01/2022

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund Magazin

Wieder richtig glänzen lassen!

Warum man sich jetzt bei den KV-Wahlen engagieren sollte

Anzeige

Deutsche Ärzteversicherung

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

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

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

Editorial

Dr. Klaus Reinhardt
Vorsitzender des Hartmannbundes Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands

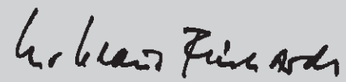
Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen

es gibt diese Momente, da wirkt tatsächlich vieles, was uns (eigentlich) groß und wichtig erscheint, plötzlich nichtig und klein. Natürlich stehen wir mit der Entwicklung einer realistischen „Covid-Ausstiegsstrategie“, mit den immer deutlicher werdenden Defiziten im Bereich der Digitalisierung des Gesundheitswesens, den Themen Krankenhausplanung und -finanzierung, der Notfallversorgung, der Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung oder etwa im Öffentlichen Gesundheitsdienst vor enormen Herausforderungen. Angesichts der russischen Aggression in der Ukraine verschieben sich dann aber die Dimensionen der uns bewegenden Probleme – mindestens vorübergehend – doch gewaltig.

Der Hartmannbund verurteilt den Einmarsch russischer Truppen in die Ukraine und den Beschuss ziviler Einrichtungen, darunter auch Krankenhäuser, Schulen, Kindergärten, auf das Schärfste. Wir Ärztinnen und Ärzte haben, gerade zuletzt auch in der Pandemie, über Grenzen hinweg gemeinsam Patientinnen und Patienten aus ganz Europa versorgt und wissenschaftlichen Austausch gelebt. Deshalb stehen wir in diesen Tagen ganz besonders auch an der Seite unserer Kolleginnen und Kollegen, die nun in der Ukraine unter schwierigsten Bedingungen die Versorgung der Menschen zu bewältigen haben – bei allen eigenen Ängsten und Gefahren. Auch, wenn wir als Ärztinnen und Ärzte vielleicht ein besonderes Gefühl dafür haben, wie verletzlich Leben ist und wie zerstörerisch Kriegsaktivitäten für die Seele der Betroffenen sein können, so können auch wir uns das Leid der Menschen nicht wirklich vorstellen.

Neben der Sorge um die Menschen in der Ukraine führt uns der Krieg in Osteuropa aber auch die Zerbrechlichkeit des Friedens und die Bedrohung unserer Freiheit vor Augen. Vermeintliche Selbstverständlichkeiten werden in Frage gestellt. Oder, anders gesagt: Wir werden uns des Wertes unserer Lebensumstände wieder stärker bewusst. Das gilt für die „großen“, aber auch für die vielen „kleineren“, daraus resultierenden Freiheiten, soweit sich hier überhaupt Differenzierungen erlauben. Unsere ärztliche Selbstverwaltung, das ist so eine dieser Freiheiten, wo immer auch jeder von uns sie einsortiert. Zur Wahrung dieser Freiheiten gehört es, dass wir diese leben, also uns in dieser Selbstverwaltung engagieren – mindestens aber von unserem Wahlrecht Gebrauch machen, wenn Kammern und KVen sich konstituieren. Wir haben deshalb die KV-Wahlen 2022 ganz bewusst in den Mittelpunkt unseres aktuellen Magazins gestellt. Nur, wenn wir uns gemeinsam unserer Chance und unserer Verantwortung bewusst sind, können wir auch etwas erreichen.

Mit kollegialen Grüßen,



Jetzt spenden!

Es herrscht Krieg mitten in Europa. Millionen Kinder, Frauen und Männer bangen um ihr Leben und ihre Zukunft.

Aktion Deutschland Hilft leistet den Menschen Nothilfe. Gemeinsam, schnell und koordiniert. **Helfen Sie jetzt – mit Ihrer Spende.**

Spendenkonto: DE62 3702 0500 0000 1020 30
Spenden unter: **www.Aktion-Deutschland-Hilft.de**

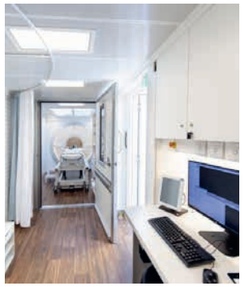
Aktion Deutschland Hilft
Bündnis deutscher Hilfsorganisationen

Inhalt

6

Wieder richtig zum Glänzen bringen! Weil wir sie brauchen!
„Schließen wir uns fest zusammen, der Einzelne ist nichts, alle zusammen sind wir eine Macht“, schrieb Dr. Hermann Hartmann 1900 in einem offenen Brief an die Ärzteschaft. Weil er unter anderem mit der Entlohnung der Ärzte unzufrieden war, schlug er die Bildung eines Ärztebundes vor – der Leipziger Verband, der später zum Hartmannbund umbenannt wurde. Mit ihm begann die Mobilisierung der Ärzteschaft gegen die Vormacht der Krankenkassen. Das mündete 1931 in der Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die noch heute mit den Krankenkassen in gemeinsamer Selbstverwaltung die ambulante Versorgung für gesetzlich Versicherte sicherstellen. Doch stehen die KVen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eigentlich noch für die vereinte Ärzte-Macht, die Hartmann einst beschwor, haben sie Schritt gehalten mit der (berufs-)politischen Entwicklung oder ist das KV-System mittlerweile gar überholt?

23
„Ein mobiles MRT wäre im Notarzteinsatz genial“
Mit Trucks, Liegen und Anhänger auf dem Land



30
Kollateralschäden der Corona-Pandemie
In essentiellen Bereichen sichtbar

24
Zu viel Kosten für wenige Betroffene?
Vor allem Orphan Drugs stehen im Fokus

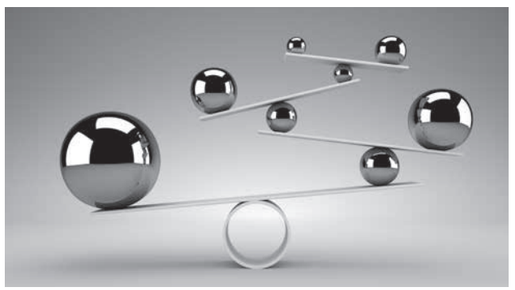
32
Neue Negativrekorde: Deutschland abgeschlagen im Mittelfeld
Global Women's Health Index

26
Welchen Schutz sollen Patientendaten in Zukunft in der EU genießen?
Ringen um die E-Evidence-Verordnung

34
Global Health – mehr als ein Nischenfach
Multinationale Perspektive im Curriculum

36
Hartmannbund-Blitzumfrage zur Akzeptanz von TI-Anwendungen
Bereitschaft ja – wenn die Rahmenbedingungen stimmen!

28
Praxen können bei der Lohnentwicklung nicht mithalten
Aufwendungen und Gewinn im Negativtrend



37 **Service** Kooperationspartner
43 Ansprechpartner
46 Impressum

Das KV-System im undankbaren Dauer-Spagat zwischen Interessenvertretung und „Behörde“

Wieder richtig zum Glänzen bringen! Weil wir sie brauchen!

„Lasst uns eine feste, zielbewusste Organisation schaffen zum Zwecke einer energischen Vertretung unserer aufs Äußerste gefährdeten Interessen! Schließen wir uns fest zusammen, der Einzelne ist nichts, alle zusammen sind wir eine Macht“, schrieb Dr. Hermann Hartmann 1900 in einem offenen Brief, der an die Ärzteschaft adressiert war. Weil er unter anderem mit der Entlohnung der Ärzte unzufrieden war, schlug er die Bildung eines Ärztebundes vor. Dieser wurde tatsächlich gut zwei Monate später ins Leben gerufen – der Leipziger Verband, der später zum Hartmannbund umbenannt wurde. Mit ihm begann die Mobilisierung der Ärzteschaft, sich gemeinsam gegen die Vormacht der Krankenkassen zu stemmen. Das mündete 1931 in der Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die noch heute mit den Krankenkassen in gemeinsamer Selbstverwaltung die ambulante Versorgung für gesetzlich Versicherte sicherstellen. Doch stehen die KVen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eigentlich noch für die vereinte Ärzte-Macht, die Hartmann einst beschwor, haben sie Schritt gehalten mit der (berufs-)politischen Entwicklung oder ist das KV-System mittlerweile gar überholt?

KV-Wahlen 2022 – Machen Sie mit!

In diesem Jahr finden bundesweit flächendeckend die Wahlen zu den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen statt, anschließend entsprechende Vorstandswahlen in den „Ländern“ und – im kommenden Jahr – die Wahlen zur neuen KBV-Spitze. Auch die in der Niederlassung tätigen Mitglieder des Hartmannbundes – ob selbständig oder auch angestellt – sind aufgerufen, sich zu beteiligen und von ihrem passiven oder aktiven Wahlrecht Gebrauch zu machen. Ob Sie „nur“ wählen oder sich auch selbst zur Wahl stellen, mit beiden Entscheidungen leisten Sie in jedem Fall einen entscheidenden Beitrag zur Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung und damit zur Wahrung Ihrer ärztlichen Unabhängigkeit. Den ärztlichen Anspruch auf die Mitgestaltung der Rahmenbedingungen werden wir nur durch eigenes Engagement umsetzen können. Wenn Sie sich selbst aktiv einbringen wollen, wird Ihnen Ihr HB-Landesverband zur Seite stehen, melden Sie sich gern. Mit unserem Titelthema wollen wir einen Auftakt zum KV-Wahljahr 2022 bieten.

„Wir sollten die Kassenärztliche Vereinigung abschaffen“, plädierte der aktuelle Gesundheitsminister Karl Lauterbach im Jahr 2009. Er war nicht der einzige Politiker, der die Existenzberechtigung der KVen in Frage stellte. Das KV-System war in der Krise. Auch in der Ärzteschaft brodelte es schon länger. Es kamen Zweifel auf, dass die KVen als Körperschaften öffentlichen Rechts sich überhaupt gegenüber dem Gesetzgeber behaupten und die Interessen der Ärzteschaft durchsetzen konnten. Eine umstrittene Honorarreform brachte das Fass zum Überlaufen. Alternativen für KVen hatten sich schon zuvor in Stellung gebracht, um die Interessenvertretung der Ärzteschaft ohne staatliche Aufsicht zu übernehmen und die ambulante Versorgung sicherzustellen: Bereits im Jahr 2000 wurde eine erste landesweite, fachübergreifende Ärztegenossenschaft in Schleswig-Holstein gegründet und auch der MEDIVERBUND war entstanden.

Dabei galt die Gründung der KVen vor nunmehr fast einhundert Jahren als Meilenstein für die ambulante Versorgung. Der Weg dorthin war gezeichnet von Kämpfen und Auseinandersetzungen zwischen der Ärzteschaft und den Krankenkassen. Wer als niedergelassener Arzt tätig sein wollte, kam nicht an den Krankenkassen vorbei. Mit ihnen musste er erst Einzeldirektverträge abschließen – denn auf die Kassen hatte Reichskanzler Otto von Bismarck die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und die Honorierung der Ärzte übertragen, als die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland eingeführt wird. Da die Anzahl der Ärzte jedoch so groß war, konnten die Krankenkassen ihre Vertragsbedingungen beliebig durchsetzen und die Honorare drücken – wer ihren Konditionen nicht zustimmte, konnte schnell durch einen anderen Arzt ersetzt werden. Das brachte die Ärzteschaft zunehmend in finanzielle Abhängigkeit der Krankenkassen. Eine erste größere Machtverschiebung konnte der Leipziger Verband für sich verbuchen – durch einen Streik gelang es diesem 1904, den Leipziger Ortskrankenkassen die Vertragsbedingungen vorzugeben. Das brachte dem Verband große Popularität und viele neue Mitglieder, was wiederum die Position der kämpfenden Ärzte verbesserte. Denn mit konzertierten Aktionen wie Streiks befanden sich die Krankenkassen plötzlich am kürzeren Hebel, weil sie während solcher Auseinandersetzungen die ärztliche Versorgung ihrer Mitglieder nicht mehr gewährleisten konnten. Oft genügte schon die bloße Drohung eines Streiks vonseiten der Ärzteschaft, um die Krankenkassen an den Verhandlungstisch zu holen.

Berliner Abkommen war erster Schritt in die gemeinsame Selbstverwaltung

Das Berliner Abkommen stellte 1913 den ersten Schritt in die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Kassen dar. Für die Dauer von zehn Jahren wurde die Beziehung zwischen Kassenärzten und Krankenkassen vertraglich festgehalten, die Ärzte verzichteten auf Streiks. Nach dem Ersten Weltkrieg und infolge der Weltwirtschaftskrise gerieten die Krankenkassen immer wieder in finanzielle Schieflage. Als das Berliner Abkommen fristgerecht endete, wehrte sich die Ärzteschaft erneut mit Streiks gegen eine staatliche Bevorzugung der Krankenkassen. Da eine Verstaatlichung des Gesundheitssystems drohte und damit die Ärzte nicht weitere Eingriffe des Gesetzgebers in ihre ärztliche Autonomie hinnehmen mussten, ergriff der Hartmannbund die Initiative: Es wurde ein Vertragsentwurf vorbereitet. Das ärztliche Honorar sollte an die Einnahmen der Krankenkassen gekoppelt werden. Und die Ärzteschaft sollte sich so organisieren, dass sie die ärztliche Versorgung sowie die Verteilung der Honorare und die Kontrolle der ärztlichen Tätigkeit sicherstellen konnte. 1931 wurde das per Notverordnung gesetzlich umgesetzt – die KVen wurden gegründet und mit ihnen gab es erstmals eine Gegenmacht zu den Krankenkassen. Kollektivverträge lösten fortan Einzelverträge mit den Krankenkassen ab. Der einzelne Arzt entkam somit der direkten Abhängigkeit der Krankenkassen. Im Gegenzug verzichteten die Ärzte auf das Streikrecht. Die Zeit des Erfolgs währte allerdings nur kurz – bereits nach einem Jahr ergriffen die Nationalsozialisten die Macht und sorgten bald darauf für ein vorübergehendes Ende der Selbstverwaltung.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde erst nach Gründung der Bundesrepublik 1949 das Ziel eines einheitlichen Kassenarztrechts politisch in die Wege geleitet. Das Kassenarztrecht, das 1955 verabschiedet wird, orientiert sich dabei an den Vereinbarungen von 1931 – und die KVen übernehmen wieder die Aufgaben, die ambu-

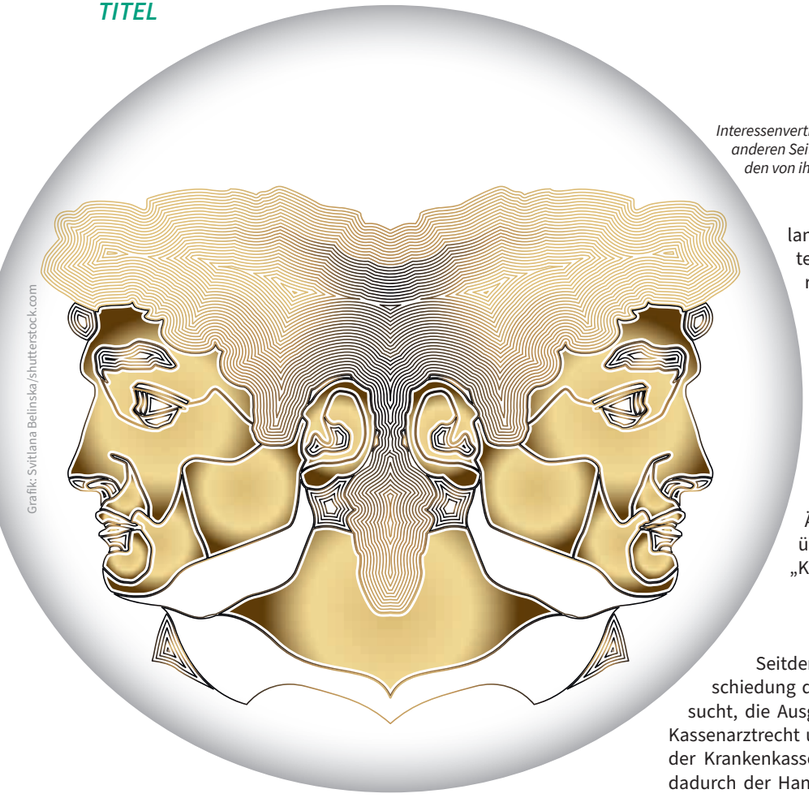
Die KBV als Dachverband

Die KBV ist der Dachverband der 17 KVen und vertritt die Interessen der Vertragsärzte auf Bundesebene. Die Vertreterversammlung ist das höchste Entscheidungsgremium der KBV. Die Vertreterversammlung besteht aus 60 Mitgliedern, die sich aus den Vorständen der KVen und ehrenamtlichen Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten zusammensetzen. Diese werden von den KVen für sechs Jahre gewählt und in die KBV-Vertreterversammlung entsandt. Die Vertreterversammlung wählt wiederum den KBV-Vorstand.

Etwa 73 Millionen gesetzlich Krankenversicherte erhalten deutschlandweit die gleiche hochwertige medizinische Betreuung. Damit erfüllt die KBV den sogenannten Sicherstellungsauftrag.

Eine weitere Aufgabe ist die politische Interessenvertretung von rund 181.000 freiberuflichen, in Praxen ambulant tätigen Vertragsärzten. Das betrifft Gesetzgebungsverfahren oder gesundheitspolitische Entscheidungen auf Bundesebene und Verhandlungen zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen und zur Honorierung der Ärzte.

Diese gut 181.000 ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten kümmern sich pro Jahr um über 650 Millionen Behandlungsfälle.



Grafik: Svitlana Belinska/shutterstock.com

Interessenvertreter auf der einen, verlängerter Arm der Regierung auf der anderen Seite. Diese Janusköpfigkeit der KV macht ihr Standing – auch bei den von ihnen vertretenen Ärztinnen und Ärzten – nicht immer einfach.

Aufgaben der KVen

Als öffentlich-rechtliche Körperschaften sind KVen Organe der ärztlichen Selbstverwaltung, die nicht nur Interessen der in ihnen organisierten Ärztinnen und Ärzte vertreten, sondern denen vom Staat bestimmte Rechte und Pflichten übertragen wurden. Dazu zählen:

- die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung; jeder Patient kann sich von einem niedergelassenen Arzt seiner Wahl wohnortnah und auf hohem Qualitätsniveau behandeln lassen, unabhängig davon, bei welcher Krankenkasse er versichert ist
- die Gewährleistung gegenüber den Krankenkassen, dass die ärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht (zum Beispiel mit Hilfe von Wirtschaftlichkeitsprüfungen)
- Vertretung der Interessen der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen in Verhandlungen über das Honorar für ärztliche Leistungen; dies geschieht auf Grundlage von bundesweiten Gesetzen mit regionalen Krankenkassen
- Bedarfsplanung: Darüber soll überall eine ausreichende Zahl an Ärzten für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehen; sie legt fest, wie viele Vertragsärzte je Arztgruppe auf wie viele Einwohner kommen dürfen

lante ärztliche Versorgung sicherzustellen, die Rechte der Ärzte gegenüber den Krankenkassen zu wahren, Verträge mit diesen auszuhandeln und das Gesamthonorar auf die Mitglieder zu verteilen. Was folgte, waren im Großen und Ganzen goldene Jahre: 1960 erklärte das Bundesverfassungsgericht im „Kassenarzturteil“ die bestehenden Verhältniszahlen für verfassungswidrig und keinem Arzt durfte mehr die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung verweigert werden. Die Einzelleistungsvergütung wurde erkämpft, das deutsche Wirtschaftswunder blühte, und die Ärztehonorare stiegen trotz steigender Ärztezahl überproportional. Bis es in den 1970er-Jahren zur „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ kam.

Kostendämpfungsgesetze brachten in den 70ern die Wende

Seitdem ist das Geld knapp, seit 1977 – mit Verabschiedung des ersten Kostendämpfungsgesetzes – wird versucht, die Ausgaben im Gesundheitswegen durch Eingriffe ins Kassenarztrecht unter Kontrolle zu halten und an die Einnahmen der Krankenkassen zu koppeln. Unter anderem verringerte sich dadurch der Handlungsspielraum der KVen, während sich deren Regulierungsbefugnisse und –pflichten gegenüber den Vertragsärzten erweiterten. Auch die Durchsetzungsfähigkeit der KVen als Interessenvertretung gegenüber den Krankenkassen verlor an Stärke. Die Arbeitsbedingungen der Vertragsärzte verschlechterten sich und deren Honorarperspektiven waren ebenfalls trübe. Spätestens mit den Maßnahmen, die mit dem Ziel der Kosteneinsparung eingeführt wurden, war es mit der Einheit der Ärzteschaft vorbei. Um die knapper werdenden Mittel wurde erbittert gekämpft – nicht nur mit den Krankenkassen und der Politik, sondern auch zwischen verschiedenen Ärztegruppen. Konflikte zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten waren 1993 mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes nicht mehr zu übersehen und stellten KBV und KVen vor große Herausforderungen. Der heutige Sicherstellungsauftrag entspricht also nicht mehr dem, wofür die Ärzteschaft Anfang des 20. Jahrhunderts gekämpft und was sie mit der Gründung der KVen erreicht hatte.

Ist das schon Grund genug, das KV-System zu verlassen? Für Dr. Thomas Ems, Vorstandsmitglied des Privatärztlichen Bundesverbands und Mitglied des Hartmannbund-Vorstandes, war das vor 23 Jahren keine Frage, über die er lange nachdenken musste. Er gründete eine Privatpraxis, nachdem er zuvor in großen orthopädischen, allgemeinmedizinischen Kassenpraxen gearbeitet hatte. Damals war es schwierig, überhaupt einen Kassensitz zu ergattern, es herrschte Niederlassungssperre. Eine Interviewaussage des damaligen Bundespräsidenten Richard von Weizsäcker, in dem er jungen Medizinern deshalb riet, sich privatärztlich niederzulassen, war ein ausschlaggebender Punkt, sich vom KV-System abzuwenden. Und: Ems wollte weg von der, wie er sagt, Zwei-Minuten-Medizin, die er bis dahin erlebt hatte. „Was mich sehr motiviert hat, ist: Ich kann jeden Patienten, der zu mir in die Praxis kommt, nach bestem Wissen und Gewissen behandeln. Ich habe kein Budget, nach dem ich mich richten muss, und völlige Therapiefreiheit. Ich muss nicht darauf achten, ob der Patient privat- oder gesetzlich versichert ist und ich kann mir mehr Zeit für ihn nehmen. Das bringt eine sehr hohe Arbeitszufriedenheit mit sich. Das ist im KV-System schwieriger zu erreichen“, erzählt er.

Foto: Die Hoffotografen

Dr. Thomas Ems, Vorstandsmitglied des Privatärztlichen Bundesverbands und Mitglied des Hartmannbund-Vorstandes

Was für ihn ebenfalls ein Pluspunkt ist: Er hat deutlich weniger bürokratischen Aufwand in seiner Privatpraxis. Er schätzt, dass der Aufwand verglichen zur Kassenpraxis bei 1:3 liegt. Und er bevorzugt die Transparenz, die den Patienten nach der Behandlung mit der Rechnung präsentiert wird. Jeder kann direkt kontrollieren, was getan und wie viel dafür berechnet wurde. Seine Erfahrungen deckten sich mit denen von Kolleginnen und Kollegen, die sich mit dem Privatärztlichen Bundesverband in Verbindung setzten. Viele fühlten sich im KV-System in ihren Möglichkeiten eingeschränkt. Gründe für einen Wechsel seien eine angemessenere Patientenversorgung, Therapiefreiheit, aber auch die Sorge vor Regressforderungen und Budgetierung. „Viele Kollegen sagen ‚Wir waren in der Kassenpraxis kurz vor dem Burnout‘. Mit dem Wechsel zum Privatarzt haben sie dann die Reißleine gezogen, weil es so nicht mehr weiterging“, ergänzt Ems.

Da nur gut zehn Prozent der Patienten in Deutschland privatversichert sind und im Gegensatz zum KV-System kein sicheres Honorar pro Quartal ausgezahlt wird, ergibt sich mit dem Wechsel durchaus ein Risiko. Zwar bietet die gültige Gebührenordnung für Ärzte eine stabile Kalkulationsgrundlage, allerdings wurde sie auch seit 1996 nicht mehr aktualisiert.

KBV stellte sich der „Sinnfrage“, Bundestag lehnt Abschaffung ab

Eine steigende Unzufriedenheit der Ärzteschaft im KV-System durch die zunehmende Wahrnehmung einer schwindenden politischen Durchschlagkraft der KVen, aber auch die Sorge, dass KBV und KVen Interessenvertretung und Versorgungsauftrag nicht mehr effizient miteinander verknüpfen könnten, führten 2012 schließlich soweit, dass sich die KBV dazu veranlasst sah, eine bundesweite Befragung zum Sicherstellungsauftrag durchzuführen. Ein repräsentatives Meinungsbild der Ärzteschaft sollte Auskunft darüber geben, ob das KV-System in der Breite überhaupt noch Zustimmung fand. Etwa 80 000 Ärzte nahmen an der Befragung teil. Das Ergebnis war, dass der Großteil der Mitglieder sich dafür aussprach, den Sicherstellungsauftrag für die ambulante medizinische Versorgung weiterhin in ärztlicher Selbstverwaltung wahrzunehmen – allerdings nur, wenn sich dafür die Rahmenbedingungen merklich ändern. Lediglich sechs Prozent der Befragten votierten für die Rückgabe des Sicherstellungsauftrags. Insgesamt war den Ärzten damals – und auch heute – sehr wohl klar, dass das bestehende System der Kollektivverträge zwischen Krankenkassen und KVen für den individuellen Arzt nach wie vor vorteilhafter ist, als ein System, in dem er allein mit den Kassen verhandeln muss.

Mit einem Ende des KV-Systems wäre zudem offen, wie eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige am-

Anzeige

Sondermodell Selektivverträge

Im Gegensatz zu den Kollektivverträgen, die verpflichtend zwischen den KVen und den Verbänden der Krankenkassen geschlossen werden müssen und für alle Beteiligten verbindlich sind, handelt es sich bei Selektivverträgen um Versorgungsverträge, die ohne gesetzliche Verpflichtung zwischen einer oder mehreren Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern (z. B. Haus- und Fachärzte, Medizinische Versorgungszentren) geschlossen werden. Selektivverträge werden genutzt, um zusätzlich zur kollektivvertraglichen Versorgung flexibel auf einen besonderen regionalen Behandlungsbedarf oder auf die Behandlung bestimmter Krankheiten einzugehen. So können neue Versorgungsansätze mit geeigneten Partnern etabliert und auf ihren Erfolg geprüft werden. Ist ein Selektivvertrag erfolgreich, kann das Modell auf Dauer übernommen und auch auf andere Regionen ausgedehnt werden. Dies ist entweder weiterhin im Rahmen selektivvertraglicher Versorgung möglich oder aber auch durch Aufnahme des Versorgungsansatzes in den Kollektivvertrag.

Die KVen haben sich in der AG Vertragskoordinierung der KBV zusammengeschlossen, um den Krankenkassen die einheitliche Umsetzung von Selektivverträgen durch die KVen anzubieten. Die hier geschlossenen Selektivverträge stehen grundsätzlich allen Ärzten, die die notwendigen Qualitätsanforderungen erfüllen, offen. Ärzte und Patienten haben die freie Wahl, sich für die Selektivverträge zu entscheiden.

bulante medizinische Versorgung auch weiterhin gewährleistet werden könnte. Der Gesetzgeber müsste entscheiden, wer die KV-Aufgaben künftig übernehmen sollte – Krankenkassen, der Staat oder Berufsverbände? Der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages kam bei der Bewertung einer Petition zur Abschaffung der KVen, die von 627 Mitzeichnern unterstützt wurde, im Dezember 2010 zu folgendem Ergebnis: Die geforderte Abschaffung kann vom Petitionsausschuss nicht befürwortet werden. Die Begründung war, dass die KVen zahlreiche Aufgaben erfüllen, die dann von einer anderen Institution übernommen werden müssten. Außerdem habe sich die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages der gemeinsamen Selbstverwaltung im Grundsatz bewährt. Sie trage maßgeblich zur Stärkung der gemeinsamen Verantwortung von Ärzten und Krankenkassen für die Sicherstellung einer flächendeckenden, bedarfsgerechten medizinischen Versorgung bei und ermögliche den Ausgleich häufig gegenläufiger Interessen zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen und zwischen verschiedenen Ärztegruppen untereinander. Die Einschätzung des Petitionsausschusses lautete: „Ohne kollektive Vertretung der Ärzteschaft in KVen würde sich die Gefahr konfliktträchtiger Auseinandersetzungen zwischen Ärztegruppen und Krankenkassen zu Lasten der Versorgungssicherheit erhöhen.“ Zwar sind diese Worte mittlerweile älter als eine Dekade, doch zeigen sie auch:

Die KBV und die KVen mögen zwar schon in die Jahre gekommen sein und für den einen oder anderen an Glanz verloren haben, verzichtbar sind sie im deutschen Gesundheitswesen aber längst noch nicht. Vor allem mit Blick auf die KV-Wahlen 2022 heißt das: Nur wer sich engagiert, kann auch etwas ändern!

Eine Erkenntnis, die bis heute nicht an Bedeutung verloren hat: Gemeinsam sind wir stark!

Grafik: Malchev/shutterstock.com

Foto: sixninepixels/shutterstock.com

Wie das Geld zu den Ärztinnen und Ärzten kommt

Zwischen komplex und kompliziert

Bevor die KVen gegründet wurden, ließ sich die ambulante Versorgung durch ein Dreiecksverhältnis beschreiben: Der Arzt behandelte den Versicherten. Dieser entrichtete seinen Beitrag an die Krankenkasse und der Arzt wurde von der Krankenkasse entsprechend dem abgeschlossenen Direktvertrag mit einem Honorar vergütet.

Mit Entstehung der KVen – also der Schaffung einer gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen und dem Kollektivvertragssystem – änderte sich das zu einem Viereckverhältnis: Der Arzt behandelt den Versicherten. Dieser entrichtet seinen Beitrag an die Krankenkasse. Die Krankenkassen zahlen auf Grundlage der Kollektivverträge die Gesamtvergütung an die KV, die wiederum die Erbringung der ärztlichen Leistungen durch die Kassenärzte überwacht und die Gesamtvergütung unter den Ärzten entsprechend der erbrachten Leistungen verteilt.

Die jährlichen Verhandlungen über die Höhe der Gesamtvergütung finden zunächst auf Bundesebene statt. Im Anschluss verhandeln die einzelnen KVen mit den Krankenkassen auf Landesebene, wieviel Geld diese im neuen Jahr für die ambulante Versorgung ihrer Versicherten bereitstellen.

Da in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die Ärzte ihr Honorar nicht direkt von den Patienten erhalten, rechnen sie zum Ende eines jeden Quartals ihre Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und den verschiedenen Sonderverträgen mit ihrer KV ab. Der EBM ist das Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung und „Leistungsverzeichnis der GKV“. Darin werden alle Leistungen für ambulante und belegärztliche Behandlungen verzeichnet, auf die gesetzlich Krankenversicherte einen Anspruch haben. Alle Leistungen, die nicht im EBM aufgeführt werden, können auch nicht über die KVen zulasten der GKV abgerechnet werden. Der Wert der verschiedenen Leistungen wird über Punktzahlen ausgedrückt, welche das Wertverhältnis der Leistungen untereinander festlegen. Werden die Punkte mit dem gültigen Orientierungspunktwert multipliziert, ergibt sich ein Wert in Euro und Cent. Der bundeseinheitliche Orientierungspunktwert wird jedes Jahr neu ausgehandelt und gibt die Richtung für die weiteren Verhandlungen auf Landesebene vor.

Die GKV entrichtet für die vertragsärztliche Versorgung ihrer Versicherten an die KVen eine Gesamtvergütung, die sich aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zusammensetzt. Die Leistungen, die der EGV zugeordnet sind, werden zum vollen Preis vergütet. Das trifft etwa auf ein Drittel der Leistungen zu. Zu diesen zählen zum Beispiel Präventionsleistungen, ambulantes Operieren oder Schutzimpfungen.

Die Höhe der MGV hängt unter anderem davon ab, wieviel die Krankenkasse für einen Patienten an die KV zahlt, wie viele gesetzlich Krankenversicherte in einem Bundesland wohnen oder wie krank die Bevölkerung ist. Je höher der Behandlungsbedarf ist, desto höher fällt die Gesamtvergütung aus. Zudem unterliegt die MGV einer Mengensteuerung. Dies betrifft ca. 70 Prozent der Leistungen und bedeutet, dass bei Überschreitung einer bestimmten Leistungsmenge im Quartal der Arzt die darüber hinaus gehenden Leistungen zu einem abgesenkten Preis vergütet bekommen kann. Um sicher zu stellen, dass MGV gleichmäßig auf das ganze Jahr und getrennt nach haus- und fachärztlicher Versorgung verteilt wird, haben die KVen ihren „Verteilungsschlüssel“ – den Honorarverteilungsmaßstab (HVM). Er soll nicht nur eine übermäßige Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit vermeiden, sondern den Ärzten auch eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des erwartenden Honorars ermöglichen. Dazu wird jedem Vertragsarzt in jedem Quartal ein Honorarvolumen zugeteilt. Das Honorarvolumen setzt sich zusammen aus arztbezogenem Regelleistungsvolumen (RLV) sowie einem oder mehreren qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV). Dieses Honorarvolumen bildet die Obergrenze, bis zu der alle RLV- und QZV-Leistungen mit festen Preisen nach dem EBM vergütet werden. Die genaue Berechnung der Honorarvolumina unterscheidet sich zwischen den einzelnen KVen erheblich. Gleich ist jedoch, dass die Leistungen bei Überschreitung des Volumens abgestaffelt vergütet werden, wenn nicht mehr genug Geld übrig ist. Die Vergütung sinkt dann auf einen prozentualen Wert, der quartalsweise im Nachhinein ermittelt wird.

Rück- und Ausblick zwischen Konflikten und Erfolgen

Der größte Erfolg war es, dass das System diese Zeit überstanden hat

Als Verfechter der gemeinsamen Selbstverwaltung sieht Dr. Rainer Hess die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) als unverzichtbar an, um das Sachleistungsprinzip weiter sicherstellen zu können. Im Gespräch mit dem Hartmannbund Magazin blickt der einstige Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zurück und erzählt von Konflikten und Erfolgen, die sich in seiner Amtszeit zugetragen haben.

Die Selbstverwaltung des Gesundheitssystems ist im internationalen Vergleich einmalig…

Das wird auch einmalig bleiben, weil wir nur in Deutschland das Sachleistungssystem in dieser Form und nur hier über 100 gesetzliche, selbstverwaltete Krankenkassen haben. Ohne die Kassenärztlichen Vereinigungen als Gegengewicht hätten die Krankenkassen freie Hand – das müssen sich die Ärzte immer wieder vor Augen führen. Solange wir das Sachleistungsprinzip haben, also jeder Versicherte in Deutschland, egal wo er sich befindet, einen Anspruch auf medizinische Versorgung zu denselben Bedingungen unabhängig von seiner Kassenzugehörigkeit hat, brauchen wir die Kassenärztlichen Vereinigungen. Nur diese sammeln die gesamten Arztdaten, nur sie gewährleisten, dass der Patient aus Bayern auch in Hamburg zum Arzt gehen kann. Dabei hat er nichts mit der Bezahlung der ärztlichen Leistung zu tun – weil die Abrechnung im Clearingverfahren der Kassenärztlichen Vereinigungen abgewickelt wird. Die gemeinsame Selbstverwaltung halte ich für unverzichtbar, um das Sachleistungsprinzip zu gewährleisten.

In den Medien wurden Kassenärztliche Vereinigungen schon unterschiedlich betitelt, vom Ärztemonopol bis hin zum zahnlosen Tiger war vieles dabei. Wie ist Ihre Einordnung?

Beides stimmt nicht. Die Hausärzte-Wahltarifversorgung und die integrierten Versorgungsverträge sind ja gerade entstanden, weil man im Vertragswettbewerb der Krankenkassen um Versicherte das Monopol der KVen nicht mehr akzeptiert hat. Da haben die Kassen sich durchgesetzt, sie wollten mehr Vertragsfreiheit und Verträge nicht mehr nur mit der Kassenärztlichen Vereinigung, sondern auch mit einzelnen Arztgruppen abschließen. Den zahnlosen Tiger gibt es aber auch nicht. Stellen Sie sich vor, wir hätten die KVen als Körperschaft nicht und damit nicht das System der gleichlangen Spieße. Dann wären die Krankenkassen sehr viel dominanter und ich weiß nicht, wo die Ärzteschaft heute stünde, weil wir dann das Einkaufssystem der Kassen hätten, das der Hartmannbund als Leipziger Verband so massiv bekämpft hatte. Das gesamte Versorgungs- und Vergütungssystem und der gemeinsame Sicherstellungsauftrag verlangen eine Körperschaft als Vertragspartner der Krankenkassen. Und ob die 100 Krankenkassen in Deutschland bereit wären, aus eigener Initiative das Honorarsystem so zu gestalten, wie es auf Druck der Kassenärztlichen Vereinigungen ja immer wieder geschieht – es wird immer mehr ausgegliedert, es gibt immer weniger gedeckelte Leistungsbereiche – das darf man wohl anzweifeln.

Diese gleichlangen Spieße zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen – waren die Realität oder sitzen die Krankenkassen nicht doch am längeren Hebel?

An sich sind die Ärzte am längeren Hebel. In den Verhandlungen, auch heute noch, kommen die Ideen immer von den Ärzten. Krankenkassen reagieren in der Regel auf die Vorschläge der Ärzteschaft. Häufig natürlich ablehnend. Da spielen Budgetgrenzen eine Rolle. Aber der Ideenreichtum bei der Ärzteschaft ist wesentlich größer als bei den Krankenkassen.

Sie waren Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Welche Konflikte sind in dieser Zeit aufgetreten?

Zu meiner Zeit waren sowohl der Vorstand als auch die Vertreterversammlung ehrenamtlich tätig. Deren Aufgabe war es, das von 1993 bis 1998 gesetzlich vorgegebene Honorar-Budget zu verteilen. Es gab noch keine getrennten Honorartöpfe, sondern lediglich die Kassenärztlichen Vereinigungen, die über die Beschlüsse der Vertreterversammlungen die Honorarverteilung zu beschliessen hatten. Zwischen Haus- und Fachärzten gab es einen riesigen Interessenkonflikt, der in gewisser Weise auch heute noch nicht beigelegt ist. Es gab den Konflikt zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten. Das machte es sehr schwer, in einer ehrenamtlich besetzten Vertreterversammlung die Honorarverteilung nach objektiven Kriterien gerecht zu gestalten. Es gab wechselnde Mehrheiten in die eine oder andere Richtung und dementsprechend auch wechselnde Honorarverteilungen in die eine oder andere Richtung. Der zweite große Konflikt war, nach der Wiedervereinigung sozusagen ausgabenneutral für die Krankenkassen unter dem Dach der Kassenärztlichen Vereinigungen einen Ost-West-Ausgleich durchzuführen. Das gab es nur bei den Ärzten, dass der Gesetzgeber zulasten der Kassenärzte im Westen das System der Kassenärztlichen Vereinigungen im Osten subventioniert hat. Als das Wohnortprinzip für mitversicherte Familienangehörige eingeführt wurde, gab es dann Kritik von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Osten. Arbeitete zum Beispiel die Tochter eines Verischerten im Westen, lebte aber bei ihren Eltern im Osten, musste die Gesamtvergütung neu verteilt werden – sie ging dann für diese Tochter an die Kassenärztliche Vereinigung im Westen und nicht mehr wie bisher an die im Osten. Das hat zu heftigen Auseinandersetzungen und Gerichtsverfahren geführt und hat die Ärzteschaft an den Rand eines nicht lösbaren Konflikts gebracht. Intern musste das über den sogenannten Fremdkassenzahlungsausgleich geregelt werden.

Und welche Erfolge gab es?

Objektiv gesehen würde ich sagen, der größte Erfolg war es, dass das System diese Zeit überstanden hat und die Bevölkerung von diesen internen Auseinandersetzungen kaum etwas mitbekommen hat: ihr Sachleistungsanspruch wurde sichergestellt, es gab eine gute ärztliche Versorgung, wenn unter Umständen auch mit Wartezeiten. Aber das System als solches hat sich bewährt und ist nach wie vor eines der besten der Welt. Es ist einmalig, dass gesetzlich Versicherten eine ambulante ärztliche Versorgung mit freien Wahlmöglichkeiten, freiem Zugang und ohne Zahlungsverpflichtungen sichergestellt wird. Subjektiv, als damaliger Hauptgeschäftsführer und hauptamtlich Verantwortlicher, denke ich: Wir haben diese Krisensituationen hervorragend gemeistert.

Wo sehen Sie aktuell Herausforderungen, die die Arbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen erschweren?

Ich sehe ein Problem in der fehlenden Heterogenität in der Selbstverwaltung. Wir haben zunehmend Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte, die auch Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind. Zum Hausarzt-Facharzt-Psychotherapeuten-Konflikt kommt also noch der Konflikt freiberuflich-angestellt. Das ist ein Spannungsfeld, das intern ausgeglichen werden muss. Das geht über Fachbeiräte, worüber die Möglichkeit besteht, die entsprechenden Gruppen gesondert in die Willensbildung einzubinden. Außerdem sind die Kassenärztlichen Vereinigungen zwar eine Selbstverwaltung, aber gleichzeitig auch eine mittelbare Staatsverwaltung. Das heißt, der Gesetzgeber hat die Möglichkeit, bei der Honorarverteilung steuernd einzugreifen. Die Aufsichtsmittel, die der Staat gegenüber der Körperschaft hat, werden meiner Meinung nach überzogen. Nach einer Affäre in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde die Aufsicht so breit und mächtig aufgestellt, dass die Strukturen gewissermaßen staatsabhängig sind. Es wäre für das System der gemeinsamen Selbstverwaltung von Vorteil, den Staat wieder etwas zurückzunehmen und den Selbstverwaltungsstrukturen mehr Gestaltungsfreiheiten einzuräumen.

Es gab auch Stimmen, die für eine Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen plädierten. Was spricht denn gegen eine staatliche Steuerung des Gesundheitswesens?

Der Staat oder eine Behörde müsste dann die gesundheitliche Versorgung regeln. Wir alle haben Erfahrungen mit Behörden und damit, wie kopflastig diese arbeiten müssen. Zu meiner Zeit genügte die Struktur der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit 200 Mitarbeitern. Im Gegensatz dazu sehe ich dann ein Ministerium mit 1.000 Mitarbeitern, also einen Verwaltungsapparat, der die gesamte ambulante Versorgung steuern soll. Bei allen Problemen, die auch die Selbstverwaltung hat, ihre Entscheidung intern zu treffen – dieses System der gemeinsamen Selbstverwaltung in Deutschland halte ich persönlich für flexibler, praxisnäher und für die Ärzte auch akzeptabler, was ihre Interessenvertretung betrifft. Das sage ich auch als ehemaliger Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, der die Dachorganisation der gemeinsamen Selbstverwaltung ist. Ich halte es im Vergleich zu einem reinen Wettbewerbssystem, in dem die Kassen sich ihre Leistungserbringer einkaufen, für das bessere System. Und ich halte es auch wesentlich besser als ein rein staatliches System. Es ist der mittlere Weg, den Deutschland im Gesundheitswesen beschreitet und den halte ich für richtig.

Zur Person

Der Jurist Dr. Rainer Hess war 1969 Justitiar des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte, wechselte dann zwei Jahre später als Justitiar in die gemeinsame Rechtsabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. Von 1988 bis 2003 übernahm er den Posten des Hauptgeschäftsführers der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Mit der Gründung des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde er von 2004 bis 2012 dessen erster Unparteiischer Vorsitzender. 2013 leitete er als Interimsvorstand die Deutsche Stiftung Organtransplantation.

Grafik: Nattapol_Sritongcom/shutterstock.com

Schwieriger Spagat zwischen Behörde und Interessenvertretung

Diese Regel, die ich jetzt umsetzen muss, ist einfach Unsinn

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts haben Kassenärztliche Vereinigungen (KV) scheinbar Gegensätzliches auszuführen: Sie sind zum einen Interessenvertretung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Zum anderen haben sie aber auch gesetzliche Vorgaben durchzusetzen, die bei den Niedergelassenen nicht immer auf Gegenliebe stoßen. Wie ist es möglich, diese beiden Aufgabenbereiche zu vereinen und wie viel Konfliktpotential birgt das für die KV-Arbeit? Im Gespräch hat der ehemalige Vorstandsvorsitzende der KV Bremen, Dr. Jörg Hermann, von seinen Erfahrungen erzählt – davon, wie er aufgebrachte Ärzte beruhigen konnte, wieso Kritik an KVen zum Teil berechtigt ist und wieso die Abschaffung dieser Institution längst nicht alles besser machen würde.

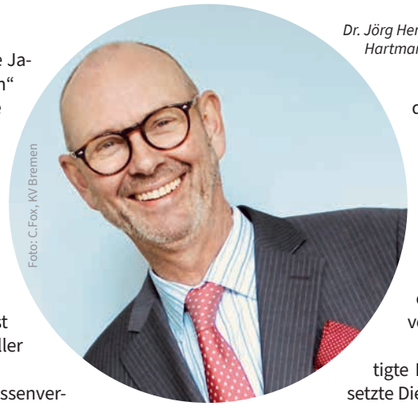


Foto: C.Fox, KV Bremen

Dr. Jörg Hermann, langjähriger KV- und Hartmannbund-Vorsitzender in Bremen

„Es gab viele Situationen, in denen diese Janusköpfigkeit zwischen „halb Behörde sein“ und „halb Interessenvertretung sein“ zutage getreten ist. Was mich aber im Verlauf von zehn Jahren als Vorstandsvorsitzender der KV Bremen mehr gestört hat, war: Der Abstand zu den von mir eigentlich zu Vertretenden wird immer größer. Das ist fast überall zu sehen, im politischen Berlin und leider auch in der Welt der KVen. Dennoch komme ich zu dem Ergebnis, dass das Modell der Körperschaften, das im Rest der Welt praktisch unbekannt ist, trotz aller Schwierigkeiten sehr wertvoll ist.

Wie also kann der Spagat zwischen Interessenvertretung, aber auch das Ausführen staatlicher Vorgaben gemeistert werden? Das ist schwierig, denn irgendwann kommt immer der Punkt, wo man denkt: Diese Regel, die ich jetzt umsetzen muss, ist Unsinn. Ein ganz großes Thema war 2011 die Ambulante Kodierrichtlinie (AKR). Nachdem sich KVen und Leistungserbringer nicht einigen konnten, wurde die AKR vom Gesetzgeber auf den Weg gebracht. Die KBV musste den gesetzlichen Auftrag umsetzen, ebenso wie die einzelnen Praxen. Eine meiner ersten Tätigkeiten als neuer KV-Vorstandsvorsitzender war es, in einem großen Konzerthaus Hunderten Bremer Kassenärzten die AKR nahezubringen. Sie hassten es. Denn es war ein typischer Fall von Bürokratie, der niemandem etwas brachte: Es half dem Arzt nichts, dem Patienten sowieso nicht, bestenfalls einzelnen Krankenkassen, die den Aufwand aber nicht einmal vergüten wollten. Da sind wütende Proteste losgetreten worden, der Saal war voll mit aufgebrachten Ärzten – mit Plakaten wie bei einer Demo und Obst zum Werfen. Als KV-Vorstand konnte ich die Ärzte verstehen. Aber es war eben ein Bundesgesetz, wir mussten es machen. Ich habe das Eis mit einem Witz brechen können, zumindest wurden die Tomaten weggesteckt und wir konnten die Veranstaltung geregelt zu Ende bringen.

Solche Ereignisse kamen während meiner Tätigkeit immer wieder vor. Ein weiterer großer Fall, der bei den Ärzten für Ärger sorgte, war beispielsweise die Einführung der Konnektoren in die Praxen, um sichere Anwendungen in der TI zu ermöglichen. Sie waren und sind zu kompliziert, in der Welt der Medizin funktionierten sie nicht richtig und kosteten überdies viel Geld. Trotz dieser Widersprüche – das Gesetz, das alles zentral regelt, auf der einen Seite, die ablehnende Haltung der Ärzte dazu auf der anderen Seite – muss die KV das für ein gedeihliches Zusammenleben einfach durchführen. Ich habe immer versucht, Verständnis und Empathie zu zeigen. Das ist auch ein Grund dafür, warum ein KV-Vorstand idealerweise auch eine Vergangenheit als Kassenarzt haben sollte. Er sollte zumindest einmal erlebt haben, wie das ganze Theater von der anderen Seite aussieht.

Es gibt natürlich mehr oder weniger berechtigte Kritik an den KVen. Wenn man eine vorgesetzte Dienststelle hat, bezieht man immer alles, was schlecht läuft, auf diese. Aber die zunehmende Bürokratie ist keine Einbildung der Kassenärzte und Kassenärztinnen. Das SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) ist die Bibel meiner Arbeit gewesen. Das ist im Laufe der Jahre immer dicker geworden, mit kaum verständlichen und teilweise widersprüchlichen Paragraphen, die über mehrere Seiten gehen. Die Vorschriften wurden immer kleinteiliger, weil man den Ärzten immer weniger zutraute, die Dinge selbst zu regeln. Damit ist der Sinn der KVen natürlich immer stärker beschnitten worden und Zweifel an deren Sinnhaftigkeit wurde nachvollziehbar. Die KV dient gerne als Feindbild und einige Kollegen sind bis heute der Meinung die KV könne auch gleich in eine Behörde umgewandelt werden. Das ist natürlich kurzsichtig gedacht, es wäre nichts gewonnen: Wenn nur solche Personen Entscheidungen treffen, die nicht vom Fach sind und nicht das große Ganze der ambulanten Versorgung im Blick haben, geht es sicher keinem Kassenarzt oder keiner Kassenärztin besser. Das betrifft gerade auch die Honorarverteilung.

Die Vertretung der ärztlichen Interessen ist für eine einzelne KV zwar nur begrenzt möglich. Über die Arbeit in den Gremien kann man als Vorstand aber früh Schieflagen erkennen und an bestimmten Stellen versuchen, etwas zu verbessern. Auch gemeinsamer politischer Widerstand kann durchaus Wirkung zeigen. Wenn in allen Bundesländern alle 17 KVen gemeinsam agieren und mit der Kassenärztliche Bundesvereinigung eine einheitliche Linie entwickeln, dann hat das auch Gewicht. Wenn die Kassenärzte es mal schaffen, mit einer Stimme aufzutreten und zum Beispiel gegen ein Gesetz protestieren, dann werden sie auch gehört. Bei der AKR hat das damals geholfen – da wurde die Verpflichtung zu einer sanften Empfehlung.“

Stimmen aus dem HB

Warum man sich jetzt bei den KV-Wahlen engagieren sollte

Schon viel Unsinn verhindert

Immer wieder sind wir über die KV oder im Einzelfall unsinnige Regeln genervt. Dabei gilt es sich bewusst zu sein, dass wir als niedergelassene selbständige Ärzte oder in kleineren MVZ den großen Krankenkassen und der Ministerialbürokratie ohne KV ziemlich wehrlos ausgesetzt wären. Die ursprüngliche Idee des Hartmannbundes war und ist es, gemeinsam geschlossen gegenüber Kassen und Staat aufzutreten. Weiterhin sind viele ärgerliche Regeln, die von der KV umgesetzt werden, gar nicht von der KV erdacht, sondern Gesetz oder Ergebnis der Ministerialbürokratie. Dank der Möglichkeit der Selbstverwaltung wirken an der Umsetzung und bei der Ausgestaltung zumindest unser ärztlicher Sachverstand mit. Das hat schon viel Unsinn verhindert. Und natürlich sind wir Ärzte (m/w/d) eine heterogene Gruppe und müssen auch untereinander Kompromisse finden, die im Einzelfall für den Einzelnen Einschränkungen bedeuten.

Bei einer hundert Jahren alten Organisation gibt es natürlich auch alte Zöpfe und Gewohnheiten, die regelmäßig auf den Prüfstand gehören. Manche altmodisch wirkenden Regeln oder Abteilungen haben aber auch ihre Daseinsberechtigung.

Als Pathologe erlaube ich mir, das Beispiel Obduktionen zu nennen, deren Stellenwert in den letzten 20 Jahren zurückging. Und als dann in 2020 eine neue Infektionserkrankung über uns hinwegrollte, hat dieses altmodische Verfahren Obduktion unbestreitbar wichtige Erkenntnisse gebracht.

Machen Sie von Ihrem passiven (gern über Ihren HB) aber zumindest von Ihrem aktiven Wahlrecht Gebrauch.

Dr. med. Maximilian Gebhard, Hamburg

Arbeitszufriedenheit als zentrales Ergebnis

Eine starke Kassenärztliche Vereinigung steht für die hohe Qualität ambulanter Versorgung und einer wirkungsvollen Vertretung der Kassenärzte bei den Krankenkassen. Die Regelungen dieser komplexen Aufgaben haben eine enge Verzahnung mit dem Praxisalltag. Die Arbeitszufriedenheit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, wie auch Psychotherapeuten/-innen, dem gesamten Praxisteam und die unmittelbare Versorgungsqualität der Patienten sind vor allem anderen das messbare Ergebnis. Eine modern ausgerichtete KV muss für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sorgen, weil das die Versorgungsqualität in der Zukunft stark beeinflussen wird. Gleichzeitig müssen die wirtschaftlichen Kernaufgaben transparent und praxisnah bearbeitet werden. Auch dafür will ich mich gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen aktiv einsetzen.

Dr. Kathrin Krome, Bayern

Im Zeichen der Freiheit

Dr. Hermann Hartmann forderte 1900: „Lasst uns … eine feste, zielbewusste Organisation schaffen zum Zwecke einer energischen Vertretung unserer aufs Äußerste gefährdeten Interessen! Schließen wir uns fest zusammen, der Einzelne ist nichts, alle zusammen sind wir eine Macht.“ Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) entsprechen der wichtigsten Forderung unseres Verbandsgründers Hermann Hartmann, auch wenn Sie Körperschaften öffentlichen Rechtes sind. Ich teile als junger fachärztlich tätiger Kollege, der in einer Einzelniederlassung arbeitet, diese Gedanken. Trotz Schwächen im KV-System wie die Budgetierung oder Regresse, sehe ich den Zusammenschluss der niedergelassenen Kollegen als zentrale Erfüllung unseres Verbandsursprunges, um die Freiberuflichkeit unseres Berufsstandes und die freie Arztwahl unserer Bevölkerung aufrecht zu erhalten. Ich kandidiere 2022 für den Hartmannbund für die KV-Wahl in Niedersachsen – im Zeichen der Freiheit.

Dr. Constantin Janzen, Niedersachsen

Qualitätssicherung als Kernanliegen

Die Sicherung und kontinuierliche Verbesserung der Qualität zählen zum professionellen Selbstverständnis der Ärzteschaft. Die Qualitätssicherung ist deshalb ein Kernanliegen der ärztlichen Selbstverwaltung und stellt damit eine der Kernaufgaben der KV dar. Die KV berät ihre Mitglieder zu allen Fragen rund um die Qualität in der ambulanten medizinischen Versorgung und garantiert sowohl gegenüber den Krankenkassen als auch den Versicherten durch die beständige Prüfung von Struktur- und Ergebnisqualität eine hochwertige Behandlung und Betreuung der Patienten.

Dr. Michael Viapiano, Baden-Württemberg

Selbstverwaltung braucht aktive Mitstreiter

Demokratie ist die schlechteste aller Regierungsformen- ausgenommen alle anderen. So ähnlich muss man wohl auch die Selbstverwaltung sehen. Trotz aller Widrigkeiten wollen die Wenigsten wirklich etwas anderes probieren. Nur so können wir selbstbestimmtes und freiberufliches Arbeiten erhalten und unsere Ideen in den Wandel der ambulanten Versorgung einbringen. Das hat mich motiviert, mich zur Wahl zu stellen, denn genau wie die Demokratie braucht auch die Selbstverwaltung aktive Mitstreiter. Ich möchte mich für ein transparentes Miteinander innerhalb der KV und eine verstärkte Wahrnehmung in der Öffentlichkeit einsetzen. In der Pandemie ist einer breiteren Öffentlichkeit erstmalig bekannt geworden, welche wichtige Aufgabe die KV für unsere Patient:innen übernimmt. Daran sollten wir anknüpfen Um nochmals Churchill zu zitieren: Wer sich nicht bewegt, spürt seine Fesseln nicht!

Dr. med. Stephanie Patek, Hamburg

Engagement für sinnvolle Lösungen

Die KV ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts eine Institution, die staatliche Aufgaben übernimmt und diese auch durchsetzen muss. Gleichzeitig ist es ihr Bestreben, auch Service-Leistungen anzubieten. In diesem Spannungsfeld wird die KV – zu Unrecht – oft nur als ein Instrument der „Gängelung“ der Ärzteschaft gesehen.

Besonders in den vergangenen Jahren wurde mit der überhasteten Einführung teils noch nicht ausgereifter TI-Anwendungen der Ärger in den Praxen verschärft. Auf Basis einer von der Vorsitzenden der Vertreterversammlung der KVB, Dr. med. Petra Reis-Berkowicz initiierten Petition konnte Anfang dieses Jahres vor dem Petitionsauschuss des Bundestages unser diesbezügliches Anliegen vorgebracht werden. Bleibt zu hoffen, dass die erfolgreiche Petition zu einem Einlenken der Politik führen wird.

Herausforderungen für die KV ergeben sich häufig auch mit Blick auf die Nachbesetzung von Praxen auf dem flachen Land. Hier gibt es oftmals keine Bewerber, die die Praxis in selbständiger Tätigkeit ausüben wollen, sondern lieber im Angestelltenverhältnis. Die Schließung einer Praxis bei fehlendem Nachfolger führt zu Problemen für die Patientinnen und Patienten, sie müssten sich einen neuen Arzt oder neue Ärztin suchen. Praxismitarbeiter würden arbeitslos.

Auch auf diesem Problemfeld versucht die KVB, Lösungen anzubieten. Fazit: Jeder, der an sinnvollen Lösungen für unseren Berufsstand beitragen will, sollte sich – zum Beispiel in einer KV – berufspolitisch engagieren.

Dr. med. Ulrich Schwiersch, Bayern

Mit Idealismus gestalten

Idealismus und Freude am berufspolitischen Engagement ist für Mitglieder des HB gerade in den Landes KVen von größter Wichtigkeit, da wir hier aktiv in der ärztlichen Selbstverwaltung gestalten können. Gerade in der Zeit der Pandemie war zu sehen wie wichtig eine gut organisierte und konstruktiv miteinander arbeitende Selbstverwaltung ist. Wir können uns in der KV aktiv einbringen und die Interessen unserer niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen bestmöglich vertreten. Deshalb freuen wir uns, neben unserer Praxistätigkeit für die kommende Vertreterversammlung der KV Berlin kandidieren zu dürfen.

Dr. Philipp Benter und Dr. Daniel Peukert, Berlin

Langfristiges Engagement als Erfolgsstrategie

Leider finden sich viel zu wenige Kollegen, die sich für Berufspolitik interessieren. Von den Interessierten findet sich dann viele im Hartmannbund. Dort hat man durch die Interprofessionalität, also das Zusammenwirken zwischen Älteren, Jungen und den Ärzten jeglicher Couleur die Möglichkeit, seine berufspolitische Kompetenz auf das Beste zu schärfen. Damit kann man seine eigene Professionalität verbessern und sich im Verband einbringen. Das prägt auch sein eigenes und direktes berufliches Umfeld. Dies allein hat aber eine geringe Durchschlagskraft, wenn man nicht den Schritt geht, seine im Hartmannbund erworbene Kompetenz in die Gremien und Körperschaften der Selbstverwaltung einzubringen, sprich das Wirken im Hartmannbund sollte eigentlich nur die Durchgangsstation sein, um sich dann als Hartmannbündler als Mandatsträger in KV und Kammern zu profilieren. Um in die Körperschaften gewählt zu werden, ist es nicht dienlich dann lediglich vor der Wahl die üblichen Werbemaßnahmen durchzuführen, das reicht nicht aus. Die sicherste Methode ist es, sich über die Zeiten und permanent als politisch Engagierter der ärztlichen wie allgemeinen Öffentlichkeit aktiv zu zeigen. Damit hat man die höchste Wahrscheinlichkeit, Akzeptanz zu finden und bei einer Wahl erfolgreich zu sein.

Dr. Thomas Lipp, Landesvorsitzender Sachsen

Gesundheit gehört nicht in die Hände von Hedgefonds

Wir stehen vor großen Herausforderungen und Veränderungen. Eine qualitativ gute, wohnortnahe Versorgung ist durch die zunehmend im Markt auftauchenden profitorientierten Großversorger in einigen Bereichen schon bald nicht mehr gegeben. Hier könnte die KV eingreifen. Gesundheit gehört in die Hände von Medizinern/Heilberuflern und nicht in die Hände von Hedgefonds. Die Zahl der ambulanten Versorger wird in Zukunft zurückgehen, auch wenn es mehr Ärzte gibt. Die Rahmenbedingungen müssen für alle Beschäftigen im ambulanten Gesundheitswesen daher grundlegend verbessert und entbürokratisiert werden. Auch beim Honorar gibt es immer noch Unterschiede. Wieso schaffen wir es nicht, dass in ganz Deutschland gleiches Entgeld für gleiche Leistung bezahlt wird? Wieso gibt es immer noch eine Fallzahl- und Leistungsbegrenzung, mit der eine Einschränkung der Behandlungsstunden zementiert wird, während die Patienten je nach Wohnort in Hessen bis zu einem Jahr auf einen Augenarzttermin warten müssen? Warum sorgt eine stetig zunehmende, kostenintensive, kaum durchdachte und nicht anwenderfreundliche Digitalisierung eher dafür, dass zum Beispiel der Altersausstieg einiger Kolleginnen und Kollegen vorgezogen wird oder dass wertvolle Versorgerstunden im Äther der IT verpuffen? Und das sind nur einige Punkte, die mir da spontan einfallen.

Unser Ziel muss sein, unsere breite, qualitativ hochwertige, ambulante medizinische Versorgung unter zukunftsfähigen Arbeitsbedingungen für alle Beschäftigen im ambulanten Gesundheitswesen aufrecht zu erhalten. Das bezieht ebenso freiberuflich tätige Ärzte und -innen, Psychotherapeuten und -innen, Angestellte, MFAs, etc. mit ein. Dafür müssen wir kämpfen. Und dafür möchte ich mich einsetzen und engagieren.

Michael Langholz, Bremen

Regelungswut bremsen!

In der Vertreterversammlung der KV Hessen ist der Hartmannbund in einer gemeinsamen Liste mit den Netzärzten vertreten. In dieser Liste decken sich die Wünsche nach Vertretung aller niedergelassen Ärzte mit dem Blick über den Fachgruppentellerrand. Kollegiales Miteinander ist zur Überwindung der aktuellen Probleme, wie zum Beispiel der Patientenversorgung in der Pandemie und Verschlechterung der hausärztlichen und nicht spezialfachärztlichen Versorgung auf dem Land unerlässlich.

Dr. Carola Koch, als Vorsitzende des Frankfurter Ärztenetzes (GNEF) und Dr. Lothar Born, als Landesvorsitzender des Hartmannbundes Hessen stehen hier im kritischen Dialog mit allen anderen Fachgruppen der Vertreterversammlung. Insbesondere im Bereich der erweiterten Honorarverteilung (EHV), einer nur in Hessen existierenden Rente der Kassenärzte fordern wir mehr Transparenz. Die immer wichtiger werdende sektorverbindende Medizin steht genuin in unserem Focus. Die Einbindung der angestellten niedergelassenen Ärzte in die KV-Arbeit ist uns ein wichtigstes Anliegen. Leider ist es in der letzten Legislaturperiode nicht gelungen, Gesundheitspolitiker von der Leistungsfähigkeit und Kosteneffektivität unseres ambulanten Gesundheitssystems zu überzeugen. Vielmehr war die Regelungsflut ungebremst.

Dies müssen wir in der nächsten Legislaturperiode ändern. Deshalb treten wir mit unserer gemeinsamen Liste erneut an.

Dr. Carola Koch, Hessen, und Dr. Lothar Born, LV-Hessen

Frauenanteil in den KVen

Noch sehr viel Luft nach oben

Wie sieht es eigentlich mit der Diversität in der Selbstverwaltung aus? Werden verschiedene Altersgruppen, Geschlechter, Ethnien, die in der Ärzteschaft vertreten sind, adäquat in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) repräsentiert? Ein Blick auf die Vorstände, Vertreterversammlungen und Gremien fällt ernüchternd aus: Die Berufspolitik wirkt in Teilen wie eine Männerdomäne. Ob das tatsächlich daran liegt, dass viele Kolleginnen keine Lust auf diese „Körperschaftsnummer" haben, wie der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Gassen, kürzlich im politischen Interviewformat Jung & Naiv vermutete, sei dahingestellt. Zumindest die KBV sei kein reiner Männerverein und viele Frauen gelangten in Führungspositionen, sagte er. An die kommenden Wahlen der Vertreterversammlungen der KVen werden auch einige Hoffnungen geknüpft, die derzeitige Situation zu verändern. Einzelne KVen haben zudem Initiativen ins Leben gerufen, um jüngere Mitglieder für die Arbeit in der Selbstverwaltung zu gewinnen.

Zwei von 17 KV-Vorstandsvorsitzenden sind Frauen, fünf weitere sind im Vorstand vertreten. Bei den Vertreterversammlungen (VV) ist es ähnlich übersichtlich: Zwei Frauen haben den Vorsitz inne, zwei weitere sind stellvertretende VV-Vorsitzende. Ist es ein Problem, wenn Berufspolitik vorrangig von Männern ausgeübt wird und Frauen wenig repräsentiert sind, obwohl die Zahl der Ärztinnen steigt? In der Ärztestatistik der Bundesärztekammer vom 31.12.2020 wird angegeben, dass der Anteil der im ambulanten Bereich tätigen Frauen bei 47,2 Prozent liegt. Einen eigenen Praxissitz haben 40,9 Prozent der Ärztinnen. „In der Gesundheitspolitik sind weniger Frauen aktiv. Neben den Ärztekammern gilt es auch die KVen zu betrachten. Da sind die Zahlen von Frauen in Führungspositionen noch desaströser als im übrigen Gesundheitswesen. In diesem Jahr bietet sich mit den Wahlen die Möglichkeit, das zu ändern. Ich bin gespannt, was dabei herauskommt", sagt Dr. Christiane Groß, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes.

Sie hält es für realisierbar, mehr Frauen zu aktiveren, um sich auf aussichtsreiche Positionen der Listen stellen zu lassen, damit auf diesem Wege der Frauenanteil in den Vertreterversammlungen, den höchsten Entscheidungsgremien der KVen, steigt. Auf diese Weise würden Probleme, mit denen Frauen im Berufsleben zu kämpfen hätten, sichtbarer und es könnte etwas dafür getan werden, die Situation zu verbessern. Aber: „Um auf diese Positionen zu kommen, müssen Frauen auch hier schon die gläserne Decke durchstoßen", sagt Christiane Groß. Außerdem muss die ehrenamtliche Tätigkeit in der Selbstverwaltung für Frauen, die sich häufig neben dem Beruf noch um die Familie kümmerten, attraktiver werden. Dafür bräuchte es ein Bündel an Maßnahmen: „Um in der Gremienarbeit voranzukommen, hieße es: die Zeiten von Gremiensitzungen flexibler und individueller an die Gegebenheiten anzupassen und sie besser zu strukturieren, mit definiertem Anfang und definiertem Ende. Man sollte Kinderbetreuung anbieten für die Sitzungen beziehungsweise Betreuungskosten ansetzbar machen. Letzteres wurde teilweise zumindest im Kammerbereich schon realisiert und kann auch der Betreuung von Pflegebedürftigen entsprechen", erläutert Groß.

Das etwas getan werden muss, sieht auch Dr. Claudia Haupt so. Sie ist eine von drei Sprecherinnen der erst im vergangenen Dezember berufenen Frauenkommission der KV Hamburg. Diese soll den Startschuss für mehr weibliche Expertise in der Selbstverwaltung bilden. „Wir haben diese Diskrepanz, dass 56 Prozent der KV-Mitglieder weiblich sind, aber nur ein Drittel der Frauen in der Selbstverwaltung vertreten ist. Es gibt durchaus Gremien, in denen gar keine oder sehr wenige Frauen beteiligt sind. Als Frau, die sich berufspolitisch engagiert, merkt man, dass das schieflastig ist. Das kann so nicht bleiben", fasst sie die Situation in Hamburg zusammen. Dabei ginge es gar nicht darum, Männern etwas abzusprechen oder eine Kampfstimmung auszurufen. „Die Zusammenarbeit zwischen Männern und Frauen ist sehr fruchtbar. Aber ich glaube auch, dass Frauen manchmal eine andere Herangehensweise und eine andere Art haben, Dinge zu betrachten. Deswegen kann es nur ein Gewinn sein, wenn mehr Frauen in den Gremien repräsentiert sind", findet Claudia Haupt.

Gründe, die Frauen an der Gremienarbeit hinderten, seien unter anderem fehlendes Wissen darüber: Was wird in der KV überhaupt gemacht, in welchem Bereich könnte man sich selbst einbringen und wie wirkt sich das auf die tägliche Arbeit aus? Durch Beiträge im KV-Journal und mit Informationsveranstaltungen möchte man dieses Manko aus dem Weg räumen. Auf diese Art von Informationsvermittlung setzt auch die KV Niedersachsen. Diese hat im vergangenen Jahr die Kampagne „Wir l(i)eben Selbstverwaltung" gestartet, um Nachwuchs für die Selbstverwaltung zu gewinnen. Unter anderem könnten sich jüngere Interessierte in Schnuppersitzungen ein Bild davon machen, was sie bei der ehrenamtlichen Tätigkeit erwartet. Online-Sitzungen seien dabei ein zusätzlicher Faktor, der die Gremienarbeit besser in den Alltag integrieren könnte und gerade auch jüngere Kolleginnen und Kollegen anspreche.

Claudia Haupt führt als weiteren Grund die fehlende Ermutigung von Frauen an: Man müsse sie darin bestärken, dass sie für die Aufgaben genauso gut geeignet sind wie Männer. Mentoringprogramme sollen künftig Berührungsängste abbauen und mehr Kolleginnen für die Arbeit in der KV begeistern. Ein dritter und wichtiger Punkt ist die zeitliche Belastung, die viele Frauen erleben. Dadurch entstehe häufig die Sorge, die Verpflichtungen der Gremienarbeit nicht schaffen zu können. „Wir müssen Ideen finden, damit Teilhabe und Engagement in der Selbstverwaltung klappt, auch wenn man Beruf und Familie unter einen Hut bekommen muss. Ich bin fest davon überzeugt, dass dies nicht nur Frauen, sondern auch jungen Männern und Vätern zugutekommen wird", sagt die Kommissions-Sprecherin, denn gerade in der jüngeren Generation setzt sich eine andere Vorstellung von Work-Life-Balance durch.

Die Frauenkommission setzt sich deshalb für eine Änderung der bestehenden Strukturen ein. Zum Beispiel könnten Positionen auf verschiedene Köpfe verteilt, bessere Vertreterregelungen gefunden, der Zeitrahmen der Sitzungen geändert oder auch mehr Möglichkeiten für Hybrid- oder Online-Veranstaltungen geschaffen werden. Gerade Letztgenanntes sei für Personen, die Kinder betreuen, besonders geeignet, da zeitfressende Fahrtwege wegfallen und man an der Sitzung von Zuhause aus teilnehmen kann. Das Feedback, als sie die Frauenkommission im vergangenen Dezember auf der Delegiertenversammlung der KV vorgestellt hat, war übrigens verhalten. Zwar hat Claudia Haupt keine Ablehnung registriert, aber in so manchen Gesichtern herauslesen können, dass bei dem Vorhaben wohl nichts Ernstzunehmendes erwartet wurde. Hinterher habe es aber im persönlichen Gespräch positive Rückmeldungen gegeben – von Männern und Frauen. Wie schnell die Frauenkommission nun Veränderungen hin zu einem höheren Frauenanteil anstoßen kann, bleibt abzuwarten. Der nächste Schritt steht aber schon fest: „Wir konnten aufgrund der knappen Zeit für die kommende Wahl nicht mehr Frauen zur Wahl stellen. Aber wir wollen dafür sorgen, dass zumindest der Anteil der wählenden Frauen möglichst hoch ist und sie durch ihre bewusste Wahl die berufspolitische Richtung beeinflussen können."

HB-Vize Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat:

Wir brauchen mehr Frauen in den Gremien, wir brauchen mehr Ärztinnen, die sich das (zu)trauen!

Aus der Perspektive der jungen Ärztinnen und Ärzte, die sich häufig in einer Lebensphase der beruflichen Karrierefindung bei gleichzeitiger privater Etablierung befinden, – also in Lebenssituationen mit viel Dynamik und neuen Erfahrungen – erscheinen ihre Entwicklungsmöglichkeiten im ärztlichen Beruf oft wie zementiert und scheinbar ökonomisch auch bedrohlich. Diese junge Generation wird stark geprägt von einer großen Zahl an Ärztinnen, die sich mit ihrer Erfahrung einmischen und etablierte Vorbildstrukturen aufbrechen wollen, um für sich selbst Perspektiven zu schaffen und das Gesundheitswesen zukunftsfest zu machen.

Schon seit Generationen wird das Talent von Frauen für einen Care-Beruf erkannt und insbesondere auch im Medizinstudium finalisiert. Dennoch findet man weniger als 25 Prozent Ärztinnen in ärztlichen Führungspositionen. Dieses allein mit fehlenden Kitaplätzen zu begründen, wäre viel zu einfach und würde zudem auch die vielen kinderlosen, engagierten Ärztinnen ausblenden.

Die Herausforderungen der ärztlichen Berufsausübung im 21. Jahrhundert bedürfen eines neuen Denkens und Mitmachens, um verzahnt, kreativ, spezifisch und agil das digitale Zeitalter mit Erfolg zu erfassen. Nicht nur 50 Prozent des ärztlichen Kollegiums sind Ärztinnen – auch Patientinnen stellen die Hälfte der Bevölkerung dar. Allein diese Tatsache verlangt nach einer breiten diversen Aufstellung, um erfolgreich in Klinik und Wissenschaft zu sein.

Der freie Beruf birgt die einzigartige Möglichkeit, über die Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern, die ärztliche Berufsausübung maßgeblich mit zu gestalten. Viele Ärztinnen und Ärzte stell(t)en hervorragende Vorbilder für ein Gelingen dieser Arbeit in den entsprechenden Gremien dar. Um eine erfolgreiche Gestaltung der Zukunft zu sichern, das breite Bild der Berufsausübung abzubilden und eine umfassende Patientenversorgung zu ermöglichen, braucht es ein paritätisches Tragen von Verantwortung – sowohl in den ärztlichen Parlamenten als auch in den Vorständen der Selbstverwaltung.

Mit Blick auf den Stand der Dinge heißt das kurz und bündig: Wir brauchen mehr Frauen in der Selbstverwaltung, wir brauchen mehr Frauen, die sich das (zu)trauen. Allen Grund dazu haben sie!

Foto: Die Hoffotografen

Grafik: MJgraphics/shutterstock.com

(Nicht nur) in der Pandemie weit mehr als eine Abrechnungsstelle

Jongleur im Krisenmodus

Als Schutzwall wird die ambulante Versorgung immer wieder bezeichnet, wenn es um deren Rolle in der Corona-Pandemie geht. Testen, Impfen, Behandeln von Covid-19-Erkrankten – vieles wurde in den Arztpraxen übernommen, so dass die Krankenhäuser für schwere Fälle freigehalten werden konnten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) wurden seither, um die sichere Versorgung, auch für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, gewährleisten zu können, mit völlig neuen Aufgaben konfrontiert. Denn: Die Wucht, mit der die Pandemie in Deutschland eintraf, war groß – das medizinische Wissen über das neue Virus hingegen gering. Und die Zuständigkeiten, also wer sich in dieser Krisensituation um was zu kümmern hatte, waren nicht umfassend geklärt. Was das KV-System zur Bewältigung der Corona-Wellen beigetragen hat, wie vielfältig das Aufgabenspektrum in der Krise war und wie die Selbstverwaltung zu einer neuen Rolle finden konnte, zeigt das Beispiel der KV Berlin.

Dr. Burkhard Ruppert

Sich nicht ausreichend zu kümmern – das war ein Vorwurf, mit dem sich die KV Berlin gleich zu Beginn der Pandemie auseinandersetzen musste. In einem Fernseh-Interview musste sich der Vorstandsvorsitzende der KV Berlin, Dr. med. Burkhard Ruppert, gegen Kritik von Berlins Gesundheitssenatorin verwahren, die KV habe für die Berliner Niedergelassenen keine Schutzkleidung vorgehalten. „Das ist nicht unser gesetzlicher Auftrag. Wir hatten bis zu diesem Zeitpunkt keinen Auftrag und auch keine Möglichkeit, solche Depots anzulegen“, sagt Ruppert dazu. Weil in Deutschland aber weder Lager noch Produktionsstätten für Schutzausrüstung existierten und der Markt dafür zu Pandemiebeginn leergefegt war, wurde die Hauptstadt-KV dennoch vorübergehend zu so etwas wie einem mittelständischen Versorgungsunternehmen für ihre Mitglieder, um Praxisschließungen zu verhindern. „Wir mussten Kontakte aufbauen zu verschiedenen Händlern bis hin nach China, um Masken, Schutzbrillen und Desinfektionsmittel besorgen zu können. Es mangelte bei Schutzmaterialien an allem, es war im Prinzip eine Versorgungskatastrophe“, beschreibt Ruppert die damalige Situation.

Dabei hätte das von der Bundesregierung im Vorfeld, wenn nicht verhindert, dann doch zumindest abgedämpft werden können. Bereits 2012 hatten Wissenschaftler unter Leitung des Robert Koch-Instituts für den „Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz“ ein fiktives Szenario erstellt. Der Bericht wurde 2013 veröffentlicht. Nachzulesen sind darin die Ausbreitung und die möglichen Folgen einer Coronavirus-Pandemie für Deutschland. Darin wurde ziemlich genau der Beginn der aktuellen Pandemie beschrieben: Ein Corona-Virus wird nach Deutschland eingeschleppt, das schon mit Auftreten erster Symptome von Mensch zu Mensch übertragen werden kann, anfangs gibt es keine Medikamente und Impfung dagegen. Zwar ist das Corona-Virus weniger tödlich, als die im Szenario gewählte Variante, doch eins war schon damals klar: Das Gesundheitssystem wird in solch einem Pandemiefall vor große Herausforderungen gestellt. Bundesweite Depots wurden dennoch nicht angelegt.

Fotos: KV Berlin

In der Pandemie oft im Mittelpunkt des medialen Interesses. Die Kassenärztlichen Vereinigungen als „Jongleure in der Krise“.

Eigenschutz in den Praxen hatte zunächst oberste Priorität

„Das Wichtigste für die Praxen und deren Mitarbeitende ist der Eigenschutz. Man kann kein medizinisches System unter Pandemie-Bedingungen aufrechterhalten, wenn sich das Personal nicht ordentlich schützen kann“, betont Ruppert. 4,5 Millionen FFP-Masken konnte die KV Berlin in der Anfangsphase der Pandemie organisieren, für insgesamt rund 22 Millionen Euro wurden zeitnah Praxen beziehungsweise ärztliche Bereitschaftsdienstfahrzeuge mit den unterschiedlichsten notwendigen Materialien und Ausrüstungen ausgestattet. Das hat gut funktioniert, nennenswerte coronabedingten Ausfälle in Berliner Praxen blieben aus und die ambulante Regelversorgung war zu keinem Zeitpunkt gefährdet. Doch nicht nur die Beschaffung von Schutzausrüstung gehörte zu den zusätzlichen Aufgaben, die während der Krise übernommen wurden. Die KV Berlin bildete rasch neue Strukturen, um in der Pandemie handlungsfähig zu bleiben. Eine Art Krisenstab wurde eingerichtet, mit täglichen Krisentreffen am Morgen mit allen Hauptabteilungsleitern und Stabstellen des Hauses sowie einem regelmäßigen Austausch mit Fachgruppen der Ärztinnen und Ärzte, die an der Versorgung von Covid-19-Patienten beteiligt waren.

Was wurde noch getan? Ein Covid-Care-Projekt wurde im Bezirk Reinickendorf entwickelt, um betroffene Patienten in häuslicher Quarantäne angemessen medizinisch zu betreuen. Über Telefonate mit Hausärzten sollte eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Patienten schnellstmöglich erkannt werden, um die Behandlung entsprechend anzupassen. Im Verlauf der Pandemie stellte sich allerdings heraus, dass das Projekt nicht ausgeweitet werden musste, da nur wenige Patienten eine solch engmaschige Versorgung benötigten. Ein gemeinsamer Fahrdienst der KV Berlin mit der Berliner Feuerwehr wurde aufgebaut. Und die Vernetzung von sogenannten Covid-19-Praxen wurde rasch etabliert: Bestimmte Praxen hatten sich dazu bereiterklärt, Covid-19-verdächtige Patienten aus anderen Praxen zu versorgen, weil diese zum Beispiel nicht genügend Raum zur Verfügung hatten, um die geforderten Schutzmaßnahmen umzusetzen. Eine Covid-19-Notdienstpraxis eröffnete im November 2020 an der Charité, um die Lage in der Notaufnahme dort zu entspannen. Im vergangenen Jahr wurde sie aufgrund abnehmender Patientenzahlen wieder geschlossen. An drei Kliniken unterstützte die KV zudem das Einrichten von Abklärungsstellen, in denen Personen mit Covid-Verdacht, zum Teil aktiv unterstützt durch KV-Personal, getestet wurden.

„Die größte Herausforderung war es, innerhalb kürzester Zeit umfangreiche Organisationsstrukturen aufzubauen, die auch belastbar sind. Und das alles in Bereichen, für die die KV eigentlich gar nicht zuständig und ausgestattet ist“, sagt Ruppert. Als Beispiel führt er die Hilfe beim Aufbau von Impfzentren und mobilen Impfteams an. Binnen kurzer Zeit wurde eine hohe Zahl an Impfärzten in den Zentren benötigt. Dafür musste die KV kurzfristig die Möglichkeit schaffen, tausende – bislang waren es mehr als 60.000 – Impfdienste gerecht zu vergeben. Mit dem Impfstart und der Impf-Priorisierung ergab sich auch eine neue logistische Herausforderung: Mehr als 500.000 Impfeinladungen für chronisch Erkrankte verschickte die KV. Ab April 2021 wurden wegen immer mehr verfügbaren Impfdosen die Niedergelassenen in die Impfkampagne einbezogen und das Impfen verlagerte sich dadurch nach und nach von den Impfzentren in die Praxen. Seither konnten in 2.760 Praxen knapp 3,7 Millionen Impfungen gegen das Coronavirus gegeben werden, rund 3.400 Ärztinnen und Ärzte beteiligten sich daran. (Stand 22.02.2022).

Nicht nur Abrechnungsstelle, sondern zentraler Ansprechpartner in der Krise

In den vergangenen zwei Jahren hat sich gezeigt, dass die KV Berlin als zentraler Ansprechpartner in der Krise fungiert und nicht mehr nur als Abrechnungsstelle der Vertragsärzte wahrgenommen wird. Davon zeugen zahlreiche Medienanfragen, vor allem aber ein enormer Ansturm auf die Corona-Hotline in der KV-Leitstelle, über die Patienten Informationen zum Coronavirus erhalten oder Ärzte finden, die Covid-19-Erkrankte behandeln. Der Bedarf war zeitweise so hoch, dass die Leitstelle massiv überlastet war und mehr Personal und Beratungsärzte benötigt wurden. Für die Ärztinnen und

Die ambulante Versorgung zu Corona-Zeiten in Zahlen

Zusätzlich zur Regelversorgung versorgten Arztpraxen im Jahr 2020 deutschlandweit 10,3 Millionen Personen im Zusammenhang mit einer SARS-CoV-2-Infektion und 1,3 Millionen Covid-19-Erkrankte.

Die ambulante Gesundheitsversorgung diente der Entlastung von Krankenhäusern: Im Zeitraum von Februar 2020 bis August 2021 wurden 13 von 14 Covid-19-Fällen von Niedergelassenen behandelt.

Die Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVen (116117) wurde in der Pandemie zur „Corona-Hotline“. Mit dem Impfstart explodierte die Zahl der Anrufe förmlich: Im ersten Halbjahr 2021 wurden 67 Millionen Anfragen verzeichnet. 88 Prozent davon betrafen die Corona-Schutzimpfung.

(Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Stand August 2021.)

Anzeige

Gerade zu Beginn der Pandemie war das „Beschaffungswesen“ eine der großen Herausforderungen der KVen.

Ärzte wiederum brachte die KV die aktuellen Informationen über bewährte Newsletter in die Praxen – aufgrund der großen Informationsflut und etlichen Sonderregelungen bisweilen täglich – und beantwortete im Service-Center auf der KV-Website die am häufigsten gestellten Fragen in einer FAQ-Datenbank. Allein im vergangenen Jahr wurden auf diese fast 100 000 Zugriffe verzeichnet. Außerdem wendeten sich die Niedergelassenen bei Problemen an die KV – auch wenn sie in vielen Fällen, unter anderem Schwierigkeiten bei der Impfstoffverteilung, nicht verantwortlich waren, da dies nicht in ihren Zuständigkeitsbereich fiel. Negative Erfahrungen der Vertragsärzte und –psychotherapeuten wurden jedoch an die Politik weitergereicht – weshalb Ruppert die KV auch als Advokat für die Belange der Ärzteschaft beschreibt.

Die Corona-Pandemie war in den vergangenen zwei Jahren zwar das bestimmende Thema. Das Routinegeschäft der KV Berlin musste trotz zusätzlicher Aufgaben aber weiterhin bewerkstelligt werden und wurde insgesamt durch die Pandemie nicht beeinträchtigt. Auch, wenn die Abrechnung der Bürgertests, die Überprüfung der Korrektheit der Abrechnungen sowie die Organisation und Abrechnung der Impfdienste oder ebenso die Umsetzung des Corona-Schutzschirms für Praxen mit hohen Umsatzeinbußen durch die Pandemie eine starke Belastung darstellte.

Trotz vertrauensvoller Zusammenarbeit auch Reibereien auf politischer Ebene

Bei der Bewältigung der Krisenzeit gab es – trotz vertrauensvoller Zusammenarbeit – zwischen den beteiligten Playern durchaus auch Reibereien auf politischer Ebene. Ruppert führt das auf die Besonderheiten der ärztlichen Selbstverwaltung zurück: „Die Politik kann in dieses System nur beschränkt eingreifen. Das ist für diese Akteure insofern ungewohnt, da ihr Verhältnis zur Krankenhauslandschaft eher hierarchisch geprägt ist.“ Die niedergelassenen Ärzte hingegen seien alle selbstständige Unternehmer und die KV im Wesentlichen auf die Mitarbeit der Vertragsärzte angewiesen. Daher sei es eine ganz andere Art, miteinander umzugehen – nämlich auf Augenhöhe, nicht von oben herab, wie Ruppert es ausdrückt. „Das war anfangs in der Zusammenarbeit mit dem Berliner Senat für diesen nicht einfach zu verstehen.“ Die Aufgabe der KV sei es, mit der niedergelassenen Ärzteschaft eine gemeinsame Position zur Bewältigung der Krise zu finden. „Das ist durchaus ein mühsamer Prozess, der in einzelnen Fällen auch mal länger dauert. Und das kann natürlich zu Ärgernissen führen, insbesondere dann, wenn manches nicht so schnell geht, wie Politik oder auch Kollegen das gerne hätten. Aber am Ende müssen alle Beteiligten gemeinsam davon überzeugt sein, das Richtige zu tun.“ Das sei auch gut gelungen, zieht der KV-Vorstandsvorsitzende mit Blick auf die bisher geleistete Arbeit während der Pandemie ein positives Zwischenfazit.

Netzwerk zur Behandlung von Long-/ Post-Covid

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisationen könnten etwa zehn Prozent aller Covid-19-Patienten unter Langzeitfolgen leiden. Auch milde Krankheitsverläufe können zu längerfristigen Beeinträchtigungen der Gesundheit führen. Laut Definition handelt es sich bei Long-Covid um gesundheitliche Beschwerden, die noch vier Wochen nach der akuten Krankheitsphase fortbestehen oder neu auftreten. Als Post-Covid-Syndrom werden Beschwerden gezählt, die auch länger als 12 Wochen nach der überstandenen Infektion noch vorhanden sind und durch keine andere Diagnose erklärt werden können. Zu den Symptomen zählen unter anderem Fatigue, kognitive Störungen und Belastungsintoleranz. Bislang wird dies noch nicht ausreichend von der Ärzteschaft als Problem wahrgenommen. Hochrechnungen lassen aber darauf schließen, dass sich die Zahlen von Patienten mit Long-Covid erhöhen und Praxen künftig häufiger damit zu tun haben könnten. In Berlin hat die KV daher bereits Informationsveranstaltungen dazu organisiert und ist dabei, eine entsprechende Struktur zur Versorgung von Long-Covid-Patienten aufzubauen. Experten verschiedener Fachbereiche wie der Pulmonologie oder der Neurologie sollen übers KV-Intranet vernetzt werden, damit Hausärzte betroffene Patienten mit klar definierten Symptomen an diese überweisen können.

Mit Trucks, Liegen und Anhänger auf dem Land

„Ein mobiles MRT wäre im Notarzteinsatz genial“

Daten des Statistischen Bundesamts zufolge haben zwei Drittel der rund 2000 Krankenhäuser in Deutschland keinen Magnetresonanztomographen, kurz MRT. Gründe sind unter anderem die hohen Anschaffungs- und Folgekosten von bis zu drei Millionen Euro sowie die räumlichen Voraussetzungen, die für ein solch großes Gerät vonnöten sind. Insbesondere Patienten, die auf dem Land leben, sind dadurch mit langen Fahrt- und Wartezeiten konfrontiert. Abhilfe sollen sogenannte mobile MRTs schaffen.

Mehrere Unternehmen und Start-Ups haben unter anderem mobile „MRT-Trucks“, MRT-Anhänger und sogar tragbare MRTs entwickelt. Mobile MRTs sollen die wohnortnahe, radiologische Versorgung verbessern und Facharzt-Kompetenz in ländliche Regionen bringen. Die „LKW-Trucks“ ermöglichen beispielsweise Untersuchungen im gesamten Spektrum der aktuellen klinischen MRT. Die Trucks steuern Kliniken und Praxen ohne MRT an. Manche werden bei Bedarf von einem Facharzt begleitet, bei anderen werden die Untersuchungen durch medizintechnisches Personal durchgeführt und die Daten im Anschluss online an ein Fachärzteteam übermittelt.

Lebensqualität der Betroffenen verbessern – Folgekosten senken

Mobile MRTs könnten auch im Bereich der Vorsorge zum Einsatz kommen. Zum Beispiel sind für ein vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit über 7 Millionen Euro geförderten Projekt „Herz Check“ seit 2021 in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg zwei „MRT-Trucks“ unterwegs. Das Projekt findet im Rahmen einer Studie des Herzzentrums Berlin statt – allerdings momentan nur für Versicherte der AOK Nordost. Ziel ist es, eine Herzinsuffizienz bei Patient*innen mit Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und so die Prognose der Betroffenen zu verbessern. Zudem sollen hohe Folgekosten einer erst spät diagnostizierten Herzinsuffizienz deutlich gesenkt oder sogar vermieden werden. MRT-Vorsorgeuntersuchungen würden normalerweise nicht von den Krankenkassen übernommen. Ein weiteres Ziel des Projektes ist es daher, mittelfristig allen gesetzlich Versicherten die Möglichkeit zur Untersuchung im „MRT-Truck“ zu verschaffen. Patienten könnten in ihren Heimatgemeinden eine „mobile“ MRT-Untersuchung ihres Herzens durchführen lassen.

Geräte, so klein wie eine Gefriertruhe

Eine weitere Form sind MRT-Anhänger und modulare MRT-Gebäude. Unternehmen bieten diese für Zeiträume von wenigen Wochen bis zu mehr als einem Jahr an. Sie bieten kurzfristige Lösungen, beispielsweise wenn ein Gerät defekt ist.

Unternehmen aus der USA und auch aus Berlin machten aber auch schon mit noch kleineren Einheiten auf sich aufmerksam. So wurden bereits tragbare oder rollbare MRT-Geräte entwickelt, die teils so klein sind wie eine Gefriertruhe oder in eine Liege integriert sind und auch im Preis günstiger ausfallen sollen – bis zu 300.000 Euro. Gedacht sind diese unter anderem für Länder und Konstellationen, in denen kein MRT-Gerät zugänglich ist. Standard-MRT-Geräte liegen meist im siebenstelligen Bereich. Die rotierenden Elektromagneten der Standard-MRT-Geräte sind bei den kleineren Geräten durch permanente Magnete ersetzt worden. Diese müssen nicht gekühlt werden, und sie erzeugen ein Magnetfeld von nur 64 mTesla, dadurch soll die Notwendigkeit von einem speziellen Raum oder Schutzvorkehrungen vermieden werden. Zum Vergleich: Klinisch übliche MRT-Geräte arbeiten mit 1,5 oder 3 Tesla. Durch geringes Gewicht und die Möglichkeit die Geräte an eine Steckdose anzuschließen, soll damit auch im MRT-Bereich

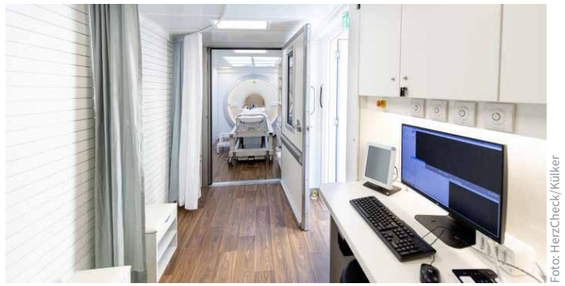


Foto: HerzCheck/Külker

Modern und praktisch: Das Innere des „MRT-Trucks“

die Durchführung diagnostischer Untersuchungen in unmittelbarer Nähe zum Ort der Patientenversorgung, also eine „PoC-Lösung direkt am Patientenbett“ möglich gemacht werden.

KI sorgt für die Bildauflösung

Da die Aufnahmequalität bei diesen kleineren MRTs nicht annähernd das Niveau moderner Hochleistungsmaschinen erreicht, soll der Einsatz von künstlicher Intelligenz helfen. Algorithmen sollen die Qualität in Echtzeit zu der idealen Bildauflösung hochrechnen. Experten weisen jedoch trotz der Potentiale auch auf die Herausforderungen dieser Technologien hin. „Ein herkömmlicher MRT braucht unglaublich viel Platz, Infrastruktur und nicht zuletzt auch eine Gebäudestatik, die das enorme Gewicht dieser Maschinen tragen kann“, erklärte Felix Nensa, Radiologe an der Uniklinik Essen, dem Handelsblatt im November 2021. Er mahnte jedoch, dass KI auch mal falsch liegen und zu mehr oder weniger subtilen Veränderungen in den Bildern führen könne, daher bedürfe es einer entsprechenden Schulung.

„Ein mobiles MRT wäre natürlich im Notarzteinsatz genial“, so Nensa. Schnell könnte der Notarzt feststellen, ob etwa bei einem Schlaganfall auch Hirnblutungen bestehen und davon abhängig ein spezielles Krankenhaus ansteuern. Bisherige MRT-Geräte können wegen der Erschütterungen aber nicht während einer Fahrt eingesetzt werden. Prototypen einer MRT-Liege sollen in diesem Jahr (2022) in deutschen Kliniken getestet werden.

Vor allem Orphan Drugs stehen im Fokus

Zu viel Kosten für wenige Betroffene?

Eine Arzneimittelreform durch eine neue Bundesregierung war schon im Vorfeld der Bundestagswahl erwartet worden. Schließlich hatte die GKV stetig bemängelt, dass die Steigerungsrate der Arzneimittelausgaben um mehr als ein Drittel über derjenigen aller Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) läge – und zwar überwiegend aufgrund neuer Patent-Arzneimittel. Deshalb hat die Ampel in ihrem Koalitionsvertrag festgehalten, die Zeitspanne der freien Preisbildung durch Arzneimittelhersteller von Medikamenten bei Markteintritt von derzeit 12 auf zukünftig sechs Monate zu verkürzen. Krankenkassenverbände hatten die dramatisch steigenden Preise nicht nur allgemein bei neuen verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, sondern insbesondere bei sogenannten „Orphan Drugs" – Therapien gegen seltene Krankheiten – moniert. Sie forderten unter anderem die Einführung von sogenannten Interimspreisen, die so lange gelten sollten, bis sie durch im Rahmen des sogenannten „AMNOG-Verfahrens" ausgehandelte Erstattungsbeträge rückwirkend ersetzt würden. Pharma-Verbände halten dagegen, dass die Kosten für die Gesellschaft dennoch gering seien, da diese hochpreisigen Arzneimittel nur wenige Behandlungsfälle betreffen würden.

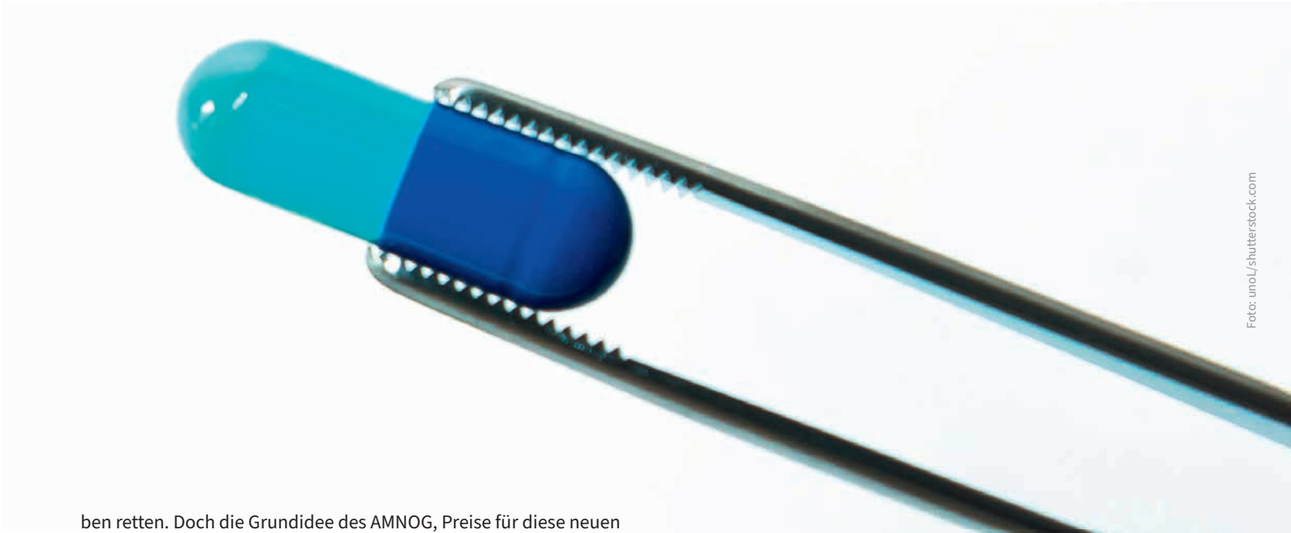


Foto: unoL/shutterstock.com

Einen zentralen Punkt bildet im AMNOG-Verfahren die Nutzenbewertung. Im Dezember 2021 ist eine neue EU-Verordnung über die Bewertung von Gesundheitstechnologien – Health Technology Assessment (HTA) – veröffentlicht worden. Auf ihrer Grundlage sollen Arzneimittel und Gesundheitsprodukte künftig einer EU-weit einheitlichen, evidenzbasierten Nutzenbewertung unterzogen werden. Nationale Preisbildungs-Regelungen sollen jedoch davon unberührt bleiben.

Neue verschreibungspflichtige Arzneimittel sind in Deutschland grundsätzlich unmittelbar nach der Zulassung für alle Patientinnen und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verfügbar. Der pharmazeutische Unternehmer kann den Preis für neue patentgeschützte Arzneimittel bei Markteintritt frei bestimmen. In den ersten 12 Monaten nach Markteintritt beläuft sich die Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung auf den vom pharmazeutischen Unternehmer festgelegten Betrag. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses ist es, den Zusatznutzen neu zugelassener Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen oder einem neuen Anwendungsgebiet innerhalb von 6 Monaten nach Markteinführung gegenüber der schon bestehenden so genannten „zweckmäßigen Vergleichstherapie" zu bewerten. Die möglichen Kategorien für die Bewertung eines Zusatznutzens sind in der Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung (AMNOG) sowie im 5. Kapitel der Verfahrensordnung des G-BA definiert. Bei seinen Bewertungen zum Ausmaß des Zusatznutzens von Arzneimitteln unterscheidet der G-BA unter anderem die Kategorien „gering", „beträchtlich" und „erheblich".

Das Ergebnis dieser „Nutzenbewertung nach § 35a SGB V (sog. AMNOG-Verfahren)" des G-BA ist die Grundlage für die anschließende Vereinbarung von Erstattungsbeträgen zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem pharmazeutischen Unternehmer. Weist der bewertete Wirkstoff keinen Zusatznutzen im Vergleich zur zweckmäßigen Vergleichstherapie auf, wird er vom G-BA entweder in eine Festbetragsgruppe eingeordnet oder der GKV-Spitzenverband vereinbart einen Erstattungsbetrag, bei dem die Jahrestherapiekosten nicht höher sein sollen als die der zweckmäßigen Vergleichstherapie.

Die Ampel-Regierung hat in ihrem Koalitionsvertrag festgelegt, das derzeit noch bis Ende Dezember 2022 bestehende Preismoratorium für Arzneimittel beibehalten zu wollen. Sollte die Ampel dieses Ziel umsetzen, dürfen auch ab 2023 Preiserhöhungen für nicht-festbetragsgeregelte Arzneimittel nicht zulasten gesetzlicher und privater Kostenträger gehen. Das AMNOG-Gesetz soll jedoch weiterentwickelt werden: „Wir stärken die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Begrenzung der Arzneimittelpreise. Der verhandelte Erstattungspreis gilt ab dem siebten Monat nach Markteintritt", lautet die entsprechende Passage im Koalitionsvertrag. Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), plädiert schon seit Längerem für eine Verkürzung: „Nach nur sechs Monaten ist durch die datenbasierte Entscheidung des G-BA klar, ob ein neues Arzneimittel einen zusätzlichen Effekt für die Versorgung bringt oder nicht." Trotzdem gelte der selbstgewählte Preis des Herstellers aktuell zwölf Monate lang.

Immer mehr Geld für wenige Patienten?

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) machte bei der Vorstellung seines Arzneimittel Kompasses im Oktober 2021, darauf aufmerksam, dass im Jahr 2020 der Arzneimittelumsatz der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber dem Vorjahr um 4,9 Prozent auf 49,2 Mrd. Euro gestiegen sei. „Ausschlaggebend dafür ist der ungebrochene Trend zur Hochpreisigkeit bei neuen Arzneimitteln", sagt Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des WIdO. „Generell werden ‚Hochpreiser' nicht nur häufiger von den Herstellern auf den Markt gebracht, sondern nehmen auch immer größere Umsatzanteile ein", so Schröder weiter und ergänzt: „Die Folge ist, dass zunehmend mehr Geld für die Versorgung von wenigen Patientinnen und Patienten aufgewendet wird."

Für Orphan Drugs, Arzneimittel gegen seltene Krankheiten, gilt bei der Markteinführung eine Ausnahmeregel: Ein Zusatznutzen gegenüber anderen Therapie-Optionen muss nicht durch entsprechende Daten belegt werden, sondern wird automatisch vorausgesetzt. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) fordert, diese Ausnahmeregelung abzuschaffen. Auch Arzneimittel gegen seltene Leiden sollten bei Markteintritt eine reguläre frühe Nutzenbewertung gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie durchlaufen. Andreas Storm stimmt dem zu: Um „Mondpreisen" künftig effektiv entgegenzuwirken, sollten Orphan Drugs bei Markteintritt vollumfänglich der Nutzenbewertung unterzogen werden. Einzelne Therapien kosteten teils über zwei Millionen Euro pro Patienten – „Tendenz immer weiter steigend".

„Neue Therapien – vor allem auch gegen seltene Erkrankungen – sind ein Segen. Der rasche Zugang zu neuen Arzneimitteln kann Leben retten. Doch die Grundidee des AMNOG, Preise für diese neuen Arzneimittel anhand ihres Nutzens zu ermitteln, gerät immer mehr aus dem Fokus. Wir brauchen dringend eine Neuregelung seitens der Politik, um den Zusatznutzen von Orphan Drugs zu erfassen. Nur so kann die bestmögliche Therapie für die Patienten gefunden und die Preisexplosion gestoppt werden", sagt Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit. Die DAK-Gesundheit fordert – wie die AOK – Interimspreise und eine verpflichtende Datenerhebung. Der Interimspreis müsse an klar definierte Kriterien geknüpft sein und so lange gelten, bis ausreichend Daten für eine Nutzenbewertung generiert wurden. Professor Josef Hecken hat allerdings eine andere Reformvorstellung. Das Orphan-Privileg solle für „Solisten", also den Erst-Innovator, weiterhin gelten. Es sei unethisch, wenn noch keine Behandlung für eine seltene Erkrankung existiere, bei dieser eine randomisiert kontrollierte Studie durchzuführen und einem Studienarm damit die Behandlung zu verweigern. Für die nachfolgenden Medikamente halte er die Privilegierung nicht mehr für geboten, so Hecken.

Einmalige Erfolgsgeschichte?

Han Steutel, Präsident des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (vfa), spricht bei den Orphan Drugs von einer „gemeinsamen Erfolgsgeschichte". In einem Gastbeitrag zum „AMNOG-Report 2022" schreibt er: „Die einmaligen Kosten mögen sehr hoch sein, bringen jedoch das solidarische Gesamtsystem nicht aus dem Gleichgewicht, da in Deutschland rund zwei Patienten die Therapie benötigen." Die Einzelpreise für Orphan Drugs seien, bedingt durch die kleinen Patientenzahlen, per Definition höher als bei Arzneimitteln gegen Volkskrankheiten. „Die Kosten für die Gesellschaft sind dennoch gering, denn es betrifft nur wenige Fälle: Nicht einmal ein Prozent (0,8 Prozent) der gesamten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entfällt auf Arzneimittel zur Therapie seltener Erkrankungen im ambulanten Bereich. Zudem liegen die jährlichen Umsätze in Deutschland für knapp zwei Drittel der Orphan Drugs unter zehn Millionen Euro, für mehr als die Hälfte davon sogar unter einer Million Euro."

Auf Grundlage der im Dezember 2021 veröffentlichten neuen EU-Verordnung HTA sollen ab 2025 Schritt für Schritt verschiedene Arzneimittelgruppen und Gesundheitstechnologien auf europäischer Ebene klinisch bewertet und diese Bewertungen dann in die Entscheidungen zum Zusatznutzen bei neuen Arzneimitteln einbezogen werden. Die ersten beiden Gruppen sollen Krebsmedikamente und Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) werden. Nächster Schritt sollen Orphan Drugs sein und daraufhin neben weiteren Arzneimittelgruppen auch Medizinprodukte wie Herzschrittmacher, Dialysegeräte oder Infusionspumpen, medizinische und chirurgische Verfahren sowie Maßnahmen zur Prävention, Diagnose und Behandlung bewertet werden. Wie genau das alles ablaufen soll, erarbeitet ein Konsortium unter dem Namen „EUnetHTA21", dem Behörden und Körperschaften aus zwölf europäischen Staaten angehören, darunter auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

„Neue Arzneimittel kommen nicht selten mit schwachen Daten auf den Markt", erklärte Hecken. „Mit der HTA-Bewertung von Innovationen auf europäischer Ebene wird sich vor allem die Arzneimittelbewertung in jenen Mitgliedsstaaten verbessern, die bisher nicht mit diesen systematischen, vergleichenden Analysen von klinischen Daten vertraut waren." Für Deutschland bedeute das, dass die Bewertung auf europäischer Ebene in die frühe Nutzenbewertung einfließen werde, wenn über den patientenrelevanten Zusatznutzen entschieden wird. Eine Erstattungsentscheidung auf Grundlage des Zusatznutzens sei durch die HTA aber nicht vorweggenommen, diese werde weiterhin der G-BA treffen.

POLITIK

Ringen um die E-Evidence-Verordnung

Welchen Schutz sollen Patientendaten in Zukunft in der EU genießen?

In seiner Eröffnungsrede zum Deutschen Ärztetag hat Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt, der auch Vorsitzender des Hartmannbundes ist, eindringlich davor gewarnt, dass sich Behörden anderer EU-Länder Zugriff auf die von Ärztinnen und Ärzten dokumentierten Patientendaten verschaffen könnten, wenn der Verordnungsentwurf der E-Evidence-Verordnung unverändert in Kraft treten sollte. Aus Sicht der Ärzteschaft garantiere das ärztliche Berufsgeheimnis den Schutz von Patientendaten vor einer strafprozessualen Verwendung. Das aber werde durch das mit der Verordnung vorgeschlagene Verfahren unterlaufen.

Fraglich bleibt, ob die deutschen Schweigepflicht-Regelungen mit einem eventuellen EU-Kompromiss harmonieren.

Abbildung: kb-photodesign/shutterstock.com

Nicht zuletzt der andauernde Einsatz aus der Ärzteschaft und ihren Verbänden bei den Verantwortlichen auf nationaler und europäischer Ebene scheint zu einem Umdenken zu führen. Alles andere wäre fatal, denn die E-Evidence-Verordnung könnte sonst das Vertrauen der Menschen in digitale Lösungen im Gesundheitswesen und auch in einen künftigen Europäischen Gesundheitsdatenraum schwächen, wie Reinhardt ausführte. „Wir können dann nicht mehr ausschließen, dass Ärztinnen und Ärzte aus Sorge um die Sicherheit der sensiblen Patientendaten die Etablierung von digitalen Prozessen in ihren Praxen aussetzen." Noch ist das Gesetzgebungsverfahren nicht beendet, doch es zeichnen sich Kompromisslinien ab.

Direkter Zugriff für Strafverfolgungsbehörden

Worum handelt es sich bei dieser geplanten „Verordnung über Europäische Sicherungs- und Herausgabeanordnungen für elektronische Beweismittel in Strafsachen (EPOC- Verordnung) (KOM 2018/ 225)"? Die Europäische Kommission hatte diesen Verordnungsvorschlag unter dem Stichwort „E-Evidence-Verordnung" im April 2018 vorgelegt: Strafverfolgungsbehörden der EU-Mitgliedstaaten soll direkter Zugriff auf elektronische Beweismittel bei im Ausland ansässigen Providern ermöglicht werden, also ohne „Umweg" über staatliche Instanzen. Zu den elektronischen Beweismitteln zählen Bestands-, Verkehrs- und Inhaltsdaten. Betroffen sind nicht nur in der EU ansässige Provider, sondern auch solche, die in Drittstaaten ihren Hauptsitz haben, ihre Dienste aber auch innerhalb der EU anbieten. Damit der vorgesehene Mechanismus greifen kann, sollen diese Provider zur Benennung mindestens eines Ansprechpunkts in einem Mitgliedstaat der EU verpflichtet werden. Die Schaffung dieser sog. Ansprechpunkte wird in einer eigenen Richtlinie vorgesehen (Ansprechpunkte RL, KOM 2018/ 226).

Der Ministerrat, offiziell „Rat" genannt und das Europäische Parlament (EP) sind in diesem „ordentlichen Gesetzgebungsverfahren" auf europäischer Ebene Co-Gesetzgeber. Die EU-Justizminister hatten sich bereits im Dezember 2018 auf eine gemeinsame politische Marschrichtung geeinigt, im Fachdeutsch wird diese als „Allgemeine Ausrichtung" bezeichnet. Hingegen hatte das EP bedingt durch die Corona-Pandemie erst im Dezember 2020 seine Positionierung respektive Stellungnahme zu den beiden Vorschlägen, also der E-Evidenz-Verordnung sowie der Ansprechpunkte-Richtlinie, formuliert (Bericht A9-0256/2020 zur EPOC Verordnung und Bericht A9-0257/2020).

Schaffung eines einheitlichen Rechtsakts

Das EP unterstützt zwar grundsätzlich den Kommissionsvorschlag, spricht sich jedoch unter anderem dafür aus, die Ansprechpunkte-Richtlinie in die E-Evidence-Verordnung zu integrieren und somit einen einheitlichen Rechtsakt zu schaffen. Zugleich wendet es sich gegen das von der Kommission in der E-Evidence-Verordnung vorgesehene neuartige Verfahren, wonach auf die Einbindung eines anderen Mitgliedstaates verzichtet wird, solange es nicht zu einem Vollstreckungsverfahren kommt. Es fordert stattdessen die Schaffung strenger Schutzklauseln und die Einbeziehung des Vollstreckungsstaates, also des Staates, in dem der Dienste-Anbieter seinen Sitz hat. Herausgabeanordnungen bei der Erlangung bzw. Sicherung von Teilnehmerdaten und IP-Adressen zur Identifizierung von Verdächtigen jeglicher Straftat sollen nach dem Willen des EP gleichzeitig an Diensteanbieter und Vollstreckungsbehörde gerichtet werden, die diese binnen zehn Tagen (bzw. 16 Stunden in Notfällen) ausführen müssen, das ist die „Notifizierungspflicht".

Herausgabeanordnungen auf Verkehrs- und Inhaltsdaten müssen sich auf Straftaten mit einer Strafbewehrung im Ausstellungsstaat von mindestens drei Jahren Freiheitsstrafe oder Cyberstraftaten, Terrorismus oder Kinderpornografie beziehen. Die Vollstreckungsbehörde hat zehn Tage Zeit, um Einwände gegen die erhaltenen Anordnungen geltend zu machen. Solche können bspw. der Schutz von Journalisten oder der Meinungsfreiheit bzw. andere grundrechtliche Aspekte nach dem Recht des Vollstreckungsstaates sein. Sofern gegen den anordnenden Mitgliedstaat ein Verfahren wegen Verstoßes gegen die Rechtsstaatlichkeit läuft (Art. 7 EUV, derzeit betriff dies Polen und Ungarn), verlangen die Abgeordneten, dass die Herausgabe von Verkehrs- und Inhaltsdaten erst erfolgen könne, wenn eine schriftliche Zustimmung der Vollstreckungsbehörde vorliegt.

Erweiterung der Voraussetzungen angestrebt

Deutschland hatte sich im Ministerrat auch dafür ausgesprochen, dass die Vollstreckungsbehörde europarechtlich verpflichtet wird, auf die Einhaltung spezifizierter Grund- und Menschenrechte zu achten. Die Bundesregierung hat unter anderem vorgeschlagen, den Verordnungsvorschlag um weitere Eingriffsvoraussetzungen („safeguards") zu erweitern. Danach sollen Herausgabeanordnungen nicht erlassen werden dürfen, wenn die betroffenen Daten beispielsweise den Kernbereich der privaten Lebensführung oder Berufsgeheimnisse betreffen.

Nun sind im Rahmen des angesprochenen Gesetzgebungsverfahrens sogenannte Trilogverhandlungen, also eine Art Vermittlungsverfahren zwischen Rat und EP unter Moderation der Kommission aufgenommen worden. Sie fanden zunächst unter portugiesischer Ratspräsidentschaft statt und wurden unter den Slowenen in der 2. Hälfte 2021 fortgeführt, aktuell hat Frankreich die Ratspräsidentschaft, also den Vorsitz inne. Eine Einigung zwischen Ministerrat und EP konnte bisher nicht erzielt werden, sodass die EU-Justizminister am 10. Dezember 2021 lediglich einen Fortschrittsbericht über den Stand der Verhandlungen zur Kenntnis genommen haben.

Zentraler Konfliktpunkt zwischen dem Rat und dem EP ist die Notifizierungspflicht: Es besteht noch keine Einigkeit über die genaue Ausgestaltung des Notifizierungsmechanismus, das heißt der Einbindung des Vollstreckungsstaates (Sitz des Providers/ Ansprechpunkts). Ein Kompromissvorschlag der slowenischen Präsidentschaft sah eine Notifizierung, also Unterrichtung und Genehmigung durch den Vollstreckungsstaat, bei Herausgabeanordnungen vor, die sich auf Verkehrs- und Inhaltsdaten beziehen. Im Gegensatz zur bisherigen Linie des Ministerrates sollte nun bei Herausgabeanordnungen bezogen auf Inhaltsdaten uneingeschränkt notifiziert werden. Bei Herausgabeanordnungen bezogen auf Verkehrsdaten soll hingegen das sog. Wohnsitzkriterium zur Anwendung kommen. Das heißt, dass bei Verkehrsdaten eine Notifizierung nur dann erfolgt, wenn Grund zur Annahme besteht, dass die von der Datenabfrage betroffene Person nicht im Ausstellungsstaat wohnt. Damit ging dieser Kompromissvorschlag deutlich über die Position des Ministerrates hinaus. Dieser hatte eine Notifizierung nur für Inhaltsdaten und unter Anwendung des Wohnsitzkriteriums vorgesehen, bei Verkehrsdaten sollte hingegen der Vollstreckungsstaat nur vorab konsultiert werden. Dieser Kompromiss wurde mehrheitlich, auch von Deutschland, unterstützt.

Aber das EP lehnte diesen Kompromiss bezüglich des Notifizierungsmechanismus ab, insbesondere mit Blick auf das Wohnsitzkriteriums bei den Verkehrsdaten. Weitere Konfliktpunkte sind: der Umfang der Gründe, aus denen der notifizierte Staat die Anordnung zurückweisen kann, die Ausgestaltung des Rechtsschutzregimes sowie die Information der von der Datenabfrage betroffenen Person.

Nach derzeitigem Sachstand könnte es nun doch noch zu einem tragbaren Kompromiss kommen, heißt es auf EU-Ebene. Ob das tatsächlich den bisherigen deutschen Schweigepflicht-Geboten Rechnung trägt, bleibt noch abzuwarten.

POLITIK

Aufwendungen und Gewinn im Negativtrend

Praxen können bei der Lohnentwicklung nicht mithalten

Der durchschnittliche „Reinertrag“ (Brutto-Einkommen) einer Arztpraxis belief sich laut der Erhebung „Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten“ des Statistischen Bundesamtes (Destatis) im Jahr 2019 auf 296.000 Euro – eine Steigerung um rund 15,8 Prozent seit 2015, damals lag dieser bei 249.000 Euro. Die isolierte Betrachtung dieser Zahlen zeichnet allerdings ein falsches Bild.

Das Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung (Zi) hat in seinem „Zi-Praxis-Panel (ZiPP) zur wirtschaftlichen Lage der Arztpraxen 2016 bis 2019“ darauf hingewiesen, dass die Aufwendungen der Praxen prozentual stärker steigen würden als deren Umsätze. In Zeiten des Fachkräftemangels sei das ein „bedrohliches Signal“, das durch Ampel-Regierung angegangen werden müsse, mahnt der Zi-Vorstandsvorsitzende Dr. Dominik Graf von Stillfried.

Dominik Graf von Stillfried, Vorstandsvorsitzender des Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung (Zi)

Die durchschnittlichen Einnahmen je Arztpraxis lagen laut Destatis 2019 bei 602.000 Euro (2015: 507.000 Euro). Den Einnahmen standen Aufwendungen (z.B. für Sach- und Personalkosten) in einer durchschnittlichen Höhe von 306.000 Euro je Arztpraxis gegenüber (2015: 249.000 Euro). Aus der Differenz von Einnahmen und Aufwendungen ergibt sich der Reinertrag von 296.000 Euro. Der Reinertrag sei jedoch nicht mit dem Gewinn beziehungsweise dem Einkommen der Ärzte gleichzusetzen. Er stelle das Ergebnis des Geschäftsjahres der Praxis dar, berücksichtige aber zum Beispiel nicht die Aufwendungen für Praxisübernahmen oder Versicherungen.

Die Reinerträge variieren deutlich in Abhängigkeit vom Fachgebiet. So betrug der durchschnittliche Reinertrag in allgemeinmedizinischen Praxen beispielsweise 252.000 Euro. Diese Angaben gelten für Praxen, die als Einzelpraxis oder als fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaft geführt werden. In Zahnarztpraxen lagen sowohl die durchschnittlichen Einnahmen (721.000 Euro) als auch die Aufwendungen (470.000 Euro) über denen von Arztpraxen, der durchschnittliche Reinertrag je Zahnarztpraxis fiel dagegen etwas geringer aus (251.000 Euro).

Netto-Stundensatz von 40 Euro bzw. 36 Euro

Im erwähnten Bericht des Zi-Praxis-Panels (ZiPP) wurde hingegen für das Jahr 2019 ein Jahresüberschuss von durchschnittlich rund 173.600 Euro je Praxisinhaber errechnet (durchschnittliche Gesamteinnahmen von 333.800 Euro minus durchschnittliche Gesamtaufwendungen von 164.300 Euro). Erzielt wird damit ein Überschuss in Höhe des mittleren Einkommens in Deutschland, auch bezeichnet als Median. Das verdeutlicht eine im Zi-Bericht aufgeführt Beispielrechnung: „Werden vom Jahresüberschuss die Beiträge zur ärztlichen Altersvorsorge, zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie die Einkommensteuer abgezogen, verbleibt ein Nettoeinkommen in Höhe von 85.664 Euro bzw. 75.456 Euro im Jahr 2019. Dies entspricht einem monatlich verfügbaren Einkommen in Höhe von 7.139 Euro bzw. 6.288 Euro. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeiten der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten im Jahr 2019 ergibt sich daraus ein Netto-Stundensatz von 40 Euro bzw. 36 Euro.“

Um die Ergebnisse dieser Kostenstrukturerhebung (KSE) von Destatis und des ZiPP zu vergleichen, müsse jeweils auf die differenzierte Darstellung der Einnahmen, Aufwendungen und Überschüsse nach Fachgruppe, Praxistyp (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft) und je Praxisinhaber zurückgegriffen werden, erklärt von Stillfried in Reaktion auf den Destatis-Bericht. An der Spitze liegen sowohl beim ZiPP als auch der KSE für das Jahr 2019 die Radiologen mit einem vom ZIPP ermittelten Jahresüberschuss von 381.000 Euro und 414.000 Euro bei der KSE. Am unteren Ende finden sich Allgemeinärzte mit 191.700 Euro vs. 188.000 Euro und Orthopäden mit 196.600 vs. 227.000.

Aufwendungen steigen stärker als die Umsätze

Die Ergebnisse der KSE würden jedoch „die wesentlichen Trends“ aus dem ZiPP insofern bestätigen, als die Aufwendungen (im Vergleich zu den Vorjahren) prozentual stärker steigen als die Umsätze, so von Stillfried weiter. „Aus diesem Grund ist in den Einzelpraxen der Reinertrag zwischen 2015 und 2019 nur um 8,9 Prozent gestiegen.“ Zum Vergleich: Die allgemeine Lohnentwicklung betrug in den genannten vier Jahren 10,9 Prozent. „Die amtliche Erhebung bestätigt also, dass die Praxen bei der allgemeinen Lohnentwicklung nicht mithalten konnten.“ Dies betreffe nicht nur Praxisinhaber, sondern – „trotz stark steigender Aufwendungen für Lohnkosten in den Praxen“ – auch die dort angestellten Medizinischen Fachangestellten (MFA) und Ärzt:innen.

Unter Berücksichtigung der Verbraucherpreise sind die Jahresüberschüsse laut ZiPP in den Jahren 2016 bis 2019 inflationsbereinigt lediglich um durchschnittlich 1,3 Prozent pro Jahr angewachsen. Im gleichen Zeitraum stiegen jedoch die Betriebskosten um 14 Prozent stark an. Größter Kostenfaktor für die Praxen sind die Ausgaben für Personal, die 55 Prozent der Gesamtaufwendungen umfassen. Diese sind 2019 um insgesamt 6,7 Prozent gestiegen, im Zeitraum von 2016 bis 2019 sogar um 21,9 Prozent. Die größten Kostensprünge gab es zudem bei Aufwendungen für Material und Labor (+12,2 Prozent) sowie bei der Miete für Praxisräume (+5 Prozent).

Kassen- und Privatabrechnung bleiben stabil

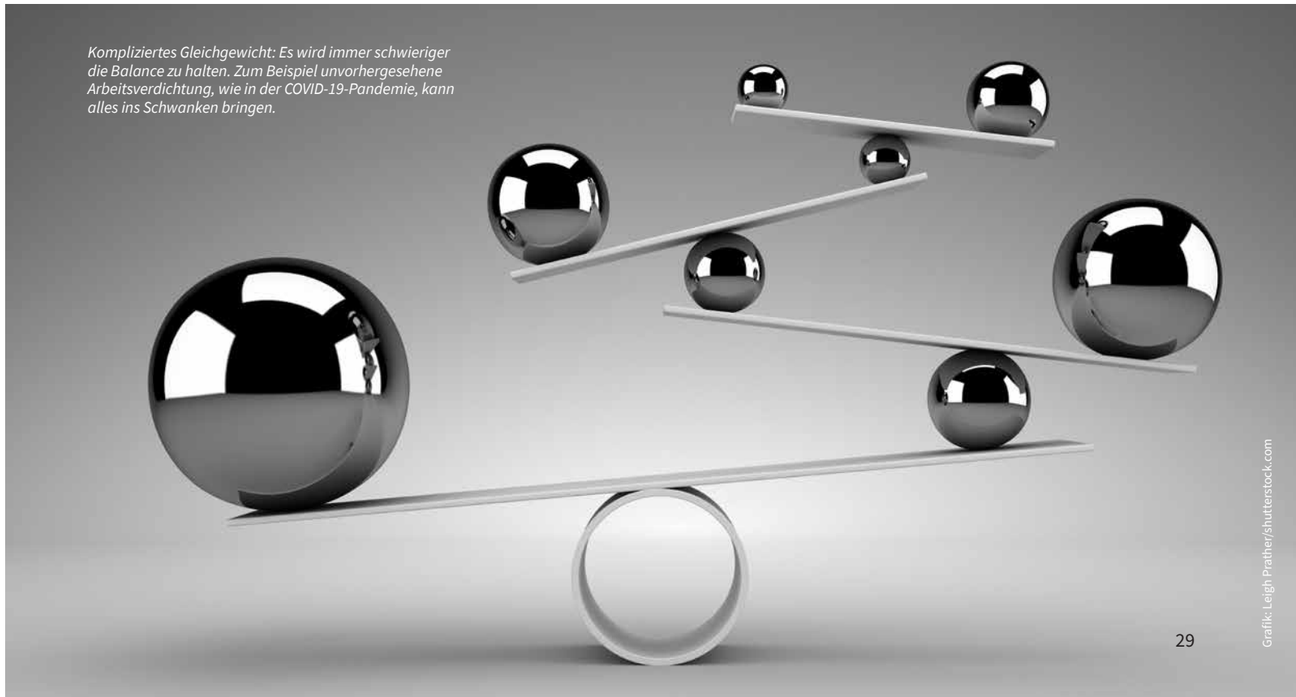
Während Arztpraxen im Jahr 2019 Destatis zufolge durchschnittlich 71,2 Prozent ihrer Einnahmen aus Kassenabrechnung (vertragsärztliche Tätigkeit) erwirtschafteten, resultierten die Einnahmen der Zahnarztpraxen gut zur Hälfte (51,6 Prozent) aus dieser Einnahmequelle. Laut Destatis resultierten 25,9 Prozent der Einnahmen aus Privatabrechnung und 2,9 Prozent aus sonstigen selbstständigen ärztlichen Tätigkeiten. Damit seien seit 2015, dem letztmaligen Berichtsjahr der Erhebung, die Anteile der Einnahmen aus Kassenabrechnung (2015: 70,4 Prozent), aus Privatabrechnung (26,3 Prozent) sowie aus sonstigen selbstständigen ärztlichen Tätigkeiten (3,3 Prozent) nahezu stabil geblieben. Das Zi berichtete demgegenüber, dass die Bedeutung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte weiter zugenommen habe. So seien die GKV-Einnahmen an den Gesamteinnahmen im dreijährigen Beobachtungszeitraum überdurchschnittlich stark angestiegen (+ 11,6 Prozent). Die Zuwachsrate bei den Privateinnahmen lag mit 8,6 Prozent hingegen unter dem Durchschnitt.

Weniger Zeit für die Patientinnen und Patienten

Zi Vorstandsvorsitzender von Stillfried bewertet die Ergebnisse folgendermaßen: „Da die Inflationsrate in den vergangenen Jahren sehr niedrig war und nur etwa ein Drittel des heutigen Wertes betrug, sind diese Vergangenheitswerte keine gute Basis, um über die aktuelle wirtschaftliche Lage der Arztpraxen heute zu urteilen. Bei der derzeitigen Inflationsrate von 4,1 Prozent würden die Praxen bei vergleichbarer Einnahmen- und Kostenentwicklung reale Verluste machen. Die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung gründet aber auf dem Fundament einer soliden wirtschaftlichen Basis der Niederlassung.“ Nur wenn auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen stimmen, könne es gelingen, junge Ärztinnen und Ärzte verstärkt für die medizinische Versorgung in der eigenen Praxis zu begeistern, so von Stillfried weiter: „Die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten in den Arztpraxen braucht Zeit. Zeit, die wegen der zunehmenden Arbeitsverdichtung in der Niederlassung leider immer weniger zur Verfügung steht. Auch das hat uns die COVID-19-Pandemie sehr eindringlich vor Augen geführt, denn Regelversorgung und Krisenversorgung werden auch in Zukunft den Alltag vieler Praxen in Deutschland prägen. Dieser Zeiteinsatz muss so vergütet werden, dass in der Niederlassung auch nach Abzug der Geldentwertung ein Plus verbleibt.“

Budgetierung wirkt sich negativ auf die Versorgung aus

Das Zi weist zudem im Juli 2021 darauf hin, dass die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2019 pro Versichertem vertragsärztliche Versorgungsleistungen im Wert von durchschnittlich 30 Euro nicht gegenfinanziert hätten. Hintergrund sei die budgetierte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV), die einen sogenannten Behandlungsbedarf als notwendig festlege, der deutlich unter der tatsächlichen Inanspruchnahme der Versicherten liege. Da ältere und kränkere Versicherte regelmäßig mehr vertragsärztliche Leistungen in Anspruch nehmen würden, wirke sich die Budgetierung in der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten besonders negativ aus. Bei den 70- bis 79-Jährigen seien im Durchschnitt Leistungen im Wert von 55,38 Euro nicht von der GKV übernommen worden. Mit dem im Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sollte der Anteil nicht vergüteter ärztlicher Leistungen reduziert werden. Die Auswirkungen könnten allerdings noch nicht abschließend bewertet werden. Für die neue Bundesregierung sei es unerlässlich, gezielt Anreize zu setzen, um die erbrachten ärztlichen Leistungen vollständig zu finanzieren. „Nur so kann dem steigenden Versorgungsbedarf der Versicherten wirksam begegnet werden.“ Vorschläge einzelner Krankenkassenverbände, wieder mehr Leistungen zu budgetieren, seien „rückwärtsgewandt und nicht geeignet, die zentralen Herausforderungen der nächsten Jahre zu schultern“.



Kompliziertes Gleichgewicht: Es wird immer schwieriger die Balance zu halten. Zum Beispiel unvorhergesehene Arbeitsverdichtung, wie in der COVID-19-Pandemie, kann alles ins Schwanken bringen.

Grafik: Leigh Prather/shutterstock.com

In essentiellen Bereichen sichtbar

Kollateralschäden der Corona-Pandemie

Seit Anfang 2020 herrscht die Corona-Pandemie. Neben den unmittelbaren Auswirkungen auf die Gesundheit, die mit einer Covid-19-Infektion einhergehen, treten inzwischen immer mehr die indirekten Auswirkungen der Pandemie und die Folgen der Maßnahmen zu deren Eindämmung in den Vordergrund. Erhebungen zufolge trauten sich Patienten aus Angst vor einer Infektion häufig nicht mehr zum Arzt, Notfälle wie Herzinfarkte oder Schlaganfälle wurden zu spät behandelt. Ebenso wurden weniger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen, wodurch lebensbedrohliche Erkrankungen möglicherweise erst zu einem späteren Zeitpunkt erkannt wurden. Auch das Aufschieben von planbaren Operationen in Krankenhäusern könnte eine zu späte Behandlung mancher Krankheiten zur Folge haben – zum Beispiel bei Krebs-Patienten. Hinzukommen die psychischen Belastungen durch Lockdowns und kontaktreduzierende Maßnahmen; insbesondere bei Kindern und Jugendlichen wirkten sich Schließungen von Schulen und Vereinssport negativ auf die psychische und physische Gesundheit aus.

Eine Online-Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), die im Sommer 2021 im Rahmen des „WIdOmonitors“ durchgeführt wurde, beschäftigte sich mit dem Gesundheitsverhalten und dem Erleben der ambulanten medizinischen Versorgung der deutschen Bevölkerung in der Pandemie. Demnach vertrat jede zehnte befragte Person (9,9 Prozent) die Auffassung, dass sich ihr Gesundheitszustand durch die Pandemie „stark“ oder „sehr stark“ verschlechtert habe. Fast jede fünfte Person (18,5 Prozent) ist laut der Befragung seit Beginn der Pandemie im März 2020 weniger zum Arzt gegangen. Auf die Frage nach der eigenen gesundheitlichen Belastung durch die Covid-19-Pandemie erklärten 26,5 Prozent der Teilnehmenden, sich insgesamt stark oder sehr stark belastet gefühlt zu haben.

In den ersten drei Pandemiewellen ist es zu Fallzahlrückgängen vieler Behandlungen in den deutschen Krankenhäusern gekommen. Dies veranschaulicht eine im Juli 2021 veröffentlichte Auswertung des WIdO auf Basis von Daten von AOK-Versicherten. Danach lag die Gesamt-Fallzahl im Frühjahr 2021 (März bis Mai 2021) 16 Prozent niedriger als im Vergleichszeitraum 2019. In der zweiten Welle (Oktober 2020 bis Februar 2021) betrug der Rückgang minus 20 Prozent, in der ersten Welle im Frühjahr 2020 (März bis Mai) sogar minus 27 Prozent. Fallzahlen für die Behandlung von Notfällen wie Schlaganfällen und Herzinfarkten lagen der WIdO-Auswertung nach in der dritten Pandemiewelle, so wie in der ersten und zweiten Welle, unter dem Niveau der Vorpandemiezeit (minus 11 Prozent bei Herzinfarkten, minus 8 Prozent bei Schlaganfällen).

Wegen der politisch verordneten Verschiebung von weniger dringlichen Eingriffen waren die Fallzahlen von planbaren Operationen laut WIdO zu Beginn der Pandemie „sehr stark“ eingebrochen. Zum Beispiel bei Hüftimplantationen sei in der dritten Welle ein Rückgang von 13 Prozent gegenüber dem Vergleichszeitraum im Frühjahr 2019 zu sehen. In der ersten Pandemiewelle waren es noch minus 44 Prozent, in der zweiten Welle minus 22 Prozent.

Herzstiftung warnte vor OP-Verschiebungen

Am 22. Dezember 2021 warnte die Deutsche Herzstiftung angesichts der vierten Welle vor einem Verschieben von planbaren Operationen: Wenn aus Mangel an Intensivbetten Eingriffe von hoher Dringlichkeit an nicht-Covid-Erkrankten verschoben oder in eine andere Klinik verlegt werden müssten, habe das unter Umständen „dramatische Folgen“ für den Gesundheitszustand des Patienten. „Das ist inakzeptabel und das müssen wir vermeiden“, konstatierte Prof. Dr. med. Thomas Voigtländer, stellv. Vorstandsvorsitzender der Deutschen Herzstiftung. Nicht nur der akute Herzinfarkt, auch andere lebensbedrohliche Komplikationen wie bösartige Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen des Herzens (Ischämien) höherer Dringlichkeit wie die instabile Angina pectoris als Vorstufe des Herzinfarkts sowie die entgleiste (dekompensierte) Herzschwäche seien keine aufschiebbaren Krankheitsfälle. Eine ESC-Umfrage unter mehr als 3.100 Klinikärzten und Pflegekräften in 141 Ländern weltweit ergab, dass während der ersten Corona-Welle im Frühjahr 2020 die Zahl der Herzinfarktpatienten, die notfallmedizinische Versorgung in den Kliniken in Anspruch nahmen, sogar um über 50 Prozent sank.

Jetzt nicht durchgeführte Diagnostik wird erhebliche Langzeitfolgen nach sich ziehen.

Foto: Dmitry Demidovich/shutterstock.com

Dem Deutschen Herzbericht 2020 zufolge zögerten Patienten mit akuten Beschwerden des Herz-Kreislaufsystems zum Arzt zu gehen oder mieden Routineuntersuchungen, vor allem während der ersten Welle – „aus Angst vor Ansteckung mit SARS-CoV-2 oder wegen befürchteter pandemiebedingter Kapazitätsengpässe in den Kliniken im Zuge von Verschiebungen vieler elektiver Eingriffe am Herzen“, begründete die Deutsche Herzstiftung. Dafür spreche laut dem Herzbericht eine deutliche Abnahme der Diagnosen im Bereich der Herz-Kreislauf-Medizin – in Deutschland und weltweit. „Es ist zu befürchten, dass die verzögerte oder überhaupt nicht durchgeführte Diagnostik erhebliche Langzeitfolgen für die kardiovaskuläre Gesundheit haben wird“, betonen die Autoren der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) im Herzbericht.

Falleinbrüche auch bei der Vorsorge

Fallzahleinbrüche hat es auch während der Pandemie bei Vorsorgeuntersuchungen gegeben. Einem im Oktober 2021 veröffentlichten WIdO-Bericht zufolge zur Entwicklung der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch AOK-Versicherte im Erwachsenenalter sollen weniger Krebsfrüherkennungsleistungen in der Phase der Pandemie in Anspruch genommen worden sein als vor der Pandemie. Im Jahr 2020 seien bei der Früherkennung von Hautkrebs Rückgänge von minus 19,8 Prozent gegenüber 2019 zu verzeichnen. Dieser Trend setzte sich auch im 1. Quartal 2021 mit minus 20,8 Prozent fort. Die WIdO-Auswertung auf Basis der GKV-Frequenzstatistik zeigt für das Jahr 2020 auch beim Mammographie-Screening sowie bei der Prostatakrebs-Früherkennung deutliche Rückgänge der Teilnahmequoten gegenüber dem Vorjahr um jeweils 8,1 Prozent. Bei der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs waren es minus 5,5 Prozent.

Rückgänge bei der Diagnostik wie auch spiegelbildlich gesunkene Fallzahlen bei den Krebsoperationen im Krankenhaus ließen gesundheitliche Folgen befürchten, so die AOK. Auf Basis der AOK-Abrechnungsdaten zeigte sich im Pandemie-Zeitraum von März 2020 bis Juli 2021 ein Rückgang der Zahl der Darmkrebs-Operationen um 13 Prozent gegenüber dem Referenzjahr 2019. Bei den Brustkrebs-OPs ist ein Rückgang um 4 Prozent zu verzeichnen. „Wir werden zukünftig mit vielen Patienten konfrontiert werden, deren Krebserkrankung zu spät entdeckt wurde und deren Heilungschancen dadurch verringert sind. Das bedeutet: Die Krebssterblichkeit wird nach oben schnellen“, mahnt Professor Dr. Michael Baumann, Vorstandsvorsitzender des Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ), im April 2021.

Experten der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) befürchteten ebenfalls im Dezember 2021, dass „selbst schwer erkrankte Schlaganfall-Patienten aufgrund der angespannten Situationen in Krankenhäusern momentan manchmal nicht adäquat behandelt werden“ könnten. Notwendige Schlaganfall-Therapien – etwa die Thrombektomie und die Lysetherapie – könnten manchmal nicht schnell genug durchgeführt werden.

Adipositas und psychische Probleme: Kinder besonders belastet

Insbesondere Kinder- und Jugendliche waren durch Schulschließungen in der Pandemie belastet. Die COPSY-Studie der UKE Hamburg zeigte eine Verschlechterung des Wohlbefindens und der Lebensqualität, eine Zunahme psychischer Auffälligkeiten wie Hyperaktivität und emotionale Probleme sowie die Zunahme psychosomatischer Beschwerden bei vielen Kindern und Jugendlichen. Der Vergleich zwischen der Befragung im Mai/Juni 2020 und einer Nachbefragung zum Jahreswechsel 2020/2021 zeigte dabei eine Zunahme der wahrgenommenen Belastungen, darüber hinaus vermehrte depressive Symptome wie Energielosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit.

Ein Trendreport des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorg (Zi) für das erste Halbjahr 2021 zeigte zudem eine auffällige Zunahme der Inanspruchnahme von Kinder- und jugendpsychotherapeutischen Leistungen – 8 Prozent über der vorpandemischen Vergleichsperiode der ersten sechs Monate 2019. Im Juni 2021 lagen die Fallzahlen 37 Prozent über denen des Juni 2019. Laut einer Stu- die der Uniklinik Essen sei zudem die Fallzahl der Aufnahmen auf Kinder-Intensivstationen wegen eines Suizidversuchs im zweiten Lockdown um rund 400 Prozent im Vergleich mit der Zeit vor Corona gestiegen.

Die Leopoldina beschreibt in ihrer Stellungnahme eine Verschärfung des Mangels an körperlicher Aktivität von Kindern und Jugendlichen, welcher bereits vor der Pandemie zu sehen gewesen sei – nur 26 Prozent der Kinder und Jugendlichen bewegten sich eine Stunde am Tag oder mehr mit mindestens moderater Intensität, wie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen. „Adipositas unter den Jüngsten nimmt in den letzten Monaten unter der Corona-Pandemie schleichend, aber stetig zu“, mahnten die AG Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) und die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland (DGKJ).

„Wir dokumentieren in unseren Spezialsprechstunden Gewichtszunahmen von bis zu 30 Kilo in 6 Monaten – Einzelfälle, aber ‚Rekorde‘ dieser Art mehren sich. Es gibt bei Kindern einen derart klaren Anstieg an Adipositas während der coronabedingten Lockdowns, dass wir hier von einer zweiten, einer ‚stillen Pandemie‘ sprechen“ berichtete die AGA-Sprecherin PD Dr. Susann Weihrauch-Blüher. „Die Erfahrung aus den vorangegangenen Schulschließungen hat uns die gesundheitlichen und psychosozialen Folgeprobleme der Schülergeneration sehr klar gemacht. Das Ausmaß dieser Folgeschäden ist – anders als die Erfassung von Inzidenzzahlen – noch nicht annährend absehbar“, so Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) mit Unterstützung des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) in einer gemeinsamen Stellungnahme vom 30. Dezember 2021.

Abbildung: metamorworks Demidovich/shutterstock.com

Global Women's Health Index

Neue Negativrekorde: Deutschland abgeschlagen im Mittelfeld

1995 haben 189 UN-Mitgliedsstaaten, auch Deutschland, die Pekinger Erklärung und Aktionsplattform verabschiedet, dem ersten globalen politischen Rahmen für die Gleichstellung der Geschlechter in wichtigen Bereichen, einschließlich der Gesundheit von Frauen. Mit einer mehrjährigen weltweiten Erhebung zu Gesundheit von Frauen – dem „Global Women's Health Index" –, die erstmals im Jahr 2020 von dem Meinungsforschungsinstitut Gallup im Auftrag von Hologic durchgeführt wurde, sollen kritische Lücken im Wissen über die Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen ab 15 Jahren aufgezeigt werden.

Viele Frauen ständen immer noch vor grundlegenden gesundheitlichen Herausforderungen, einschließlich Krebs, reproduktive Gesundheit, sexuell übertragbare Krankheiten und Gewalt gegen sie, heißt es in dem Bericht. Frauen würden zudem meist die Verantwortung für die Gesundheit ihrer ganzen Familie übernehmen, dabei jedoch oft ihre eigene Gesundheit vernachlässigen und Maßnahmen zur eigenen Krankheitsprävention versäumen. Die erste Veröffentlichung der Erhebung im September 2021 weist insbesondere auf, dass im ersten Jahr der Pandemie die Mehrheit der Frauen weltweit angab, nicht auf lebensbedrohliche Krankheiten getestet oder untersucht worden zu sein.

Der Global Women's Health Index von Hologic misst fünf Dimensionen der Gesundheit, die mehr als 80 Prozent der durchschnittlichen Lebenserwartung von Frauen erklären sollen: Zugang zu Vorsorge, persönliche Wahrnehmung der medizinischen Versorgung und Sicherheit, emotionale Situation, eigene Gesundheit und Befriedigung von Grundbedürfnissen. Die Werte dieser fünf Dimensionen werden gewichtet und zu einem Gesamtindex für jedes untersuchte Land oder Gebiet zusammengefasst. Dann werden die Länder und Gebiete für jede der fünf Dimensionen sowie dem Gesamtindex in eine Rangfolge gebracht. Knapp über 120.000 Frauen und Männern im Alter von 15 Jahren und älter wurden dazu in 116 Ländern und Territorien befragt.

Nur ein Bruchteil erreichen hohe Gesundheitswerte

Höhere Punktzahlen des Indexes bedeuteten ein „potenziell gesünderes, sichereres und längeres Leben für Frauen, aber mit einer globalen Punktzahl von nur 54 von 100, müssten die führenden Politiker der Welt mehr tun für die Gesundheit von Frauen", betonen die Autoren. Nicht ein Land oder Gebiet erreiche einen Indexwert von mehr als 69. Deutschland erreichte einen Gesamtindex von 65 von 100 Punkten und landete damit auf Rang 6 in der Studie; hinter Taiwan, Österreich, Finnland, Lettland und Norwegen. Zudem gebe es „extreme Ungleichheit" in der weltweiten Frauengesundheit: „Nur ein Bruchteil der Frauen in der Welt hat die höchsten Index-Werte." Frauen in einkommensstarken Ländern – die nur 17 Prozent der befragten Frauen ausmachten – erreichten im Index einen Wert von 61. Die Werte des Index sanken mit jeder weiteren Länder-Einkommensgruppe danach, bis zu einem 12-Punkte-Abstand zwischen Frauen einkommensstarker Volkswirtschaften (61) und Frauen einkommensschwacher Volkswirtschaften (49).

Besonders wird im Bericht die mangelhafte weltweite Verfügbarkeit von Vorsorgeuntersuchungen kritisiert. Die meisten Frauen (88 Prozent) glauben laut der Befragung, dass Vorsorgeuntersuchungen zur Verbesserung der Gesundheit beitragen, aber viele (40 Prozent) haben in den letzten 12 Monaten vor der Befragung keinen Arzt aufgesucht.

61 Prozent – oder mehr als 1,5 Milliarden Frauen – hätten sich in den letzten 12 Monaten vor der Befragung nicht auf eine der für Frauen schädlichsten Krankheiten testen lassen. Im Durchschnitt habe nur eine von drei Frauen weltweit in den letzten 12 Monaten vor der Befragung ihren Blutdruck messen lassen – „und das, obwohl Herzkrankheiten weltweit die häufigste Todesursache bei Frauen und Männern sind". Der Anteil der Frauen, die sich auf Bluthochdruck testen ließen, sei weltweit sehr unterschiedlich gewesen und reichte von 76 Prozent in Lettland, das im Hologic Global Women's Health Index in der Dimension der präventiven Versorgung weltweit am besten abschneidet, bis zu 14 Prozent in der Elfenbeinküste und der Türkei, die beide zu den schlechtesten Ländern der Welt in der präventiven Versorgung von Frauen zählten. In Deutschland liegt der Prozentsatz mit 47 Prozent etwas höher als der Durchschnitt.

Zu wenig Vorsorge in Pandemie-Zeiten

Fettleibigkeit und diabetesbedingte Krankheiten seien in allen Teilen der Welt ein wachsendes Problem, und beide würden mit Herzkrankheiten und einigen Krebsarten in Verbindung gebracht. „Einigen Schätzungen zufolge ist Diabetes auch die sechsthäufigste Todesursache bei Frauen", so die Autoren des Berichts. Allerdings gab weniger als eine von fünf Frauen (19 Prozent) an, im Jahr 2020 auf Diabetes getestet worden zu sein (Deutschland 24 Prozent). Die Angaben über Diabetes-Tests reichen von 6 Prozent der Frauen in Nigeria, wo nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation jährlich mehr Frauen als Männer an Diabetes oder hohem Blutzucker sterben, bis hin zu 46 Prozent der Frauen in Portugal.

Außerdem gaben nur 12 Prozent der Frauen weltweit an, im Jahr 2020 auf eine Art von Krebs getestet worden zu sein (Deutschland 33 Prozent). „Brustkrebs allein steht an achter Stelle der häufigsten Todesursachen bei Frauen weltweit." Noch beunruhigender sei, dass die Zahlen in rund 40 Ländern und Gebieten im einstelligen Bereich lagen. „Dazu gehören weniger als 1 Prozent der Frauen, die angaben, sich in Pakistan testen zu lassen, wo die Brustkrebsrate vermutlich die höchste in Asien ist, aber die wahren Zahlen unbekannt sind, wie es in vielen Ländern mit niedrigem Einkommen der Fall ist." In Südkorea gaben 38 Prozent der Frauen an, in diesem Zeitraum auf Krebs getestet worden zu sein, und damit weltweit am häufigsten.

„Die Testraten waren 2020 möglicherweise etwas niedriger als in anderen Jahren, da viele Frauen im vergangenen Jahr wegen der Pandemie auf Vorsorgeuntersuchungen und andere nicht dringende Eingriffe verzichtet haben", wird erklärt. Es könne aber auch sein, dass Frauen Tests vermieden, weil sie nicht krankenversichert seien, keinen Zugang zu medizinischen Leistungen hätten oder mit anderen Hindernissen konfrontiert seien. „Unabhängig davon werden, wenn sich diese Trends fortsetzen, viele Krebserkrankungen und andere Krankheiten nicht diagnostiziert und nicht behandelt, wodurch Millionen weiterer Leben unnötig gefährdet werden."

Die meisten Frauen weltweit sind der Umfrage nach jedoch mit der Verfügbarkeit einer hochwertigen Gesundheitsversorgung an ihrem Wohnort zufrieden (68 Prozent) und sind der Meinung, dass die meisten schwangeren Frauen in ihrer Gemeinde eine hochwertige Schwangerschaftsvorsorge erhielten (69 Prozent). Auch hier liegt Deutschland mit 83 Prozent und 84 Prozent etwas höher als der weltweite Durchschnitt. Zwei von drei Frauen weltweit sagen jedoch, dass häusliche Gewalt in ihrem Land ein weit verbreitetes Problem ist. Und fast sechs von 10 Männern stimmen dem zu.

Jede fünfte Frau klagt über gesundheitliche Probleme

Deutschland landete bei der Dimension des Indexes „Individuelle Gesundheit" nur auf Rang 54 von den 116 untersuchten Ländern mit 72 vom 100 Punkten. Auf den ersten Plätzen waren Malaysia, Taiwan und Kasachstan mit jeweils 85 Punkten. „Die Frauen – und die ganze Welt im Jahr 2020 – fühlten sich so schlecht wie seit 15 Jahren nicht mehr. Die weltweiten Erfahrungen mit Sorgen, Stress, Traurigkeit und Wut sind im Jahr 2020 weiter gestiegen und haben neue Rekorde erreicht", heißt es in dem Bericht. Etwa vier von zehn Frauen weltweit gaben an, dass sie am Tag vor der Umfrage Sorgen (40 Prozent) und Stress (38 Prozent) erlebt hätten, während etwa eine von vier Frauen sagt, dass sie traurig (26 Prozent) und wütend (23 Prozent) gewesen sei. Außerdem berichteten drei von 10 (30 Prozent) Frauen, dass sie während eines Großteils des vergangenen Tages körperliche Schmerzen hatten. Jede fünfte Frau (20 Prozent) gab an, dass sie gesundheitliche Probleme habe, „die sie daran hindern, Dinge zu tun, die Menschen in ihrem Alter normalerweise tun".

Bei der Messung des Indexes zu „Grundbedürfnissen" wird im Bericht festgestellt, dass im Jahr 2019 34 Prozent der Frauen Schwierigkeiten hatten, sich Lebensmittel zu leisten, und fast drei von zehn (29 Prozent) Frauen sich keine angemessene Unterkunft leisten konnten. Geld sei dabei aber nur ein Teil der Lösung, geben die Autoren zu Bedenken. „Länder und Gebiete, die pro Kopf der Bevölkerung mehr für die Gesundheitsversorgung ausgeben, schneiden im Gesamtindex tendenziell besser ab." Dies gelte für alle Länder mit Ausnahme der USA, die mit 10.623 US-Dollar pro Person im Jahr 2018 am meisten ausgaben und einen Wert von 61 erreichten. Deutschland erzielte einen Wert von 93.

Die Ergebnisse des Hologic Global Women's Health Index zeigen die Unterschiede in der Gesundheitsversorgung und den Dienstleistungen auf, „selbst in Regionen wie Europa, wo die Ergebnisse auf den ersten Blick gut aussehen". Dies mache jedoch nur noch deutlicher, dass es in jedem Gebiet oder jeder Region Raum für Verbesserungen in der Frauengesundheit gibt – „und verdeutlicht die Notwendigkeit gezielter und maßgeschneiderter Maßnahmen, die dazu beitragen, die Lebenserwartung und Lebensqualität von Frauen zu verbessern". Der richtige Test oder die richtige Vorsorgeuntersuchung könne das Leben von Frauen retten, ihnen helfen, gesund zu bleiben und länger zu leben.

Advertorial

eHBA: Eintrittskarte in die vernetzte Medizin

Viele Fachanwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) erfordern eine rechtsgültige Signatur mit dem elektronischen Heilberufsausweis (eHBA). Speziell für Kliniken bietet medisign jetzt ein Identifizierungsverfahren an, das die eHBA-Antragstellung vereinfacht.

Mit dem eHBA können sich Ärztinnen und Ärzte in der digitalen Welt authentifizieren, auf die eGK ihrer Patient*innen zugreifen sowie vertrauliche Dokumente qualifiziert signieren und verschlüsseln. Für TI-Anwendungen wie die eAU oder elektronische Patientenakte (ePA) ist der Ausweis unabdingbar.

Bereits seit 2004 produziert medisign als zugelassener Vertrauensdiensteanbieter (VDA) elektronische Signaturkarten im Auftrag der Heilberufskammern und zählt mit über 120.000 ausgegebenen eHBA zu den führenden Anbietern im Gesundheitsmarkt. Hinzu kommen in Kürze eHBA für die nicht-approbierten Gesundheitsberufe, die das elektronische Gesundheitsberuferegister (eGBR) herausgibt, z.B. für Pflegefachkräfte und Physiotherapeut*innen.

Vor-Ort-Identifizierung in Kliniken
Der eHBA ist ein personengebundener Ausweis, der persönlich bei der zuständigen Landesärztekammer beantragt werden muss. Als Kartenanbieter ist medisign gesetzlich verpflichtet, bei allen Antragsteller*innen eine Identitätsprüfung durchzuführen – in der Regel per PostIdent. Dem stationären Sektor steht mit dem Vertrauensdienste-Ident-Verfahren, kurz VDA-Ident, ein weiteres Verfahren zur Wahl.

Dabei übernehmen Mitarbeiter*innen aus der Klinikverwaltung, die zuvor von medisign geschult und zertifiziert werden, die Identitätsfeststellung ihrer Kolleginnen und Kollegen. Mit dieser bequemen Vor-Ort-Identifizierung entfällt für die Antragsteller*innen der Weg zur Postfiliale. Das Ident-Formular wird direkt mit den Antragsunterlagen an medisign versendet. Eine Siegelprüfung sichert den Prozess zusätzlich ab.

Verschiedene Klinikverbünde setzen VDA-Ident bereits erfolgreich ein, um den eHBA-Antragsprozess zu vereinfachen und von weiteren Vorteilen zu profitieren. Nähere Informationen erhalten interessierte Einrichtungen bei Steffen Bucksteeg, Klinik-Ansprechpartner bei medisign.

medisign GmbH
Herr Steffen Bucksteeg
Richard-Oskar-Mattern-Str. 6
40547 Düsseldorf
E-Mail: vertrieb@medisign.de
Web: www.medisign.de, www.ehba.de

Multinationale Perspektive im Curriculum

Global Health – mehr als ein Nischenfach

Gesundheit und Medizin werden zunehmend von Faktoren beeinflusst, die über nationale Gesundheitssysteme und traditionelle Ländergrenzen hinausgehen. Weltweit wird gefordert die medizinische Ausbildung an den Einfluss der Globalisierung anzupassen, unter anderem durch die Integration von Globaler Gesundheit (Global Health – GH) in das medizinische Curriculum.

2009 hat die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) im Rahmen ihres Projekts „Globalisation and Health Initiative“ (GandHI) in einem Positionspapier auf die Notwendigkeit einer stärkeren Berücksichtigung von Global Health in der medizinischen Ausbildung hingewiesen. Verschiedene Fakultäten bieten bereits Module im Bereich Global Health an, jedoch ist Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern noch nicht so breit aufgestellt. Auch gibt es bis jetzt keine einheitliche Definition oder ein einheitliches Verständnis von Global Health. Eine Studie der Philipps-Universität Marburg, die im Jahr 2021 veröffentlicht wurde, gibt einen Überblick, wie in Deutschland GH in der medizinischen Ausbildung unterrichtet wird und beschäftigt sich mit Möglichkeiten einer einheitlichen Definition von GH.

„Der Fluss und Austausch von Waren, Informationen, Arbeitskräften, Patienten und Krankheitserregern zwischen Ländern verändert unser Verständnis von Gesundheit, den Determinanten von Gesundheit und die Art und Weise in der Medizin praktiziert wird“, heißt es in der Studie. Die Sichtbarkeit von GH habe in der Bevölkerung deutlich zugenommen. Unumstritten sei, dass es eine Reihe von Themen gebe, die dem GH-Feld zugeordnet werden und die in den letzten Jahren verstärkte mediale Aufmerksamkeit erhalten haben, insbesondere durch übertragbare Erkrankungen wie Ebola, Zika und Covid-19, aber auch Migrationsthemen, Krankenversicherungssysteme und Impfdebatten.

Soziale, wirtschaftliche und umweltbedingte Determinanten nehmen Einfluss

Laut der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen wird Global Health als interdisziplinäres und multidisziplinäres Gebiet beschrieben, welches Themen umfasst, die sowohl die Gesundheit auf individueller Ebene, als auch auf Bevölkerungsebene betreffen, einer globalen Zusammenarbeit bedürfen und bei denen gesundheitliche/soziale Chancengleichheit eine große Rolle spielen. Die Leopoldina schreibt in ihrer Stellungnahme von 2015, Global Health reiche über nationale Grenzen hinaus und müsse sich diesbezüglich mit den vielfältigen Determinanten von Gesundheit befassen – mit den sozialen, wirtschaftlichen und umweltbedingten – sowie mit der globalen Krankheitslast. „Sie hält viele multisektorale Herausforderungen bereit und braucht starke, globale Governance-Institutionen.“ Die Arbeitsgruppe Global Health der bvmd definiert in ihrem Positionspapier von 2009 Global Health ferner über Gesundheit als Menschenrecht und betonen die Notwendigkeit, sich mit den daraus resultierenden Handlungsmöglichkeiten zu befassen.

Das zentrale Ergebnis der Studie der Philips-Universität ist das Verständnis von Global Health als „Umbrella Term“. Am Beispiel der Metapher des Schirmes („Umbrella“), der hinter einer Lichtquelle einen Kernschatten und einen umgebenden Halbschatten wirft, soll das Verhältnis zwischen Global Health und anderen Disziplinen wie Public Health, International Health und Tropenmedizin verdeutlicht und aufgezeigt werden. Einige Themen gehörten „zum klaren Kern von Global Health, während andere eher vom diffuseren Halbschatten abgedeckt werden“. Sowohl für den Forschungs-Sektor als auch für den Ausbildungssektor nehme die Forderung nach GH-Angeboten deutlich zu, heißt es in der Studie.

Im Jahr 2014 betonte die „Lancet Commission on Culture and Health“ die Bedeutung einer breiten und differenzierten Berücksichtigung von Kultur in der Medizin und der Förderung und Entwicklung von kultureller Kompetenz in der medizinischen Ausbildung. Die Leopoldina und weitere Wissenschaftsakademien verabschiedeten im Jahr 2015 eine Stellungnahme zur Stärkung von Public Health und Global Health in Deutschland, worin sie eine klare Empfehlung zur umfassenden Aufnahme dieser Themen in die medizinische Ausbildung formulierten.

Nachfrage übersteigt das Kurs-Angebot

„Im Unterschied zu angelsächsischen Ländern, wo es zahlreiche Lehrangebote in Global Health auf den verschiedensten Ebenen gibt, ist das Angebot in Deutschland vergleichsweise überschaubar. Darüber hinaus nimmt die Entwicklung von internet-basierten Distance Learning-Kursen deutlich zu“, wird in der Studie erklärt. Weltweit und auch in Deutschland übersteige die Nachfrage nach GH-Lehre insbesondere an medizinischen Fakultäten das Angebot. In einer Befragung unter deutschen Medizinstudierenden im Jahr 2016 befanden nur 8 Prozent der Befragten das bestehende Angebot als ausreichend. Die Studie identifizierte insgesamt 33 Kurse mit GH-Inhalten an 18 deutschen Universitätsstandorten. Für den deutschsprachigen Raum gibt es seit 2009 eine Empfehlung der bvmd zu GH in der medizinischen Ausbildung mit Lernzielen und methodischen Empfehlungen, auf die viele Kurse Bezug nehmen.

Im Rahmen der aktuellen Reform des Medizinstudiums unter dem Stichwort „Masterplan 2020“ werde GH nicht explizit gefordert, decke aber ähnlich wie im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) eine Reihe von Anforderungen ab, so die Studienautoren. Die Gesellschaft für medizinische Ausbildung habe in einer Stellungnahme zum Masterplan 2020 jedoch gezielt die Einrichtung von Kursen zu globaler Gesundheit und interkultureller Kompetenz gefordert. „Der aktuellste Survey zur GH-Ausbildung an medizinischen Universitäten zeigt, dass, mit Ausnahme von zwei medizinischen Fakultäten, Studierende nur bei explizitem Interesse in GH-Aspekten ausgebildet werden.“

Global Health erfordere aufgrund seiner Komplexität einen transdisziplinären Ansatz und innovative Unterrichtsformen, bekräftigen die Studienautoren. Durch die Integration in das medizinische Curriculum soll ein Verständnis für die globalen Abhängigkeiten und deren Einfluss auf die Gesundheit, mit interkulturellen Kompetenzen und einem transformativen Ansatz, der Verantwortungsübernahme, sowie ein moralisches und politisches Bewusstsein gefördert werden. Das Bewusstsein für Themen, wie das koloniale Erbe von Global Health, soll dabei zu einer Stärkung der Sozialwissenschaften innerhalb der medizinischen Ausbildung und damit einem tiefergehenden Verständnis von Medizin im Allgemeinen beitragen. Gesundheitsfachkräfte sollen auf die Bedürfnisse einer globalisierten Welt vorbereitet werden.

Abbildung: FocalPoint/shutterstock.com

Die Themen, mit denen sich jeder Student auseinandersetzen sollte, wurden in der Studie in drei Clustern zusammengefasst, die jeweils orientiert am „Umbrella-Term“ in einen Kernbereich und einen weiter betrachteten Bereich eingeteilt sind: (1) Gesundheit und Krankheit (2) Gesellschaft und Umwelt (3) Politik und Gesundheitssysteme. Das Cluster „Gesundheit und Krankheit“ umfasst dabei im Kern Themen wie nicht übertragbare Krankheiten, Krankheitslast (Gesundheitsverlust, der in einer Bevölkerungsgruppe, einem Staat oder einer Weltregion durch bestimmte Gesundheitsprobleme entsteht), HIV/AIDS, im erweiterten Bereich sind aber auch Kommunikation und Mentale Gesundheit eingeschlossen. Dem Cluster „Gesellschaft und Umwelt“ sind im Kern Themen wie Migration, Klimawandel und Ethnomedizin untergeordnet. Beim Cluster „Politik und Gesellschaft“ geht es unter anderem um Menschenrechte, Humanitäre Hilfe und Health Equity (Gleichberechtigter Zugang zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung weltweit).

Synergie-Effekte stärken Medizinstudium und Praktika

Ein breites Angebot an GH-Lehre sei notwendig, um die verschiedenen Bedürfnisse abzudecken, und jeder Medizinstudierende sollte der Studie nach die GH-Grundlagen lernen. Die Lancet-Kommission zur Ausbildung von Gesundheitsfachkräften im 21. Jahrhundert betont zudem, dass die Integration einer globalen Perspektive in allen Kursen und Aufgaben in der medizinischen Ausbildung noch wichtiger sei als spezielle Kurse im Bereich Global Health neu aufzustellen. GH sollte der Studie nach in der medizinischen Ausbildung, sowohl innerhalb des regulären Curriculums als auch in Form von Wahlfächern oder Schwerpunkt-Tracks ausgebaut werden. Des Weiteren sollte die Durchführung von Praktika im Ausland (Pflegepraktika, Famulaturen, PJAbschnitte) genauer reguliert und vor- und nachbereitet werden. „Hierdurch bieten sich starke Synergie-Effekte, die sowohl die Praktika als auch das Medizinstudium stärken.“

Die Umsetzung von GH-Lehre in der medizinischen Ausbildung wird in der Studie in einem Modell einer „Lernspirale“ beschrieben. Dies bedeute, die Grundlagen von GH, wie soziale Determinanten von Gesundheit, möglichst früh im Curriculum zu integrieren, und dann zunehmend spezieller zu werden, bis die Themen so spezifisch werden, dass sie nicht mehr für „die große Mehrheit“ relevant sind, und zum Beispiel in Form von Wahlfächern unterrichtet werden sollten, oder Teil von separaten Postgraduierten-Kursen sein sollten. Dadurch sollen einzelne Zielgruppen nicht überlastet werden. Diese Zielgruppen reichten von der „breiten Masse“, die das Thema „nicht besonders“ interessiere und denen Grundkenntnisse, wie gesellschaftliche Verantwortung, vermittelt werden sollen, bis hin zu „the one percent“, die die Arbeit im GH-Feld anstreben, in Non-Governmental Organisations (NGOs), der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder der Forschung.

Hartmannbund-Blitzumfrage zur Akzeptanz von TI-Anwendungen

Bereitschaft ja – wenn die Rahmenbedingungen stimmen!

Die Digitalisierung in den Arztpraxen gehört seit Jahren zu den großen berufspolitischen Themen und wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Die (persönliche) Grundeinstellung, die regional unterschiedlichen Strukturen und Voraussetzungen, unter denen Ärztinnen und Ärzte der Digitalisierung im beruflichen Alltag begegnen sowie auch das persönliche Erleben im Umgang mit den neuen Tools führen immer wieder zu politischen Diskussionen und Forderungen. Im Rahmen einer vom Hartmannbund „Arbeitskreis I – Ambulante Versorgung" angeregten bundesweiten Mitglieder-Blitzumfrage zur „Anerkennung der TI in den Arztpraxen" zeigte sich einmal mehr, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte die Digitalisierung nicht grundsätzlich ablehnen. Jedoch stehen sie dem Thema mit Blick auf Nutzen und Praktikabilität – auch ungeachtet inzwischen erfolgter politischer Korrekturen – nach wie vor hauptsächlich skeptisch gegenüber.

Foto: eva_blanco/shutterstock.com

Die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte steht einer sinnvollen Digitalisierung von Prozessen offen gegenüber. Allerdings wollen sie keine Teststationen für neue Anwendungen sein und erwarten echten Mehrwert für sich und ihre Patientinnen und Patienten.

So ist aus Sicht der Befragten mit der Anbindung an die TI derzeit kein erkennbarer Mehrwert verbunden, sondern eher ein enormer Zeit-, Bürokratie- und Kostenaufwand. Störanfällige Hardware und TI-Anwendungen, die nicht bzw. nicht einwandfrei funktionieren, wirken sich negativ auf die Praxisabläufe aus. Tendenziell werden die TI-Anwendungen – selbst, wenn bereits einsetzbar in der Praxis vorhanden – wenig bis gar nicht genutzt oder gänzlich abgelehnt. Zudem sehen sich die Ärztinnen und Ärzte dem politischen Druck, sich der TI anzuschließen, willkürlich ausgesetzt. Auch die Tatsache, dass der Gesetzgeber inzwischen entsprechend reagiert und die Einführung der eAU und des eRezeptes verschoben hat, ändert nichts am allgemeinen Stimmungsbild – im Gegenteil – die Ärzteschaft fühlt sich bestätigt.

Insgesamt haben 402 Ärztinnen und Ärzte an der Befragung teilgenommen, wovon 320 der Befragten – immerhin 80 Prozent – angaben, bereits an die TI angebunden zu sein (deutschlandweit sind ca. 90 Prozent aller Praxen an die TI angebunden). Von den Befragten, die nicht an die TI angeschlossen sind (19 Prozent), sind immerhin ein Drittel bereit, sich anschließen zu lassen. Ebenso viele würden aber auf ihre Kassenzulassung verzichten, würde man sie zur Anschließung zwingen.

„An die TI angebunden" heißt aber nicht in jedem Fall, dass auch die TI-Anwendungen bereits (in vollem Umfang) genutzt werden (können). In den meisten Fällen bedeutet es zunächst, dass der Arzt gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen hat, dass er die TI-Grundausstattung bestellt hat. Somit bleibt er von der 2,5-prozentigen Honorarkürzung verschont.

Die Umfrage hat gezeigt, dass 79 Prozent aller Befragten einen elektronischen Heilberufeausweis und 53 Prozent eine KIM-Adresse haben. Hieran wird deutlich, dass die Zeitspanne zwischen TI-Anbindung bis hin zur tatsächlichen Nutzung der Anwendungen sehr dehnbar ist, bzw. lang sein kann. Es können Wochen bis Monate vergehen, bis die TI-Anbindung für eine Praxis weniger als Aufwand und Belastung, sondern eher als Nutzen und Erleichterung empfunden wird. Erschwerend können Probleme mit der Hard- und Software – zumeist mit dem Konnektor – hinzukommen. Dies haben über 70 Prozent der Befragten bestätigt. Hierbei handelt es sich sowohl um Startschwierigkeiten als auch um ständig wiederkehrende Probleme, die z.T. erheblich den Praxisablauf stören.

Weiter konnte festgestellt werden, dass 90 Prozent der Befragten, die bereits eine KIM-Adresse haben, diese überhaupt nicht nutzen. Arztbriefe werden herkömmlich versendet und empfangen. Stattdessen nutzen über 90 Prozent nach wie vor das Fax. Ähnliches zeichnet sich bei anderen TI-Anwendungen, wie z.B. Notfalldatensatz, elektronische Medikationsplan oder ePA ab. Sie sind theoretisch nutzbar, werden jedoch größtenteils nicht genutzt bzw. für die Patienten nicht „beworben".

Was die Umfrageergebnisse in Zahlen aussagen, spiegelt sich auch in den Freitextantworten wider – nämlich die Grundstimmung zur „Digitalisierung im Gesundheitswesen". Die teilweise sehr frustrierenden Erfahrungen der bereits an die TI Angeschlossenen hinsichtlich der Störanfälligkeit, dem zeitlichen und finanziellen (Mehr)Aufwand stehen allerdings in keiner Relation zum Nutzen. Auch der bisher nicht verbindlich geklärte Datenschutz streut Bedenken und gibt Anlass zur Befürchtung eines grundsätzlich möglichen externen Zugriffs auf die Praxisdaten und der Möglichkeit einer online-Überwachung der Praxen. Dies führt zu Unsicherheit und letztlich Ablehnung.

Nur wenige Teilnehmer sind vor diesem Hintergrund der Digitalisierung gegenüber uneingeschränkt aufgeschlossen und begreifen sie als (möglichen) Mehrwert. Dennoch und vielleicht nicht zuletzt durch die Vorgaben und Sanktionen des Gesetzgebers nimmt der Großteil der Ärztinnen und Ärzte die „Herausforderung" , wenn teilweise auch zähneknirschend, an, wünscht sich aber ausreichend getestete Technik und somit weniger Störungen, mehr Support, einfachere Bedienbarkeit, Transparenz und sichtbare Nutzeneffekte.

Dass Digitalisierung nicht nur Verpflichtung die TI-Anbindung bedeutet, zeigen im Übrigen die Ergebnisse hinsichtlich allgemeiner digitaler Anwendungen, wie z. B. Online-Terminvergabe (z. B. via App) und Videosprechstunde. Diese werden zunehmend attraktiver und als Erleichterung im Praxisalltag empfunden. Mit vorsichtigem Optimismus ließe sich daraus ableiten, dass bei gut durchdachten und funktionierenden Rahmenbedingungen die Hürde, die Digitalisierung aktuell für viele Arztpraxen darstellt, überwunden werden kann.

Deutsche Ärzteversicherung

Wenn der Arzt zum Doktor muss

Da freut man sich auf den Skiurlaub und fällt dann durch einen Skiunfall wochenlang aus – das ist in vielerlei Hinsicht schmerzhaft. Denn in dieser Zeit fällt einerseits das Einkommen weg, andererseits laufen die Kosten für Mitarbeiter und Praxis weiter. Welche Versicherung leistet was wofür?

Eine langwierige Erkrankung oder ein Unfall können einen niedergelassenen Arzt schwer in Bedrängnis bringen. Zur Absicherung der privaten Existenz ist eine Berufsunfähigkeitsversicherung (BU) unverzichtbar. Sie zahlt eine BU-Rente, wenn eine Berufsausübung nicht mehr möglich ist – und zwar bis zum Rentenalter. Bei einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit zahlt die Krankentagegeldversicherung einen Einkommensersatz, sodass private Ausgaben gedeckt sind. Doch was ist mit den Kosten für die Praxis? Arbeitet der Praxisinhaber allein, geht in der Regel erst mal nichts mehr. Die Mitarbeiter aber wollen bezahlt sein, der Vermieter erwartet seine Miete, die Kreditraten für das neue Gerät sind abzutragen. In der Summe können erhebliche Kosten anfallen – nicht selten im sechsstelligen Bereich auf ein Jahr gerechnet.

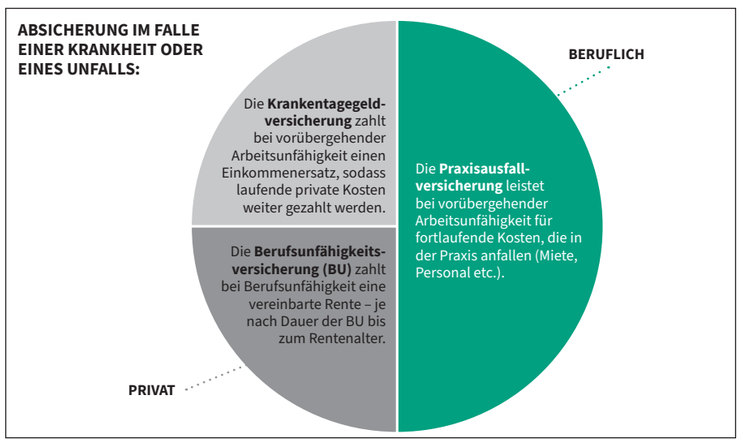
Sicherheit gibt hier die Praxisausfallversicherung (PAV)

Die Praxisausfallversicherung deckt fortlaufende Kosten wie

- Personalkosten
- Mieten, Pacht oder Leasingkosten
- Allgemeine Praxiskosten, etwa für Strom, Wasser und Heizung
- Versicherungsbeiträge
- Betriebliche Steuern
- Buchhaltungskosten
- Finanzierungskosten
- Kosten des Stellvertreters, falls der Praxisbetrieb aufrechterhalten wird

Zwar kann der Beitrag zur Praxisausfallversicherung nicht als Betriebsausgabe geltend gemacht werden, Auszahlungen im Leistungsfall sind allerdings steuerfrei. Der Grund: Mit der Praxisausfallversicherung wird ein Risiko (zum Beispiel Krankheit) abgesichert, dass der Gesetzgeber dem Privatbereich zurechnet, nicht dem betrieblichen.

Natürlich kann es auch andere Gründe geben, die die Sprechstunde oder Medikamentenausgabe über einen längeren Zeitraum unmöglich machen: ein Wasserrohrbruch, ein Brand oder Vandalismus zum Beispiel. Die Deutsche Ärzteversicherung empfiehlt daher zusätzlich eine Praxis-Vielschutz-Versicherung inklusive Betriebsunterbrechung abzuschließen. Sie tritt in der Regel ein, wenn der Praxisbetrieb infolge eines Sachschadens vorübergehend unterbrochen werden muss.



Einen Praxisausfall abzusichern, ist wichtig!

Damit die passenden Versicherungen abgeschlossen werden, sollte sich der Praxisinhaber individuell beraten lassen. Denn betriebswirtschaftliche und steuerliche Erwägungen spielen eine große Rolle.

Sprechen Sie Ihren Berater auf die Praxisausfall-, die Praxis-Vielschutz- sowie eine Berufsunfähigkeitsversicherung an!

Die Praxisausfallversicherung (PAV) bietet viele Vorteile:

- Keine Überschneidungen mit anderen Versicherungen. Bestehende Versicherungen werden aus der PAV herausgenommen, Lücken geschlossen
- Keine Kürzung von Zahlungen, wenn nicht die vollen Kosten versichert wurden (Unterversicherungsverzicht)
- Vielfältige Wahlmöglichkeiten, ab wann und wie lange geleistet werden soll
- Bei Praxisaufgabe wegen Berufsunfähigkeit oder Tod läuft die Leistung noch weitere 125 Werktage

SO SICHERN SIE SICH AB

Es gibt mehr als eine Ursache, die eine zeitweilige Praxisschließung notwendig machen kann. So mildern Sie die Folgen:

- Bei Krankheit: Praxiskosten über die Praxisausfallversicherung absichern, Privatkosten (Gewinn abzüglich Steuern) über das Krankentagegeld
- Bei den Folgen eines Wasserrohrbruchs, Brands oder anderer Sachschäden, auch am Inventar: Hier greift die Praxis-Vielschutz-Versicherung, inklusive Betriebsunterbrechungsversicherung

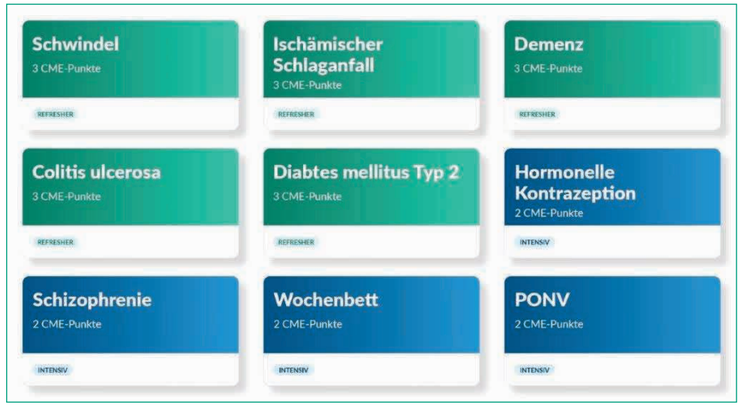
Mit Wissensplattform CME-Punkte online erwerben

Persönliche Fortbildung neben dem Arbeitsalltag

AMBOSS

Die digitale Wissensplattform AMBOSS, neuer Partner des Hartmannbunds, bietet Ärztinnen und Ärzten nicht nur leitliniengerechtes und interdisziplinäres Medizinwissen zur Validierung von Behandlungsentscheidungen, sondern auch zertifizierte CME-Kurse zur persönlichen und flexiblen Fortbildung. AMBOSS-Nutzerinnen und -nutzer stehen die Kurse kostenfrei in der Plattform zur Verfügung. Hartmannbund-Mitglieder erhalten ab sofort einen dreimonatigen Testzugang und dauerhaften Preisvorteil.

Aktuell umfasst das Fortbildungsangebot in AMBOSS bereits 36 CME-Kurse – zu sowohl fachgebietsübergeifenden Themen wie “Lungenembolie” und “Schwindel” als auch fachgebietsspezifischen Themen wie “CTG” und “Analgosedierung”. Anhand von praxisrelevanten Inhalten kann das eigene Wissen zu einem Fortbildungsthema orts- und zeitunabhängig aufgefrischt und im Anschluss mit den obligatorischen 10 CME-Fragen abgeprüft werden. Bis zu 77 CME-Punkte können Ärztinnen und Ärzte so für das persönliche Fortbildungskonto erwerben. Zudem wird das Themenangebot kontinuierlich erweitert.



Praxisrelevanz durch ärztliches Redaktionsteam

Erstellt werden die Fortbildungen und Inhalte in AMBOSS von dem 70-köpfigen ärztlichen Redaktionsteam, das den Fokus nicht nur auf die Qualität, sondern auch auf die Anwendbarkeit der Inhalte in der Praxis legt. So sind Behandlungsempfehlungen sowohl inhaltlich als auch in ihrer stichpunktartigen Ausführung darauf ausgelegt, dass Behandelnde jederzeit schnell eine Information nachschlagen können. Mittlerweile nutzen über 80.000 Ärztinnen und Ärzte die Wissensplattform zu diesem Zweck.

Refresher- und Intensiv-Kurse

Die ergänzenden CME-Kurse sind in zwei Formate unterteilt: Die sogenannten Refresher-Kurse beinhalten essenzielles Wissen, das alle Praktizierenden kennen sollten, unabhängig der eigenen Fachrichtung. Die Intensiv-Kurse eignen sich zur Vertiefung des Wissens aus dem eigenen Fachgebiet wie z. B. die Fortbildung “Guillain-Barré-Syndrom”. Alle CME-Fortbildungen sind durch die Ärztekammer bundesweit anerkannt und erworbene Punkte werden dem persönlichen BÄK-Fortbildungspunktekonto pro Fortbildungseinheit automatisch anhand der EFN gutgeschrieben. Auch für Ärztinnen und Ärzte, die sich noch in der Weiterbildungszeit befinden, eignen sich die Fortbildungen, um ihren Wissensstand auf Facharztniveau zu überprüfen.

Neben den regulären, kompakten CME-Kursen bietet AMBOSS aktuell auch ein gesondertes Online-Seminar zum Thema “Antibiotikatherapie” an, das mit umfangreichen Modulen und Referentenvideos zu Patientenfällen relevantes Wissen zu diesem komplexen Thema vermittelt. Zertifiziert ist das Seminar mit 25 CME-Punkten. Hartmannbund-Mitglieder profitieren im Rahmen des Mitgliedervorteils von einer dreimonatigen kostenfreien Testphase und von einem dauerhaften Rabatt sowohl auf das Jahresabo als auch auf die Praxislizenz für mehrere Mitarbeiter:innen oder Gemeinschaftspraxen. Mehr Informationen unter go.amboss.com/hartmannbund2022

Alle Informationen zu den CME-Kursen in AMBOSS finden sich hier: go.amboss.com/cme2022

Steuer- und sozialversicherungsrechtliche Folgen

Tätigkeit im Impfzentrum: Freiberuflich oder doch angestellt?

ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

Für Ärzte gibt es seit Anfang 2021 eine neue Herausforderung – das Impfen gegen SARS-CoV-2 in Impfzentren oder der eigenen Praxis. Das kann auch finanziell ein lukratives Angebot sein, denn es werden Stundenlöhne zwischen 120 Euro und 180 Euro gezahlt.

Doch die Eingliederung in diese staatliche Impf-Planung ist steuer- und sozialversicherungsrechtlich nicht ganz unproblematisch. Denn fraglich ist, ob der impfende Arzt dabei noch im Rahmen seiner freiberuflichen Qualifikation tätig wird oder vielleicht doch weisungsgebunden in einer abhängigen Beschäftigung. Die Beurteilung dessen hätte auch entscheidende Folgen für das, was letztlich für ihn unterm Strich übrigbleibt. Zu unterscheiden ist dabei auch, ob der Arzt in einem Krankenhaus, einem MVZ oder einer ärztlichen Praxis angestellt oder in eigener Praxis niedergelassen ist.

Niedergelassene Ärzte üben ihren Beruf natürlich grundsätzlich frei und eigenverantwortlich aus. Das bedeutet, dass die erzielten Einkünfte als solche aus selbständiger Arbeit nach § 18 Einkommensteuergesetz gelten. Das gilt auch, wenn der Arzt in seiner eigenen Praxis gegen Masern, Pocken, Malaria oder eben gegen Corona impft. Als selbständig Tätiger ist der niedergelassene Arzt auch von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Sozialversicherung befreit.

Stellt der Arzt seine Expertise jedoch in den Dienst eines Anderen, dann erzielt er Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit nach § 19 Einkommensteuergesetz, wie z. B. angestellte Ärzte in einer Praxis oder im Krankenhaus. Angestellte Ärzte sind auch sozialversicherungspflichtig. Sie sind in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert, wegen der Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit und ihrer Kammermitgliedschaft aber auch im ärztlichen Versorgungswerk. Allerdings können sie sich von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht befreien lassen.

Bei der Tätigkeit im Impfzentrum ist jedoch nicht immer klar, ob der Arzt tatsächlich selbständig gegen Honorar oder doch nichtselbständig gegen Arbeitsentgelt tätig wird. Auch wenn vertraglich eine selbständige Honorartätigkeit vereinbart ist, kann es sich tatsächlich um ein Arbeitsverhältnis handeln – sogenannte Scheinselbständigkeit. Diese liegt vor, wenn über die Vertragsgestaltung äußerlich eine selbständige und sozialversicherungsrechtlich freie Beschäftigung suggeriert wird, das Beschäftigungsverhältnis aber aus arbeits-, sozial-, und steuerrechtlicher Sicht tatsächlich als nichtselbständiges Arbeitsverhältnis einzuordnen wäre.

Allein das Schreiben von Rechnungen gegenüber immer demselben Auftraggeber genügt jedenfalls nicht, um eine selbständige Tätigkeit zu begründen.

Sozialversicherungsrechtliche Konsequenzen

Diese rechtliche Unsicherheit hat auch der Gesetzgeber erkannt. Mit dem neu eigefügten § 130 SGB IV sind Einnahmen aus ärztlichen Tätigkeiten in Corona-Impfzentren nicht beitragspflichtig in der gesetzlichen Sozialversicherung. Dies gilt allerdings nur befristet für den Zeitraum vom 15. Dezember 2020 bis zum 31. Dezember 2021 und inzwischen verlängert bis zum 30. April 2022. Auch nichtselbständig tätige Impfärzte müssen daher keine Sozialversicherungsbeiträge entrichten und die Impfzentren haben keine Meldepflichten zu erfüllen. Die satzungsgemäßen Beitragspflichten zum Versorgungswerk bestehen jedoch weiterhin. Trotz der Beitragsfreiheit sollten sowohl gesetzlich als auch privat krankenversicherte Impfärzte den eigenen Krankenversicherungsschutz prüfen, insbesondere wenn die Tätigkeit während der Elternzeit ausgeübt wird.

Wer auf Nummer sicher gehen will, sollte ein Statusfeststellungsverfahren beantragen, um den Status (selbständig oder schein- bzw. nichtselbständig) feststellen zu lassen.

Steuerliche Folgen

Wird eine selbständige Honorartätigkeit ausgeübt, muss der Arzt den Gewinn aus den Einnahmen für seine Impftätigkeit, vermindert um die damit verbundenen Aufwendungen (z. B. Fahrtkosten), als Einkünfte aus selbständiger Arbeit versteuern. Die Finanzverwaltung geht allerdings davon aus, dass die in den Impfzentren tätigen Ärzte regelmäßig eine nichtselbständige Tätigkeit ausüben, selbst wenn vertraglich ausdrücklich eine selbständige Tätigkeit vereinbart ist. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Arzt hauptberuflich angestellt oder in eigener Praxis tätig ist. Die Vergütungen aus der Tätigkeit im Impfzentrum unterliegen somit grundsätzlich dem Lohnsteuerabzug. Doch dieser unterblieb immer dann, wenn die Vertragspartner von einer selbständigen Honorartätigkeit ausgingen. Aus Vereinfachungsgründen erlaubt es die Finanzverwaltung in diesen Fällen, den nachträglichen Lohnsteuerabzug zu unterlassen. Die Besteuerung erfolgt vielmehr im Rahmen des Veranlagungsverfahrens. Hier muss der Arzt die Honorare für die Impftätigkeit als Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit deklarieren. Für niedergelassene Ärzte kann das steuerrechtlich sogar vorteilhaft sein. Denn sie können den Arbeitnehmerpauschbetrag von jährlich 1.000 Euro als Werbungskosten abziehen, selbst wenn die mit der Impftätigkeit verbundenen Aufwendungen geringer sind. Angestellte Ärzte erhalten den Arbeitnehmerpauschbetrag für ihre haupt- und nebenberufliche Tätigkeit insgesamt aber nur einmal.

Berufs- und arbeitsrechtliche Aspekte

Doch es gibt noch mehr zu beachten, für angestellte Ärzte z. B. arbeitsrechtliche Aspekte. Was sagt der Arbeitgeber zu einer geplanten Nebentätigkeit im Impfzentrum? Ist eine unbezahlte Freistellung erforderlich? Wie ist die Nebentätigkeit mit dem Arbeitszeitgesetz zu vereinbaren? Droht eventuell Ärger mit dem Versorgungswerk oder der Krankenversicherung? Praxisinhaber müssen prüfen, ob die Tätigkeit im Impfzentrum mit ihren berufsrechtlichen Verpflichtungen kollidiert

Tipp: Für konkrete Fragen stehen Ihnen auch die ETL ADVISION-Steuerberater und Rechtsanwälte immer gern zur Verfügung.

Autorin:

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

Kontakt:

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

CarFleet24 – Lust auf Elektromobilität?

Dann sollten Sie sich unsere Aktionen mal genauer anschauen!

Der elektrische Antrieb ist weiter auf dem Vormarsch. Seit 2020 erlebt die Elektromobilität einen regelrechten Boom, die Zahl neu zugelassener E-Autos hat sich verdreifacht. Vom Kleinstwagen bis zum Luxus-SUV – die Spanne der E-Autos ist inzwischen riesig. Sportwagen wie zum Beispiel der Audi e-tron GT profitieren vom spontanen Ansprechverhalten und dem hohen Drehmoment des EAntriebs.

Dank fortschreitender Batterietechnologie und gleichzeitige Ausweitung der Lade-Infrastruktur werden Elektroautos eine immer größere Alternative zum konventionellen Verbrenner.

Elektroautos sind vergleichsweise teuer. Um ihre Verbreitung jedoch zu fördern, gibt es von Staat und Herstellern Subventionen. Im Rahmen des Konjunktur-Programms auf Grund der Corona-Krise wurde der Bundesanteil am Umweltbonus verdoppelt - die sogenannte Innovationsprämie! Das Thema ist aktuell bis 31.12.2022 begrenzt!

Wer sich für ein neues E-Auto oder Plug-In-Hybridmodell interessiert, der darf dank der erhöhten Elektro-Kaufprämie auf einen Zuschuss von bis zu 9.000 Euro hoffen. Plug-in-Hybride erhalten eine Förderung von bis zu 6.750 Euro. Bei den Plug-in-Hybriden gelten für die Innovationsprämie allerdings die gleichen Regularien wie beim Umweltbonus.

Hinzu kommt das seitdem 01. Januar 2019 die Firmenwagen mit E-Antrieb steuerlich bevorteilt werden. Die 0,5% Regelung gilt neben den PHEVs auch für E-Fahrzeuge ab 60.000 € (die nicht mehr unter die 0,25% Regelung fallen). Ferner bringt auch das sogenannte E-Kennzeichen dem E-Autobesitzer weitere Vorteile in diversen Städten und Kommunen.

Ob sich der Umstieg von einem Auto mit Verbrennermotor zur E-Mobilität lohnt, hängt allerdings von mehreren Faktoren ab. Zum Beispiel dem Zugang zu Ladeinfrastruktur oder dem Fahrprofil.

Haben Sie Fragen? Wir freuen uns auf Ihren Anruf. Es lohnt sich!
Bei CarFleet24 finden Sie regelmäßig neue Aktionen von den unterschiedlichsten Herstellern.

Kontakt CarFleet24
www.carfleet24.de

Fon: 089 – 41114659
E-Mail: kundenbetreuung@carfleet24.de

Lifestyle- und Modemetropole Düsseldorf – immer eine Reise wert...

Wenn man an Düsseldorf denkt, denkt man sofort an Mode. Dabei hat Düsseldorf so viel mehr zu bieten. Kaum eine Stadt in Deutschland bietet Kunst, Kultur und Kulinarik auf derart hohem internationalem Niveau, wie die Landeshauptstadt des größten deutschen Bundeslandes NRW. Attraktive Architektur, Top-Designer auf der berühmten Königsallee, Kunstwerke von renommierten oder aufstrebenden Künstlern, Konzerte von Weltruf oder kulinarische Highlights der (Sterne-)Köche – das ist Düsseldorf. Dabei aber auch liebenswert, mit ihrer rheinischen Lebensfreude. Das zeigt sich vor allem, wenn man die Düsseldorfer bei einem Altbier an „der längsten Theke der Welt“ in der Düsseldorfer Altstadt trifft!

Das große Angebot an Lifestyle, Genuss und Kultur zieht viele Individualgäste aus aller Welt an. Düsseldorf ist eine Reise wert, wie wäre es mal wieder mit einem entspannten City Trip?

Wenn Sie eine Reise nach Düsseldorf planen und direkt im Herzen dieser liebenswerten rheinischen Metropole übernachten möchten, ist das Hotel Kö59 auf der Düsseldorfer Prachtmeile genau das richtige „home away from home“. Das neue Mitglied der HOMMAGE Luxury Hotels Collection, zu der auch der Söl’ring Hof Sylt, das Parkhotel Bremen, das Hotel Nassauer Hof Wiesbaden, das Hotel Maison Messmer Baden-Baden und seit dem 20. Dezember 2021 das Luxusresort Grand Tirolia Kitzbühel gehören, ist eine der ersten Adressen auf der berühmten Königsallee.

Das Luxus- und Lifestyle Hotel ist mit dem Restaurant „Kö59 by Björn Freitag“ (Sterne- und Fernsehkoch) und der legendären „Bar fifty nine“ nicht nur seit Jahren der Treffpunkt der Düsseldorfer, sondern zugleich der Kunstliebhaber, Mode-Designer, Messebesucher, Banker und Kongressteilnehmer aus aller Welt. Freuen Sie sich auf großzügige Zimmer und Suiten mit hohem Wohlfühlcharakter und den sympathischen Service des jungen Teams.

Das Haus ist anerkanntermaßen das leistungsfähigste Tagungshotel der Düsseldorfer Innenstadt. Der großzügige, moderne Veranstaltungsbereich ist für besondere Events bis zu 650 Gäste ausgelegt. Für die Meetings und Events gilt konsequent das ausgefeilte „meet safe“-Konzept der Dorint Hotelgruppe, zu der die junge Marke HOMMAGE Luxury Hotels Collection gehört.

Inspiration und Lifestyle in der Mode- und Kunstmetropole Düsseldorf – spüren Sie unser Credo der Hommage Luxury Hotels Collection: „Where moments make memories ...!“
www.hommage-hotels.com

Medienkontakt:
Birgit Borreck
Unternehmenskommunikation
HONESTIS AG /DHI Dorint Hospitality & Innovation GmbH
E-Mail: birgit.borreck@honestis.ag
Tel: +49-172-2611272

Hotel Kö59 Düsseldorf

Das Fünf-Sterne-Superior Hotel verfügt über 287 Zimmer, inklusive vieler Juniorsuiten, Suiten sowie je einer Lifestyle- und einer Präsidentensuite. Die zwei Konferenz-Ebenen bieten insgesamt 14 Veranstaltungsräume für bis zu 400 Gäste. Einmalig in der Düsseldorfer Innenstadt ist der Ballsaal des Hotels mit rund 750 m² für bis zu 650 Gäste. Das Restaurant „Kö59 by Björn Freitag“ und die „Bar fifty nine“ sollen der Treffpunkt auf der Königsallee werden. Geschätzt werden von den Hotelgästen die vielen Parkplätze in der Tiefgarage unter dem Haus sowie die direkte Anbindung an das Premium-Fitness-Studio und Spa „Holmes-Place“. Die Hotel-Ikone bietet alles, damit sich Individualgäste und Geschäftsreisende gleichermaßen wohlfühlen, dafür sorgt der ganzheitliche Service-Gedanke der HOMMAGE Luxury Hotels Collection.

Über die HOMMAGE Luxury Hotels Collection:

Diese junge Lifestyle-Marke im Luxussegment wurde 2019 mit zunächst vier Häusern gegründet. Zum Söl’ring Hof Sylt, dem Parkhotel Bremen, dem Hotel Nassauer Hof Wiesbaden und dem Maison Messmer Baden-Baden konnte die attraktive Kollektion Ende 2021 um das Luxus-Resort Grand Tirolia und Anfang 2022 um das ehemalige Hotel Intercontinental als „Hotel Kö59 Düsseldorf“ erweitert werden. Alle Häuser haben eine lange Tradition, einen besonderen Bezug zum jeweiligen Standort, beeindrucken mit ihrem individuellen Ambiente und dem sympathischen wie kompetenten Service der Teams. Ganz gleich, ob Gäste die vielen Annehmlichkeiten auf Geschäftsreise oder in einem entspannten Urlaub genießen.

Sparen kann so einfach sein – mit der BSW-Vorteilswelt

Sie wollen vorteilhaft Einkaufen und von attraktiven Vergünstigungen profitieren? – BSW ist seit über 60 Jahren ein lohnendes Vorteilssystem mit dem Sie bei über 1.000 Onlineshops und rund 20.000 Akzeptanzstellen vor Ort sparen können.

Darum lohnt sich eine Mitgliedschaft beim BSW:

- Einkaufen & Geld zurückbekommen: Mit BSW sammeln Sie keine Punkte, sondern bekommen Geld zurück!
- Reise buchen & sparen: Lassen Sie sich von unserem hauseigenen BSW Reisebüro beraten und buchen Sie Ihre Traumreise! Egal ob an weit entfernte Orte oder Urlaubsziele ganz in Ihrer Nähe, bei unseren renommierten Reisepartnern vor Ort oder online werden Sie sicher fündig.
- Vorteile rund ums Auto erhalten: Wählen Sie aus unseren Autoangeboten Ihr Wunschmodell und sparen Sie mit BSW bis zu 35 Prozent beim Neuwagenkauf! Auch beim Gebrauchtwagen- oder Reifenkauf, Tanken, bei nötigen Reparaturen oder dem Mieten eines Autos hilft BSW Ihnen, Geld zu sparen.
- Kostenerhöhung bei Strom, Gas und Heizöl begrenzen: Erhalten Sie Energie zu BSW-Konditionen!
- Attraktive Geldanlagen: BSW bietet Ihnen eine Auswahl zahlreicher Finanzdienstleister und Investitionsmöglichkeiten.
- Selbst beim Gutscheinkauf sparen Sie! Gutscheine von A-Z im BSW Gutscheinshop: Profitieren Sie von Gutscheinen zahlreicher Top-Marken. Einfach kaufen, sparen und bei Bedarf einlösen!
- Für die ganze Familie nutzbar: Bei BSW bekommen Ihre Familienmitglieder kostenlose Zusatzkarten. So profitieren Sie gemeinsam und sparen noch mehr.

Unsere Sparhelfer sind praktisch, damit Sie keine Angebote und Sonderaktionen verpassen:

- Abonnieren Sie den BSW-Newsletter: Damit sind Sie immer auf dem Laufenden und haben alle Aktionen im Blick.
- Laden Sie sich die BSW-App auf Ihr Smartphone oder Tablet herunter: Die BSW-App macht alle BSW-Vorteile auch flexibel unterwegs nutzbar.
- Nutzen Sie den BSW-Bonusmelder beim Suchen im Web: Der Bonusmelder ist ein Zusatzprogramm für Ihren Internet-Browser, der Ihnen anzeigt, welche Website ein BSW-Partner ist und wo Sie Vorteile erhalten.

Exklusiv vergünstigter Mitgliedsbeitrag für Sie

Hartmannbund und BSW – eine Kooperation, die sich für Sie lohnt: Alle BSW-Leistungen erhalten Sie zum Sonderbeitrag für nur 34,80,- Euro/Mitgliedsjahr.

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

Regionaler Dialog der Mitteldeutschen Hartmannbund Landesverbände

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

„Was macht Ärztinnen und Ärzte eigentlich aus – jetzt… und in Zukunft?"

Gastredner: **Dr. med. Christina Willer** (Ärztin in Weiterbildung), **Axel Wiedemann** (Geschäftsführer BARMER Landesvertretung Sachsen-Anhalt), **Thomas Moormann** (Leiter des Arbeitsbereiches Gesundheit und Pflege, Verbraucherzentrale Bundesverband)

Wissenschaftliche Leitung: **Dipl.-Med. Bruno Jung**, Vorsitzender des Hartmannbund Landesverbandes Sachsen-Anhalt

Wann und wo: Samstag, 30. April 2022, um 10:00 Uhr, Hotel Villa Heine, Kehrstrasse 1, 38820 Halberstadt

Zur Anmeldung und für weitere Informationen scannen Sie bitte den QR-Code oder rufen Sie direkt unsere Website auf: www.hartmannbund.de/mitteldeutsche-ldv2022

Hinweis: Eine Zertifizierung wurde bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt beantragt. Bitte bringen Sie Ihr Barcode-Etikett mit.

Ansprechpartner für Mitglieder

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

© burak çakmak - fotolia.com

Ärztliche Niederlassung und Kooperationen
Frances Camin
Tel.: 030 206208-31

Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand
Sabine Eckhardt
Tel.: 030 206208-15

Ärztliche Weiterbildung
Ina Reiber
Tel.: 030 206208-24

Ausbildung/Medizinstudium
Ina Reiber
Tel.: 030 206208-24

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten
Dr. med. Michael Vogt
Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung
Sabine Haak/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)
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*

Kleine allgemeinmedizinische Praxis in Berlin Biesdorf ab 2023 abzugeben

Kleine allgemeinmedizinische Praxis in Berlin Biesdorf ab 2023 abzugeben. Praxis befindet sich In der Nähe von U-Bahn und Bushaltestelle, zur Zeit ca. 12000 bis 13000 Patienten im Quartal, Praxis befindet sich in einem Dienstleistungszentrum mit 5 ÄRZTEN, einer Tagespflege, Physiotherapie und 2 Pflegestationen.
Kontakt: Dr. Ingrid Franke, Mobil 01728125373
oder dr.i.franke@t-online.de

Hausarztpraxis in einer 2-er Praxisgemeinschaft in der Lüneburger Heide 2022 abzugeben

Praxisübernahme ohne Risiko? Das geht!
Hausarztpraxis in einer 2-er Praxisgemeinschaft in 2022 abzugeben! Familienfreundlicher, idyllischer Heideort (alle Schulsysteme vor Ort), hoher Freizeitwert, work & life balance pur! Überdurchschnittlicher Anteil an Privatpatienten! Tolles Praxisteam! Da macht die Arbeit Freude! Interesse geweckt? Herzliche Einladung zum unverbindlichen Besuch!
Dr. Hartmut Dittmann, Celler Str. 7, 29320 Hermannsburg
Tel. 05052-98840, mobil 01726826151,
Email: dittmannhd@t-online.de

Praxisabgabe in Ostwestfalen-Lippe

Hausarztpraxis in Harsewinkel (Ostwestfalen-Lippe) abzugeben. Nähere Informationen unter 0173 949207.

Gutgehende Kinderarztpraxis in Nagold abzugeben (Stadt zahlt 25.000 € Starthilfe)

Aufgrund des Versterbens des Arztes suchen wir ab sofort eine/n Nachfolger/in für eine gut gehende Kinderarztpraxis in Nagold. Die Stadt Nagold möchte den Kassensitz unbedingt erhalten und zahlt daher eine Starthilfe in Höhe von 25.000 Euro. Die Praxis hat einen sehr guten Ruf, super Team, gute Lage, Parkplätze vor der Tür, Aufzug. Von der Größe her, könnten sich auch 2 Ärzte die Praxis teilen (wobei der 2. Arzt nicht zwingend Kinderarzt sein muss). Bei Interesse bitte Kontaktaufnahme unter: elikofro@t-online.de

Anzeige

Innovatives interdisziplinäres Gesundhaus
bietet Praxisräume für (m/w/d)

MEDIZINER
GESUNDHEITSBERUFE
SOZIALBERUFE

i·Tüpferl

- Interesse an interdisziplinärer Zusammenarbeit & Vernetzung
- Freude an Austausch und gemeinsamer Entwicklung
- Vielfältiges Projekt

ab Ende 2022 – in 82297 Steindorf info@i-tuepferl.de

Münchner Hausarztpraxis sucht: Facharzt (m/w/d) für Allgemeinmedizin/Innere Medizin

Sie wünschen sich geregelte Arbeitszeiten, eine lockeres Arbeitsklima mit flachen Hierarchien und mehr Zeit für Medizin ohne lästige Verwaltungsaufgaben? Dann sind Sie bei uns richtig!
Wir sind eine moderne Hausarztpraxis, bekannt für unsere innovativen medizinischen Leistungen. Videosprechstunde, E-Rezept, Digitaler Impfpasse, interdisziplinäre Vernetzung – das ist für uns smarte Allgemeinmedizin. Deshalb führen wir seit kurzem den Markennamen SMART PRAXIS. Wir lieben und leben Digitalisierung und verwenden modernste Softwarelösungen, um mehr Zeit für Medizin zu haben. Seit der Eröffnung im Jahr 2018 hat unsere Praxis eine steile Erfolgsgeschichte hinter sich. Wir haben vor kurzem unseren zweiten Standort am Stachus eröffnet und betreiben zusätzlich eine Corona Ambulanz, die unsere reguläre Sprechstunde während der Pandemie entlastet.

Voraussetzungen
- Abgeschlossene Facharzt Ausbildung in Allgemeinmedizin oder Innere Medizin
- Affinität zu digitalen Lösungen und Interesse neues zu Lernen
- Teamgeist, Einsatzfreude und Kommunikationsstärke

Aufgaben
- Abhalten von ärztlichen Sprechstunden sowohl für Kassenpatienten als auch für Privatpatienten und Selbstzahler.
- Ambulante Versorgung und Beratung von Patientinnen und Patienten
- Ärztliche und internistische Diagnostik (z.B. Labor, EKG, Sonographie)
- Kontinuierliche Optimierung der Arbeitsprozesse im Zuständigkeitsbereich

Was wir bieten
- Übertarifliches Gehalt
- Attraktives Bonusmodell (Quartalsbonus in Form einer Umsatzbeteiligung)
- Geregelte Arbeitszeiten mit elektronischer Zeiterfassung
- Attraktive Arbeitszeitmodelle in Voll- oder Teilzeit
- 30 Tage Urlaub / Jahr
- 2 Tage Fortbildungsurlaub / Jahr
- Moderne Praxen in bester Lage (direkt an der S-Bahn Stammstrecke)
- Moderne hochwertige Ausstattung am Arbeitsplatz (helle Räumlichkeiten, große Bildschirme, Sonogeräte von GE)
- Beteiligung an Fortbildungskosten
- Team Events
- Strukturierte Einarbeitung
- Ständiger intra- und interdisziplinären Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen

Weitere Informationen
www.sirfy.de
www.smartpraxis.de

Unsere Auftritte in Stern TV:
Sendung vom 05.03.2020, 22.03.2020, 22.10.2020

Anzeige

Wir suchen Verstärkung ab dem 01.07.2022 für unsere Praxis am Standort Wilmersdorf!
Für unsere Praxis am Standort Wilmersdorf ist eine von vier kardiologischen Stellen für die kassenärztliche Praxis, die große Privatpraxis und das Herzsportzentrum neu zu besetzen.
Wir suchen eine*n Facharzt oder Fachärztin (m/w/d) für Innere Medizin und Kardiologie mit mehrjähriger Erfahrung in der ambulanten, nicht-invasiven Kardiologie. Die Position schließt einen halben kassenärztlichen Sitz ein.
Ihre Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte möglichst per E-Mail unter Angabe der **Kennziffer 23.22** an bewerbung@dhzb.de

Biete WB-Stelle Allgemeinmedizin nähe Koblenz

WB-Stelle Allgemeinmedizin Stadtnähe Koblenz zum 1.4.2022 frei. Volle WB-Befugnis mit breitem Leistungsspektrum in 3-Ärztepraxis, beste KV-Systemkenntnisse, WB-Erfahrung bei 50 Kolleginnen und Kollegen. Praxistätigkeitserfahrung wünschenswert.
Kontakt: Dr. Nick, Bachstr. 42, 56170 Bendorf, Tel: 02622-2330,
E-Mail: gnick@rz-online.de

Facharzt für Dermatologische Privatpraxis in Neu Ulm gesucht

Zur Verstärkung der dermatologischen Privatpraxen im Areion Zentrum unter der Leitung von Frau Dr. Karin Kunzi Rapp und Frau FA Kathrin Seifert suchen wir eine/n Dermatologen/in mit folgenden Tätigkeitsbereichen:
- Diagnostik und Therapie bei Erkrankungen der Haut
- Kinderdermatologie
- Vorsorgeuntersuchungen mit erweiterter Hautkrebsfrühdiagnostik
- Operative Dermatologie
- Laserbehandlungen der Haut
- Ästhetisch-medizinische Behandlungen und Operationen

Flexible Zeiten möglich – arbeiten Sie selbstbestimmt und individuell.
Informationen zum Areion Kompetenzzentrum unter www.areion-med.de / www.instagram.com/areion_med/

Urologische Praxis in Schleswig zu verkaufen

Ich verkaufe meine sehr gut gehende Urologische Praxis in Schleswig. Zentrale Lage, gute Infrastruktur, Belegarzttätigkeit, Ambulante Operationen, hoher Anteil an Privatpatienten.
Bei Interesse: rlaag63@gmail.com (www.rlaag.de)

Instrumente aus gyn. Praxis zu verkaufen

Instrumente aus gyn. Praxis wegen Praxisaufgabe zu verkaufen (Metall-Spekula; Glasspekula; Abrasioset mit Kugel/Kornzangen, Hegarstiften, Cüretten, Sonden; Glasfieberamnisokope; Pipetten, Pinzetten.
Anfragen an DrBerthold@t-online.de oder 0172 8199333

Anstellung gesucht als Neuroradiologin in NRW

Oberärztin für Neuroradiologie mit mehrjähriger Erfahrung an Universitätsklinika und Praxistätigkeit sucht neue interessante Beschäftigung (80-100Prozent), bevorzugt MVZ.
Kontakt unter: neuroradiologin@gmail.com

Doppler-/Duplexsonographie-Kurse in Sachsen-Anhalt

VASOSONO –> Kurszyklus Doppler-/Duplexsonografie in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Sachsen-Anhalt – nach KBV-Richtlinien
- interdisziplinärer Grundkurs (alle Gebiete): 24.09.- 26.09.2021
- Aufbau- & Abschlusskurse: extrakraniell: 26.11. – 27.11.2021
- peripher: 28.01. – 29.01.2022 | intrakraniell: 25.03. – 26.03.2022
- retrop./mediast./abdom.: 26.03. – 27.03.2022

Dr. T. Schilling, Gefäßzentrum/Angiologie, Klinikum Wernigerode
www.vasosono.de, Tel.: 03943/61-1595, info@vasosono.de

Ärztl. Psychotherapie ganzer KV-Sitz in Bochum-Mitte zu verkaufen

Zugelassen für Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Erwachsene. Der KV-Sitz könnte auch für nur eines der beiden Therapieverfahren abgegeben werden oder ggfs. an Psycholog. Psychotherapeut*in. Bei Interesse übermitteln Sie mir gerne Ihre Kurzbewerbung mit Angaben zu Approbationsalter und Qualifikationen.
Antworten unter Chiffre: 065278 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.
*Im Mitgliedsbeitrag enthalten ist die Schaltung von zwei Anzeigen (außer rein gewerbliche) im Jahr.

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
Titelthema Ausgabe 01/2022 von:
Aileen Hohnstein

Verlag:
Köllen Druck+Verlag GmbH
Postfach 41 03 54 · 53025 Bonn
Ernst-Robert-Curtius-Str. 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 Prozent MwSt., zzgl. Versandkosten
ISSN: 0944-7369
Für Mitglieder des Hartmannbundes ist der Bezugspreis durch die Mitgliedschaft abgegolten. Nachdruck, Kopien, Aufnahme in elektronische Medien (auch auszugsweise) nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. keine Gewähr. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.
Das Beilagen-Angebot basiert nicht auf einer Kooperation des Hartmannbundes. Nachfragen dazu kann deshalb nur der Anbieter selbst beantworten.

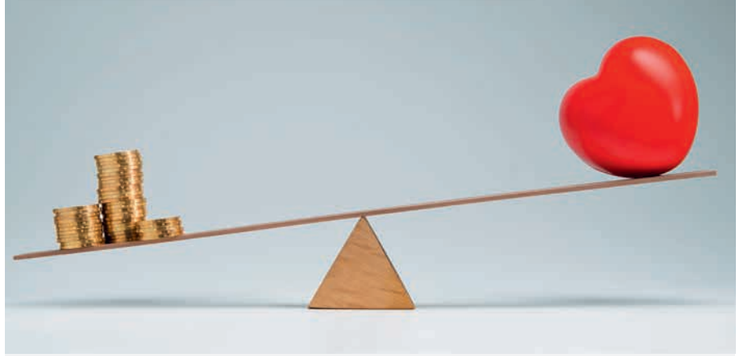
Bildnachweise: Soweit nicht anders gekennzeichnet, alle Fotos und Grafiken von shutterstock.com

Titelfoto: Harper 3D + Mila_22 79/ shutterstock.com

Icons: © venimo – adobe.stock.com

Brandenburger Gesundheitsforum 2022

„Von der Umwertung der Werte durch die Ökonomisierung der Medizin“



Gastredner:
Prof. Dr. Giovanni Maio, Univ.-Prof. für Bioethik (Univ. Freiburg i. Br.)

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. Hanjo Pohle, Vorsitzender des Hartmannbund Landesverbandes Brandenburg

Wann und wo:
Mittwoch, 06. April 2022, 16:00 Uhr,
im Dorint Hotel Sanssouci,
Jägerallee 20, 14469 Potsdam

Für wen:
Alle interessierten Ärztinnen, Ärzte und Medizinstudierenden.
Der Eintritt ist frei.

Themen u. a.:
Welche Werte machen eigentlich die Medizin aus?
Können diese Werte ohne moralische Dissonanz gelebt werden?
Sind Ärztinnen und Ärzte nur „Leistungserbringer“?

Zur Anmeldung und für weitere Informationen scannen Sie bitte den QR-Code oder rufen Sie direkt unsere Website auf:
https://www.hartmannbund.de/gesundheitsforum2022
Eine Zertifizierung mit Fortbildungspunkten wurde bei der Landesärztekammer Brandenburg beantragt

Mehr aktuelle Informationen auf 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.

Anzeige

Als guter Arzt muss ich mir
Zeit nehmen. Diesen Maßstab
lege ich auch an andere an.
Was ist wichtig in Ihrem Leben?
Was immer Sie beschäftigt, sprechen Sie mit uns.
apobank.de/die-zeit-ist-jetzt
apoBank
Bank der Gesundheit