten und stationären Op's im Rhein-Main-Gebiet abzugeben. Es handelt sich um eine außergewöhnlich gut ausgestattete Praxis im Zentrum einer Kreisstadt. Betreuung schwangerer Patienten nur ambulant. Bestens vernetzt. Moderne helle Räume und eingespieltes Team. Abgabe aus Altersgründen flexibel möglich. Bei Interesse bitte unter Chiffre: 145044 eine E-Mail an: redaktion@hartmannbund.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.

## Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (m/w/d) in Bad Reichenhall

Das MVZ Alte Saline GmbH ist ein junges Unternehmen, welches sich mit Herz und Freude um die ambulante, gynäkologische und geburtshilfliche Versorgung regional wie überregional „auf die Fahnen“ geschrieben hat. Seit April 2020 bespielen wir im geschichtlichen Flair inmitten der Alten Saline in Bad Reichenhall mit aktuell zwei Ärzten die große Klaviatur der Frauenheilkunde, unter anderem auch mit kleinen ambulanten operativen Eingriffen. Unser breites Spektrum lässt den Job nicht langweilig werden. In unmittelbarer Umgebung befinden sich sämtliche medizinischen Fachrichtungen, so dass eine interdisziplinäre Kontaktaufnahme und ineinandergreifende Arbeit schnell möglich ist. Unumstritten ist der hohe sportliche und kulturelle Freizeitwert der Region wie auch die Nähe zu Salzburg.

## WIR BIETEN

- Eine Anstellung in Teil-/Vollzeit
- Das gesamte Spektrum der Gynäkologie und Schwangerenvorsorge inklusive Pränatalmedizin (DEGUM I)
- Dysplasiesprechstunde nach Vorgaben AGCPC und KBV (Videokolposkopie Vidan)
- Stanzbiopsie Mamma
- Osteopathische Sprechstunde für Erwachsene und Kinder sowie Akupunktur
- Top aktuelle GE US-Geräte der Voluson-Reihe, Knochendichtemessung (GE Lunar Prodigy), Lasertherapie (MonaLisa Touch Cynosure)
- Ein motiviertes Team mit einem ärztlichen Leiter, einer angestellten Ärztin und 5 Medizinischen Fachangestellten / Praxismitarbeitern
- Moderne, technisch auf neuestem Stand stehende, voll digitalisierte Praxis

## IHR PROFIL

- Erfahrung im Ultraschall (inkl. Doppler und Mammasonographie) bestenfalls mit Zulassung der KVB.
- Erfahrung in geburtshilfliche Feindiagnostik (wenn möglich DEGUM I oder II)
- Erfahrung in der Endokrinologie
- Erfahrungen in der Mammadiagnostik
- Erfahrung / Interesse am Behandlungsschwerpunkt Inkontinenz (Diagnostik, konservative Therapie)
- Interesse am gesamten Spektrum der gynäkologischen Sprechstunde
- Interesse an ganzheitlicher Präventionsmedizin, orthomolekularer Medizin
- Spaß am teamorientierten Arbeiten in einem dynamischen Team
- hohes Maß an sozialer und fachlicher Kompetenz
- Unternehmergeist
- Kreativität, Ideenreichtum und Freude an Veränderung
- Eigenverantwortliches Arbeiten, Freude zu entwickeln, zu verändern und dieses Fachgebiet mit in die Zukunft zu führen.

Bewerben Sie sich jetzt online [christian.schmidt@mvz-altesaline.de](mailto:christian.schmidt@mvz-altesaline.de)

**IMPRESSUM**

**Herausgeber:**

Hartmannbund – Verband der Ärztinnen und 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 Ärztinnen und Ärzte  
Deutschlands e.V.

**Erscheinungsort:**

Bonn – 4 Ausgaben jährlich  
Einzelheft 3,50 Euro  
Jahresabonnement 12 Euro,  
incl. 7 % MwSt., zzgl. Versandkosten  
ISSN: 0944-7369  
Für Mitglieder des Hartmannbundes ist  
der Bezugspreis durch die Mitgliedschaft  
abgegolten. Nachdruck, Kopien, Aufnahme  
in elektronische Medien (auch auszugs-  
weise) nur mit schriftlicher Genehmigung  
der Redaktion. Für unverlangt eingesandte  
Manuskripte, Fotos etc. keine Gewähr.  
Namentlich gekennzeichnete Beiträge  
geben nicht unbedingt die Meinung der  
Redaktion wieder.  
Das Beilagen-Angebot basiert nicht auf  
einer Kooperation des Hartmannbundes.  
Nachfragen dazu kann deshalb nur der  
Anbieter selbst beantworten.

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

**Titelfoto:** Seksan.TH (Hintergrund);  
stockshoppe (Gebäude)/shutterstock.com

**Icons:** © venimo – adobe.stock.com



# Hauptversammlung des Hartmannbundes

## Zukunft der Krankenhäuser und Vorstandswahlen im Mittelpunkt

Die Zukunft der deutschen Krankenhauslandschaft und der Einfluss dieser Entwicklung auf die Versorgung und die Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten stehen im Mittelpunkt des öffentlichen Teiles der diesjährigen Hauptversammlung des Hartmannbundes. Einen zweiten Schwerpunkt bilden die Wahlen des Vorstandes für die kommenden vier Jahre.

Die Tagesordnung im Detail:

### Freitag, 05. November 2021

- 10.00 Uhr 1. Eröffnung und Begrüßung  
2. Feststellung der Beschlussfähigkeit
- 10.15 Uhr 3. Rede des Vorsitzenden, Dr. Klaus Reinhardt
- 11.00 Uhr 4. „Krankenhäuser in Deutschland -- zwischen Ökonomisierungsdruck und Strukturdilemma“  
Impulsreferat / Podiumsdiskussion / Diskussion im Plenum
- 13.00 Uhr Mittagspause
- 14.00 Uhr 5. Diskussion zur politischen Lage / Resolutionen
- 16.30 Uhr 6. Vorführung des Gewinnerbeitrags „Film- und Fernsehpreis“ mit anschließender Preisverleihung

### Samstag, 06. November 2021

- 09.30 Uhr 7. Ehrungen
- 10.00 Uhr 8. Haushalt und Finanzen (nur für Mitglieder)  
8a. Genehmigung der Abrechnung des Haushalts- und Finanzplans 2020  
8b. Entlastung des Vorstands  
8c. Beschlussfassung über den Haushalts- und Finanzplans 2022
- 11.00 Uhr 9. Wahlen (einschließlich Mittagspause)
  - des Wahlausschusses
  - zur/zum Vorsitzenden
  - zur/zum Stellvertretenden Vorsitzenden
  - zur/zum 1. Besitzerin/Beisitzer des Geschäftsführenden Vorstandes
  - zur/zum 2. Besitzerin/Beisitzer des Geschäftsführenden Vorstandes
  - zur/zum 3. Besitzerin/Beisitzer des Geschäftsführenden Vorstandes (mögliche Wahl zu zwei weiteren Beisitzerinnen/Beisitzern)
  - zum Finanzausschuss
  - zu Stellvertreterinnen/Stellvertretern im Finanzausschuss
  - zum Ehrenrat
- bis ca. 16.00 10. Verschiedenes



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



## FOLGEN SIE UNS AUF SOCIAL MEDIA!

Sie finden uns auf Instagram, Facebook und Twitter



**Hartmannbund**

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

# Danke.

---

Dafür, dass Sie sich bei der Bewältigung der Pandemie mit voller Kraft einsetzen. Dass Sie dort sind, wo die Menschen Sie brauchen, aufklären, versorgen, behandeln und im Notfall das tun, was getan werden muss. Heilberufler und Heilberuflerinnen stehen an der Front im Kampf gegen Corona.

**Wir danken Ihnen für Ihren unermüdlichen Einsatz,  
Ihr Herzblut und Ihr Durchhaltevermögen.**

Ihre

