

03/2022



Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund Magazin



Psyche, Erschöpfung, Sucht

Wenn Heilen krank macht

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*

seit Beginn unseres Medizinstudiums befassen wir uns – jedenfalls im Kern – ausschließlich mit einer Frage: Wie können wir Menschen heilen oder, im besten Fall, dafür sorgen, dass sie gesund bleiben. Darauf sind wir nach Jahren unserer Aus- und Weiterbildung, und erst recht nach vielen Berufsjahren, so konditioniert, dass wir darüber unsere eigene Gesundheit häufig vernachlässigen. Offensichtlich, und das zeigt unsere Titelgeschichte sehr eindrucksvoll, sind wir Ärztinnen und Ärzte besonders anfällig dafür, uns an dieser Stelle selbst aus den Augen zu verlieren.

Keine Frage, natürlich erleben wir in unserem Berufsalltag ein hohes Maß an Erfüllung, da, wo wir helfen können. Aber, wir erleben überdurchschnittlich häufig auch Frustration oder gar Verzweiflung, wenn uns dies nicht gelingt. Wir erfahren ein hohes Maß an Nicht-Loslassen-Können, weil wir es mit Menschen zu tun haben, die von uns abhängig, die – im wahrsten Sinne des Wortes – mit Leib und Leben auf den Erfolg unserer Arbeit angewiesen sind. Ich erinnere mich an das Gespräch mit einem jungen Assistenzarzt, der zuhause noch bis spät in die Nacht online die Vitalwerte „seines“ am Herzen operierten Neugeborenen verfolgt – weil er nicht loslassen kann. Ja, wir haben vorher gewusst, dass wir in dieser Hinsicht einen „besonderen“ Beruf ergreifen. Aber im wahren Leben kann uns das auch an unsere Grenzen bringen. Damit offen, ehrlich und selbstbewusst umzugehen, ist eine Herausforderung, die wir meistern müssen. Dabei im Zweifelsfall auch Hilfe anzunehmen, ist kein Zeichen von Schwäche, sondern von persönlicher Stärke.

Was uns sicherlich auch helfen würde, egal ob den Kolleginnen und Kollegen in der Niederlassung oder in der Klinik: Mehr Anerkennung, eine echte Würdigung unserer Arbeit und Signale aus dem politischen Raum, die zeigen, dass man uns unter die Arme greifen und nicht in unserer Berufsausübung behindern will. Das Maß an Ökonomisierung, Regulierung und Missachtung durch Politik und Krankenkassen hat Dimensionen angenommen, die für viele von uns in einer Sinnfrage münden. Jüngste Beispiele sind das Nullrunden - „Angebot“ der Krankenkassen bei den Honorarverhandlungen oder etwa die geplante Streichung der Neupatientenregelung.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, von vielen Ärztinnen und Ärzten an den Kliniken wissen wir aus eigenen Erhebungen, dass sie unter dem Druck von Ökonomisierung darüber nachdenken, sich beruflich zu verändern. In der Niederlassung denken die Älteren ans frühere Aufhören, die Jüngern immer weniger darüber nach, sich niederzulassen und damit ein wirtschaftliches Risiko zu übernehmen. Keine gute Perspektive für unseren Berufsstand – und erst recht nicht für unsere Patientinnen und Patienten. Deshalb müssen wir uns wehren. Wenn nicht jetzt, wann dann?!

Mit kollegialen Grüßen,

Klaus Reinhardt

JETZT IM STORE: DIE HARTMANNBUND-APP



Hartmannbund



DIGITALISIERUNG MUSS ALLEN NUTZEN

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

DIAGNOSE: NÜTZLICH



Hartmannbund

STARK FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE.

Inhalt



6

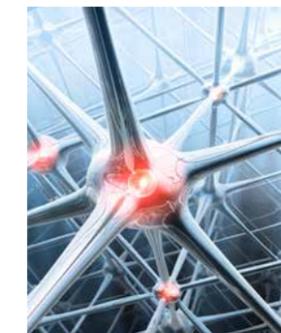
Psyche, Erschöpfung, Sucht – Wenn Heilen krank macht“

Wenn Heilen krank macht. Für manche ist das noch immer ein Tabuthema, für andere längst Grund, sich intensiv mit diesem Phänomen auseinanderzusetzen. Burnout, Depressionen, Substanzabhängigkeit oder Suizidalität – Ärztinnen und Ärzte scheinen besonders gefährdet für psychische Erkrankungen zu sein. Ursachen dafür sind unter anderem andauernde berufliche Belastungen. Gleichzeitig suchen Ärzte selten oder erst sehr spät Hilfe. Um also die betroffenen Ärzte besser zu unterstützen, werden niederschwellige Beratungs- und Therapieangebote für sie gefordert, genauso wie Strukturänderungen im Gesundheitssystem, um die Arbeitsbedingungen dort zu verbessern.

22

Das Streben nach qualitativ hochwertiger Versorgung

Digitalisierung und Standardisierung im Fokus



34

Neue Therapieansätze dank KI und Data Science

Interdisziplinäres Forschungszentrum vor dem Start

24

Engpässe frühzeitig erkennen, auch auf Normalstationen

DIVI-Intensivregister

26

Die Versorgung von Long-Covid-Patienten trifft auf viele Hürden

Engagement trotz Widrigkeiten

28

Klimawandel und gelebter Gesundheitsschutz

Präventionskonzepte

30

Streichung der Neupatienten-Regelung destabilisiert die Versorgungssicherheit

GKV-Finanzstabilisierungsgesetz und seine negativen Auswirkungen

32

KV-Eigeneinrichtungen in strukturschwachen Gebieten

Chance für den medizinischen Nachwuchs?



35

Bundesregierung konterkariert ihre versorgungspolitischen Grundvorstellungen

Vertrauen erschüttert

36

Technische Rückschläge sorgen für Stagnation und Dauerfrust

Telematikinfrastruktur

38

Kostendämpfungen im Pharmabereich: Die Ampel-Koalition macht ernst

Umstrittene Arzneimittelreformen

40

Die medizinische Lehre von Grund auf neu anpacken

E-Learning-Plattform in modernem Layout

42 HB-Intern

43 Service Kooperationspartner

48 Ansprechpartner

50 Impressum



Längst kein Tabuthema mehr

Psyche, Erschöpfung, Sucht – Wenn Heilen krank macht



Wenn Heilen krank macht. Für manche ist das noch immer ein Tabuthema, für andere längst Grund, sich intensiv mit diesem Phänomen auseinanderzusetzen. Burnout, Depressionen, Substanzabhängigkeit oder Suizidalität – Ärztinnen und Ärzte scheinen besonders gefährdet für psychische Erkrankungen zu sein. Ursachen dafür sind unter anderem andauernde berufliche Belastungen. Gleichzeitig suchen Ärzte selten oder erst sehr spät Hilfe. Um also die betroffenen Ärzte besser zu unterstützen, werden niederschwellige Beratungs- und Therapieangebote für sie gefordert, genauso wie Strukturänderungen im Gesundheitssystem, um die Arbeitsbedingungen dort zu verbessern.

Wenn etwas zwickt oder man sich nicht wohlfühlt, geht man zum Arzt. Und wohin geht der Arzt? Eher selten zum eigenen Hausarzt, denn den haben die wenigsten, sagt Prof. Dr. Jörg Braun. Der Facharzt für Innere Medizin mit eigener Privatpraxis, Ärztliche Direktor und internistische Chefarzt der Klinik Manhagen kommt schnell ins Erzählen, wenn es um Arztgesundheit geht. „Wir Ärzte haben im Umgang mit unserer eigenen Gesundheit Defizite“, sagt Braun, der 2015 die Stiftung Arztgesundheit gegründet hat. Darauf will er aufmerksam machen und dazu aufrufen, sich Gedanken zu machen, welche strukturellen Änderungen die Gesundheit der Ärzteschaft insgesamt verbessern könnten.

„Suizidalität ist etwas, das ich in meinem Umfeld immer wieder erleben musste. Ich glaube, jeder Arzt kann davon erzählen, wie Kollegen sich suizidiert haben. Da kommen alle Dinge zusammen: Auf der einen Seite die Unfähigkeit, um Hilfe zu rufen. Auf der anderen Seite die Kenntnis von wirksamen Suizidmethoden. Das führt dazu, dass der Arztberuf der Beruf mit der höchsten Suizidrate ist“, erzählt Braun. Er fragt sich, weshalb es keine arzt-spezifischen Vorsorgen gibt wie eine bundesweite Hotline für Ärzte in Not, analog zur 116117. Es brauche eine schnelle Hilfe für Ärzte. Auch Präsentismus bei Ärzten ist verbreitet, sie arbeiten weiter, obwohl sie eigentlich krank sind – und gefährden dadurch nicht nur ihre eigene Gesundheit, sondern auch die ihrer Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten. „Natürlich ist es als Praxisarzt, vor allem in einer Einzelpraxis, überhaupt nicht trivial, morgens Fieber zu messen und zu sagen: Heute bleibe ich zu Hause“, sagt Braun. Er wünscht sich eine Diskussion darüber, damit sich die Strukturen im Gesundheitswesen ändern – und die Ärzte mit gutem Gewissen im Krankheitsfall zu Hause bleiben können. In Norwegen gebe es beispielsweise einen Vertretungspool für den sehr wahrscheinlichen Fall, dass jeder Arzt auch einmal krank wird. „Davon sind wir in Deutschland allerdings noch weit entfernt.“

Keine Experten für die eigene Krankheit

Stattdessen kommt es bei Ärztinnen und Ärzten oft zu Fehlreflexen, wie Braun es ausdrückt. Ärzte sind Experten für ihr Fachgebiet, das heißt aber nicht, dass sie auch Experten für ihre eigenen Krankheiten sind. Selbstdiagnosen und Selbsttherapien fielen daher oft nachteilig aus. Braun führt das Beispiel eines Kollegen mit Kniegelenkarthrose an. Dieser wusste nicht, dass eine Operation kein schwerwiegender Eingriff ist, hielt an seinem Praxisalltag fest, obwohl er nicht mehr laufen konnte und behandelte die Schmer-

zen mit Morphin. Nachdem er schließlich doch einen Spezialisten aufsuchte und sich operieren ließ, erholte sich schnell wieder – nur musste er dann noch seine Morphinabhängigkeit überwinden. Das erhöhte Suchtrisiko bei Ärzten, auch das ist ein großes Thema.

Dass der Arztberuf zu den besonders gesundheitsgefährdenden Tätigkeiten zählt, scheint widersprüchlich. Schließlich ist das Wissen um eine gesunde Lebensweise grundsätzlich vorhanden. Gerade nach Stiftungsgründung fielen deshalb die Reaktionen auf Brauns Vorträge noch erstaunt bis ablehnend aus. Vor allem bei älteren Kollegen, manch einer betitelte das Thema Arztgesundheit als Quatsch. Das hat sich in den vergangenen sieben Jahren geändert. „Das Bewusstsein, dass Gesundheit für den Arzt eine ganz entscheidende Ressource ist, ist viel stärker geworden“, findet Jörg Braun. Auch die Wissenschaft versucht, die tatsächliche gesundheitliche Gefährdung von Ärzten durch ihren Beruf zu ergründen.

Prof. Dr. Petra Beschoner, Chefarztin am Klinikum Christophsbad, forscht seit 2006 zur Arztgesundheit an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm. „Ich denke, es wird im Grunde viel zu wenig gemacht. Das Thema treibt mich an. Zum einen, weil es ein wenig Beachtetes ist. Zum anderen, weil Ärzte leider auch selbst zu Stigmatisierungen neigen,



Resilienz

Unter Resilienz wird die psychische Widerstandskraft verstanden, die einen dazu befähigt, Belastungen, Konflikte oder auch Misserfolge auszuhalten beziehungsweise die psychische Gesundheit nach belastenden Ereignissen rasch wiederherzustellen. Ist Resilienz bei Personen nur gering ausgebildet oder sind Stressoren besonders stark oder von langer Dauer, ist es möglich, dass sich ein chronischer Stresszustand einstellt. Resilienz kann akut gefördert werden und so vor Burnout schützen. Körperliche Betätigung, gesunde Ernährung und ausreichend Schlaf gelten als positive Einflussfaktoren. Günstig für die Stärkung der Resilienz sind für Ärzte zudem eine gute Selbstorganisation, gutes Fehlermanagement, Arbeitszeitbegrenzung, soziale Kontakte zu Familie, Freunden, Kollegen und eine offene Arzt-Patienten-Kommunikation.

im Bezug auf psychische Erkrankungen und allgemein im Umgang mit Krankheit bei Ärzten. Da gibt es so eine Art blinden Fleck, man will nicht so genau hingucken – auch nicht bei sich selbst“, sagt sie. Zahlreiche internationale Studien wurden bereits durchgeführt, wie die Situation aber in Deutschland genau aussieht, das kann man aus ihnen nicht ableiten. Die Daten sind nicht einfach übertragbar, zu unterschiedlich sind die Gesundheitssysteme und Arbeitsbedingungen. Zwar wurden auch hierzulande in den vergangenen 20 Jahren Forschungsdaten generiert, doch fallen diese nicht homogen aus – weil zum Beispiel nur mit sehr kleinen Fallzahlen gearbeitet wurde, keine repräsentativen Studien durchgeführt oder keine Unterscheidungen zwischen verschiedenen Fachgruppen vorgenommen wurden. Allgemeingültige Aussagen zur Ärztegesundheit sind daher eigentlich nicht oder nur mit Vorsicht zu treffen.

So liegt die Punktprävalenz für Burnout bei Ärzten je nach Studie zwischen drei bis 20 Prozent. In der Allgemeinbevölkerung wird eine Prävalenz von etwa 4 Prozent angenommen. Die für Depressivität wurde mit 10 bis 30 Prozent beschrieben. Während also der niedrigste Wert für Depressivität im Bereich der Allgemeinbevölkerung liegt, ist der höchste Wert deutlich erhöht. Die Langzeitprävalenz für eine Depression wird mit 42 bis 45 Prozent angegeben. Erhöhter Alkoholkonsum bei Ärzten mit 12 bis 40 Prozent. „Es gibt einzelne Hinweise darauf, dass die Prävalenzen bei Ärzten höher liegen könnten als in der Allgemeinbevölkerung, aber nicht über alle Facharztgruppen hinweg. Da muss noch einmal unterschieden werden – Klinikärzte, Niedergelassene. Da ist die Datenlage viel zu gering, um eine gesicherte Aussage treffen zu können“, fast Beschner den aktuellen Forschungsstand zusammen. Wichtiger ist für sie ohnehin etwas anderes: „Es geht primär gar nicht darum zu sagen, dass Ärzte viel stärker, sondern mindestens genauso betroffen sind im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. Es gibt da eine Erwartungshaltung, dass Ärzte resilienter sein müssten, weil sie das Wissen haben und entsprechend handeln. Dem ist aber nicht so.“

Die Neigung, über die eigenen Grenzen zu gehen, ist groß

Warum bei Ärzten die mentale Gesundheit häufig leidet, hat mit spezifischen Belastungsfaktoren zu tun. Vor allem junge und unerfahrene Ärztinnen und Ärzte sind betroffen. Ungeregelte und lange Arbeitszeiten mit Schichtdiensten, wenig Freizeit, ein



Prof. Dr. Jörg Braun:
„Wir Ärzte haben im Umgang mit unserer eigenen Gesundheit Defizite.“



Prof. Dr. Petra Beschner:
„Viele Kollegen, gerade wenn es um psychische Erkrankungen oder um Substanzabhängigkeiten geht, haben große Sorge, ihre Approbation zu verlieren.“



Maxi Braun:
„Es ist wichtig, damit leben zu lernen, dass man im ärztlichen Alltag vermutlich nur selten alle Aufgaben des Tages abgearbeitet haben wird.“

hohes Maß an Verantwortung, großer Zeitdruck, Ängste vor Behandlungs- und Kunstfehlern gehören zu den negativen Seiten des Berufs. Auch sogenannte Gratifikationskrisen kommen hinzu – wie bei allen anderen Berufsgruppen auch. Das heißt, gemessen an der Erwartung und Anforderung, die an den Beruf gestellt werden, erleben viele die Anerkennung dafür als zu gering. All diese Faktoren können zu einem Erleben von psychischem Stress führen, was wiederum ein Risikofaktor für Folgeerkrankungen ist. Welche intrinsischen Faktoren die Ärztegesundheit beeinflussen können, ist noch nicht klar. Dazu ist die Datenlage zu gering. Die Ulmer Arbeitsgruppe forscht nun dazu. Eine Übersichtsarbeit gibt Hinweise darauf, dass bei Ärzten bestimmte Schemata gehäuft vorkommen: Grandiosität, überhöhte Standards, Selbstaufopferung, emotionale Gesundheit. Das alles spricht dafür, dass bei ihnen die Neigung besteht, permanent über die eigenen Grenzen hinwegzugehen, sich selbst aufzuopfern.

Auch, wenn die Belastungen am Arbeitsplatz durch beispielsweise Personalmangel und zunehmende Bürokratisierung zugenommen haben, schätzt Petra Beschner, dass sich die Zahl der erkrankten Ärzte in den vergangenen 20 Jahren nicht wesentlich verändert hat. Den Grund sieht sie darin, dass Ärzte vermehrt die Reißleine ziehen und ihre Arbeitszeit reduzieren, damit die Belastung für sie tragbar ist. Das wiederum führt insgesamt zu einer weiteren Belastungsspirale für Ärzte. Vor dem Hintergrund der Feminisierung der Medizin, der Frauenanteil der Medizinstudierenden liegt bei 70 Prozent, werden sich die Bedingungen weiter verändern. Immer noch arbeiten Frauen heute häufiger in Teilzeit als Männer und Ärztinnen weichen oft in nicht-kurative Tätigkeitsfelder aus, weil so Beruf und Familie besser vereinbar sind. „Es braucht ein politisches Handeln. Es werden mehr Studienplätze benötigt, sonst werden wir dieses Problem nicht lösen. Je weniger Ärzte vorhanden sind, umso höher wird auch die Arbeitsbelastung“, sagt Petra Beschner.

Solange also nicht mehr Ärztinnen und Ärzte vorhanden sind und so der Druck aus dem System genommen werden kann, braucht es zumindest spezifische niederschwellige Präventions- und Therapieangebote, die an die Hemmnisse und Bedürfnisse von Ärzten angepasst sind. Das ist wichtig, wie Beschner erklärt: „Der Rollenwechsel fällt vielen von uns Ärzten unheimlich schwer, weshalb viele auch sehr spät, wenn überhaupt, Hilfe suchen. Ich muss aus

der Helferrolle, als jemand, der immer weiß, was gemacht werden muss, in die Rolle dessen, dem geholfen wird. Dann kommt ein weiterer Punkt hinzu: Viele Kollegen, gerade wenn es um psychische Erkrankungen oder um Substanzabhängigkeiten geht, haben große Sorge, ihre Approbation zu verlieren.“

Bislang bieten die Ärztekammern Suchtberatungen an, einzelne Kliniken auch spezifische Therapien. Ob das ausreicht, um Ärzte anzusprechen beziehungsweise sie entsprechend ihrer Bedürfnisse zu versorgen, ist für Dr. Maxi Braun fraglich: „Meines Erachtens bräuchte es mehr solcher Angebote. Wir sind meines Wissens die einzige Klinik in Deutschland, die gesetzlich versicherte Ärzt:innen und Kolleg:innen mit einem eigenen Gruppenangebot behandelt. Es bräuchte auch mehr niederschwellige Angebote und vor allem eine Problembewusstseinsschaffung. Auf den Homepages der Ärztekammern findet man viel zum Thema Sucht. Aber zum Thema psychische Erkrankungen, Burnout, depressive Erkrankungen oder ADHS findet man wenig bis nichts.“ Maxi Braun ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeutische Medizin. Als Oberärztin in der Psychosomatischen Klinik Kloster Dießen hat sie dort im Herbst 2019 eine Behandlungseinheit für Ärzte und Therapeuten aufgebaut. Sie ist Expertin auf diesem Gebiet – gemeinsam mit Petra Beschner hat sie in Ulm dazu geforscht.

Die Nachfrage für das Therapieangebot ist groß – die acht Behandlungsplätze sind durchgehend belegt, inzwischen gibt es auch eine Warteliste. Ärzte mit schweren depressiven Episoden, posttraumatischen Belastungsstörungen, ADHS oder Persönlichkeitsstörungen wenden sich an die Klinik. Burnout im Sinne einer



Ärztegesundheit

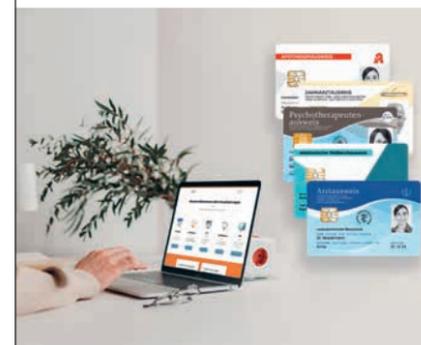
Im Jahr 2019 wurde der Deutsche Ärztetag unter dem Schwerpunktthema Arztgesundheit in Münster abgehalten. Es wurde an Führungskräfte, Arbeitgeber und Gesetzgeber appelliert, gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen sicherzustellen. Der Arztberuf gilt aus vielfältigen Gründen als besonders gesundheitsgefährdend. Zum einen sind Selbstdiagnostik und Selbsttherapie sowie Präsentismus, also Arbeiten trotz einer Erkrankung, verbreitet. Auch erhöhte Risiken für Suchterkrankungen und Suizid werden der Berufsgruppe zugeschrieben. Zum anderen ist die Arbeit unter zunehmend erschwerten Bedingungen aufgrund der Ökonomisierung, wachsender Bürokratisierung und des Personalmangels, durch Gewalttaten und hohes Anspruchsdenken von Patientinnen und Patienten immer herausfordernder. Bereits 2017 hat der Weltärztestud eine Neufassung des Genfer Gelöbnisses veröffentlicht, das die moderne Version des hippokratischen Eids ist und ethische Prinzipien zum ärztlichen Handeln zusammenfasst. „Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können“, heißt es unter anderem darin.

Advertorial

Schneller und einfacher zum eHBA

Von der digitalen AU-Bescheinigung über das eRezept bis zur ePatientenakte – viele Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) erfordern einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA). Nach Angaben der Bundesärztekammer sind allerdings erst 38,52 Prozent der Klinikärzt:innen mit der qualifizierten Signaturkarte ausgestattet.

Der eHBA dient als sichere Eintrittskarte in die digitale Welt der Medizin. Mit ihm können sich Ärzt:innen authentifizieren, auf die Versichertenkarten (eGK) ihrer Patient:innen zugreifen sowie vertrauliche Dokumente rechtsverbindlich digital unterzeichnen und verschlüsseln.



Langjährige Expertise

Bereits seit 2004 produziert medisign als zugelassener Vertrauensdiensteanbieter (VDA) elektronische Berufsausweise im Auftrag der Kammern und zählt mit über 120.000 ausgegebenen Karten zu den führenden Anbietern im Gesundheitsmarkt. Die gemeinsame Tochtergesellschaft des Deutschen Gesundheitsnetzes (DGN) und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank stattet bereits vier verschiedene Heilberufgruppen mit eHBA aus. Hinzu kommen in Kürze Ausweise für nicht-approbierbare Gesundheitsberufe, die das elektronische Gesundheitsberuferegister (eGBR) herausgibt, u. a. für Pflegefachkräfte.

Der eHBA ist ein personengebundener Ausweis, den Ärzt:innen bei ihrer zuständigen Landesärztekammer beantragen müssen. Als Kartenanbieter ist medisign gesetzlich verpflichtet, bei allen Antragsteller:innen eine Identitätsprüfung durchzuführen – i. d. R. per PostIdent. Speziell für den stationären Sektor bietet medisign eine weitere Methode an: das Vertrauensdienste-Ident-Verfahren, kurz VDA-Ident.

Bequeme Vor-Ort-Identifizierung

Dabei übernehmen Klinikmitarbeiter:innen aus der Verwaltung, die von medisign für diese Aufgabe geschult und zertifiziert werden, die Identitätsfeststellung ihrer (beleg-)ärztlichen Kolleg:innen. Das Ident-Formular wird gemeinsam ausgefüllt und

medisign[®]

medisign GmbH
Herr Steffen Bucksteeg
Richard-Oskar-Mattern-Str. 6
40547 Düsseldorf
Tel: +49 – (0)211 – 77008-166
E-Mail: vertrieb@medisign.de
Web: www.medisign.de, www.ehba.de

direkt mit den Antragsunterlagen an medisign versendet. Eine Siegelprüfung sichert den Prozess zusätzlich ab. Mit dieser bequemen Vor-Ort-Identifizierung entfällt der Weg zur Postfiliale. Die Identitätsprüfung lässt sich einfach zwischendurch im Arbeitsalltag erledigen.

Verschiedene Kliniken und Klinikverbände setzen VDA-Ident bereits erfolgreich ein, um ihren Mitarbeitenden die Beantragung des eHBA so einfach wie möglich zu machen und den Antragsprozess zu beschleunigen. Nähere Informationen zum Verfahren und zu weiteren Vorteilen für Kliniken erhalten interessierte Einrichtungen bei Steffen Bucksteeg, Klinik-Ansprechpartner von medisign.



Burnout

Chronischer Stress am Arbeitsplatz ist auch unter dem Begriff Burnout bekannt und anerkannt. Beschäftigte im Gesundheitswesen zählen zu einer der am meisten von Burnout gefährdeten Berufsgruppen. Im ICD-11-Katalog wird Burnout als Syndrom definiert, das aus chronischem Stress am Arbeitsplatz hervorgeht, der noch nicht erfolgreich bewältigt wurde. Er gilt als Faktor, der den Gesundheitszustand beeinflusst, aber nicht als Krankheit. Burnout wird durch drei Dimensionen gekennzeichnet: 1. Das Gefühl von Erschöpfung und Energieverlust; 2. Distanzierung zum Beruf oder negative Gefühle beziehungsweise Zynismus gegenüber dem Beruf (oder den Patienten); 3. Verminderte Leistung im Beruf. Symptome von Burnout können unter anderem sozialer Rückzug oder verminderte Emotionskontrolle sein.

Erschöpfungsdepression spielt hier hingegen kaum eine Rolle, weil Betroffene oft weiterarbeiten. Die mittlere Behandlungsdauer liegt in Dießen zwischen sechs bis acht Wochen, wobei Klinikärzte tendenziell häufiger die Therapie suchen. „Bei den Selbstständigen spielt immer das Thema des finanziellen Ausfalls mit. Da ringen wir im Vorfeld oft um die Anzahl der Behandlungswochen, die sie sich selbst zugestehen. Ein weiterer Grund ist, dass es immer eine Vertretung braucht im niedergelassenen Bereich. Und viele haben tatsächlich auch den Anspruch, ihre Patienten nicht so lange allein zu lassen“, begründet das Maxi Braun. Oft melden sich Niedergelassene für die minimale Behandlungszeit von vier Wochen an, verlängern dann aber häufig, weil sie feststellen, wie schwer sie erkrankt sind und dass sie viel aufzuarbeiten haben.

Ökonomisierung und mangelnde Wertschätzung als Ursachen

Bei Ärzten treten verschiedene biografische Themen gehäuft auf, zum Beispiel eine hohe Tendenz, den Fokus auf andere zu richten oder ein hoher Anspruch an die eigene Leistung. Außerdem sind sie eher Emotionsvermeider und wenden oft ähnliche Bewältigungsstrategien an wie Substanzkonsum, exzessives Fernsehschauen oder das Vermeiden von potenziell sozial unangenehmen Situationen. Deshalb bietet sich das gruppenbasierte Therapieprogramm für diese Zielgruppe an, um diese Punkte mit anderen zu diskutieren und Lösungswege zu finden. Viele, die sich in die Behandlung begeben, stellen sich zudem die Frage, wie sie ihre Tätigkeit noch ausüben können. Die Abkehr vom Arztberuf steht häufiger im Raum. „Vielen reicht es wirklich und sie können so nicht mehr weitermachen. Dazu zählt neben der Ökonomisierung des Gesundheitswesens auch die zunehmende mangelnde Wertschätzung seitens der Patient:innen“, gibt Maxi Braun ihren Eindruck wieder.

Um den Arbeitsalltag wieder erträglicher zu gestalten und ressourcenschonender zu bewältigen, sollte daher versucht werden, Achtsamkeit in den Tag zu integrieren. Zum Beispiel im Patientenkontakt achtsam zu sein oder die Mittagspause wirklich regenerativ zu nutzen. Einen Punkt betont Maxi Braun besonders: „Es ist wichtig, damit leben zu lernen, dass man im ärztlichen Alltag vermutlich nur selten alle Aufgaben des Tages abgearbeitet haben wird. Unendlichen Anforderungen stehen letztlich endliche Ressourcen gegenüber.“ Auch ein Arzt ist schließlich nur ein Mensch und kein Halbgoß in Weiß.

Umfrage zu Salutogenese

„Wenn ich nicht komme, gibt es keinen Ersatz.“*

Der Arbeitskreis Junge Ärztinnen und Ärzte hat sich in diesem Jahr intensiv mit dem Thema „Salutogenese“ auseinandergesetzt und in diesem Zusammenhang eine Umfrage mit 850 Assistenzärzt:innen durchgeführt. Das Ergebnis dieser Umfrage ist erschreckend: Ärztegesundheit gilt in unserem Gesundheitssystem als nachrangig.

Die Antworten der Umfrageteilnehmer lassen keinen Zweifel zu: Die Befragten sind psychisch und physisch durch den Krankenhausalltag oft überlastet. Dies lässt sich vor allem auf die zu hohe Arbeitsbelastung zurückführen. Gerade einmal zehn Prozent der Umfrageteilnehmenden arbeiten entsprechend ihrem Stellenanteil. Die restlichen 90 Prozent liegen deutlich darüber, obwohl nur etwa 47 Prozent der Befragten der Opt-Out-Regelung zugestimmt haben. Die entstehenden Überstunden werden trotz der gesetzlichen Verpflichtung in 22 Prozent der Fälle nicht erfasst. Dies liegt vor allem daran, dass die Vorgesetzten oftmals die Genehmigung der Stunden verweigern. „Selbstverständlich stehen die Verantwortlichen unter großem ökonomischem Druck, aber solange wir innerhalb der Ärzteschaft nicht geschlossen gegen unsere Ausbeutung vorgehen und uns gegenseitig unterstützen, werden wir nur schwer einen Wandel erwirken können“, ist der Arbeitskreis Junge Ärztinnen und Ärzte überzeugt.

In den Freitextfeldern der Umfrage tauchen unter anderem Sätze wie dieser auf: „Stolze Aussage des Chefs: Meine Angestellten machen keine Pausen.“* Hier braucht es ein Umdenken.

In fast 14 Prozent der Fälle findet kein Ausgleich der tatsächlich dokumentierten Überstunden statt. Bei 6,6 Prozent der Befragten verfallen die Stunden regelmäßig, weil die Dienstpläne keinen Ausgleich zulassen. Über 40 Prozent der Assistenzärzt:innen können sich nicht auf ihre Dienstplanung verlassen. Sie müssen an freien Tagen beispielsweise spontan für ausfallende Kolleg:innen einspringen oder plötzlich Dienste im Anschluss an ihren Arbeitstag übernehmen. Bei über 13 Prozent ist sogar die Urlaubsplanung unzuverlässig. Bei über 95 Prozent der Umfrageteilnehmenden existieren keine Konzepte, um den ungeplanten Dienstausschluss von Kolleg:innen aufzufangen. „Dass die mangelnde Balance zwischen Belastung und Entspannung zu einem Ausbrennen führt, ist nicht verwunderlich. Hier muss dringend nachgebessert werden. Beispielsweise mithilfe von Honorar- oder Zeitarbeitskräften könnten Alternativen entwickelt werden“, fordert der Arbeitskreis.

Eigene Gesundheit wird ignoriert

Dann ließe sich wohlmöglich auch ein gesundheitsfördernder Umgang der Ärzteschaft mit der eigenen Gesundheit etablieren. Über 45 Prozent der Befragten haben keinen Hausarzt oder eine Hausärztin. Sie haben keine Zeit, sich eine Praxis zu suchen oder setzen auf Selbstmedikation. Das fehlende professionelle Monitoring durch Dritte, kann zum Verschleppen oder Übersehen von Krankheiten führen. In der Umfrage gaben fast 40 Prozent an, schon häufig trotz Krankheitsgefühl gearbeitet zu haben, bei über 10 Prozent war dies sogar schon sehr häufig der Fall. Die Befragten begründen dies überwiegend mit ihrem eigenen Pflichtbewusstsein und dem Wunsch, die eigenen Kolleg:innen nicht im Stich zu lassen, damit diesen nicht noch mehr Arbeit entsteht. „Dieses Vorgehen schadet nicht nur dem

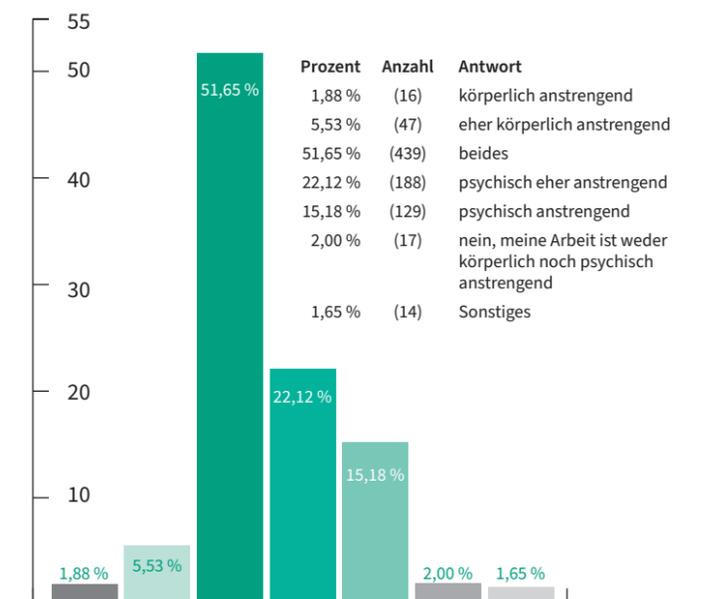
Einzelnen, sondern erfordert auch vor dem Hintergrund der morbiditen Patienten, mit denen Ärzt:innen in ihrem Arbeitsalltag zu tun haben, einen Systemwechsel“, heißt es im Arbeitskreis. In der Umfrage geben 66 Prozent an, dass ihre Abteilung praktisch dauerhaft am Limit arbeitet. „[...] Die Politik ‚Hauptsache es stirbt keiner heute‘ sollte nicht gelten, nur weil nicht genug Assistenten vorhanden sind.“*

Über 73 Prozent der Befragten haben das Gefühl, dass ihnen die Freude an der Arbeit verloren geht. Für 87,5 geht das auf die zu hohe Arbeitsbelastung zurück, aber auch die Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem an sich ist ausschlaggebend. Die Befragten haben nach ihrem Empfinden zu wenig Zeit für ihre Patient:innen, kritisieren die geringe Anerkennung für ihre Arbeit und können in der Hektik des Arbeitsalltags ihrem eigenen Anspruch nicht gerecht werden.

Sie fordern eine verlässliche Dienstplanung, ausreichend Personal, geregelte Arbeitszeiten, strengere Arbeitszeitkontrollen, Delegation nicht-ärztlicher Tätigkeiten und kluge Digitalisierung. Außerdem wünschen sie sich einen wertschätzenden Umgang innerhalb des Kollegiums, weniger Bürokratie und die Möglichkeit, einer regelmäßigen Mittagspause entsprechend dem gesetzlichen Anspruch. Dann können sie sich vorstellen, ihre Arbeit in Zukunft wieder zufrieden und langfristig auch gesund ausführen zu können.

* Antworten aus den Freitextfeldern der Umfrage zu Salutogenese des AK V

Ist Ihre Arbeit für Sie körperlich oder psychisch belastend?



Prof. Dr. Felix Walcher: „Jetzt sind wir dran“

Es wird ein existenzielles Problem geben, wenn wir nichts tun!

Als erste Fachgesellschaft lenkt die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) mit ihrer Arbeit der Sektion „Perspektive Resilienz“ seit Jahren das Augenmerk auf die psychische Gesundheit des medizinischen Personals. „Perspektivwechsel – Stärkung des Menschen in der Medizin“ steht auf der Onlineseite der Sektion geschrieben. Warum das wichtig ist, darüber spricht Prof. Dr. Felix Walcher mit dem Hartmannbund Magazin.

Sie haben die DIVI-Sektion „Perspektive Resilienz“ mitbegründet. Warum ist es notwendig, den Fokus auf dieses Thema zu setzen? Ich bin als Chirurg und Notfallmediziner Betroffener sowie als Führungskraft seit Jahren sensibilisiert für dieses Thema. Mir fällt in meinen verschiedenen Rollen wiederholt auf, dass in anderen Bereichen wie zum Beispiel dem Rettungsdienst, der Feuerwehr oder der Polizei Strukturen vorhanden sind, die die psychische Gesundheit von Mitarbeitern adressieren. In den klinischen Einrichtungen gibt es in dieser Hinsicht fast keine derartigen Strukturen. Das beobachte ich seit vielen Jahren und habe es immer wieder moniert. Und mir ist klargeworden, dass es ein Thema ist, das wir genau in dieser Fachgesellschaft kundtun müssen.

Sie setzen sich für eine Veränderung der aktuellen Situation ein, halten Vorträge, vernetzen sich mit anderen Fachgesellschaften. Wie wird das alles aufgenommen? Das Thema stößt nirgends auf Kritik, genau das Gegenteil ist der Fall. Viele Kollegen teilen mir mit, dass das Thema endlich nicht nur hofähig gemacht werden muss, sondern wir müssen etwas tun, da wir sonst ein personelles und daraus mittlerweile existenzielles Problem in verschiedenen Fächern haben beziehungsweise bekommen werden. Wenn wir uns jetzt weiterhin vorrangig mit ökonomischen Fragestellungen beschäftigen müssen, dann werden wir ein Versorgungsproblem in Deutschland bekommen. Deshalb sage ich: „Jetzt sind wir dran!“

Es ist nicht erst seit der Corona-Pandemie so, dass Ärzte und Pflegepersonal an der Belastungsgrenze arbeiten. Wie sieht es aktuell aus? In jedem Beruf im sozialen Bereich gibt es Belastungsspitzen. Aber in der Medizin sind diese Belastungsspitzen besonders ausgeprägt, weil man mit kranken, mit leidenden Menschen zu tun hat. Wenn es auch noch dysfunktionale Führungsstrukturen gibt, dann ist das Individuum zusätzlich belastet. Diese Dysfunktionalität in den Kliniken macht uns große Sorgen. Wir, Pflege und Ärzte, arbeiten zunehmend patientenfern, mit schlechten IT-Systemen, haben wenig Unterstützung, unzureichendes Controlling und vieles mehr. Wir arbeiten gleichermaßen unter immensem ökonomischem Druck sowie Zeitdruck, die Führungskultur ist in vielen Bereichen mäßig und die Arbeitsbelastung steigt kontinuierlich. In der Pflege müssen die Kollegen wegen Personalmangel und im

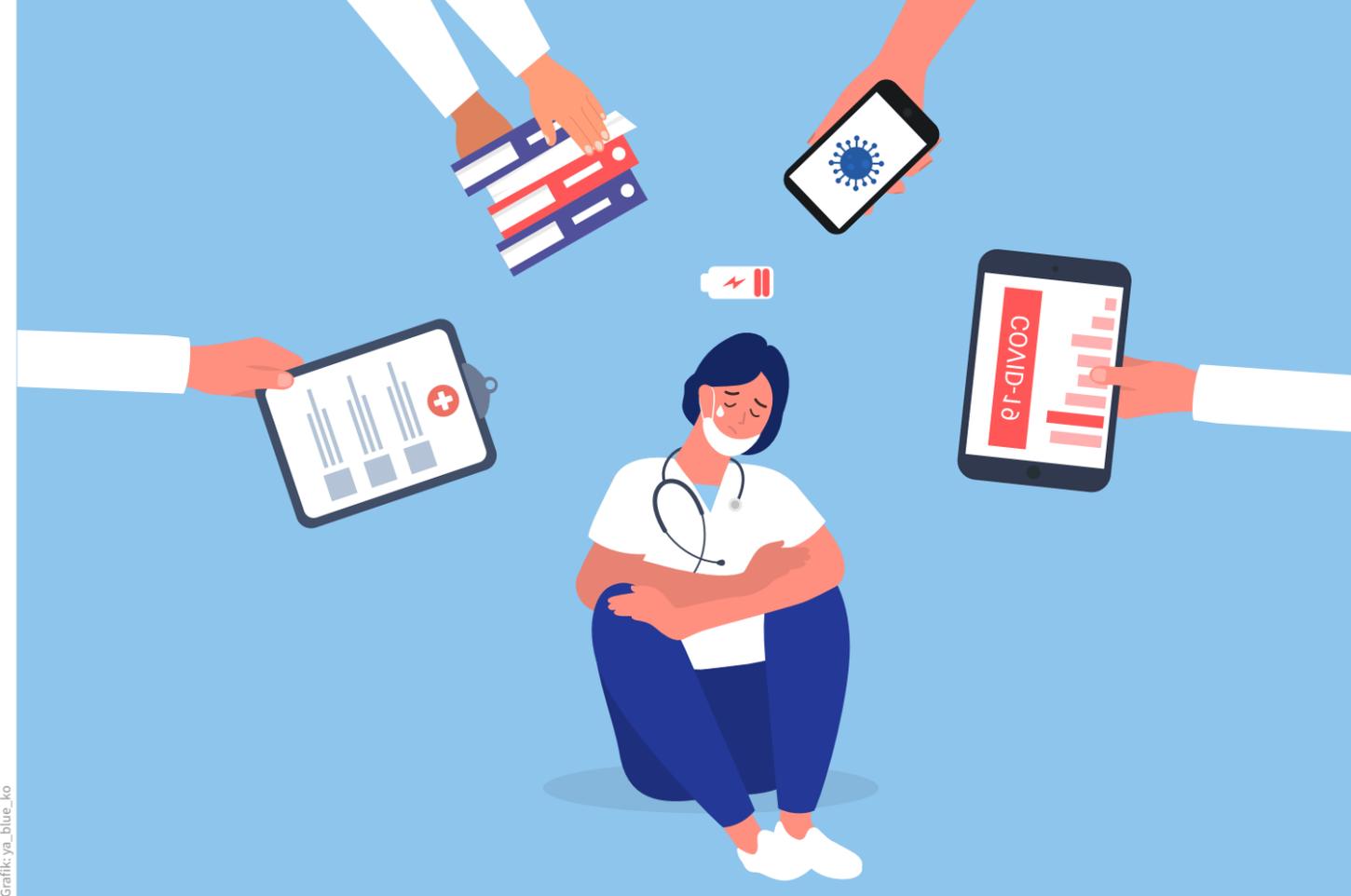


Prof. Dr. Felix Walcher:
Die Defizite sind seit Langem bekannt.
Es wird nur nicht drüber gesprochen.

Krankheitsfall wiederholt Schichten übernehmen. Das alles wirkt als Stressor, der Menschen psychisch krank machen kann. Kommen sogenannte schwerwiegende Ereignisse hinzu, beispielsweise Kinder in Notfällen, vermeintliche Fehler mit Folgen oder Tod von Patienten, eine große Anzahl an Verletzten oder auch eine persönliche Bedrohung bei der Ausübung der Arbeit, kann das zu Belastungsreaktionen und gegebenenfalls auch in einer posttraumatischen Belastungsstörung münden. Das gilt es zu verhindern. Und ich möchte klar betonen: Es geht nicht nur um uns Ärzte, es geht um alle Berufsgruppen in der Medizin. Sie alle sind von der Entwicklung in der Medizin betroffen. Und dieses Problem, dieser Ökonomisierungswahn der öffentlichen Hand, besteht seit Jahrzehnten. Jeder Mitarbeiter hat Grenzen, und die sind längst überschritten. Der Patient und die Mitarbeiter haben wenig Spielraum, hier zu existieren. Und die Pandemie hat es wie ein Brennglas nur noch verschärft.

Das medizinische Personal findet also zu wenig Beachtung? Ja. Die Defizite sind seit Langem bekannt. Es wird nur nicht drüber gesprochen. Wir Mitarbeiter spielen in den großen Organisationen, aber auch in den kleinen Einheiten eigentlich kaum eine Rolle. Wir sind vergessen, auf der Strecke geblieben. Und jetzt plötzlich sind alle erstaunt, dass nach zweieinhalb Jahren Pandemie medizinisches Personal auch krank ist, immer mehr ihre Berufe in der Medizin nicht mehr ausüben möchten. Plötzlich haben wir einen Versorgungsengpass in Deutschland. Dabei haben wir das schon zu Beginn der Pandemie gesagt: Es wird ein existenzielles Problem geben, wenn wir uns nicht um die Mitarbeiter kümmern. Das wurde quasi auf allen Ebenen stoisch ignoriert. Allen voran von der Politik. Und jetzt haben wir das Desaster. Es muss eine grundsätzliche Änderung der Medizin in Deutschland stattfinden. Denn so ist es auf Dauer nicht finanzierbar. Die Patienten werden nicht adäquat und gut versorgt, die Mitarbeiter werden krank. Das ganze System ist aus meiner Sicht nicht unmittelbar am Ende, aber der Zug fährt mit Volldampf auf eine Wand beziehungsweise auf einen Abgrund zu.

Was muss sich ändern, damit medizinisches Personal nicht krank wird? Sehen Sie niederschwellige, psychosoziale Unterstützung als einen Beitrag, um trotz struktureller Probleme im Gesundheitswesen die Situation für die Beschäftigten erträglicher



zu machen? Ich glaube, es ist tatsächlich ein sehr probates Mittel, um die Belastungsspitzen der betroffenen Mitarbeiter abzufedern. Ich erkenne im Peer Support, also der Unterstützung durch speziell geschulte Kollegen in besonderen Stress- oder Belastungssituationen, eine sehr wertvolle Hilfe. Es ist ein kleiner Baustein, eine erste Anlaufstelle. Wenn sich in diesen Peer-Gesprächen herausstellt, dass die Betroffenen an einer posttraumatischen Belastungsreaktion oder gar -störung leiden, brauchen wir natürlich die Unterstützung der Fachkollegen aus der Psychosomatik oder aus der Psychiatrie, die professioneller und fachspezifischer helfen können.

Wie ist die Situation in Ihrem Fach, der Unfallchirurgie? Es wird immer davon ausgegangen, dass beispielsweise die Kollegen in der Unfallchirurgie hart im Nehmen sind, mit Belastungssituationen besonders gut umgehen können. Aber auch wir sind Menschen, schwerwiegende Ereignisse machen etwas mit uns. Wir müssen insgesamt die Akutmedizin resilienter machen. Dafür muss Geld in die Hand genommen werden. Und es muss auch endlich von der Politik verstanden werden.

Ob dieses Verständnis vorhanden ist? Da bin ich eher skeptisch. Bisher ist das Thema noch nicht ganz oben angekommen. In Kliniken und Fachgesellschaften hingegen schon, da passiert schon etwas. Das stimmt mich positiv.

Was kann denn in den nächsten zehn, 15 Jahren angestoßen werden, damit sich die Arbeitsbedingungen tatsächlich auch ändern? Es gibt bereits viele gute Konzepte und die gilt es, jetzt zusammenzuführen. Das werden wir in unserer Sektion „Perspektive Resilienz“ auch machen. Es soll das Netzwerk mit proaktiven Kollegen weiter ausgestaltet werden, die sich mit diesem Thema beschäftigen und dann auch Konzepte umsetzen. Außerdem haben

wir für Intensivstationen Empfehlungen zum Thema psychische Gesundheit ausgesprochen, also dass dort gewisse Strukturen geschaffen werden sollen. Ich erwarte und hoffe, dass bei den Kostenträgern und Leistungserbringern entsprechend ein Umdenken stattfindet, dass die Mitarbeitergesundheit in der Gesundheitsfürsorge ein zentrales Thema wird. Nur ein gesunder Arzt kann kranken Menschen helfen. Das ist logisch, aber dieser Ansatz wird im Klinikalltag noch nicht umgesetzt. Das muss Eingang in der großen Politik und bei den jeweiligen Playern in der Gesundheitsfürsorge finden. Dafür kämpfen wir.

Zur Person

Prof. Dr. med. Felix Walcher ist seit 2014 Direktor der Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Magdeburg. Der Notfallmediziner und Facharzt für Chirurgie, für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung der speziellen Unfallchirurgie ist Gesamtleiter des AKTIN Verbundprojekts des Bundesministeriums für Bildung und Forschung für den Aufbau eines nationalen Notaufnahmeregisters. Der Präsident elect der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) gründete 2018 die DIVI-Sektion „Perspektive Resilienz“, die sich um die Belange aller Mitarbeiter der Notfall- und Intensivmedizin kümmert. Zentral ist hierbei die individuelle und institutionelle Resilienz, um die psychosoziale Gesundheit des Personals zu stärken, die Arbeitsbedingungen und Kriseninterventionen zu verbessern, weiteren Personalmangel in Notaufnahmen und Intensivstationen vorzubeugen und somit eine Unterversorgung von Patienten zu verhindern.

Unternehmen die Ärztinnen und Ärzte nichts, hat das Konsequenzen Bei Suchtproblemen: Hilfe statt Strafe

„Hilfe statt Strafe“ – nach diesem Prinzip werden seit mehr als 20 Jahren in Hamburg suchterkrankte Ärztinnen und Ärzte unterstützt. In der Hansestadt wurde damals das erste strukturierte Suchtinterventionsprogramm in Deutschland entwickelt, mittlerweile haben alle Landesärztekammern dieses Modell praktisch übernommen und bieten ihren Mitgliedern darüber Hilfe an. Das ist auch wichtig, schließlich ist nach Schätzungen der Bundesärztekammer davon auszugehen, dass sieben bis acht Prozent der deutschen Ärzte mindestens einmal im Leben an einer Suchterkrankung leiden. Nach Angaben der Bundesärztekammer kommen Behandlungsfehler unter Substanzeinwirkung zwar selten vor, um aber Patienten nicht zu gefährden und auch den Arzt als Patienten zu schützen, sind Betreuungskonzepte für suchterkrankte Ärzte notwendig. Diese sind so aufgebaut, dass bei erfolgreicher Teilnahme des Interventionsprogramms auch weiterhin der Beruf ausgeübt werden darf.

„Ärzte sind ganz normale Menschen, die genauso süchtig werden können wie alle anderen auch“, sagt Prof. Dr. Christian Haasen. Der Suchtmediziner betreut das Suchtinterventionsprogramm der Ärztekammer Hamburg seit drei Jahren. Suchterkrankungen sind ein gesamtgesellschaftliches Problem, das Ärzte gleichermaßen betrifft. Nur, dass sie eine besondere Verantwortung gegenüber ihren Patientinnen und Patienten haben. Suchtmittelabhängigkeiten können verheerende Folgen haben, sind aus diesem Grund mit dem Arztberuf nicht vereinbar und müssen unverzüglich behandelt werden. Deshalb legen die Landesärztekammern großen Wert darauf, betroffene Mitglieder bei der Überwindung ihrer Sucht zu unterstützen. Auch wenn zum Beispiel in Hamburg die Prämisse herrscht, zu helfen statt zu bestrafen – für Ärzte stellt es eine große Herausforderung dar, ihre Suchterkrankung als solche zu akzeptieren und dann aktiv Hilfe zu suchen.

Das zeigt sich auch in den Statistiken des Hamburger Suchtinterventionsprogramms: Die Doppelrolle Arzt und Patient wird nur bedingt freiwillig eingenommen. Pro Jahr werden etwa zehn Fälle betreut. Es sind Einzelfälle, die kaum die aktuelle Zahl suchterkrankter Ärzte widerspiegeln. Zudem fragen die wenigsten Betroffenen selbst bei der Interventionsstelle um Rat. Meist werden sie durch Patienten, Kollegen oder den Chef gemeldet, die das Suchtverhalten nicht mehr dulden wollen. Ebenso werden Ärztekammern von den Behörden über eine Mitteilung in Strafsachen informiert, wenn ein Arzt beispielsweise seinen Führerschein wegen einer Alkoholfahrt verloren hat. Nach jeder Meldung werden die Betroffenen angesprochen und die Teilnahme am Suchtinterventionsprogramm wird empfohlen.

Unternehmen die Ärzte nichts, hat das Konsequenzen

Denn klar ist: Unternehmen die betroffenen Ärzte nichts gegen ihre Sucht, hat das Konsequenzen. Wird eine Kooperation ausgeschlagen, kann das bis zum Verlust der Approbation und somit zum Berufsverbot führen. Die Angst, seine existenzielle Grundlage zu verlieren, ist für fast alle Betroffenen ein Grund für die Mitarbeit. Nur sehr selten muss die Ärztekammer bei ablehnenden Reaktionen die approbationserteilende Behörde benachrichtigen, die dann ihrerseits eine Prüfung vornimmt, ob die Approbation zum Ruhen kommen oder entzogen werden muss. Für die Betroffenen bedeutet die Teilnahme am Suchtinterventionsprogramm, dass sie sich in dieser Zeit zwar einer Kontrolle unterziehen müssen, aber dennoch weiterarbeiten dürfen und ihre Approbation nicht bedroht ist. Zunächst werden sie darin unterstützt, einen Therapieplatz für die Entgiftung

und Entwöhnung zu finden. Erst nach der Entzugsbehandlung beginnt das eigentliche Interventionsprogramm, das auf mindestens zwei Jahre angelegt ist. Die Betroffenen haben regelmäßig Kontakt zur Interventionsstelle und geben eine Rückmeldung über den Ist-Zustand. Die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen werden in der Regel von den Versorgungswerken übernommen.

Außerdem werden unregelmäßig, nach dem Zufallsprinzip und frühestens am Abend zuvor angekündigt, Drogenkontrollen durchgeführt. In Hamburg sind das am Anfang zwei bis vier Urinkontrollen im Monat. Gerade das Wissen um diese Kontrollen hilft den Betroffenen beim Entzug. Die überdurchschnittliche Erfolgsquote spricht für sich. „Wir haben eine sehr hohe positive Rate in unserem Programm. Dagegen haben Süchtige in der Allgemeinbevölkerung eine relativ schlechte Prognose, wenn sie sich in Behandlung begeben“, sagt Suchtmediziner Haasen. Er schätzt, dass bis zu 90 Prozent der teilnehmenden Ärzte das Programm erfolgreich abschließen. Kommt es doch zu einem Rückfall, muss dieser gemeldet werden und das Interventionsprogramm wird entsprechend verlängert. „Wir arbeiten daran, dass die Betroffenen den Rückfall als Teil der Krankheit betrachten und dieser selbst kein Problem darstellt. Es geht immer um den Umgang damit“, erzählt Haasen. So muss in diesem Fall, zum Wohl der Patienten, eine sofortige Krankmeldung erfolgen, deren Dauer von der Stärke des Rückfalls abhängt.

In den vergangenen Jahren sind die Zahlen der Teilnehmer am Suchtinterventionsprogramm in Hamburg nicht gestiegen, auch nicht in der Corona-Pandemie. In den letzten zwei Jahren sind sie sogar gesunken. Stattdessen komme es nun häufiger vor, dass Personen sich anonym telefonisch bei Haasen informieren. „Was ich ihnen versuche, klarzumachen ist, dass die Betroffenen meist die letzten sind, die ihre Sucht erkennen“, sagt er. Damit steigt mit jedem Tag auch die Wahrscheinlichkeit, dass sie von anderen bei der Ärztekammer gemeldet werden. Haasen möchte bei betroffenen Ärzten das Verständnis dafür wecken, dass sie die ersten Schritte für den Entzug selbst einleiten sollten. Um die Gefährdung anderer gar nicht erst aufkommen zu lassen und auch, um finanziellen Ruin vorzubeugen. Verursachen sie beispielsweise einen Autounfall, auch wenn dieser nicht auf die Suchtproblematik zurückzuführen ist, zahlt keine Versicherung. Überträgt man das auf den Arztberuf – und Ärzten können immer Fehler unterlaufen – wird es kompliziert, sobald eine Suchtproblematik festgestellt wird, gegen die aber nichts unternommen wurde. „Die meisten haben sich über diese Risiken noch nicht ausreichend Gedanken gemacht“, meint Haasen.

Ärzte gelten im Vergleich zu anderen Berufsgruppen als stärker suchtgefährdet. Außerdem sind sie überdurchschnittlich häufig medikamentenabhängig. Die Griffnähe zu verschreibungspflichtigen Medikamenten wie Schlafmittel oder opiathaltige Schmerzmittel begünstigt das. Und auch die berufsbedingten Belastungen spielen eine wichtige Rolle. Zeigt sich Stress in körperlichen Symptomen, versuchen Ärzte dies über Medikamente zu beeinflussen. Trotzdem gilt bei Ärzten wie beim Rest der Gesellschaft: Die Hauptdroge bleibt der Alkohol.

Mit KI gegen Alkoholprobleme

Damit es gar nicht erst zu einer Alkoholabhängigkeit kommt, bietet die Landesärztekammer Brandenburg in Zusammenarbeit mit der salus klinik Lindow seit 2016 ein sechswöchiges Online-Programm an. „Menschen, die sich wegen einer Alkoholabhängigkeit in Behandlung begeben, stellen gewissermaßen nur die Spitze des Eisberges dar. Viele zögern diesen Schritt hinaus. Und dann gibt es noch sehr viel mehr Menschen, die ein bereits kritisches Alkoholkonsumverhalten aufweisen. Diese zu erreichen und ihnen zu helfen, ist mit diesem anonymen Online-Public Health-Ansatz sehr viel leichter“, sagt Robert Schöneck, Direktor der salus klinik Lindow. Das Programm basiert auf validierten Online-Selbsthilfe-Tools aus den Niederlanden, die von der salus klinik Lindow übersetzt und an die Zielgruppe Ärzte angepasst wurde. Es soll dabei helfen, bei Verdacht auf schädliches Konsumverhalten, das aber noch keiner Alkoholabhängigkeit entspricht, Veränderungen des eigenen Verhaltens anzustoßen. Das automatisierte System beruht auf Algorithmen, die selbstständig die Antworten der Teilnehmenden auswertet.

Interessierte machen zuerst einen Selbsttest. Wird darüber ein veränderungsbedürftiger Alkoholkonsum festgestellt, werden Programmziele definiert – also entweder den Konsum zu verringern oder ganz mit dem Trinken aufzuhören. Die Teilnehmenden erhalten Aufgaben, Wissensfragen rund um das Thema Alkoholabhängigkeit und auch eine Statistik über den eigenen Konsum. Es gibt Feedback dazu, wenn selbst gesteckte Ziele nicht erreicht werden und Empfehlungen für weitere Schritte werden ausgesprochen.

„In den jährlichen Auswertungen können wir gut nachweisen, dass die Teilnehmenden Ihren Alkoholkonsum signifikant senken können. Im Vergleich zu vielen anderen Programmen ist die Haltquote in unserem besonders hoch“, sagt Schöneck. Die allgemeine deutsche Version des Programms wird pro Jahr von circa 150 000 Menschen angeklickt. Etwa 27 000 von ihnen führen einen Selbst-



Grafik: FCC

test durch. Bei circa 25 000 wird ein veränderungsbedürftiger Alkoholkonsum festgestellt, gut 3000 Personen führen im Anschluss das Training durch. Die Ärzteversion ist aufgrund der eingeschränkten Zielgruppe geringer nachgefragt: Jährlich klicken 1700 Personen das Programm an, etwa 120 von ihnen machen einen Selbsttest. Mehr als 60 Prozent der Resultate ergeben einen veränderungsbedürftigen Alkoholkonsum, in 20 Prozent der Fälle sogar eine Alkoholabhängigkeit. 30 bis 40 Personen pro Jahr nehmen anschließend am Selbsthilfe-Programm teil.

Mehr Informationen zur kostenlosen Teilnahme des Programms und die Möglichkeit zum Selbsttest unter: <http://www.aerzteselbsthilfealkohol.de/Portal>

Kraftquelle Kollegengespräch

Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben!

Ob anonym am Telefon oder im persönlichen Gespräch mit einer bekannten Person – der psychosozialen Unterstützung (PSU) wird eine wichtige Rolle zugeschrieben, wenn es um die Stärkung der psychischen Gesundheit von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen geht. Sei es, um deren Sicherheit im Alltag zu fördern oder nach einem Ereignisfall gesundheitliche Folgeschäden zu vermeiden. Gerade im kollegialen Umfeld kann psychosoziale Unterstützung die Hürden senken, über Probleme zu sprechen und Hilfe zu suchen. Einzelpersonen, Initiativen und Gesundheitseinrichtungen versuchen, individuelle Lösungen zu finden, ein einheitliches Vorgehen gibt es nicht. Der Verein PSU-Akut setzt sich auf verschiedenen Wegen dafür ein, dass PSU im Gesundheitswesen in Zukunft zur Normalität gehören soll.

„Vielen Dank, dass Sie mir zugehört haben“ – diesen Satz hört Manuela Friesdorf immer wieder. Von Kolleginnen und Kollegen, die ihr, obwohl sie sich noch nie begegnet sind, am Telefon ihr Herz ausschütten, Probleme aus dem Berufsalltag berichten oder von schwerwiegenden Zwischenfällen erzählen, die ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen. Manuela Friesdorf freut sich darüber, denn es zeigt ihr, dass es wichtig ist, was sie macht. Die Fachkrankenschwester für Notfallpflege in leitender Funktion hat das Projekt EMPTY mitbegründet. EMPTY, das steht für Emergency Medicine Problem Talk der YoungDGINA, der Interessenvertretung der jungen Notfallmedizin innerhalb der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin.

Ins Leben gerufen wurde EMPTY, weil im Klinikalltag der Austausch im Kollegenkreis oftmals viel zu kurz kommt. „Keiner hört mir zu“, war der Anspruch eines Kollegen, der vor Jahren aus Frustration aus dem Beruf ausgestiegen ist. Dieses Gefühl ist bei medizinischem Personal keine Seltenheit. Deshalb wollte Manuela Friesdorf gemeinsam mit drei Ärztinnen und einem Arzt etwas unternehmen, um gerade jungen Kollegen aus Pflege und Ärzteschaft ein offenes Ohr und damit kollegialen Rückhalt zu geben. „Wir wollen uns mit dem Projekt zur Verfügung stellen, weil wir schon länger im Beruf tätig sind. Wir haben vielleicht deshalb Möglichkeiten, jemanden aufzufangen und ihm zu sagen, dass es völlig normal ist, wenn man eine belastende Situation nicht so schnell verarbeiten kann. Dass alles wieder besser wird und es nur wichtig ist, darüber zu reden“, sagt sie.

Hilfe zu suchen, wird oft als Schwäche empfunden

Gerade in der Notfallmedizin gebe es viele belastende Situationen. Manuela Friesdorf hat in ihrem Ehrenamt aber die Erfahrung gemacht, dass es vielen schwerfällt, darüber zu reden und sich einzugestehen, dass es einen mitnimmt. Hilfe zu suchen wird oft als Schwäche empfunden. Die Reaktion von Kollegen und Führungskräften wird gescheut, die oft genug noch lautet: Dann ist die Notaufnahme wohl nicht das geeignete Arbeitsumfeld für dich. „Ich habe 1993 mein Examen abgelegt, dieser Satz zieht sich durch die ganzen Jahre. Es wird zwar seltener, aber ich finde, das muss aufhören. Warum darf ich nicht sagen, dass es mir nicht gutgeht? Das Recht dazu hat jeder. Aber ich glaube, es ist noch ein langer Weg,

bis es auch in der Klinik zur Normalität gehört. Deshalb finde ich Unterstützungsangebote so wichtig“, sagt Manuela Friesdorf mit Nachdruck.

Damit sie und die anderen Mitstreiter vom EMPTY-Projekt auch dafür gewappnet sind, auf Sorgen und Ängste von Kollegen am Telefon angemessen reagieren zu können, haben sie sich beim Münchener Verein PSU-Akut zu Peers ausbilden lassen. Peers, das sind Personen, die in psychosozialer Unterstützung geschult sind. Das heißt, sie können am Telefon Beistand leisten oder in einem persönlichen Einzel- oder auch Gruppengespräch vor Ort. Die Idee, die 2013 zur Gründung von PSU-Akut geführt hat, war, Gesprächsangebote nach schwerwiegenden Ereignissen zu ermöglichen. Denn während bei Polizei oder Rettungsdienst verschiedene Anlaufstellen existieren, die nach traumatischen Ereignissen Hilfe bieten, gibt es das für Ärzte, die beispielsweise einen Patienten verloren haben, nicht.

Mittlerweile ist auch die chronische Überlastung des Gesundheitssystems ein wesentliches Thema, wie Dr. Dominik Hinzmann, ehrenamtlicher Vorstandsvorsitzender des Vereins, erläutert. Der Personalmangel hinterlasse Spuren und die Beschäftigten arbeiteten über ihre Kapazitäten hinaus. Eine Lage, aus der es aktuell kaum einen Ausweg gebe. „Wir sind so erzogen worden, dass das System am Laufen gehalten werden muss. Es würde niemand seine Praxis zusperren, weil es nicht mehr geht. Keine Klinik würde die Türen verschließen, weil kein Personal mehr vorhanden ist. Wir versuchen, alles trotzdem zu bewerkstelligen. Und das macht unsere Berufsgruppe wahnsinnig anfällig“, sagt Hinzmann.

Das Übertreten der persönlichen Grenzen, die ständige Arbeit am Anschlag fordert seinen Tribut. Wenn dann noch belastende Ereignisse geschehen, machen viele Betroffene die Erfahrung, damit alleingelassen zu werden. Mit der Helpline will PSU-Akut dort aushelfen. Weil viele Hilfesuchende sich einen Gesprächspartner mit einem vergleichbaren Berufs- und Erfahrungshintergrund wünschen, trägt der Verein dafür Sorge, dass aus allen Berufsgruppen des Gesundheitswesens ehrenamtliche Helfer am Telefon zur Verfügung stehen. Damit Gespräche auf Augenhöhe möglich sind und nicht erst der Beruf und die damit verbundenen Herausforderungen erklärt werden müssen. „Uns ist wichtig, dass sich der Hausarzt



Dr. Dominik Hinzmann:

„Wir sind so erzogen worden, dass das System am Laufen gehalten werden muss. Es würde niemand seine Praxis zusperren, weil es nicht mehr geht. Keine Klinik würde die Türen verschließen, weil kein Personal mehr vorhanden ist. Wir versuchen, alles trotzdem zu bewerkstelligen. Und das macht unsere Berufsgruppe wahnsinnig anfällig.“



Grafik: HAPPY-LUCKY

genauso gut angesprochen fühlt wie die MFA, die Pflegekraft, die Altenpflege und auch der Arzt in der Klinik“, sagt Hinzmann.

Jeden Tag von 9 bis 21 Uhr kann über die Helpline angerufen werden. In 70 Prozent der Fälle sei ein Telefongespräch bereits ausreichend, um die aktuelle Krise zu bewältigen. Manchmal seien Zweit- oder auch Drittkontakte mit demselben Peer notwendig. In seltenen Fällen ist die betroffene Person allerdings mental so sehr belastet, dass sie direkt in die psychotherapeutische Sprechstunde weitervermittelt wird, um ihr dort professionelle Hilfe zukommen zu lassen. Das alles kommt gut an. Gerade durch die Corona-Pandemie ist der Bedarf an diesem Angebot über alle Berufsgruppen hinweg gestiegen. Weiterhin bietet PSU-Akut auch Führungskräfteberatungen an, wie das Peer-Support-System, also die Unterstützung durch geschulte Kollegen, in der eigenen Einrichtung etabliert werden kann. Außerdem besteht die Möglichkeit, nach belastenden Ereignissen eine Nachbesprechung für die Praxis oder die Klinikabteilung in Form einer Gruppenintervention zu organisieren.

Mit den Kostenträgern im Gespräch

Für all das erhält PSU-Akut durch das Gesundheitsministerium, Ärzteverbände, die Bayerische Landesärztekammer und die Vereinigung der Pflegenden in Bayern großen Zuspruch. Trotzdem ist die Finanzierung im zunehmend kostenorientierten Gesundheitssystem noch immer nicht gesichert und muss über Drittmittel eingeholt werden. Der Hauptteil der bisherigen Fördermittel beschränkt sich zudem aktuell auf Bayern. Dabei wird die Helpline bereits bundesweit genutzt. Und wenn es nach Dominik Hinzmann geht, sollte es eine bundesweite Koordinierung von PSU-Maßnahmen geben. Die Finanzierung sollte dabei von mehreren Säulen getragen werden – nicht nur Arbeitgeber, sondern auch Politik, Kostenträger, Fachgesellschaften und Verbände sollten sich des Themas annehmen. „Wenn man nach London schaut, ist dort Resilienz- und Mitarbeiterförderung ein Baustein des Gesetzes. In Deutschland ist das Höchste, das wir vorangetrieben haben, dass auf mehreren deutschen Ärztetagen Anträge für die ärztliche Selbstfürsorge verabschiedet wurden. Aber es ist eben nicht so, dass wir bei den Kostenträgern das einfordern können, was unter anderem im Genfer Gelöbnis verankert ist. Da sind wir jetzt dabei – wir sind mit den Kostenträgern im Gespräch“, erklärt Hinzmann.

PSU-Akut begleitet seine Arbeit rund um kollegiale psychosoziale Unterstützung wissenschaftlich, um deren Wirksamkeit zu überprüfen. Es sei natürlich schwer, einen ökonomischen Nutzen von Peer-Support-Projekten in Einrichtungen nachzuweisen, also dass dadurch beispielsweise Krankentage des medizinischen Personals



reduziert werden könnten. Aber die Studien zeigen, dass Beschäftigte es als etwas Positives wahrnehmen, dass es ihnen guttut, wenn in ihrer eigenen Einrichtung ein solches Angebot besteht. Es wird als Wertschätzung des Arbeitgebers wahrgenommen, dass dieser sich kümmert, falls es ihnen berufsbedingt nicht gut geht. „Wir können auch auf den Subskalen viel zeigen: Die Belastungsfähigkeit, die Resilienz der Mitarbeitenden geht nach oben und damit natürlich auch die Arbeitskraft“, sagt Hinzmann. Momentan lassen MVZs oder kleinere Kliniken bei PSU-Akut häufiger Peers ausbilden als große Kliniken. Deshalb sticht ein PSU-Peer-Projekt besonders heraus: Am Universitätsklinikum Augsburg wird derzeit im großen Umfang ein kollegiales Unterstützungsnetzwerk aufgebaut.

Das Kooperationsprojekt mit der AOK ist im Oktober 2021 gestartet und wurde von Manuela Ohmer-Kluge initiiert, die Koordinatorin für Betriebliches Gesundheitsmanagement am Haus ist und das Projekt leitet. Sie hatte sich mit Antritt ihrer Stelle im vergangenen Jahr gefragt, welche Maßnahmen getroffen werden könnten, um die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden weiter zu stärken. Es gab zwar bereits eine Stelle für Beratung, Coaching und für psychosoziale Unterstützung, doch war dieses Angebot nicht berufsgruppenspezifisch. Zum damaligen Zeitpunkt wurden PSU-Akut-Gruppeninterventionen im Klinikum durchgeführt und es hatten sich auf Initiative eines Oberarztes vier Mitarbeitende zu Peers ausbilden lassen. „Wir haben gesagt, dass wir viel mehr dieser Peers brauchen. Wir sind ein großes Haus, wir haben knapp 7000 Mitarbeiter. Und im klinischen Setting kommt es tagtäglich



Hilfe am Telefon

Das Projekt EMPTYP ist jeden Montag zwischen 16 und 19 Uhr unter 0171 1274658 erreichbar. Außerhalb der Telefonsprechstunde kann eine E-Mail an empty@dgina.de geschickt werden. Die ehrenamtlichen Mitglieder des EMPTYP-Projekts sind ebenfalls bei der PSU Helpline eingebunden. Die Helpline des Vereins PSU-Akut ist jeden Tag zwischen 9 bis 21 Uhr unter 0800 0 911 912 erreichbar. Die Telefonberatung ist kostenfrei.

zu Akutsituationen oder Zwischenfällen, wo sich einfach ein Gesprächsbedarf entwickeln kann“, sagt Ohmer-Kluge. „Ich sehe den Peer-Support als Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und die Peers als fest integrierte und wichtige Akteure.“

Auf lange Sicht soll es 100 Peers am Haus geben

Mitarbeitergesundheit ist auch immer Patientengesundheit, findet die stellvertretende Projektleiterin Ursula Hahn-Seidl. Oft komme aber auch die Frage auf, ob Helfer, die über ihre Not sprechen, dann überhaupt noch so gut arbeiten könnten. „Ich glaube, gerade dann können sie besonders gut helfen, weil sie dadurch schwierige Situationen auch verarbeiten können. Wir sind dabei, einen Kulturwandel in unserem Haus zu vollziehen. Die Peers helfen dabei ungemein“, erklärt Hahn-Seidl. Mit PSU-Akut wurde daher ein passendes Konzept erarbeitet, das in den drei Jahren Projektlaufzeit umgesetzt wird. Auf lange Sicht soll es 100 Peers am Haus geben, die für die jeweiligen Fachbereiche – Ärzteschaft, Pflegekräfte, Ver-

waltungsbereich, Therapeuten und weitere Berufsgruppen – für ihre Kollegen als Ansprechpartner zur Verfügung stehen sollen. Bislang sind bereits 42 Peers im Einsatz.

„Es gehört natürlich mehr dazu, als nur die Ausbildung zum Peer, gerade in einem so großen Haus wie unserem, damit unser Projekt auch wirklich tief verwurzelt ist und bis in die Spitze gelebt wird“, erzählt Ohmer-Kluge. Deshalb erarbeiten sie eine Peer-Support-Struktur, die klar kommuniziert wird: Die PSU-ausgebildeten Kolleginnen und Kollegen leisten ihre Zusatzaufgabe in der Dienstzeit. Wenn es zu einem Peer-Einsatz kommt, dann darf der Peer auch gehen. Führungskräfte werden also mitgenommen, gleichzeitig erhalten die Peers selbst auch Unterstützung und Supervisionsangebote.

Eine der Augsburgsburger Peers ist Rosemarie Ahnert, Oberärztin in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Im Juli hat sie den letzten Ausbildungskurs abgeschlossen und mittlerweile bereits erste Gespräche geführt. Mit einer Kollegin hat sie sogar noch in der Situation, in der diese sich überfordert gefühlt hatte, geredet. „Es hat ihr geholfen, dass eine unbeteiligte Person das Ganze von außen einschätzen und beim weiteren Vorgehen beraten konnte.“ Das Konzept der Peer-Gespräche findet Rosemarie Ahnert hilfreich: „Ich glaube, dass die Hemmschwelle dadurch deutlich geringer ist. Es geht schließlich darum, dass ich im Gespräch klar sagen kann: ‚Ja ich weiß, was du meinst‘. Und entsprechend gezielt nachfragen kann. Ich bin vom Fach und kann die Problematik nachvollziehen, das wissen alle.“ Selbst hat sie noch keins solcher Gespräche in Anspruch nehmen müssen, doch rückblickend sagt sie: „Ich kann mich schon an Szenen von früher als Assistenzärztin erinnern, wo ich denke, dass es mir gutgetan hätte. Aber ich habe damals weder das Gespräch gesucht noch wurde es mir angeboten.“



Grafik: Simple Line

Verein Blaupause

Zirkeltraining für die Psyche

Der Verein Blaupause kümmert sich um die Belange rund um die mentale Gesundheit von Auszubildenden, Studierenden und jungen Berufstätigen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens. Warum auch der Nachhauseweg schon zur Achtsamkeitsübung werden kann und wie bereits im Medizinstudium Grundsteine für mehr Resilienz im späteren Berufsleben gelegt werden können, davon berichtet Vorstandsmitglied Eva Kuhn.

Worum geht es bei Blaupause? Wir wollen Veränderungen bewirken, ausgehend von unseren eigenen Erfahrungen, aber auch auf Grundlage unserer Vorstellungen von einem idealen Gesundheitswesen. Wir fokussieren uns auf die mentale Gesundheit von Studierenden und jungen Berufstätigen, wollen auf das Thema aufmerksam machen und Methoden anbieten, auf die eigenen Ressourcen zu achten und das mentale Wohlbefinden bewusst zu verbessern. Resilienzstärkung, Achtsamkeit und Prävention – wir sehen, dass dies im Berufsalltag sträflich vernachlässigt wird. Auch, wenn die Pandemie diese Themen mittlerweile in den Vordergrund gerückt hat.

Warum war die stärkere Berücksichtigung von mentaler Gesundheit im Gesundheitswesen bereits zur Vereinsgründung ein zentraler Anliegen? Es ist etwas, das schon im Studium ein Thema ist. Es bringt einen zum Nachdenken, dass Suizide unter Medizinstudierenden relativ häufig vorkommen. Auch sind einige unserer Vereinsmitglieder von einer psychischen Erkrankung betroffen. Bereits im Studium kommt eine gewisse Stigmatisierung durch andere vor, mit Sätzen wie: ‚Kannst du dann überhaupt eine gute Ärztin, ein guter Arzt sein?‘. Hier wollen wir sensibilisieren. Denn für die Betroffenen ist das sehr problematisch.

Sie haben gesagt, dass auch Aufklärung ein großes Vereinsziel ist. Wo setzen Sie an, um Ihre Zielgruppe zu erreichen? Ein Schwerpunkt liegt auf der Lehre. Unsere Lehrveranstaltung bieten wir als Wahlfach an der Universität Heidelberg für Medizinstudierende an, sie heißt PSYrcle. Das ist wie ein Zirkeltraining für die Psyche. Zum einen stellen wir Verhaltensprävention vor: Welche Bedeutung hat guter Schlaf und warum ist der gerade eine Herausforderung im Arztberuf? Auch Ernährungstipps und Aspekte der Achtsamkeit kommen vor. Genauso: Wie kann ich während der Visite ein kleines Sportprogramm einbauen, ohne dass die Chefärztin das mitbekommt? Es geht darum, wie ich mich schon im Medizinstudium, aber auch später während des Arztberufes gesunderhalten kann und dass ich mir einen kleinen Notfallkoffer packe. Damit ich vorbereitet bin, falls ich merke, dass ich schlecht schlafe, meine Ernährung einseitig ist oder ich ständig Bauchweh habe. Eine weitere Komponente des Wahlfachs ist, sprachfähig zu sein oder zu werden, wenn es um psychische Belastungen geht.

Was meinen Sie damit? Der Systemdruck, der auf einem lastet, spielt gerade in der Assistenzzeit eine große Rolle. Mit Sprachfähig-

Eva Kuhn hat Theologie und Jura studiert. Sie ist Mitglied der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn und arbeitet am Universitätsklinikum Bonn als Studiengangskordinatorin für Global Health tätig. Als Gründungsmitglied rief sie 2018 den Verein Blaupause – Initiative für mentale Gesundheit im Gesundheitswesen e.V. mit ins Leben. In diesem engagieren sich Auszubildende, Studierende und junge Berufstätige unter anderem für die Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen sowie für Veränderungen hin zu einem resilienten Gesundheitswesen.



keit meinen wir, sich gegenüber Kommilitoninnen und Patienten, später gegenüber dem Arbeitgeber zu behaupten: Das ist meine Grenze. Es ist wichtig, das rechtzeitig einzuüben. Was ich in der Lehre als sehr bereichernd empfinde, ist, die eigenen Erfahrungen einzubringen und zu sagen: Ich habe Depressionen und Angststörungen und so nehme ich es wahr, wenn Ärztinnen gestresst sind oder Ärzte mich stigmatisieren. Unser Wahlfach kommt gut an. Die Evaluation läuft noch, aber was bereits gesagt werden kann: In diesem Wintersemester haben alle Studierenden angegeben, dass sie unser Wahlfach belegen möchten.

Und später im Berufsleben – welche Tipps haben Sie, trotz Arbeitsstress die mentale Gesundheit zu erhalten? Wir haben unter anderem Pocket Cards entwickelt. Das sind kleine Karten mit Tipps für verschiedene Situationen, die jeder kennt, der im Gesundheitsberuf arbeitet und die in jede Kittel- oder Kasacktasche passen. Auf der Vorderseite steht beispielsweise, dass man nach Dienstschluss nicht abschalten kann. Auf der Rückseite findet man dann den Tipp, auf dem Nachhauseweg alle weißen Autos zu zählen. Wir wollen mit kleinen Dingen erste Veränderungen anstoßen, die keine zusätzliche Zeit beanspruchen. Den Nachhauseweg haben wir alle sowieso, also kann ich dort auch eine Achtsamkeitsübung einbauen und darüber den Stress auf Arbeit hinter mir lassen.

VOICE-Studie soll Aufschluss geben

Psychische Belastung in der Pandemie?!

Die Corona-Pandemie stellt medizinisches Fachpersonal vor große Herausforderungen. Um diese bewältigen zu können, ist die psychische Gesundheit in allen Berufsgruppen des Gesundheitswesens von zentraler Bedeutung. In der webbasierten, longitudinalen VOICE-Studie, der bislang größten Studie dieser Art, wird deshalb untersucht, wie es um psychische Belastung, Arbeitsstress, Gesundheit und persönliche Ressourcen von medizinischem Personal während der Pandemie steht. Um die Beschäftigten im Gesundheitswesen vor mentalen Belastungen zu schützen und künftigen Krisen wie zum Beispiel weiteren Pandemien besser begegnen zu können, sollen die Ergebnisse der Umfragen als Grundlage für zielgerichtete Handlungsempfehlungen dienen.

Überfüllte Intensivstationen, erhöhtes Arbeitspensum, veränderte Arbeitsabläufe und wenig Kenntnis über das neue Virus – die Corona-Pandemie hat das Gesundheitswesen vor viele neue Herausforderungen gestellt. Welche Auswirkungen hatte das auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten? Um das herauszufinden, führte Prof. Dr. Yesim Erim, Leiterin der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen, beginnend mit der ersten Welle der Pandemie eine Online-Befragung durch. „Wir haben die Studie ‚VOICE‘ genannt, weil wir den Beschäftigten im Gesundheitswesen eine Stimme und eine Rückmeldung darüber geben wollten, wie es ihnen in der Pandemie geht“, erzählt sie. Die VOICE-Studie ist Teil des EViPan Unimed-Projekts, welches vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des nationalen Netzwerks Universitätsmedizin gefördert wurde. Es ist eine longitudinale, multizentrische Studie, an der die psychosomatischen Abteilungen der Universitätskliniken Erlangen, Bonn, Köln, Dresden und Ulm beteiligt sind.

Es wurde eine breite Stichprobe von verschiedenen Berufsgruppen des Gesundheitswesens erfasst, wobei die Fokusgruppen Pflegekräfte, Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten (MTA) und Ärztinnen und Ärzte waren. Damit Aspekte wie psychische Belastung und Resilienzfaktoren während der Corona-Pandemie ermittelt werden konnten, wurden Umfragen an vier Messzeitpunkten – Mitte April bis Anfang Juli 2020, Mitte November bis Anfang Januar 2021, Ende Mai bis Mitte Juli 2021 und Anfang Februar bis Anfang Mai 2022 – durchgeführt. Die Besonderheit: Im Vorfeld wurde Kontakt mit Personalräten und Klinikleitungen aufgenommen, um für die Studie die E-Mail-Verteiler beziehungsweise

Mitarbeiterportale der teilnehmenden Häuser nutzen zu können. Dadurch ist bekannt, wie viele Personen mit dem Aufruf der Studienteilnahme erreicht werden



Handlungsempfehlungen basierend auf longitudinalen Daten zur depressiven und Angstsymptomatik bei Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften

- Signifikanter Anstieg der Symptome in beiden Berufsgruppen: es sollte ein regelmäßiges Screening der Beschäftigten im Gesundheitswesen eingeführt werden
- Zu allen vier Messzeitpunkten signifikant höhere Ausprägung der Symptome in beiden Berufsgruppen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung: Etablierung von präventiven und psychosozialen Unterstützungsangeboten für das Gesundheitspersonal

konnten und wie viele von diesen letztendlich auch teilgenommen hatten. „Es gibt weltweit keine vergleichbare Studie. Es haben mehr als 23 000 Personen teilgenommen, das ist ein großer Erfolg“, sagt Erim.

Auswertung der Daten läuft noch

Die Auswertung der Daten läuft noch, bereits 14 Publikationen wurden veröffentlicht. Aufschlussreich war der Vergleich der drei Berufsgruppen Ärzte, Pflegekräfte und MTA nach dem ersten Messzeitpunkt. Die MTA wiesen die höchste Symptombelastungen bezüglich generalisierter Angst und Depression auf. Ärzte hatten im Vergleich die geringste depressive Symptomatik. Das schien vor allem auch diese Berufsgruppe selbst zu überraschen – nachdem sie die Ergebnisse der ersten Studie gesehen hatten, reagierten Medizinerinnen und Mediziner oft ungläubig. „Das kann doch nicht sein, wir sind doch mehr belastet“, habe sie oft gehört, erinnert sich Yesim Erim. Aber: „Das ist eine falsche Annahme. Was wir untersucht haben ist, wie Belastungen sich in der Psychologie des Menschen äußern. Da gibt es viele modellierende Faktoren, zum Beispiel Erfahrung oder Resilienz. Und wir sehen, dass hier die MTA mehr Symptome entwickelt haben.“ Depressive Symptome wurden bei 17,5 Prozent der 1061 teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten angegeben. Bei 1275 Pflegekräften lag dieser Wert bei 21,6 Prozent. Bei 1342 befragten MTAs gaben dies 23 Prozent an. Angstsymptome waren bei 17,8 Prozent der Ärztinnen und Ärzte vorhanden, bei 19 Prozent der Pflegekräfte sowie bei 20,1 Prozent der MTA.

Eine Erklärung dafür kann Dr. Eva Morawa, Erstautorin der Studie, geben. Die Umfrage bot mittels freien Textfeldes die Möglichkeit der Kommentierung. Darin war sinngemäß zu lesen: „Pflegekräfte bekommen Beifall, aber wir MTAs leisten auch wichtige Arbeit, werden aber nicht gesehen.“ Was sich in der ersten Studie ebenfalls zeigte ist, dass die psychische Belastung aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen deutlich höher ausfiel, als in der Allgemeinbevölkerung. Zudem erwies das Vertrauen zu den Kollegen über alle Berufsgruppen hinweg als ein wichtiger Faktor. Personen, die sich auf ihre Kollegen verlassen konnten, wiesen eine niedrigere depressive Symptomatik auf.

Wie hat sich die psychische Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten im Verlauf der Pandemie entwickelt? Für das Hartmannbund Magazin haben Yesim Erim und Eva Morawa die Studiendaten gezielt für diese Berufsgruppe angeschaut. Dafür wurden Personen berücksichtigt, die an mindestens zwei Messzeitpunkten an der Umfrage teilgenommen haben. Das waren insgesamt 363. „Wir stellen fest, dass im Vergleich mit der deutschen Normstichprobe die Ärztinnen und Ärzte zu allen vier Messzeitpunkten signifikant hö-



Risikofaktoren für psychische Symptome (Depressivität, generalisierte Angst, PTBS, emotionale Erschöpfung) während der Pandemie und Handlungsempfehlungen

- Unzureichende Erholung in der Freizeit: Bedeutung der Erholung sollte durch Psychoedukation stärker akzentuiert werden, stärkere Überwachung der Überstunden
- Vermehrter Alkoholkonsum: Suchtpotential der Beschäftigten im Gesundheitswesen sollte regelmäßig gescreent und Unterstützungsangebote etabliert werden
- Unzureichender Verlass auf Kolleginnen und Kollegen bei der Arbeit: Gruppengespräche und regelmäßig teamstärkende Maßnahmen sollten eingeführt beziehungsweise ausgebaut werden
- Angst, sich zu infizieren: Hygienekonzepte sollten deutlicher kommuniziert werden
- Maßnahmen der Klinik: Maßnahmen zum Schutz der Mitarbeitenden sollten deutlicher bekanntgemacht werden
- Beruf: MTAs sind höher belastet als Ärztinnen und Ärzte
- Geringe soziale Unterstützung
- Geringes Kohärenzgefühl: resilienzfördernde Maßnahmen sollten eingeführt beziehungsweise stärker beachtet werden
- Traumatisierende Kindheitserlebnisse: adäquate Unterstützungsangebote sollten leicht zugänglich gemacht werden, um dysfunktionales Coping wie Alkoholkonsum zu verhindern

here Ausprägung depressiver Symptome aufweisen“, sagt Eva Morawa. Im zeitlichen Verlauf wurden zwei Haupteffekte untersucht: Beim Haupteffekt der Zeit ergibt sich ein signifikanter Unterschied der späteren Messzeitpunkte zum ersten Messzeitpunkt. Das heißt, zum Zeitpunkt der dritten und vierten Umfrage gab es im Vergleich zum Beginn der Studie eine gravierende Zunahme der depressiven Symptomatik. Es zeigt sich eine kumulative Entwicklung der psychischen Belastung und auch eine andauernde Belastung während der Pandemie. Beim Haupteffekt des Geschlechts treten keine signifikanten Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten auf. In Medienberichten während der Pandemie wurde häufig thematisiert, dass Frauen eine zusätzliche Belastung durch die Kinderbetreuung erfahren würden – das war im klinischen Alltag nach Auswertung der Datenlage so nicht zu belegen. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied zeigte sich allerdings hinsichtlich der Angstsymptomatik: Ärztinnen weisen hier höhere Werte als Ärzte auf. Die Gründe für diese Ergebnisse werden aktuell noch ermittelt.

Bilanz zwischen Anerkennung und Belastung

Ein weiterer Punkt, der bei den Ärzten betrachtet wurde, ist die Bilanz zwischen Anerkennung und Belastung. Herrscht bei Arbeitnehmern zwischen Anerkennung und Belastung ein Ungleichgewicht, fühlen sie sich für ihre Tätigkeit also nicht ausreichend wertgeschätzt, führt das zu Problemen. Die Betroffenen können dadurch Stress empfinden und eine depressive Symptomatik entwickeln. Die Datenauswertung zeigt: Im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt gibt es zu allen weiteren Messzeitpunkten einen deutlichen Anstieg im Bereich der Anstrengung, wobei keine geschlechtsspezifischen Unterschiede vorkommen. Gleichzeitig ist aber keine Erhöhung bei der Belohnung erkennbar, dies ist auch bei beiden Geschlechtern gleich. Es ergibt sich also

ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung, das im zeitlichen Verlauf größer wird. Gegenüber dem Wert des ersten Messzeitpunkts, der für Ärztinnen und Ärzte insgesamt bei gut 40 Prozent liegt, ist der Wert zum zweiten (knapp 57 Prozent) und zum vierten Messzeitpunkt (rund 62 Prozent) deutlich angestiegen.

Welche Handlungsempfehlungen ergeben sich nun aus den bisherigen Studienergebnissen? Bislang lag der Fokus bei der Auswertung hauptsächlich auf der Berufsgruppe der Pflegekräfte. Aufgrund der Arbeitsbedingungen, die durch fehlende Anerkennung und Erholung gekennzeichnet ist, äußern immer mehr Pflegekräfte einen Kündigungswunsch. Jede fünfte Person im Pflegebereich gibt den Wunsch an, den Beruf aufzugeben. Viele haben zudem die Absicht, ihre Arbeitszeit zu reduzieren, acht Prozent haben dies bereits getan. Aus diesem Grund wurde analysiert, welche Schutz- und Risikofaktoren es gibt. Was vor dieser Entwicklung schützen könnte, ist eine höhere Belohnung für die geleistete Arbeit. Dazu zählen beispielsweise Aufstiegschancen oder die Anerkennung durch Vorgesetzte. Bei Personen, die als Teilzeitkräfte angestellt waren, Abteilungswechsel und somit einen neuen Kollegenkreis mit bisweilen auch neuen Tätigkeitsfeldern erlebt hatten sowie bei Personen mit höherer Depressivität wurde der Kündigungswunsch häufiger angegeben. Für Ärzte gab es in dieser Hinsicht keine spezifische Auswertung, eine ähnliche Entwicklung sei aber denkbar. Als kurzfristige Handlungsempfehlung, um die Situation für Pflegekräfte und vermutlich auch für die Ärzteschaft zu verbessern, gibt Yesim Erim mehr Zeit und Austausch innerhalb der Teams an. Da sich gezeigt hat, welche Bedeutung eine intakte Beziehung zu Kolleginnen und Kollegen für die psychische Gesundheit hat, sollte dies im Klinikalltag mehr berücksichtigt werden. Auf lange Sicht hilft für Yesim Erim aber nur eins: „Das Wichtigste ist die Einstellungs- und Ausbildungspolitik.“



Digitalisierung und Standardisierung im Fokus

Das Streben nach qualitativ hochwertiger Versorgung

Prof. Dr. Mandy Mangler liegen viele Themen am Herzen – die Gleichberechtigung in der Medizin, die Digitalisierung im Gesundheitswesen und die damit einhergehende Optimierung von Arbeitsprozessen, flexible Arbeitszeitmodelle etc. Vor allem aber stellt sie die Patientinnen in den Mittelpunkt. Für ihre innovative Aufklärung zur Gesundheit von Frauen und Mädchen im Rahmen eines Podcasts hat die Chefarztin der Gynäkologie und Geburtsmedizin im Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum und der Gynäkologie in Neukölln vor kurzem den Berliner Frauenpreis erhalten.

Ohne Sport startet sie nur ungern in den Tag. Schon gegen 6 Uhr trifft Prof. Mangler in ihrer Klinik im Berliner Stadtteil Schöneberg ein. Nach einer Joggingrunde geht es dann sofort an den Schreibtisch – Büroarbeit, Besprechungen, OPs und Sprechstunden. Ihr Tag ist streng durchgetaktet und das muss auch so sein, denn schließlich kümmert sie sich nicht nur um die Patientinnen hier vor Ort, sondern teilt sich die Chefarztstelle der Neuköllner Gynäkologie mit ihrer Kollegin PD Dr. med. Małgorzata Lanowska. Dass das gut klappt, hat sicherlich damit zu tun, dass sich die beiden schon ihr gesamtes Berufsleben über kennen, vertraut sind. „Der Austausch ist wichtig, allein wollte ich keine Klinik betreten. Mit Frau Lanowska habe ich schon lange vorher zusammengearbeitet und wir sind zudem befreundet. Das Konzept Jobsharing ist für uns ideal“, so Mangler. „Der Vorteil: Zwei Menschen haben eine ganz andere Durchschlagskraft als Einer. Wir kommen im Dialog viel schneller zu Einschätzungen und Ergebnissen, das ist effizienter.“ Die Zusammenarbeit stehe unter dem Zeichen der Weiterentwicklung, voneinander zu lernen und neue Ansätze zu finden. Aus diesem Grund hätte ihr persönlich die Übernahme einer zweiten Klinik-Vollzeitstelle keinen Anreiz geboten. Ein weiteres Erfolgsrezept sei die Standardisierung. So übernimmt Mangler Bewährtes und spart auf der anderen Seite Abläufe aus, die sich in ihrem bisherigen Arbeitsalltag als wenig sinnvoll erwiesen haben.

Modernisierung der Frauenheilkunde

„Ich habe zudem eine Vision von der Frauenheilkunde und möchte meine Ideen möglichst weitreichend umsetzen.“ Bisher sei die Frauenheilkunde leider noch zu konservativ und habe nur wenig mit den Ansprüchen einer Frau in der heutigen Zeit zu tun – von Seiten der Patientin und von Seiten des Behandlers, hier müsse viel bewegt werden. Ihre männlichen Kollegen würden ebenfalls manchmal an den verkrusteten Strukturen verzweifeln. „Das ist in der Vergangenheit begründet, die sehr männlich dominiert war. Damals wurden Spielregeln aufgestellt, an denen wir jetzt scheitern.“ Deshalb wünsche sie sich noch mehr Menschen, die diesen inklusiven Gedanken leben. In der Gynäkologie seien zudem etwa 70 Prozent Frauen tätig. In Klinik-Führungsriegen finde man hingegen nur wenige – insbesondere bemerkenswert im Vergleich zur hohen Frauenrate im Assistenz- und Fachärzte-Bereich.

Mutterschutz: Ärztinnen wollen selbstbestimmt arbeiten

Auch das Thema Mutterschutz bzw. Mutterschutzgesetz treibt sie herum. Der Deutsche Ärztinnenbund e. V. hat Manglers Klinik

als Positivbeispiel mit einem Online-Siegel gewürdigt. Während viele Vorgesetzte sofort Beschäftigungsverbote für schwangere Ärztinnen aussprechen, setzt Mangler auf Dialog. „Ich versuche jede Schwangere individuell zu betrachten. Alles ist möglich, sie kann weiterarbeiten wie bisher, die Fachärztinnen-Ausbildung vorantreiben oder sie kann gewisse, riskante Tätigkeiten vermeiden.“ Schwer fällt es ihr, Beschäftigungsverbote zu thematisieren. Aber diese Entscheidung stelle sie den Kolleginnen ebenso frei. Und wie sind Ihre Erfahrungen? „Es ist eher so, dass Ärztinnen selbstbestimmt arbeiten wollen. Gerade als Gynäkologin weißt du ganz genau, worauf du achten musst. Ich finde es bizarr, dass man bei diesem Thema bevormundet wird, wo man originär eine extrem gute Expertise hat.“ Die 44-jährige Chefarztin selbst stemmt ihren Alltag übrigens mit fünf Kindern zwischen vier und 14 Jahren, natürlich gleichberechtigt mit ihrem Mann. Eine Selbstverständlichkeit, über die sie nicht viele Worte verliert.

Arbeitsprozesse optimieren, Digitalisierung voranbringen

Nicht nur aus diesem Grund, spielt für sie die Optimierung von Arbeitsprozessen eine große Rolle. „Im Gesundheitswesen ist das die einzige Chance klarzukommen.“ Als Mangler 2016 zum Beispiel ihre erste Chefarztstelle angetreten hat, gab es keinen Computer in ihrem zukünftigen Büro. Ihr Vorgänger hat sich unter anderem die E-Mails noch von der Sekretärin ausdrucken lassen. Seitdem hat sich viel verändert.

Mit dem Gewinn eines Wettbewerbs ergab sich die Chance die Klinik „durchzudigitalisieren“. So rollt seit 2019 der sogenannte „Double Robot“ – ein Mini-Segway mit aufmontiertem Tablet – durch die Flure der Gynäkologie. „Wir sagen Roboter, obwohl es gar kein Roboter ist, sondern Computer-assistierte Technologie. Der macht nur Dinge, die Menschen ihm sagen.“ Wenn Mangler auswärts ist, wählt sie sich kurzerhand auf das Tablet ein und steuert zur Visite von Zimmer zu Zimmer. „Man braucht nur jemand, der die Tür öffnet. Das ist das Einzige, was ich nicht kann.“ Ihr Kamerabild wird auf dem Tablet übertragen und sie kann sich mit den Patientinnen austauschen. Das Feedback sei bisher besser als erwartet, auch ältere Menschen kämen gut damit klar. Um ein klares Fazit zu ziehen, wurde eine Studie zum „Double Robot“ angelegt, die Daten werden derzeit ausgewertet.

Weitere Ideen sind in der Pipeline, dazu gehören laut Mangler den ersten Anschein nach „banale Sachen“, wie die Digitalisierung von Kurven. „Aktuell liegt auf jeder Station ein ‚Papier-Ding‘, wo man hinlaufen muss, um ein Medikament anzuordnen oder nachzu-

Wenn sie nicht vor Ort sein kann, kommt bei Prof. Dr. Mandy Mangler der „Double Robot“ zum Einsatz. Gutes Feedback gibt es auch von älteren Patientinnen.



lesen, wie hoch der Blutdruck ist.“ In 95 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland laufe es so. „Das ist total absurd. Es klingt vielleicht nicht so spektakulär, aber wenn man diese Dokumentation digitalisiert, wäre es sehr hilfreich für unseren Alltag.“ Per Computer könne man so kurzerhand auf die Daten zugreifen und Anordnungen vornehmen, Nachdokumentieren etc.

Derzeit lese sie ein Buch über Lean Management, welches sie inspiriere. Unter dem Begriff wird die Gesamtheit der Denkprinzipien, Methoden und Verfahrensweisen zur effizienten Gestaltung der Wertschöpfungskette bezeichnet. „Alles was wir irgendwie optimieren können, müssen wir optimieren, weil wir keine Leute mehr haben“, dies ginge nur mit Hilfe von digitalen Strukturen. „Mein Traum wäre, dass die Krankenhäuser die ich leite stark standardisiert und strukturiert sind. Dass das, was wir tun, jedes Mal richtig und gut ist, qualitativ hochwertig. Das klingt einfach, aber ist es halt nicht so im Alltag, leider. Da wird viel zu viel Unnützlich dokumentiert.“

Versorgung aus der Perspektive der Patienten denken

Damit fehle die Zeit für die Patienten, die ganze Gesundheitsversorgung müsse außerdem vielmehr aus dessen Blickwinkel gedacht werden. „Aktuell denken wir das Krankenhaus aus der Perspektive der Menschen, die dort arbeiten: Die Patientin muss zur Sprechstunde kommen, dort muss sie warten, dann muss sie zum Nächsten laufen, dort muss sie wieder warten, dann liegt sie im Bett, dann ist sie zwölf Stunden nicht informiert, was bei der OP rauskam, weil die Ärztin ja nicht da ist, weil sie erst am nächsten Morgen wiederkommt usw.“

Dies seien lauter „Brüche“. Alles sollte im Fluss sein: Die Patientin kommt, jemand betreut sie, sie geht weiter, der nächste Mensch kommt, betreut sie, dann wird ihr Blut abgenommen. Die Patientin müsse das Gefühl haben, dass sie Teil eines qualitativ hochwertigen

Prozesses sei, sie sich zudem gut informiert fühle. „Das wäre toll, wenn wir das schaffen könnten, Krankenhäuser so zu ‚twisten‘, dass sie nicht mehr so Moloch sind, wo die Patienten mit ihrer Existenz die Arbeitsabläufe stören, weil unsere Arbeitsabläufe zwar aufeinander abgestimmt sind, aber nicht auf die Patienten.“

Zugleich achtet Mangler auf das Wohlbefinden ihrer Mitarbeiter. Überstunden kommen in ihrer Klinik nicht vor. Ein langer Prozess, der sich über Jahre hingezogen hat. Immer wieder hat sie sich mit ihrem Team zusammengesetzt, um Arbeitsabläufe effizienter zu gestalten. Problematisch sei sicherlich, dass jeder Arzt, jede Ärztin anders arbeite und am Ende ein „sortiertes Chaos“ entstehe. Dem wirke sie so gut sie könne entgegen. „Ich bin großer Fan davon, dass man sich an die eigene ‚Nase fasst‘ und schaut, wie man selbst die Strukturen noch verändern kann.“ Mit Kopfschütteln denke sie selbst an ihre ersten Schritte als Ärztin zurück. „Ich war permanent im Krankenhaus. Das war wie Gefängnis, wir haben tagelang durchgearbeitet. Die Bedingungen haben sich zum Glück verändert.“ Sie würden heutzutage Jedem raten, nicht in einer Klinik zu arbeiten, wo regelmäßig Überstunden anfallen.

Dass sie in der Öffentlichkeit so bekannt ist, ist dem „Gyncast“ des Tagesspiegels zu danken. Eigentlich hatte Mangler nur schlichte Patienten-Informationstools im Sinn. Kleine Audio-Dateien, um Patientinnen ihrer Klinik über Krankheiten zu informieren. Inzwischen klärt sie regelmäßig junge Mädchen und Frauen auf und macht sich stark für Themen, die bisher nicht im Fokus standen. Für ihr Engagement wurde sie kürzlich mit dem Berliner Frauenpreis ausgezeichnet. „Es ist wichtig, gesellschaftspolitisch zu wirken, die Frauen zu unterstützen in ihrer Karriere, Bildung und medizinisch als Patientinnen. Das macht mir Spaß und ist sinnstiftend.“ Wer reinhören will, findet „Gyncast“ auf allen bekannten Streaming-Plattformen.

DIVI-Intensivregister

Engpässe frühzeitig erkennen, auch auf Normalstationen



Foto: sfam_photo

Meldungen der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten zur Verfahrenserleichterung für die Krankenhäuser ebenfalls über DEMIS erfolgen könnten, „wenn die technischen Möglichkeiten hierfür zur Verfügung stehen“. Gleichzeitig werde die Ermächtigungsgrundlage, die Grundlage für die DIVI IntensivRegister-Verordnung sei, damit verstetigt. Weiterhin sollen in der Rechtsverordnung auch die Übermittlung weiterer Angaben durch die Krankenhäuser vorgesehen werden können. „Voraussetzung hierfür ist, dass aus diesen Angaben Anhaltspunkte für die Auslastung der Krankenhauskapazitäten abgeleitet werden können.“

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) befürchtet „einen nicht notwendigen Mehraufwand bei den Krankenhäusern“. DEMIS sei aktuell nicht vollumfänglich betriebsbereit bzw. fehlerbehaftet, dadurch werde die Meldung der Belegung auf den Normalstationen voraussichtlich händisch über ein Webportal erfolgen. „Dieser Zusatzaufwand ist dem Personal auf den Stationen kaum zu vermitteln und wird keinesfalls zu einer Attraktivitätssteigerung der Gesundheitsberufe beitragen.“ Die DKG hätte bereits im Herbst 2021 einen „aufwandsarmen und automatisierten Weg für die Meldung von Belegungszahlen“ über die Krankenhausinformationssysteme präsentiert. Darüber hinaus blieben „zentrale Fragestellungen im Zusammenhang mit der Meldung der Belegung auf den Normalstationen offen, da der Umfang und die Detailtiefe der zu meldenden Daten erst in einer eigenen Verordnung geregelt werden soll“.

Im Rahmen der Corona-Pandemie haben die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut (RKI) das DIVI-Intensivregister zur Erfassung von Behandlungskapazitäten in der Intensivmedizin aufgebaut. Seit April 2020 sind alle intensivbettenführenden Akutkrankenhäuser verpflichtet täglich entsprechende Daten zu melden. Nun sollen die Krankenhäuser dazu verpflichtet werden, auch regelmäßig die Zahl der belegten sowie der aufgestellten Betten auf Normalstationen zu melden.

Seit April 2020 erfasst das DIVI-Intensivregister als digitale Plattform täglich die freien und belegten Behandlungskapazitäten in der Intensivmedizin von etwa 1.300 Akut-Krankenhäusern in Deutschland. Zudem werden aktuelle Fallzahlen intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Patientinnen und Patienten aufgezeichnet. Das Register soll damit ermöglichen, „in der Pandemie, und darüber hinaus, Engpässe in der intensivmedizinischen Versorgung im regionalen und zeitlichen Vergleich zu erkennen“. DIVI-Präsident Professor Dr. Gernot Marx erklärte am 18. Juni 2022 in einem Interview: Tagesaktuell seien durch das Intensivregister die Kapazitäten jeder Intensivstation mit Akutversorgung abrufbar, könnten Patientenströme gelenkt und Engpässe frühzeitig erkannt werden.

Zur geplanten Entwicklung des DIVI-Intensivregister auch für die Zeit nach der Pandemie erläuterte Marx, dass DIVI, RKI und das Bundesgesundheitsministerium (BMG) gemeinsam daran arbeiten würden, das Intensivregister mit anderen Meldesystemen zu verknüpfen, „damit einige Daten nur noch einmal gemeldet werden müssen und über Schnittstellen die Informationen zwischen Meldesystemen geteilt werden“.

Das „Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19“ sieht nun vor, Krankenhäuser zu verpflichten, regelmäßig die Anzahl der belegten Betten sowie der aufgestellten Betten auf Normalstationen

pro Krankenhaus an eine zentrale Stelle zu melden. „Wie die bisherigen Erfahrungen in der Pandemie gezeigt haben, kann eine große Zahl von Infektionen nicht nur zu Überlastungen von intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten führen, sondern auch zu einer erheblich stärkeren Inanspruchnahme der Behandlungskapazitäten auf Normalstationen“, heißt es in der Begründung. Um frühzeitig Engpässe zu erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen ergreifen zu können, sei es daher erforderlich, dass auch die freien und belegten Behandlungskapazitäten auf Normalstationen erfasst würden. Die Übermittlung der Behandlungskapazitäten soll über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) erfolgen.

Meldesystem DEMIS in der Kritik

Das BMG soll durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Meldepflichten der Krankenhäuser regeln können, so wie dies bisher schon hinsichtlich der Meldung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten in der DIVI IntensivRegister-Verordnung der Fall sei. „Hierdurch wird die Möglichkeit geschaffen, die Vorgaben für die Meldungen der Krankenhäuser zur Verbesserung der Datengrundlagen und zur Verringerung der Meldeaufwände für die Krankenhäuser zu modifizieren oder technisch anzupassen.“ So könne etwa durch Rechtsverordnung vorgesehen werden, dass auch die

Anzeige

PVS forum
FORTBILDUNGsinstitut

Aktuelle Online-Seminare:
GOÄ – Orthopädie 12.10.2022
GOÄ – Gastroenterologie 14.10.2022
GOÄ – Radiologie 09.11.2022

Alle Seminare: pvs-forum.de

**GOÄ-WISSEN
FÜR IHREN
PRAXISERFOLG**

**IHR FORTBILDUNGsinstitut
FÜR DIE ABRECHNUNG IM
GESUNDHEITSWESEN**

DR. MARKUS MOLITOR
Leiter PVS forum und
Gebührenreferat

Engagement trotz Widrigkeiten

Die Versorgung von Long-Covid-Patienten trifft auf viele Hürden

Wer von Long-Covid betroffen ist und unter Erschöpfung leidet, kann den Alltag häufig nicht mehr bewältigen. Viele fühlen sich in dieser Situation überfordert und wissen nicht, wohin sie sich wenden sollen – Hausarzt oder gleich zum Facharzt? Und auch die Mediziner betreten ein neues Behandlungsfeld und sehen sich in ihrer Behandlung immer wieder mit neuen „Erkenntnissen“ konfrontiert. Ihre Patientinnen und Patienten richtig zu versorgen, stellt sie vor großen Herausforderungen. Meist geht es nur Hand in Hand mit anderen Kolleginnen und Kollegen. Lungenfacharzt Dr. med. Marcus Berkefeld zeigt am Beispiel Bremens auf, wo es noch hakt.

Die nach einer Covid-19-Erkrankung gefürchtete Folge ist das sogenannte „Long Covid-Syndrom“. „Long-Covid“ hat sich inzwischen als Oberbegriff für unterschiedliche länger andauernde Symptome oder Krankheitsgeschehen nach einer Covid-19-Infektion eingebürgert, obwohl Mediziner in der Behandlung zwischen dem zeitlich begrenzten „Long-Covid“ und monatelangen, unter Umständen sogar chronischen Beschwerden, genannt „Post-Covid“, unterscheiden.

Idealerweise muss die Versorgung dieser Patienten durch die Vernetzung von Hausärzten, Fachärzten und der regionalen Universitätsklinik ineinandergreifen. Doch mancherorts sind diese strukturellen Voraussetzungen nicht gegeben, hier wären Spezial-Ambulanzen vonnöten. Hinzu treten regionsbedingte Abrechnungsschwernisse für eine leitliniengerechte Behandlung der Patienten, die, neben viel Idealismus vom behandelnden Arzt, unter Umständen sogar seine keinesfalls einforderbare Bereitschaft abverlangen, dafür in das eigene Portemonnaie zu greifen. Darüber hinaus könnte das Streichen der so genannten Neupatientenregelung, die derzeit noch eine halbwegs angemessene Vergütung der zeitintensiven Aufnahme von Long- oder Post-Covid Neupatienten in den Arztpraxen ermöglicht, für viele niedergelassene Ärzte zum negativen Trigger werden, massive zeitliche Überlastungen zukünftig nicht mehr zu tragen. Mit dem Abschaffen der Neupatientenvergütung wäre gerade den an Long-/Post-Covid Erkrankten, für die eine zügig ineinandergreifende Behandlung essentiell ist, ein Bärendienst erwiesen.

Notwendige Strukturen fehlen (noch)

Wie kann eine adäquate Behandlung von Long-Covid und Post-Covid etabliert werden? Welche Voraussetzungen sind notwendig? Das HB-Magazin hat mit einem Experten, dem Bremer Lungenfacharzt, Dr. med. Marcus Berkefeld, gesprochen. Berkefeld ist ein „Mann der ersten Stunde“, er hat sich seit der ersten Begegnung mit Betroffenen in seiner Praxis intensiv mit der Behandlung des Long-/Post-Covid-Syndroms befasst. Damit ging für ihn rasch die Erkenntnis einher, dass weder die dafür notwendigen Strukturen noch, damit zusammenhängend, die abrechnungstechnischen Voraussetzungen für die niedergelassenen Behandler in Bremen vorhanden sind.

Berkefeld befindet sich mit seinem persönlichen Einsatz auf dem steinigen Weg, zusammen mit Gleichgesinnten die leitliniengerechte Behandlung dieser Patienten in Bremen zu ermöglichen.



Lungenfacharzt Dr. med.
Marcus Berkefeld

Den Vorsitz des Bremer Landesverbandes des Hartmannbundes hat er deshalb im Frühjahr sogar aufgegeben, zu zeitintensiv ist sein Einsatz für das beschriebene Ziel. Als ersten großen Aufschlag hat er, noch als LV-Vorsitzender des Hartmannbundes Bremen, im Februar 2022 eine Auftaktveranstaltung mit relevanten Akteuren initiiert, die das breite Spektrum der für die Versorgung der Betroffenen notwendigen Akteure erahnen lässt. Vortragende und Diskutanten waren der Direktor der Klinik für Pneumologie und Infektionsmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover,

Prof. Dr. Tobias Welte, Dr. Bernhard Rochell, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, Dr. Henriette Berger, Oberärztin an der Klinik für Pneumologie und Beatmungsmedizin im Klinikum Bremen-Ost, Barbara Grüttefien, Ergotherapeutin MSc (Schwerpunkt Ergotherapieforschung im Bereich Neurologie und Neurorehabilitation), Dr. med. Henning Haase, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, Rehabilitati-

onswesen und Chefarzt Kardiologie im RehaZentrum Bremen sowie Dr. med. Jörg Janssen, Allgemeinmediziner und Facharzt für Arbeitsmedizin. „Erfolgreiche Hilfe für die Betroffenen ist nur auf Grundlage der Vernetzung verschiedener ärztlicher Fachgruppen, einer übergreifenden Zusammenarbeit von Ärzten, Psychologen, Physiotherapeuten usw. möglich“, lautet die einhellige Erkenntnis.

Spezial-Ambulanz dringend erforderlich

Entstanden ist aus diesem ersten Aufschlag ein Runder Tisch, an dem neben den medizinischen Professionen und Verbänden, engagierte Vertreter von Krankenversicherungen, Wohlfahrtsverbänden und weiteren gemeinwohlverpflichteten Institutionen angehören. Zielsetzung ist unter anderem für die betroffenen Patienten ein Portal mit fundierten Informationen über das Krankheitsbild und dessen Versorgungsangeboten für Bremen zu errichten.

Bremen verfüge bedauerlicherweise über keine Universitätsklinik, deshalb wäre eine Spezial-Ambulanz für Long-/Post-Covid-Erkrankte dringend erforderlich, erklärt Berkefeld. Die Behandlung dieser Patienten-Klientel sei sehr aufwändig: Der Hausarzt müsse oftmals an den Facharzt überweisen, dieser müsse gegebenenfalls noch andere ärztliche Kollegen oder weitere medizinische oder psychotherapeutische Professionen in die Behandlung einbeziehen. Häufig sei eine ambulante oder gar stationäre REHA geboten. Die Vernetzung der genannten Behandler untereinander sei zur optimalen Therapie zwingend erforderlich.

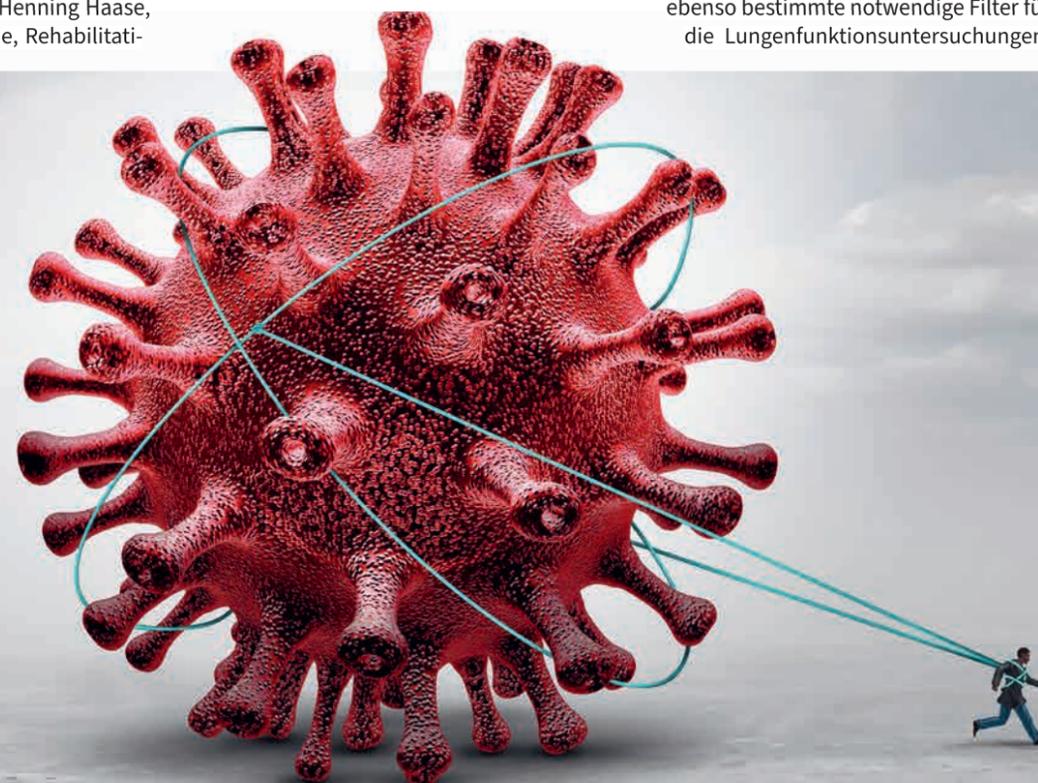
Die in Bremen Engagierten haben noch mit zusätzlichen Problemen zu kämpfen. Zwar existiert eine S3-Leitlinie zur Behandlung von Long-/Post-Covid-Patienten. Doch im Gegensatz zu anderen Bundesländern konnte die leitliniengerechte Behandlung durch Pneumologen bislang nur unter Inkaufnahme persönlicher Einbußen durchgeführt werden. Das Diffusionsgas für die laut Leitlinie vorgeschriebene Diffusionsmessung konnte nicht als Praxisbedarf abgerechnet werden, ebenso bestimmte notwendige Filter für die Lungenfunktionsuntersuchungen.

Berkefeld und seine pneumologischen Kollegen haben nun nach langem „Hin-und-Her“ die Einbeziehung des Diffusionsgases in den Praxisbedarf für die Zukunft erreicht, allerdings ungeklärt sind die monatlich Hunderte von Euro für die entsprechenden Untersuchungen in der Vergangenheit, die sie aus eigener Tasche bezahlt haben. Die Filter werden zudem auch in Zukunft nicht als Praxisbedarf anerkannt. Absolut unverständlich!!

Verständnis vorhanden, aber die notwendige Unterstützung fehlt

Das macht es für den Lungenfacharzt nicht leicht, weitere Mediziner für solch ein Engagement zu gewinnen. Hinzu treten viele Abende oder auch Wochenenden, die unentgeltlich geopfert werden müssen, um die Sache voran zu treiben. Obendrauf kommen nun weitere Minuspunkte wie das erwähnte Aufheben der Neupatientenregelung. Die Long-/Post-Covid-Patienten würden sehr viel Zeit beanspruchen, die akut und trotz Auslastung der Praxis, zur Verfügung gestellt werden müsse. Diese Gemengelage treffe auch noch auf den Ärztemangel, der ambulante, aber auch in den Kliniken zunehmend spürbar sei. Große Sorge bereitet Berkefeld zudem konkret die verführerische „Sommer-Flaute“, die er eher als „Ruhe vor dem Sturm“ empfindet. Neben steigenden Erkrankungszahlen von Long-/Post-Covid-Fällen im Herbst und Winter, sei auch eine starke Influenzawelle im kalten Halbjahr zu befürchten. Der „Druck“ entsprechende Versorgungs-Strukturen zu pflegen und weiter aufzubauen, müsse unbedingt aufrechterhalten werden.

Das Fazit des Gesprächs mit dem Bremer Lungenfacharzt lautet: Das Beispiel Bremen erweist die Widersprüchlichkeit mit der Behandler an vielen Stellen konfrontiert sind. Einerseits zeigen die verantwortlichen Gesundheitspolitiker hohes Interesse an einer guten Versorgung des Long-/Post-Covid-Syndroms, andererseits mangelt es oftmals, vielleicht auch aus Nichtkenntnis, an der notwendigen Unterstützung in der Umsetzung vor Ort. Und die bundespolitische Ausrichtung sollte die von ihr gesteckten Ziele nicht konterkarieren. Nicht zuletzt im Interesse der Long- und Post-Covid-Patienten.



Ständige Erschöpfung (Fatigue), Kurzatmigkeit und Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen sind häufige Symptome.

Präventionskonzepte

Klimawandel und gelebter Gesundheitsschutz



Klimawandel ist ein zentrales Thema der Gegenwart. „Klimaschutz ist immer auch Gesundheitsschutz, beziehungsweise zählt auf die Gesundheit ein“, bekräftigte Dr. Ute Winkler, Leiterin des Referats „Umweltbezogener Gesundheitsschutz, Klima und Gesundheit“ im Bundesministerium für Gesundheit (BMG)“ am 20. Juli 2022 auf einer Veranstaltung.

Insbesondere die Hitzewellen dieses Sommers machten dies deutlich und stellten Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung dar. Winkler sprach auch über die Arbeit der Bundesregierung zur Förderung von präventiven Maßnahmen. Unter anderem soll ein „Klimaschutzsofortprogramm“ noch im Herbst 2022 veröffentlicht werden. Der Deutsche Ärztetag hatte zudem hervorgehoben, die Thematik „Klima und Gesundheit“ auch in der Aus-/Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen zu berücksichtigen. Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), der auch Vorsitzender des Hartmannbundes ist, mahnte weiterhin die Notwendigkeit eines nationalen Hitzeschutzplans und Hitze-Alarm-systems an.

Deutschland habe sich darauf verständigt, bis 2045 klimaneutral sein zu wollen. Das Gesundheitswesen trage selber mit ungefähr 5% zur Treibhausgasemission bei, „das heißt, es hat nicht nur die Auswirkungen zu spüren, sondern ist auch selber Verursacher“, erläuterte Winkler. Ziel der Bundesregierung sei, „ein klimaresilientes, ökologisch nachhaltiges Gesundheitswesen“. Dies sei als eine Gemeinschaftsaufgabe zu verstehen, bei der „alle Akteure im Gesundheitswesen mitmachen müssen“. Im Moment sei aber eine „Aufbruchsstimmung“ zu erleben, „dass sich zunehmend verschiedene Bereiche/Verbände/Organisationen mit der Thematik auseinandersetzen“. Der Bundesärztetag vom November 2021 habe zahlreiche Beschlüsse dazu gefasst. Die Deutsche Krankenhaus-

gesellschaft (DKG) habe zudem ein Gutachten veröffentlicht und darauf hingewiesen, wie hoch der Investitionsbedarf der Kliniken sei, aber auch der Fachverband der Medizinprodukte hätte einen Arbeitskreis und ein eigenes Referat zu Klima und Umwelt- und Ressourcenschonung gemacht. Welche Präventionskonzepte für die Zukunft gebraucht würden, könne das BMG nicht alleine beantworten, verdeutlichte Winkler.

Dramatischste Folge: Übersterblichkeit

Gerade die Hitzewellen zeigten laut der BMG-Ressortleiterin, „wie abhängig wir auch von den klimatischen Veränderungen sind, wie unsere Leistungsfähigkeit, unser Wohlbefinden eingeschränkt werden und wie sich das eben auch auf die Morbidität und die Mortalität auswirkt und diese beeinflusst“. Die Übersterblichkeit durch Hitze sei sicher eine der größten und dramatischsten Folge davon. Sie verwies auf eine Studie vom Robert Koch-Institut (RKI), dem Deutschen Wetterdienst und dem Umweltbundesamt, die die Übersterblichkeit durch hohe Sommertemperaturen dokumentierte. „Und da sind in den Jahren 2018 bis 2020 insgesamt 19.300 Menschen berechnet worden.“

Weitere gesundheitlichen Folgen, die durch den Klimawandel begünstigt würden, seien: Unter anderem Neuerkrankungen durch Hautkrebs, verursacht durch UV-Strahlen. „Wir haben aber auch zum Beispiel eine schlechtere Wundheilung, wir haben Einfluss

< Hitzeschlag, Hitzekrämpfe und Übersterblichkeit sind nur einige Folgen der steigenden Temperaturen.

auf Diabetes, auf viele andere Herz-Kreislauf-Systeme, also auf die nicht-übertragbaren Erkrankungen und wir haben auch reale Hitzeeerkrankungen, wie zum Beispiel den Hitzeschlag, Hitzekrämpfe, Ausschlag und Ödeme.“ Auch neue Infektionserkrankungen würden begünstigt, „zum Beispiel durch neue Erreger, wie das West-nil-Fieber, das Grippe-ähnliche Symptome hat, aber auch einen dramatischen Verlauf nehmen kann“. Und es gebe Ausbreitungen von sogenannten „Vektoren“, zum Beispiel der FSME-Risikogebiete in Deutschland und neu auftretende Tierarten, wie die Hyalomma-Zecke und die asiatische Tigermücke. Weiterhin gebe es neue Allergiepoteziale durch zum Beispiel verlängerte Flugzeiten von Pollen und nicht einheimischen Pflanzen, „die jetzt zum Beispiel als besonders hitzeresistent angesehen werden und neu eingepflanzt werden“. Besonders ältere Menschen, Kleinkinder, schwangere Frauen, Menschen, die im Freien arbeiten, aber auch sogenannte „Randgruppen“, wie Obdachlose, seien betroffen.

Dem BMG sei es wichtig den „One Health Ansatz“ hervorzuheben, wo die Gesundheit von Menschen, Tieren und Umwelt im Zusammenhang gesehen werde. Die aktuellen Schwerpunkte des BMG im Bereich Klima und Gesundheit seien Winkler zufolge:

- Die Verbesserung und Ausbreitung der „wissenschaftlichen Grundlagen“: „Wir wissen schon vieles, aber eben noch nicht unbedingt in allen Bereichen, so etwa zum Zusammenhang von Arzneimitteln und Hitze gibt es durchaus noch Bedarf und auch in anderen Bereichen.“
- Die Zusammenarbeit, der Austausch und die Bildung von Netzwerken: „Zum Beispiel führen wir regelmäßige Netzwerkgespräche mit der Selbstverwaltung der Gesundheitsministerkonferenz und den kommunalen Spitzenverbänden durch.“
- Die Weiterentwicklung des Internetportals der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Thema „Klima – Mensch – Gesundheit“.
- „Und es geht natürlich auch darum, die Erkenntnisse in die Versorgung hineinzubringen und insbesondere natürlich auch hinsichtlich der Prävention und der öffentlichen Gesundheit.“

Im Rahmen des Klimaschutzes gebe es verschiedenste Förderprogramme von der Bundesregierung, auch von Länderseite her, „und da sind wir im Moment gerade dabei beziehungsweise haben das beauftragt diese Förderprogramme zu sichten, insofern, wie sie besser vom Gesundheitswesen genutzt werden können und auch einfache Steckbriefe zu erstellen sind“, erläuterte Winkler. Dem BMG gehe es zudem darum zu schauen, „wie die Umwelteinflüsse als Risikofaktoren berücksichtigt werden können und auch den Aspekt ‚Environmental Public Health‘ mehr zu stärken.“ Damit werde sich jetzt eine Kommission am Robert Koch-Institut „in den nächsten drei oder vier Jahren intensiv befassen“.

Konkrete Maßnahmen geplant

Laut Ampel-Koalitionsvertrag soll ein „nationaler Präventionsplan“ geschaffen werden, „mit einem konkreten Maßnahmenpaketen, unter anderem und ausdrücklich genannt ist eben ‚Vorbeugung von klima- und umweltbedingten Gesundheitsschäden‘“, unterstrich Winkler. Auch ein Klimaanpassungsgesetz soll geschaffen werden, mit einer nationalen Klimaanpassungsstra-

tegie, in der Handlungsfelder genannt würden, darunter explizit die „Hitzevorsorge“, „Gesundheits-“ und „Allergieprävention“ und „Wasserinfrastruktur“. Und noch 2022 soll das Klimaschutzgesetz weiterentwickelt werden „und vor allen Dingen ein Klimaschutzsofortprogramm auf den Weg gebracht werden“, dabei soll auch der Bereich „Gesundheit“ Beachtung finden. Mit der Erarbeitung der Klimaanpassungsstrategie werde jetzt ressortübergreifend angefangen, „das wir sicherlich ein längerer Prozess werden“. Beim Klimaschutzsofortprogramm seien die Arbeiten „schon relativ fortgeschritten“.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hatte sich im Juli 2022 für einen „nationalen Hitzeschutzplan“ und ein „bundesweites Hitzealarmsystem“ eingesetzt. Ziel des Hitzeschutzes müsse sein, hitzebedingte Erkrankungen und Todesfälle zu vermeiden und das Gesundheitssystem vor einer Überlastung zu bewahren. „Darauf ist Deutschland schlecht vorbereitet.“ Wichtig seien zudem Maßnahmenpläne für Kliniken, Not- und Rettungsdienste sowie Pflegeeinrichtungen zur Vorbereitung auf Extremwetterereignisse. Bund und Länder müssten dafür die nötigen personellen und räumlichen Ressourcen schaffen und auch langfristig vorhalten zu können. Wichtig seien Gebäude mit Raumtemperaturüberwachung, kühle Aufenthalts- und Versorgungsbereiche, die Kooperation mit den Rettungsdiensten sowie kommunale Hitzeaktionsmaßnahmen. Die Gesundheitseinrichtungen sollten zudem an das Frühwarnsystem des Deutschen Wetterdienstes angeschlossen werden. Weiterhin sollte ein bundesweites Lagezentrum nach Ansicht des BÄK-Präsidenten Reinhardt die Menschen in Deutschland über Belastungen bei Hitze informieren. Das Lagezentrum solle darüber hinaus ein kontinuierliches Monitoring und Reporting zum Stand der Hitzemaßnahmen gewährleisten sowie in Abstimmung mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Information der Bevölkerung über die Intensität hitzebedingter Belastungsfaktoren sicherstellen.

In die Bildung integrieren

Winkler gab jedoch zu bedenken, dass der Bund in dem Bereich, wie auch in der Prävention und der Gesundheitsförderung, nur begrenzte Zuständigkeiten habe. „Da müsste dann die Verfassung geändert werden.“ Winkler verwies darauf, dass die Bundesregierung, gemeinsam mit dem Umweltministerium, bereits 2017 „Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit“ für die Länder und die kommunale Ebene veröffentlicht habe. Es sei an den Ländern und Kommunen, diese umzusetzen.

Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 hatte in einem Beschluss empfohlen, die Thematik der gesundheitlichen Folgen von Hitze stärker in die Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Gesundheitsberufe zu integrieren. Der 126. Deutsche Ärztetag hatte darüber hinaus in einem Beschluss die Länder aufgerufen, ein eigenständiges Schulfach „Gesundheit und Nachhaltigkeit“ einzuführen. Eine frühe und gezielte Bildung werde dazu beitragen, eine Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu fördern und die Gesundheit des Einzelnen, jedoch auch der gesamten Bevölkerung, nachhaltig zu sichern – „insbesondere mit Blick auf die aktuellen Herausforderungen wie Klimakrise und demografischer Wandel“.

Infos
zu Protest-
maßnahmen
auf
Seite 50!

Arzttermine könnten sich in Zukunft noch
weiter verknapfen.

GKV-Finanzstabilisierungsgesetz und seine negativen Auswirkungen Streichung der Neupatienten-Regelung destabilisiert die Versorgungssicherheit

Für das Jahr 2023 wird mit einem drohenden Finanzloch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von mindestens 17 Mrd. Euro gerechnet. Mit einem „Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – GKV-FinStG) der Bundesregierung soll „eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ sichergestellt werden. Dafür sind verschiedene Maßnahmen in den Bereichen der Krankenkassen, der Arzneimittelhersteller, der Apotheken und stationären sowie ambulanten Versorgung geplant. Nicht immer zu Gunsten der Patientinnen und Patienten.

Dabei wurde zwar seitens der Ampel-Koalition betont, auf Leistungskürzungen in der GKV verzichten zu wollen. Eine Maßnahme, die insbesondere die Vertragsärzte trifft, sieht aber vor, im Bereich der Leistungserbringer die so genannte Neupatienten-Regelung zu streichen, die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) in 2019 erst eingeführt wurde. Die Ärzteschaft übte bereits deutliche Kritik an diesem Vorhaben. So bezeichnete die Bundesärztekammer (BÄK) dies als „Leistungskürzung durch die Hintertür“. Auch die Kasssenärztliche Bundesvereinigung (KBV) drückte ihren Unmut aus und initiierte einen Offenen Brief an Bundesgesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD), in dem die Ärzteschaft und die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten „dringend bitten, die geplanten Änderungen zum TSVG im Gesetzentwurf für das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz zu streichen“.

Einnahmen sollen erhöht werden

Zunächst ein Überblick über die geplanten Regelungen und die Argumentation der Bundesregierung: Mit dem GKV-FinStG geht es laut Bundesregierung darum, „die finanzielle Last nicht allein den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern aufzuerlegen, sondern sie auf mehrere Schultern zu verteilen“. Mit dem vorgesehenen Maßnahmenpaket soll ein „starker Anstieg der Zusatzbeitragsätze im kommenden Jahr verhindert“ werden. Zudem soll mit ersten strukturellen Maßnahmen eine Grundlage zur mittel- und langfristigen Sicherung einer solidarischen und nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gelegt werden. Die Einnahmen der GKV sollen erhöht werden, indem unter anderem der Bund für 2023 seinen Zuschuss an den Gesundheitsfonds von derzeit 14,5 Milliarden Euro um zwei Milliarden Euro erhöht, ergänzt durch ein

neuer Patient und wer ist kein neuer Patient“. Lauterbach zufolge gebe es keine Belege dafür, dass die Regelung dazu geführt hätte, dass mehr Neupatienten aufgenommen würden.

Großes Kontra gab es für die geplante Streichung der Neupatienten-Regelung von der Ärzteschaft. Diese Regelung sei ursprünglich mit dem Ziel eingeführt worden, die Patientenversorgung zu sichern, verdeutlichte die BÄK. „Diese kurzsichtige Maßnahme wird nur einen geringen Teil des Krankenkassen-Defizits insgesamt ausgleichen, sie kann aber die Versorgungssituation weiter verschärfen und stellt für junge Ärztinnen und Ärzte möglicherweise einen weiteren Grund dar, sich gegen eine Niederlassung zu entscheiden“, warnte BÄK-Präsident und HB-Vorsitzender Dr. Klaus Reinhardt, bereits im Juli, als die geplante Streichung durch den BMG-Referentenentwurf zum GKV-FinStG bekannt wurde. Er erinnerte daran, dass der Bundesgesundheitsminister ausdrücklich Leistungskürzungen ausgeschlossen hatte. Die nun geplanten Honorarkürzungen seien nichts anderes als Leistungskürzungen durch die Hintertür. Seit dem Jahr 2019 hätten Ärztinnen und Ärzte als Reaktion auf das TSVG und damit in Umsetzung der Wünsche der Politik „mit erheblichem Aufwand Praxen neu organisiert, Sprechstunden ausgeweitet und vermehrt schnell verfügbare Termine angeboten“. Die geplante Streichung würde diese Fortschritte in der Versorgung „zunichtemachen“, verdeutlichte die BÄK in ihrer Stellungnahme zum GKV-FinStG.

Ende für „offene Sprechstunden“?

„Die Maske ist gefallen. Karl Lauterbach will die Versorgung der Bürger einschränken“, urteilte KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen über den Gesetzentwurf. Die Behauptung Lauterbachs, die Neupatientenregelung habe nichts gebracht, „stimmt einfach nicht“, verdeutlichte Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV. Aktuell habe das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) nachgewiesen, dass mehr als jeder vierte gesetzlich versicherte Patient von der Regelung begünstigt worden sei. Im vierten Quartal 2021 hätten 99 % aller Praxen Neupatienten behandelt. Er kritisierte zudem, dass nun auch die offene Sprechstunde damit eigentlich „tot“ sei. Gassen führte aus, dass die Neupatientenregelung den Praxen nicht mehr Geld eingebracht habe, sondern nur, dass der volle Betrag ohne Budgetierung bezahlt worden sei. Lauterbach selbst sei es gewesen, der sich für die Regelung stark gemacht habe. Die KBV warnte davor, dass mit der Streichung auch die zahlreichen offenen Sprechstundenangebote ein „jähres Ende“ fänden.

In einem von der KBV initiierten Offenen Brief an Bundesgesundheitsminister Lauterbach weisen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten darauf hin, dass die Arbeitskraft und Ressourcen der Niedergelassenen und ihrer Praxisteams nicht immer weiter „ausgezehrt“ werden könnten, „weil sie endlich sind“. Deshalb müsse das Angebot an die Patientinnen und Patienten reduziert werden. „Der nachweisbare verbessernde Effekt des TSVG auf die zeitnahe ärztliche Behandlung von neu erkrankten Patienten wird den GKV-Versicherten damit wieder weggenommen.“ Das Einsparen von Versorgungskapazitäten werde unausweichlich zu einer Terminverknappung führen, welche die Bevölkerung nur als GKV-Leistungskürzung wahrnehmen könne. Es werde daher ausdrücklich, gerade auch für die Aufrechterhaltung der ambulanten medizinischen Versorgung, „dringend“ gebeten, die geplanten Änderungen zum TSVG im Gesetzentwurf für das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz zu streichen.

Darlegen über eine Milliarde Euro. Um die Ausgaben zu begrenzen, soll wie die Bundesregierung formuliert die erhebliche Kostendynamik im Arzneimittelbereich gebremst werden (siehe zur Arzneimittel-Thematik auch den entsprechenden Beitrag in dieser Ausgabe). Hierzu soll zum Beispiel der Arzneimittel-Herstellerabschlag für 2023 erhöht und das Preismoratorium für Arzneimittel verlängert werden (Bei dem sog. Preismoratorium handelt es sich um ein gesetzliches Regulierungsinstrument, wodurch Abrechnungen „von einseitig bestimmte Preissteigerungen der pharmazeutischen Unternehmer zulasten der Krankenkassen und sonstigen Kostenträger“ verhindert werden sollen). Zudem soll das Nutzenbewertungsverfahren für neue Arzneimittel, das auf dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) basiert, weiterentwickelt werden. Außerdem soll es Anpassungen bei den Regelungen zum Pflegebudget geben. Zudem sollen Honorare für vertragszahnärztliche Leistungen begrenzt werden.

Leistungskürzungen durch die „Hintertür“

Im Bereich der ambulanten Versorgung soll als Maßnahme die extrabudgetäre Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen gegenüber sogenannten „Neupatienten“ für Vertragsärzte wieder abgeschafft werden. Nach der mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz im Jahr 2019 eingeführten Regelung werden die ärztlichen Leistungen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die erstmals oder erstmals seit mehr als zwei Jahren wieder in der jeweiligen Arztpraxis behandelt werden, extrabudgetär vergütet. Bei der Vorstellung des Kabinettsbeschlusses erklärte Bundesgesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD), dass die Neupatienten-Regelung „sich nicht bewährt“ habe, „weil wir einfach nicht in der Lage waren, genau zu prüfen, wer ist jetzt ein

Chance für den medizinischen Nachwuchs?

KV-Eigeneinrichtungen in strukturschwachen Gebieten

Um eine drohende oder bereits festgestellte Unterversorgung abzuwenden, hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) explizit die Möglichkeit gegeben, mit eigenen Praxen oder mobilen und telemedizinischen Versorgungs-Alternativen unmittelbar an der medizinischen Versorgung teilzunehmen. Sie tragen die unpräzise Bezeichnung „Eigeneinrichtung“. Am 1. Juli 2022 wurde die erste Eigeneinrichtung der KV Berlin eröffnet. Auch die KV Bayern hat zum 1. Juli 2022 für den Landkreis Wunsiedel eine erste hautärztliche Eigeneinrichtung errichtet. Weitere KVen wie die KV Thüringen, und Schleswig-Holstein haben bereits in der Vergangenheit Eigeneinrichtungen etabliert.

Um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern, hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) – als ultima ratio – das Recht eingeräumt, Einrichtungen zu betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung dienen (§ 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Diese Möglichkeit wurde 1988 gesetzlich verankert. Mit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) am 11. Mai 2019 wurden die KVen dann verpflichtet, Eigeneinrichtungen in Gebieten, in denen Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt wurde, zu betreiben. Zum Beispiel wenn sich in einer strukturschwachen Region keine Ärzt:innen, die eine Praxis eröffnen oder übernehmen wollen, finden würden, erklärt das Bundesgesundheitsministerium (BMG). Die in Eigeneinrichtungen erbrachten Leistungen würden aus der Gesamtvergütung der ambulanten ärztlichen Versorgung finanziert. „Die Kassenärztli-

chen Vereinigungen sollen auf Kooperationen mit den Kommunen hinwirken. Eigeneinrichtungen sollen auch durch Kooperationen und gemeinsam mit Krankenhäusern betrieben werden können“, heißt es im TSVG. Zudem wird klargestellt, „dass Eigeneinrichtungen auch durch mobile oder telemedizinische Sprechstunden (bspw. durch Fernbehandlung im Rahmen der Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Vorgaben), mobile Praxen oder ähnliche Versorgungsangebotsformen betrieben werden können“.

Als Vorteile solcher Einrichtungen beschreibt das BMG: „Insbesondere für junge Ärzt:innen haben solche Eigeneinrichtungen den Vorteil, dass sie in einem Angestelltenverhältnis arbeiten können und nicht das wirtschaftliche Risiko einer eigenen Praxis tragen müssen. Die in kommunalen Einrichtungen tätigen Ärzt:innen sind bei ihren ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nicht-Ärzten gebunden.“

Umdenken zur Sicherstellung der Versorgung

Eine erste Eigeneinrichtung der KV Berlin hat Anfang Juli 2022 den Praxisbetrieb aufgenommen. „Die Etablierung von Eigeneinrichtungen ist ein Novum in der Geschichte der KV Berlin“, so berichtet die KV. „Da mittlerweile auch Berlin die Realität eingeholt hat und in einigen Bezirken der Ärztemangel angekommen ist, mussten wir umdenken und neue bedarfsgerechte Angebote zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung entwickeln“, heißt es seitens des KV-Vorstands. Die Gründung der Eigeneinrichtungen ist Teil eines 2021 aufgelegten Förderprogramms und soll die hausärztliche Versorgung an den Standorten ergänzen, „wo sich erkennbar keine niederlassungswilligen Hausärzt:innen finden“. Die Gründe seien vielfältig: „immer mehr Ärzt:innen möchten angestellt arbeiten und immer weniger Ärzt:innen können sich für eine Niederlassung vor allem in Berlins Randbezirken begeistern“. Im Fokus stehen die Bezirke Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick, wo die hausärztliche Versorgung im Vergleich zu anderen Bezirken schlechter ist. Im nächsten Schritt soll Ende 2022 eine zweite KV Praxis eröffnet werden. Für die Betreibung der Eigeneinrichtungen wurde die KV Praxis Berlin GmbH gegründet.

Das „Eigeneinrichtungskonzept“ der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) sieht vor, „Ärzt:innen mit einer übergangsweise von der KV geführten Praxis in die eigene Niederlassung zu helfen“. Während der Praxisaufbauphase sollen Ärztinnen und Ärzte bei der KVB angestellt sein. „Nach (in der Regel) zwei Jahren soll die Praxis übernommen und in eigener Niederlassung weitergeführt



Am 1. Juli hat die Kassenärztliche Vereinigung Berlin eine eigene Praxis im Bezirk Lichtenberg eröffnet.

Foto: KV Berlin/Michaela Oswald

Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat, Vorsitzende Niedersachsen und stell. Vorsitzende Hartmannbund



Die Kernaufgaben der KV sind Honorarverhandlungen und -verteilungen neben einem Service für Mitglieder aber auch Versicherte. Sie hat keine Kernkompetenz in der inhaltlichen und wirtschaftlichen Führung einer ärztlichen Selbstständigkeit. Das ist auch gut so – es würde ihre Neutralität innerhalb der Ärzteschaft gefährden.

Der Sicherstellungsauftrag scheint uns aber zu verpflichten, eine Praxis selbst zu betreiben sofern keine Ärztinnen oder Ärzte sich bewerben. Aber ist dann eine Eigeneinrichtung der richtige Weg? Ist das nicht eine Vermischung von Interessen?

Es ist das Interesse der Bevölkerung und der Kommunen, eine ärztliche Versorgung in lokaler Nähe zu erhalten. Somit müssen die Kommune und die lokalen unternehmerischen Strukturen dieses Interesse auch bündeln und die Verantwortung übernehmen – auch um die attraktiven Möglichkeiten aufzuzeigen.

Ein denkbare Modell könnte sein, dass die Kommunen und Banken die wirtschaftlichen Notwendigkeiten zur Verfügung stellen und die KV berät – sowohl die Inhaber als auch die Ärztinnen und Ärzte, die die Arbeit übernehmen. In dieser Konstellation kann die Effektivität des Standorts geprüft werden, die Wirtschaftlichkeit aufgezeigt werden und die Ärztinnen und Ärzte die Erfahrung sammeln, die Praxis zu übernehmen.

Dr. Jörg Müller, Hartmannbund-Vorsitzender Thüringen



Die KVen betreiben mit diesen Eigeneinrichtungen Sicherstellung um jeden Preis, koste es was es wolle. Dafür benötigte finanzielle Mittel werden aus der Vergütung für die restlichen Vertragsärzte entnommen, die bekanntlich schon seit Jahren unter erheblicher Unterfinanzierung leiden und budgetiert sind, was dazu führt, dass ein erheblicher Prozentsatz der von Ärztinnen und Ärzten geleisteten Arbeit für erkrankte Menschen nicht vergütet wird. Eigeneinrichtungen bei uns dagegen unterlagen dieser Budgetierung meist nicht, somit resultiert ein noch größerer Abfluss finanzieller Mittel der übrigen Ärztinnen und Ärzte. Die Eigeneinrichtungen funktionieren nur so lange den anderen Ärztinnen und Ärzten Geld dafür entzogen werden kann. Gäbe es keine anderen Ärzte mehr und nur Eigeneinrichtungen, würden diese auch nicht funktionieren können, da die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung begrenzt ist.

Eigeneinrichtungen sind also nicht die Lösung des Problems. Vielmehr ist es wichtig finanzielle Sicherheit für alle Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor zu schaffen, damit sich die Versorgung sicherstellen lässt. Zum einen wäre dazu nötig, dass die im betriebswirtschaftlich unterlegten Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgeführten Beträge vollständig honoriert werden. Jeglicher Abzug durch Budgetierung verlässt eben die betriebswirtschaftlich bereits vor Jahren (EBM2000+) festgestellten Preise, führt in die Unterdeckung und Nichtbezahlbarkeit von ausreichendem und qualifizierten Personal und schlussendlich in den Versorgungsmangel im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung.

werden“, erläutert die KVB. Ebenfalls Anfang Juli 2022 startete die erste Eigeneinrichtung der KVB, eine dermatologische Facharztpraxis, in Marktredwitz, Landkreis Wunsiedel. Der Landkreis Wunsiedel sei über längere Zeit gemäß den Vorgaben der Bedarfsplanung als unterversorgt im Bereich der Dermatologie eingestuft worden, begründete die KVB den Aufbau der Praxis. „Insofern war die KVB laut gesetzlichem Auftrag zum Handeln verpflichtet.“

Ärzt:innen übernehmen Praxen

Weitere KVen haben bereits in der Vergangenheit Eigeneinrichtungen aufgebaut und dann Ärztinnen und Ärzte in eigener Niederlassung übergeben. So berichtet die KV Thüringen (kvt) von insgesamt 13 hausärztlichen sowie fachärztlichen Praxen („Stiftungs-Praxen“), die von der vom Freistaat Thüringen und der kvt im Jahr 2009 gegründeten „Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen“ mit Unterstützung der jeweiligen Städte und Gemeinden aufgebaut worden seien. Von diesen würden zwei aktuell noch über die Stiftung verwaltet.

Die KV Sachsen-Anhalt entwickelte in Zusammenarbeit mit der AOK Sachsen-Anhalt und dem Ministerium für Gesundheit und Soziales das Konzept der Filialpraxen. Seit 2012 wird das Projekt von der KV Sachsen-Anhalt und der AOK Sachsen-Anhalt finanziert. Die Filialpraxen wurden zum einen an Orten mit nicht gedecktem Ver-

sorgungsbedarf etabliert. Zum anderen wurden Praxen, die nicht nachbesetzt werden konnten, als Eigeneinrichtungen fortgeführt. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erhalten die Möglichkeit, die Praxis selbst zu übernehmen und in Niederlassung fortzuführen. Zwischenzeitlich wurden 15 Eigeneinrichtungen betrieben, vier von Ärzt:innen übernommen und weitergeführt.

Selbstständigkeit attraktiver gestalten

„Die wirtschaftliche Verantwortung, die ein Vertragsarzt in der Praxis tragen muss, ist zwar nicht so risikobehaftet, wie es in vielen anderen Branchen der Fall ist. Aber es ist natürlich mit Organisationsverantwortung und viel Arbeit verbunden“, erklärte Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), in einem Interview mit dem Ärztenachrichtendienst (änd) im Jahr 2020. „Ich glaube aber, dass die Weisungsunabhängigkeit im Hinblick auf die eigene ärztliche Tätigkeit in der eigenen Niederlassung noch einmal eine besondere Bedeutung hat. Das sollte nicht verlorengehen. Daher bin ich sehr dafür, die wirtschaftliche Selbstständigkeit attraktiv zu gestalten“, betonte er. Mittelfristig würden KV-Eigeneinrichtungen an Bedeutung gewinnen, allein schon, um den Sicherstellungsauftrag in strukturschwachen Gebieten erfüllen zu können. „Wenn dann noch ein junger Arzt, der vielleicht aus der Gegend kommt, die Praxis irgendwann übernimmt, ist das sicher ein guter Weg.“

Interdisziplinäres Forschungszentrum vor dem Start

Neue Therapieansätze dank KI und Data Science

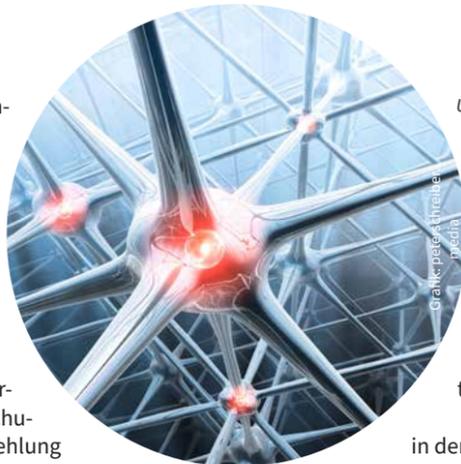
An der Technischen Universität München (TUM) wird ein neues Zentrum für Digitale Medizin und Gesundheit (ZDMG) gegründet. Unter dem Dach des Munich Data Science Institute (MDSI) soll das ZDMG als eigenständiges und unabhängiges Forschungszentrum neue datengetriebene Ansätze und Methoden entwickeln und deren Einsatz zum Nutzen von Patientinnen und Patienten insbesondere in den Bereichen Krebs-, Herz-Kreislauf- und neurologische Erkrankungen fördern. Dabei sollen Forschende der Medizin, Informatik und Mathematik zusammenarbeiten.

Seit Mai 2007 fördern Bund und Länder Investitionen in Forschungsbauten an Hochschulen einschließlich Großgeräten. Seitdem wurden insgesamt 194 Vorhaben mit einem Gesamtvolumen von ca. 6,3 Mrd. Euro in die gemeinsame Förderung aufgenommen. Im November 2018 hat die Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (GWK) nach einer erfolgreichen Evaluierung des Programms durch eine Expertenkommission beschlossen, die Förderung von Forschungsbauten und Großgeräten an Hochschulen fortzusetzen. Auf Grundlage der Empfehlung des Wissenschaftsrates hat die GWK am 1. Juli 2022 die Förderung des ZDMG mit rund 43,6 Millionen Euro beschlossen. Die Förderung beginnt im Jahr 2023. Die Finanzierung wird je zur Hälfte vom Freistaat Bayern und dem Bund übernommen.

Mit dem ZDMG soll ein interdisziplinäres Forschungszentrum für die krankheitsübergreifende Entwicklung von Methoden und Technologien im Bereich der KI und Data Science etabliert werden. Dafür will die TUM am Campus Klinikum rechts der Isar Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus den Bereichen Informatik, Mathematik und Humanmedizin unter einem Dach zusammenbringen. Das ZDMG macht es sich zur Aufgabe, die Grundlagen der digitalen Medizin der Zukunft zu erforschen. Professor Dr. Daniel Rückert, Alexander von Humboldt-Professor für KI in der Medizin an der Technischen Universität München, soll das Zentrum künftig leiten. „Das ZDMG bietet eine einmalige Gelegenheit, um die Stärken des Klinikums rechts der Isar und der Technischen Universität München zu bündeln und so die digitale Gesundheitsversorgung durch datengetriebene Ansätze voranzutreiben“, betont Rückert.

Bündelung von Kompetenzen

Durch die gezielte Einbindung natur- und ingenieurwissenschaftlicher Kompetenzen soll die Entwicklung innovativer Methoden und Technologien in den Bereichen Künstliche Intelligenz (KI) und Data Science für verschiedene medizinische Anwendungsgebiete nutzbar gemacht werden. Ein wesentlicher Schwerpunkt soll dabei auf der Entwicklung individualisierter und personalisierter Therapien und Interventionen in den Bereichen Krebs-, Herz-Kreislauf- und neurologische Erkrankungen liegen. „Hierfür spielen die Früherkennung und die Diagnose von Krankheiten sowie die Identifizierung von Biomarkern und Behandlungszielen



Unbekannte Muster und Zusammenhänge gilt es auch für neue Therapieansätze zu visualisieren.

mithilfe von KI und Data Science eine entscheidende Rolle“, erklärt die TUM. Ein weiterer Fokus soll auf der sicheren, privatsphärenwahrenden Nutzung von Patientendaten sowie der ethisch verantwortlichen Anwendung der neuen datengetriebenen Technologien liegen.

Zur interaktiven Visualisierung von Big Data in der Medizin ist am ZDMG zudem ein Data Observatory (DO) „als größtes seiner Art in Europa“ geplant, wie die TUM berichtet. Mit dieser Einrichtung könnten sehr große Datensätze klinischer Laborergebnisse, Bilddaten, aber auch komplexere Informationen wie Genmutationen oder Zellveränderungen auf vielen Bildschirmen gleichzeitig visualisiert und verglichen werden. „So lassen sich möglicherweise bislang unbekannte Muster und Zusammenhänge finden und damit Ansätze für neue Therapieoptionen“, erläutert die Hochschule.

„Im ZDMG werden die TUM-weiten Aktivitäten rund um das Thema digitale Medizin zusammengeführt“, erklärt Prof. Bernhard Hemmer, Dekan der medizinischen Fakultät. Das Gebäude sei von zentraler Bedeutung für die Weiterentwicklung des Schwerpunkts Digitale Gesundheit und Technologie im Rahmen der zukünftigen TUM School of Medicine & Health. Die TUM School of Medicine & Health soll ab Oktober 2023 von der Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften gemeinsam mit der Medizin gebildet werden. „In dieser Aufstellung wollen wir erforschen, wie wir durch Bewegungs- und Ernährungskonzepte und personalisierte Interventionen die Gesundheit der Menschen länger erhalten können. Ein bedeutsamer, wichtiger Schritt angesichts der zunehmenden Herausforderungen unseres Gesundheitssystems“, erläutert TUM-Präsident Prof. Thomas F. Hofmann.

„Der Neubau des Zentrums für digitale Medizin am Campus des Universitätsklinikums rechts der Isar ist auch für unsere Patientinnen und Patienten ein Meilenstein, weil die räumlich enge Interaktion von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern mit Ärztinnen und Ärzten entscheidend ist für die Translation von Forschungsergebnissen in die moderne Patientenversorgung“, unterstreicht Dr. Martin Siess, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums rechts der Isar, die Bedeutung des ZDMG.

Vertrauen erschüttert

Bundesregierung konterkariert ihre versorgungspolitischen Grundvorstellungen

Die Themen Ukraine-Krieg und damit zusammenhängend die Energiepreise, Inflation sowie nach wie vor die Pandemie dominieren die gesundheitspolitische Diskussion. Für den Herbst und Winter setzt die Ampelkoalition weiterhin auf Impfungen wie auch auf Maske-Tragen und Testungen in medizinischen Einrichtungen und im Fernverkehr.

Die Länder können bei Ausbreitung des Infektionsgeschehens und drohenden Überlastungen des Gesundheitswesens oder der kritischen Infrastruktur weitergehende Maßnahmen beschließen. Lockdowns oder Schulschließungen soll es allerdings nicht mehr geben. Rechtsgrundlage ist das Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19.

Daneben bilden die Impfungen weiterhin einen wichtigen Strang für die Ampelkoalition zur Bekämpfung der Pandemie. Problematisch aus Sicht der Ärzte ist die Erlaubnis, nicht nur Zahnärzten, sondern auch Tierärzten und Apothekern die, bis April nächsten Jahres befristete, Durchführung von COVID-Impfungen zu gestatten, nun ist offenbar sogar die Impfung durch das Pflegepersonal ohne Anwesenheit des Arztes ein Ziel. Die Bundesärztekammer bezieht hier eindeutig Stellung: Das Impfen solle aus Gründen des Patientenschutzes nur unter ärztlicher Aufsicht erfolgen. Schließlich sei Impfen eine (präventiv-)medizinische Maßnahme.

Es gibt aber auch weitergehende Befürchtungen: In Anbetracht dieser Ausweitungen besteht die keineswegs unbegründete Sorge, auch weitere Impfungen könnten auf Berufsgruppen regelhaft übertragen werden – trotz der geschilderten Gefährdungen der Patientensicherheit, bei der Influenza-Impfung ist dies schon ab Herbst für die Apotheker der Fall. Vom Brechen des „Impf-Monopols der Ärzte“ ist hier in der Gesundheitspolitik die Rede. Der Vize der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Stefan Hofmeister, wies im Mai dieses Jahres darauf hin, dass die Zahlen aus den bisherigen Modellregionen, in denen Apotheken Gripeschutzimpfungen anbieten, allerdings arge Zweifel an der diesbezüglichen Euphorie aufkommen ließen. „In Nordrhein haben sich in den beiden zurückliegenden Jahren dem Vernehmen nach gerade einmal 1.800 Menschen in Apotheken gegen Influenza impfen lassen“, so Hofmeister.

Wird die Impfpflicht obsolet?

Die einrichtungsbezogene Impfpflicht läuft zum Jahresende aus. Schon jetzt wird sie von einer Mehrheit in der Ärzteschaft und von vielen Politikern für obsolet gehalten, allerdings scheint der Bundesgesundheitsminister hier anderer Auffassung zu sein. Es ist trotzdem eher unwahrscheinlich, dass es zu einer Verlängerung dieser Impf-

pflicht kommt – unter dem Vorbehalt einer nicht neu auftretenden sehr gefährlichen Virusvariante. Nicht zuletzt fürchten die Politiker auch um die dadurch sich noch weiter verschärfende Situation des Mangels an Pflegekräften, vielerorts sind deshalb Sanktionen gegen nicht geimpftes Pflegepersonal ausgesetzt.

Für die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte ist mit der Abschaffung der sogenannten Neupatientenregelung mit dem geplanten Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz) eine grundlegende politische Erschütterung verbunden. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das im April 2019 in Kraft trat, war seitens der Politik die politische Absicht verbunden, die Versorgung im ambulanten Bereich zu reformieren. Die Fragestellung lautete für die Gesundheitspolitiker der damaligen Regierungskoalition, wie man die ambulant tätigen Ärzte dafür gewinnen könnte, gesetzliche versicherte Neupatienten trotz des wesentlichen Mehraufwandes regelhaft aufzunehmen und auch wöchentlich Akut-Sprechstunden von gesetzlich Versicherten beim Facharzt für die Ärzte attraktiv zu machen.

Nun soll das Rad der Geschichte zurückgedreht werden. Die Neupatientenregelung soll Anfang des kommenden Jahres abgeschafft werden. Die ärztliche Untersuchungen und Behandlungen, die in offenen Sprechstunden durchgeführt werden, sollen „weiterhin mit Geldern aus der gedeckelten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden. Ursprünglich ist vorgesehen, dass die Krankenkassen zusätzliche Finanzmittel bereitstellen müssen, damit Versicherte schneller einen Termin bekommen beziehungsweise einen Facharzt konsultieren können“, wie die KBV eingehend erläutert. Die angeführte Begründung, die Regelung hätten keine Verbesserungen bewirkt, sind in keiner Weise belegt. Im Gegenteil, hier ist offensichtlich der Gedanke, die Ärzte hätten einen erheblichen Beitrag zum Sparen und sei es durch Leistungskürzungen zu tragen, leitend. Auch wenn gerade Letzteres offiziell durch den Bundesgesundheitsminister bestritten wird. Mit dieser nicht nachvollziehbaren Argumentation durch die politisch Verantwortlichen wird durch die Rücknahme dieser Regelungen das Vertrauen in die Verlässlichkeit gesetzlicher Regelungen und politischer Grundaussagen in einer Weise erschüttert, die über die bloße „Tagespolitik“ hinausgeht.



Telematikinfrastruktur

Technische Rückschläge sorgen für Stagnation und Dauerfrust

Erst im September ist die nächste Umsetzungsphase für das E-Rezept angelaufen – zunächst in der Region Westfalen-Lippe und bei Zahnärzten in Schleswig-Holstein. Bereits im Vorfeld gab es Kritik von Datenschützern und von einem reibungslosen Funktionieren ist man noch meilenweit entfernt. Probleme gibt es an allen Enden in Sachen Digitalisierung. Der Unmut wächst.

Zum Sachstand: Seit Dezember 2017 wird die Telematikinfrastruktur (TI) bundesweit im Gesundheitswesen ausgerollt. Bis Ende 2021 sollte sie nach dem Willen von Gesetzgeber und TI-Betreiber-gesellschaft gematik flächendeckend umgesetzt sein. Im November 2021 hat die gematik zudem ein „Whitepaper TI 2.0“ veröffentlicht, nachdem die TI bis 2025 schrittweise auf eine TI 2.0, „als Arena für digitale Medizin“, umgestellt werden soll. Inzwischen sind schon einige Anwendungen der Telematikinfrastruktur eingeführt worden, weitere Einführungen stehen kurz bevor. Im besonderen Fokus ist derzeit der Rollout des E-Rezepts. Außerdem sind weitere Entwicklungsstufen für die elektronische Patientenakte (ePA) vorgesehen. Auch die Nutzung der eAU an die Krankenkassen ist erst seit kurzem für Arztpraxen verpflichtend. Technische Probleme, drohende Sanktionen und die Frage der Finanzierung führten allerdings in der Vergangenheit immer wieder zu Unmut bei der Ärzteschaft.

Neue Rahmenbedingungen

Die TI ist seit dem Jahr 2005, in dem die gematik gegründet wurde, in der Entwicklung. Seit der Erstkonzeption der TI haben sich – wie die gematik erläutert – das kulturelle Umfeld, die technischen Möglichkeiten, der Markt und die politischen Rahmenbedingungen „fundamental verändert“. Daher sei eine Neukonzeption der TI „dringend erforderlich“. Die grundlegende digitale Vernetzung, die bisher Schwerpunkt der TI gewesen sei, werde nunmehr als gegeben gesehen. Deshalb habe sich der Bedarf hin zu höherwertigen Integrationsmöglichkeiten verschoben. Schwerpunkt beim Aufbau der TI 2.0 soll die Nutzerfreundlichkeit sein, dazu zählen laut gematik: „schnelle Verfügbarkeit, universelle Erreichbarkeit und flexible Verwaltung über eine Vielzahl von Endgeräten“. Zugleich sollen verbindliche, von der gematik definierte Standards die Interoperabilität der Anwendungen und Dienste und vor allem die Sicherheit sensibler Gesundheitsdaten gewährleisten. Eine Sicherheitsarchitektur auf der Basis eines „Zero Trust“-Prinzips soll den Schutz der Gesundheitsdaten gewährleisten. Dabei soll jede Verbindung Ende-zu-Ende abgesichert sein, „das heißt beide Seiten müssen sich gegenseitig authentisieren“. Hinzu treten soll die Registrierung und Attestierung der genutzten Geräte sowie Systeme zur Missbrauchserkennung bei den Diensten der TI. Zusätzlich zur TI 2.0 sollen sogenannte digitale Identitäten statt Chipkarten zur Authentifizierung eingeführt werden.

Ab 2023 nächste ePA-Ausbaustufe

Seit Einführung der Telematikinfrastruktur wurden bereits diverse Anwendungen etabliert. Eine wesentliche Rolle zur Nutzung dieser Anwendungen spielt u. a. die elektronische Gesundheitskar-

te (eGK), die seit 2012 sukzessive eingeführt wurde. Als Sichtausweis für Leistungserbringer dient der elektronische Heilberufsausweis (HBA).

Seit dem 1. Januar 2021 sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten auf Wunsch eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Ab 2023 sollen weitere Funktionen hinzukommen – wie die Verwaltung von Krankenhaus-Entlassungsbriefen, Pflegeüberleitungsbögen und Laborwerten. Daten sollen dann auch pseudonymisiert für Forschungszwecke freigegeben werden dürfen, damit diese Daten zukünftig für eine bessere Gesundheitsversorgung genutzt werden können. Die Nutzung der ePA ist für Patienten freiwillig und aktuell haben sich erst relativ wenige Versicherte eine ePA einrichten lassen. Die Bundesregierung plant für die ePA eine sogenannte Opt-out-Regelung einzuführen. Dabei würden alle Krankenkassen automatisch für ihre Versicherten eine elektronische Patientenakte einrichten. Wer keine ePA möchte, kann der Anlage und ihrer Befüllung grundlegend widersprechen. Der 126. Deutsche Ärztetag hat sich nachdrücklich für ein solches Verfahren bei der ePA ausgesprochen. Aktuell besitzen bundesweit rund 480.000 Patientinnen und Patienten eine ePA (Stand: 26. Mai 2022). Perspektivisch könnten Ärztinnen und Ärzte mit dem Opt-Out-Verfahren davon ausgehen, dass die allermeisten ihrer Patientinnen und Patienten im Besitz einer ePA seien.

TI-Messenger soll Standard werden

2021 wurde des Weiteren die „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM) eingeführt. KIM soll die sichere digitale E-Mail-Kommunikation der Leistungserbringer untereinander sowie mit Institutionen des Gesundheitswesens ermöglichen. Über KIM können unter anderem elektronische Arztbriefe (eArztbriefe) und eAU sicher übermittelt werden. Der KIM-Dienst soll durch einen sicheren Chatdienst ergänzt werden, den sogenannten TI-Messenger (TIM). Im August 2022 hat die gematik die überarbeitete Spezifikation mit neuen Features für die erste Ausbaustufe des TI-Messengers veröffentlicht. Der TI-Messenger soll als interoperabler Messaging-Standard im deutschen Gesundheitswesen das Chatten über Anbieter- und Sektorengrenzen hinweg ermöglichen. Erste durch die gematik zugelassene TI-Messenger-Dienste werden für 2023 am Markt erwartet. Darüber hinaus ist auch ein Dienst für Videochat im Gesundheitswesen (VIM) geplant.

Fristen werden immer wieder verschoben

Die eAU sollte eigentlich ab dem 1. Januar 2021 verpflichtend sein. Aufgrund vielfältiger technischer Probleme wurde jedoch eine Übergangsfrist bis zum 30. Juni 2022 gewährt. Seit dem 1. Juli 2022

ist die Nutzung nun verpflichtend. Die elektronische Übermittlung der Daten zur Arbeitsunfähigkeit von der Krankenkasse an den Arbeitgeber ist laut dem 3. Gesetz zur Bürokratieentlastung zwar ab dem 1. Januar 2022 verpflichtend, aber auch diese Frist wurde verschoben, auf den 1. Januar 2023.

Weiterhin wird seit dem 1. Juli 2021 das elektronische Rezept (E-Rezept) getestet. Die Nutzung sollte ursprünglich zum 1. Januar 2022 für niedergelassene Ärzte verpflichtend werden – dieser Termin war nicht zu halten. Ein stufenweiser deutschlandweiter Rollout hat nun im September begonnen, zunächst in den beiden Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Schleswig-Holstein (KVSH) und Westfalen-Lippe. Werden die Qualitätskriterien für diese erste Stufe des Rollouts erfüllt, sollen sechs weitere KV-Regionen starten. Verläuft auch die zweite Stufe erfolgreich, soll das E-Rezept in den restlichen KV-Regionen ausgerollt werden. Ab Mitte 2023 soll das Ausstellen von E-Rezepten auch für privat versicherte Patienten ermöglicht werden.

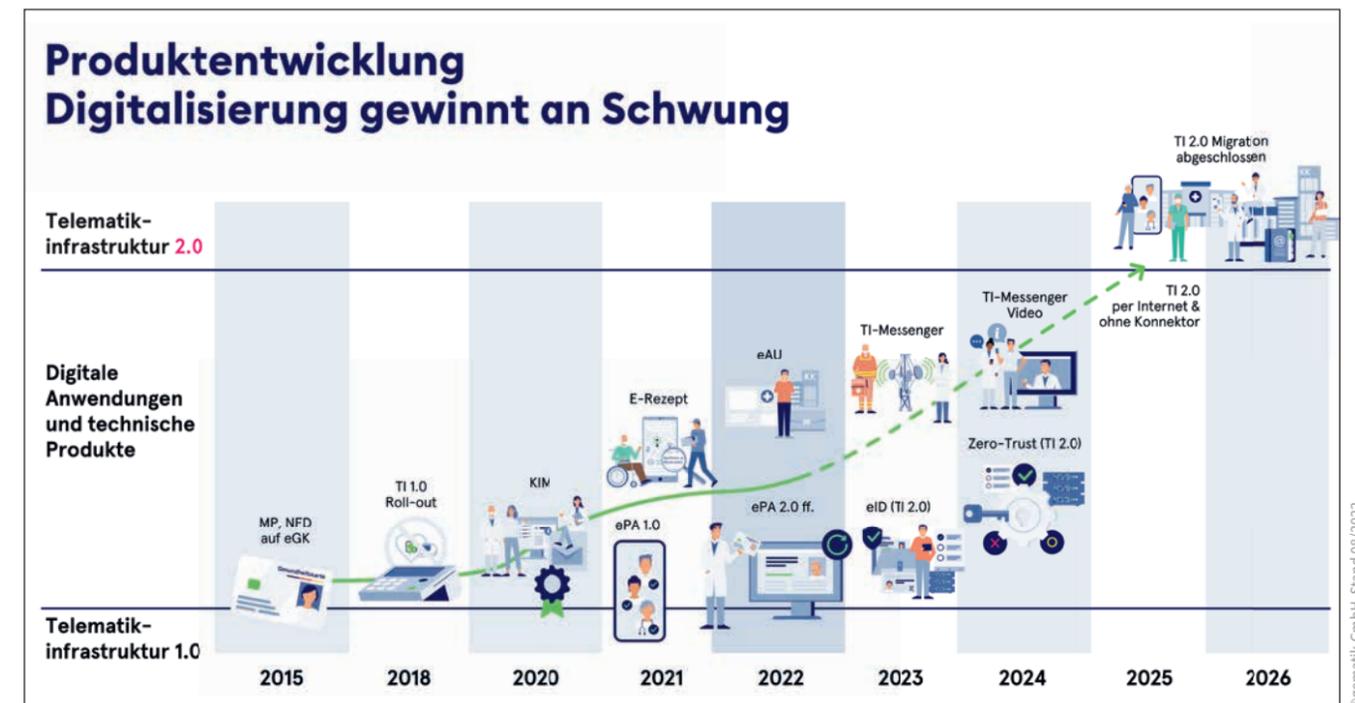
Am 22. August 2022 teilte die KV Schleswig-Holstein nun mit, „bis auf Weiteres“ aus dem Rollout auszusteigen. Nach Mitteilung des Landesdatenschutzes sei die mailbasierte Umsetzung des E-Rezepts untersagt, da auf dem Markt frei erhältliche Apps aus dem Apothekenumfeld jeder Person, die befugt oder unbefugt im Besitz des QR-Codes sei, die Kenntnisnahme von Daten einer Verordnung ermögliche. Die KV Westfalen-Lippe wie auch die Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen in Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe haben aber weiterhin am Rollout festgehalten.

Teurer Konnektor-Tausch

Als zertifiziertes Bindeglied zwischen der IT-Infrastruktur der Ärzte und Apotheker und der Telematikinfrastruktur dient der Konnektor. Für diesen läuft in den kommenden Monaten die fünfjährige Nutzungszeit ab. Um Zwischenlösungen zu vermeiden, hatte sich die Gesellschafterversammlung der gematik im Februar für einen Hardwaretausch entschieden. 130.000 Geräte mit Kosten von

rund 300 Mio. Euro sollen ausgetauscht werden. Einem Beitrag des Computermagazin c't zufolge genüge ein Austausch der Karten in den Konnektoren, um die Laufzeit zu verlängern, und bei zwei Anbietern sei ein Softwareupdate möglich. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verlangte daraufhin von der gematik rasche Aufklärung darüber, ob sich der „teure Austausch“ vieler Geräte vermeiden ließe. Die gematik vertrat zunächst die Ansicht, dass es keine Lösung sei, für den Einsatz in den Praxen die Karten auszutauschen, da unter anderem die Sicherheitsvorgaben verletzt würden. Die KBV berichtete im Anschluss an die Gesellschafterversammlung vom 2. August 2022 jedoch, dass die gematik zur nächsten Gesellschafterversammlung eine Alternativenprüfung zum Konnektorentausch vorlegen werde.

Der Hartmannbund bezeichnete die „quälende aktuelle Diskussion um den (Nicht-)Austausch von Konnektoren“ als „leider nur eine Fußnote auf einem inzwischen ganz und gar verbrannten Boden“. „Die in den vergangenen Jahren erlebte Mischung aus Zwangsmaßnahmen, wenig überzeugender technischer Performance und finanzieller Unterdeckung in den Praxen ist eine Geschichte nachhaltigen Versagens“, kritisierte Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbunds. Es sei den Gesellschaftern der gematik – allen voran dem Mehrheitsgesellschafter Bund – nicht gelungen, aus einem im Kern gemeinsamen Interesse ein gemeinsames Projekt zu machen. „Man kann es nicht oft genug sagen, dass auch die Ärztinnen und Ärzte in ihren Praxen ein elementares Interesse an einer für sie und ihre Patientinnen und Patienten sinnvollen Implementierung von digitalen Prozessen haben“, betonte Reinhardt. Dazu müsse aber der Mehrwert mindestens in einem angemessenen Verhältnis zum erbrachten Aufwand stehen – egal ob finanziell oder auch mit Blick auf die „human resources“. Das „mühsame Feilschen um kostendeckende Erstattungen und fehlendes Vertrauen“ seien jedenfalls kein guter Nährboden für blühende digitale Landschaften.



Umstrittene Arzneimittelreformen

Kostendämpfungen im Pharmabereich: Die Ampel-Koalition macht ernst

Mit dem „Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz)“ plant die Bundesregierung Vorhaben aus dem Ampel-Koalitionsvertrag 2021 zum Arzneimittelbereich umzusetzen. Das bestehende Preismoratorium soll beibehalten werden. Außerdem soll das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) weiterentwickelt werden.

Die Kosten der Arzneimittelversorgung würden laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen zentralen Faktor für die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) darstellen. Dabei sei insgesamt ein langjähriger Trend steigender Arzneimittelausgaben der Krankenkassen zu verzeichnen. Im Koalitionsvertrag heißt es dazu, dass die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Begrenzung der Arzneimittelpreise gestärkt werden sollen und der bei neuen Arzneimitteln verhandelte Erstattungspreis bereits ab dem siebten Monat gelten soll. Heftige Kritik für die geplanten Änderungen durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz gab es dafür bereits seitens der Arzneimittelhersteller. Sie warnten vor einer Schwächung des Pharmastandorts und der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Zusatznutzen oder nicht?

Zur Historie und zum jetzigen Procedere: Zum 1. Januar 2011 wurde die frühe Nutzenbewertung für alle neu zugelassenen Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen sofort nach Markteintritt über das AMNOG eingeführt. Bereits damals war es das Bestreben der damaligen Bundesregierung, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Arzneimittel einzudämmen. Seitdem müssen pharmazeutische Unternehmer bei der Markteinführung eines Arzneimittels belegen, ob und in welchem Ausmaß ihr Medikament einen Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie hat. Für die frühe (Zusatz-)Nutzenbewertung (§ 35a SGB V) ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zuständig. Der G-BA entscheidet auf Grundlage von vom pharmazeutischen Unternehmer einzureichender Studiendaten, ob und gegebenenfalls welchen Zusatznutzen ein neu zugelassenes Arzneimittel beziehungsweise ein Arzneimittel mit einem neu zugelassenen Anwendungsgebiet hat.

Das Ergebnis der Zusatznutzenbewertung ist die Entscheidungsgrundlage dafür, wie viel die GKV für ein neues Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff zahlt. Arzneimittel ohne Zusatznutzen werden in das sogenannte Festbetragssystem überführt. Dabei sind Festbeträge Obergrenzen, bis zu denen die Krankenkassen ein verschriebenes Medikament bezahlen. Diese Festbeträge werden für Gruppen vergleichbarer Arzneimittel festgesetzt. Für neue Arzneimittel mit einem Zusatznutzen im Verhältnis zur zweckmäßigen Vergleichstherapie werden die Preise zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den pharmazeutischen Unternehmen ausgehandelt. Sollten diese Verhandlungen nicht fristgerecht abgeschlossen sein, werden der Erstattungsbeitrag und weitere Inhalte der Erstattungsvereinbarung durch eine Schieds-

stelle festgelegt. In den ersten zwölf Monaten nach Markteintritt eines Arzneimittels gilt derzeit aber der vom Hersteller festgelegte Preis, erst danach greift der verhandelte Preis.

Einsetzung von „Leitplanken“

Das AMNOG sei lange Zeit nicht mehr verändert worden, erklärte Bundesgesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD) Ende Juli in Berlin. Die Zeit, in der der vorgegebene Herstellerpreis gelte und nicht angepasst werden müsse, sei zu lang. „Den werden wir – wie im Koalitionsvertrag vorgesehen – von 12 Monaten auf 6 Monate verkürzen.“

Darüber hinaus sollen „Leitplanken“ für den Beleg zum patientenrelevanten Zusatznutzen eingesetzt werden. „In der Vergangenheit ist es zunehmend so gewesen, dass die Preisverhandlungen erschwert gewesen sind, in dem die Arzneimittelfirmen die Anpassung des Preises nach der Nutzenbewertung schon mit einfaktorisiert haben und somit mit Preisen in die Verhandlungen eingestiegen sind, die höher gewesen sind, als sie hätten sein müssen“, erläuterte Lauterbach. Nach den „Leitplanken“ sollen laut Gesetzentwurf neue Arzneimittel, die keinen Zusatznutzen aufweisen, einen niedrigeren Erstattungsbeitrag haben als eine patentgeschützte Vergleichstherapie. Neue Arzneimittel mit nur geringem patientenrelevanten Zusatznutzen oder einem nicht quantifizierbaren Zusatznutzen sollen gegenüber einer patentgeschützten Vergleichstherapie einen vergleichbaren Preis realisieren können. Für neue Arzneimittel mit einem beträchtlichen oder erheblichen Zusatznutzen soll es, als Anreiz für die Industrie, keine „Leitplanken“ geben. „Der besonders wertvolle Anreiz für innovative Produkte zuerst auf den deutschen Markt zu kommen, den man sonst nur noch in den Vereinigten Staaten in dem Umfang hat, soll erhalten bleiben“, unterstrich Lauterbach. Weiterhin soll ein rechnerischer Abschlag auf patentgeschützte zweckmäßige Vergleichstherapien eingeführt werden, die noch nicht Gegenstand einer Nutzenbewertung waren. Zudem soll für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen ein Kombinationsabschlag in Höhe von 20 % auf den Erstattungsbeitrag eingeführt werden.

Kritik an den Regelungen für Orphan Drugs

Die Umsatzschwelle für Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens – sogenannte „Orphan Drugs“ – für die Nutzenbewertung soll laut Gesetzentwurf auf 20 Mio. Euro reduziert werden. Derzeit liegt diese bei 50 Mio. Euro. Orphan Drugs bezeichnen Therapien für Erkrankungen, die bei nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen vorkommen. Für Orphan Drugs gilt bei der Marktein-



Besonders innovative Arzneimittel sollen zuerst hier auf den Markt kommen.

führung zudem 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) forderte im Januar 2022 diese Ausnahmeregelung abzuschaffen. Das IQWiG bemängelte, dass die Einstufung des Zusatznutzens bei Orphan Drugs laut einer Analyse in der Regel erst nach Jahren korrigiert werde. Teilweise werde die Einstufung des Zusatznutzens jedoch auch gar nicht korrigiert: „Dies ist der Fall, wenn für das Orphan Drug die Umsatzschwelle von 50 Mio. Euro nicht überschritten und eine reguläre Nutzenbewertung daher nicht durchgeführt wird.“

Preismoratorium soll verlängert werden

In einem Positionspapier vom Juli 2021 hatte der GKV-Spitzenverband bereits auf eine Fortentwicklung des AMNOG gedrängt. „Noch immer“ liege die Steigerungsrate der Arzneimittelausgaben um mehr als ein Drittel über derjenigen aller Leistungsausgaben der GKV – „überwiegend aufgrund neuer Patent-Arzneimittel“. Insbesondere bei neuartigen Behandlungsformen komme das AMNOG-Verfahren an seine Grenzen. „Denn infolge beschleunigter Verfahren stehen die zur Nutzenbewertung notwendigen Daten nicht hinreichend zur Verfügung. Damit ungerechtfertigte Ausgabenzuwächse nicht zur Bedrohung für den in Deutschland gewohnt schnellen und qualitätsvollen Zugang zu neuen Arzneimitteln werden, sind schnellstmöglich kraftvolle Steuerungsmaßnahmen erforderlich.“

Als weitere Maßnahme soll laut dem geplanten GKV-Finanzstabilisierungsgesetz zur Stabilisierung der Arzneimittelausgaben der GKV das Preismoratorium über den 31. Dezember 2022 hinaus um weitere vier Jahre bis 2026 verlängert werden. Das Preismoratorium gibt es seit 1. August 2010. Es gilt für alle patentfreien Medikamente, die bis zu dieser gesetzlichen Maßnahme bereits auf dem Markt waren. Preisstichtag ist der 1. August 2009. Diese Preisbremse gilt nicht für Festbetrags-Arzneimittel. Darüber hinaus soll der

Herstellerabschlag nach § 130a Absatz 1 Satz 1 (allgemeiner Herstellerabschlag), der insbesondere für patentgeschützte Arzneimittel gilt, für ein Jahr befristet um 5 Prozentpunkte angehoben und auch entsprechend im Gesetz über Rabatte für Arzneimittel geregelt werden.

„Der Entwurf entzieht der Industrie Mittel für Investitionen in Forschung und Produktion in Milliardenhöhe“, kommentiert Hans Steutel, Präsident des Verbands der forschenden Arzneimittelhersteller (vfa) die avisierten Regelungen. „Ohne Not, geradezu im Vorbeigehen“, würden tiefe Eingriffe in das „bewährte und eingeübte“ Preisbildungssystem des AMNOG erfolgen, „ohne ihre Konsequenzen auf die Verfügbarkeit von innovativen Medikamenten abzuwägen“. Jede dieser Änderungen sei für sich genommen „schon gravierend“. „Und im Zusammenspiel entfalten sie darüber hinaus noch eine kumulative Wirkung“, mahnte er.

„Das anhaltende Preismoratorium gefährdet weiter die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie die Arbeitsplätze in der pharmazeutischen Industrie“, so Dr. Hans-Georg Feldmeier, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands der Pharmazeutischen Industrie (BPI). „Große Teile der generischen Arzneimittelversorgung werden durch den Preisstopp getroffen und können in vielen Bereichen nicht mehr wirtschaftlich arbeiten. Darunter leiden gerade auch standortgebundene Unternehmen, die an Innovationen auf Basis bewährter Wirkstoffe arbeiten.“ Hinzu kämen „krisenbedingte, massive Kostensteigerungen“. Gerade auch die Maßnahmen im Bereich der innovativen Arzneimittel seien Feldmeier zufolge kontraproduktiv: „Die geplanten Änderungen im AMNOG rütteln an den Grundfesten des AMNOG. Sie sind die völlige Abkehr vom Grundverständnis eines fairen Interessensausgleichs zwischen GKV-Spitzenverband und Hersteller. Sie könnten bewirken, dass zukünftig in Deutschland Innovationen insbesondere für solche Therapiebereiche ausbleiben, wie bspw. bei Volkskrankheiten wie Diabetes. Aber auch die Änderung der Umsatzschwelle bei Orphan Drugs schadet der Forschung und Entwicklung in diesem wichtigen Bereich. Der Forschungsstandort Deutschland wird geschwächt.“

E-Learning-Plattform in modernem Layout

Die medizinische Lehre von Grund auf neu anpacken

Der Medizinstudierende Laurin Gerdes und der Strategic Design-Studierende Lukas Brendle haben Ende 2020 die innovative E-Learning-Plattform www.fracto.de gegründet. Sie erstellen interaktive E-Learning-Kurse für die Medizin, Notfallmedizin und das Physician Assistant-Studium (PA-Studium). Laurin Gerdes berichtet dem Hartmannbund-Magazin von den Anfängen von fracto und gibt einen Ausblick, wie das Lernen in Zukunft wohl aussehen wird.

Wie seid ihr auf die Idee gekommen, eine eigene interaktive E-Learning-Plattform ins Leben zu rufen? Was hat euch genau gestört, wo habt ihr Potentiale entdeckt?

Zu Beginn unseres Studiums wurden wir mit einer Einstiegs-Prüfung im Fach Chemie konfrontiert. Viele Kommiliton*innen klagten damals über ein zu hohes inhaltliches Niveau, einen fehlenden roten Faden und ein anschauliches Format der Lehre. Wir selbst störten uns damals ebenfalls an diesem Zustand und starteten einige Zeit später unsere E-Learning-Plattform „fracto“ (www.fracto.de). Unsere wesentlichen Kritikpunkte an der gängigen universitären Lehre waren damals eine unzureichende Aufbereitung des Stoffs und eine fehlende Einheitlichkeit. Ebenfalls gibt es nur eine Handvoll guter Anbieter medizinischer Lernmaterialien, die darüber hinaus sehr viel Geld für ihre Lehrmittel verlangen.

Häufig waren aber auch die Lehrmaterialien aus der Uni veraltet, falsch oder mit Grafiken aus den Jahren vor 2000 ausgestattet. Unsere Motivation entsprang damals vor allem der Idee, die medizinische Lehre von Grund auf neu anzupacken und uns an einer klaren Struktur zu orientieren, ebenfalls wollten wir interaktive Kurse entwickeln, für deren Bearbeitung keinerlei Vorwissen notwendig ist.

Was macht fracto.de aus, was sind die Vorteile? Wie genau funktioniert eure Plattform, welche Inhalte bietet ihr an?

Alle unsere fracto-Kurse sind inhaltlich auf das Wesentliche heruntergebrochen und an das jeweilige Curriculum der Universität oder Hochschule angepasst. Wir geben uns bei der Erstellung der Lerninhalte große Mühe und haben dabei auch die Vermittlung des Lernstoffs neu durchdacht, indem wir unser eigenes, interaktives Lernkonzept entwickelt haben. fracto legt dabei vor allem großen Wert auf eine intuitive Nutzung unserer Kurse und Prüfungssimulatoren, die durch eine einheitliche Struktur, verständliche Grafiken und ein modernes Layout unterstützt wird. Der oder die Nutzer*in soll Freude beim Lernen mit fracto haben und sich nicht zum Lernen zwingen müssen.



Laurin Gerdes

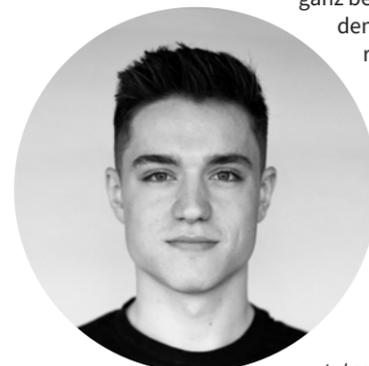
Wir sind zudem der Überzeugung, dass es für den Lerneffekt unglaublich wichtig ist, dass Inhalte direkt durch Übungsaufgaben und detaillierte Lösungswege vertieft werden. Alle diese Aspekte haben wir bei der Erstellung unseres Projektes berücksichtigt und zu einer großen, dynamischen E-Learning-Plattform zusammengefügt. Aktuell bieten wir naturwissenschaftliche Grundkurse für das Medizinstudium, sowie Kurse für die Ausbildung in der Notfallmedizin und im Physician Assistant (PA) Studium an.

Du und Lukas Brendle betreibt fracto.de neben dem Studium, wie schafft ihr das?

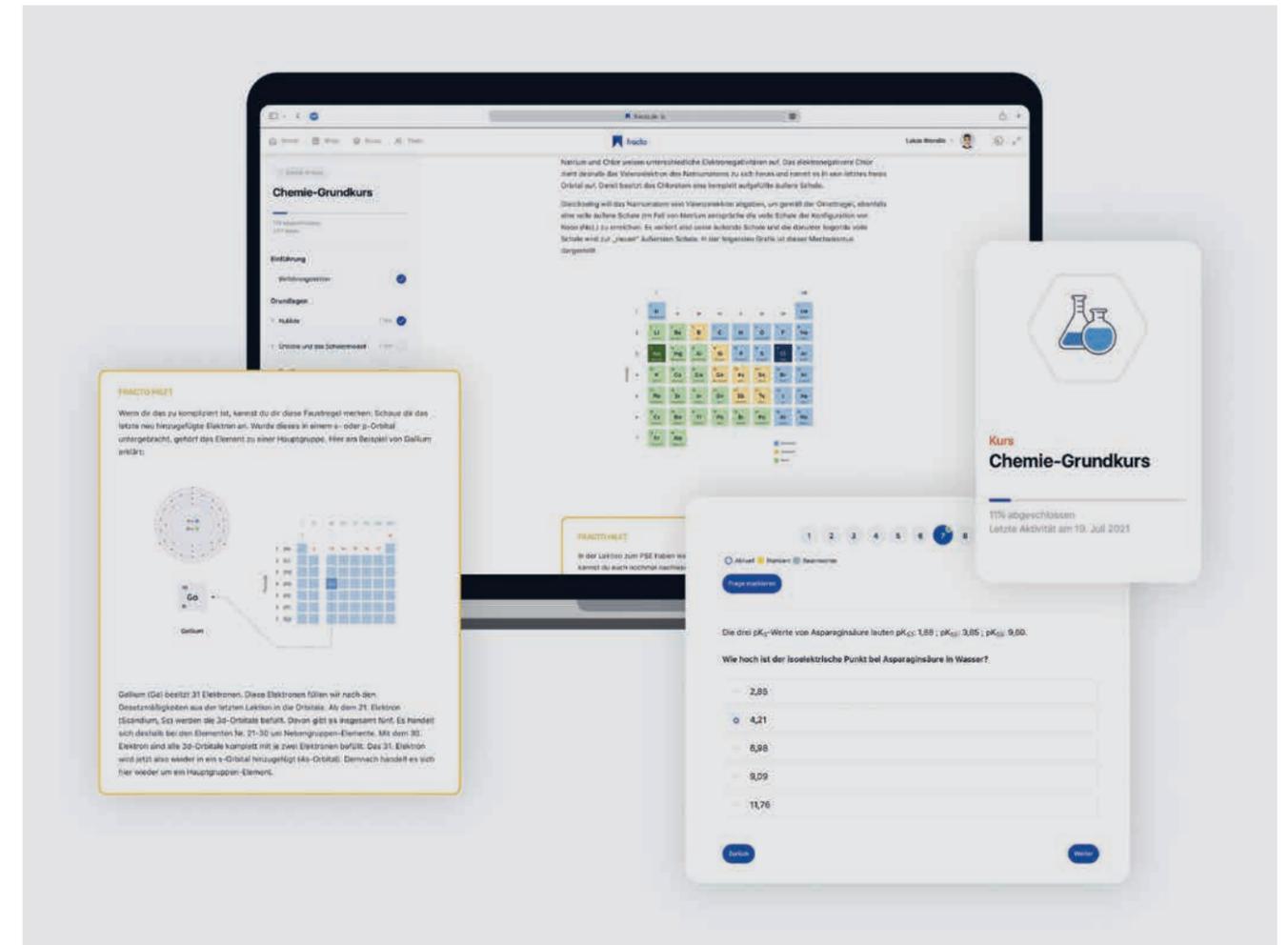
Das ist eine interessante Frage. Eigentlich gibt es nie eine gleichbleibende Belastung durch den Betrieb unseres StartUps. Häufig kommt es insbesondere beim Abschluss größerer Projekte zu vielen Aufgaben, die wir bisher aber immer gut erledigen konnten. Da wir beide verschiedene Studiengänge studieren, kommt es uns zugute, dass wir unsere Prüfungen meist zeitlich versetzt schreiben und uns die Aufgaben und die Leitung von fracto ganz gut aufteilen können. Nichtsdestotrotz ist die Arbeit als Geschäftsführer und Junggründer teilweise sehr zeitintensiv. Weil uns die Arbeit an fracto aber nach wie vor großen Spaß bereitet, ist es nicht schlimm, wenn wir abends einmal die eine oder andere Überstunde einbauen müssen.

Was ist genau die Rolle der Tutoren?

Neben unseren „rein“ digitalen Kursen vermitteln wir manche Inhalte, für ein noch interaktiveres Lernen, auch in sogenannten fracto-Seminaren. Dabei erklären unsere Tutor*innen Inhalte unserer Kurse und stehen den Studierenden als direkte Ansprechpartner auf Augenhöhe zur Verfügung. Uns ist es wichtig, dass wir ganz bewusst keine Distanz zwischen den Lehrenden und den Studierenden schaffen. Alle unsere Tutor*innen sind ebenfalls Student*innen und wir pflegen eine sehr lockere, kumpelhafte Atmosphäre, damit sich niemand genieren muss, eine Frage zum Thema zu stellen. Das funktioniert wirklich sehr gut!



Lukas Brendle



Wie war das Feedback bisher?

Bisher war das Feedback ausschließlich sehr positiv und viele Studierende schreiben uns ihre Wünsche für zukünftige fracto-Kurse, wir haben schon eine ganze Warteliste. Zudem erhalten wir viel Lob für unsere klare Struktur und das moderne Design, was uns natürlich sehr freut und motiviert. Alles in allem wird unser verständliches Kurskonzept durchweg positiv aufgenommen, trotzdem sind wir natürlich immer auch an konstruktivem Feedback und Verbesserungsvorschlägen interessiert.

Ihr sucht noch weitere Team-Mitglieder zur Unterstützung – was müssen Interessierte für ein Know-how mitbringen? Wie können sie sich bei euch melden?

Grundsätzlich sind alle interessierten Team-Mitglieder*innen sehr herzlich bei uns willkommen. Wir freuen uns sowohl über tatkräftige Verstärkung im Bereich „Medizin/Lerninhalt“, als auch im Bereich „Grafiken/Design/E-Learning“. Erreichbar sind wir per Mail (jobs@fracto.de), auf Instagram [@fracto.de](https://www.instagram.com/fracto.de) oder über unsere Homepage www.fracto.de. Hinter fracto steht ein junges, dynamisches Team und aktuell sind wir vorwiegend auf der Suche nach Studierenden. Ein bestimmtes Know-how ist dabei nicht zwingend notwendig, super ist natürlich Vorwissen in den Bereichen Medizin, Naturwissenschaften, Interaktionsgestaltung, E-Learning und Grafik-/Webdesign.

Was wünscht ihr euch für die Zukunft?

Als wir mit fracto angefangen haben, haben wir uns primär auf die Lehre im Medizinstudium konzentriert, für die Zukunft wollen wir aber noch mehr nach links und rechts blicken und unsere Kurse generell für die medizinische Lehre anbieten. Einen ersten Schritt haben wir bereits mit unseren Kursen für das Physician Assistant-Studium in diese Richtung getan. Unser Anspruch ist es, der beste und gleichzeitig dynamischste Anbieter medizinischer Lehrinhalte zu werden, zudem wollen wir uns auch in Zukunft an die Bedürfnisse und den Geldbeutel der Studierenden anpassen. Wir sind deshalb gespannt, wohin unsere Reise mit fracto noch gehen wird, und freuen uns natürlich über jedes Feedback, jeden Verbesserungsvorschlag und über jede*n zufriedene*n Student*in.

Besuchen Sie die Internetseite www.fracto.de



Fast 50 Jahre Berufspolitische Seminare

Juni 2022 – ein Sommerfest ohne Einschränkungen

Mit zweijähriger Verschiebung konnte die Friedrich-Thieding-Stiftung ihr Jubiläum zur 100. Berufspolitischen Seminarreihe nun endlich im Garten des Hartmannbund-Hauses feiern.

Mit der Gründung der Friedrich-Thieding-Stiftung im Jahr 1971 setzte der Hartmannbund ein Zeichen, um ideale wissenschaftliche und gemeinnützige Ziele umzusetzen. Die weitblickende und zukunftsorientierte Gestaltung der Satzung ermöglicht ein umfassendes Wirken in allen Gebieten des Gesundheitswesens und insbesondere bei der ärztlichen Berufsausübung. Der Schwerpunkt liegt in der Durchführung von gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Fortbildungsveranstaltungen. Zusätzlich ermöglicht der Satzungszweck die Beteiligung der Stiftung an Initiativen Dritter in Forschung und Lehre, sofern die finanziellen Mittel dies erlauben.

Neben dem heute noch bestehenden Erfolgsmodell der Berufspolitischen Seminare (BPS) in der klassischen Struktur an drei Wochenenden, hat die Stiftung in den 51 Jahren seit ihrer Gründung eine Vielzahl von Fortbildungsveranstaltungen realisiert.

Viele berufs- und standespolitisch Aktive haben ihren Einstieg über die Berufspolitische Seminarreihe der Stiftung gefunden.

Dies zeigt die Bedeutung einer guten Informationsbasis und auch den Wert von Netzwerkentwicklungen bei den persönlichen Treffen und Diskussionen.

Schon länger in Planung und durch den Ausbruch der Coronapandemie 2020 unausweichlich, hat die Stiftung die Reihe als Online-Veranstaltung umgesetzt und wird sie als erweitertes Angebot hybrid durchführen. Zukünftig soll auch bei diesen Formaten ein persönlicher Austausch, ein Kennenlernen und Netzwerken ermöglicht werden.

Die Nachfrage nach online und hybriden Veranstaltungen ist beeindruckend und der Kreis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer steigt deutlich. Eine spannende Entwicklung, die uns bestärkt die 1974 in Bonn-Poppelsdorf begonnene Erfolgsgeschichte der Berufspolitischen Seminarreihe weiter fortzuschreiben. Unabhängig vom Medium steht aber nach wie vor der Austausch mit erfahrenen Berufspolitikerinnen und Berufspolitikern und Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitswesen im Mittelpunkt.

Ein weiteres wichtiges Projekt der Stiftung ist das Hartmannbundstipendium, das 2017 mit Unterstützung der Bank Alpinum Liechtenstein ins Leben gerufen wurde. Das Stipendium wird für sehr gute Leistungen

Unterstützen Sie unsere Aktivitäten mit Spenden!



und ein sozial- oder berufspolitisches Engagement im Medizinstudium vergeben. Derzeit erhalten jährlich zwei Medizinstudierende eine monatliche Förderung in Höhe von 250,00 € für ein Jahr. Fernziel oder besser Wunschziel ist die Ausweitung dieses Stipendium und damit verbunden der Aufbau einer Studienstiftung der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland.

Wäre die Stiftung nicht vor über 50 Jahren gegründet worden, müssten wir Sie neu entstehen lassen.

Die hohe Bedeutung der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen wird leider im Studium nicht gewürdigt. Um so wichtiger ist es, das Interesse junger Ärztinnen und Ärzte und der Medizinstudierenden an der Berufspolitik zu wecken, um auch zukünftig Kolleginnen und Kollegen aktiv in Ärztekammern, KVen und Verbänden vertreten zu wissen, die die Interessen in der Politik und der Selbstverwaltung durchsetzen.

Mit der Durchführung von berufspolitischen Seminaren innerhalb der ärztlichen Fortbildung setzt die Friedrich-Thieding-Stiftung besondere Akzente und stellt Fortbildungen ohne Fremdfinanzierung zur Verfügung.

Klaus Rinkel,
Vorsitzender Friedrich-Thieding-Stiftung



Hartmannbundstipendiatin Julie Klockgeter mit Ihren Bandkollegen (alles Medizinstudierende an der Charité)



Welche Niederlassungsform ist für mich am besten geeignet?

Reif für die eigene Praxis



Mit dem Eintritt in das Berufsleben kommen auch in Bezug auf die eigene Gesundheitsabsicherung neue Fragen auf. Gerade Ärzt:innen haben schon vor dem Einstieg in das Berufsleben viele Kontaktpunkte mit dem Thema Gesundheitsabsicherung und können sich meist ein gutes Bild darüber machen, wie wichtig diese sein kann. Auch junge Assistenzärztinnen fragen sich in diesem Zusammenhang, ob eine private Krankenversicherung (PKV) für sie als Frau interessant ist. Und was genau sind die Vorteile gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung?

Endlich der eigene Chef sein – das ist der Traum vieler angestellter Medizinerinnen und Mediziner. Kein Wunder, denn eine Niederlassung als Arzt, und somit der Weg in die Selbstständigkeit, kann viele Vorteile mit sich bringen. Dazu zählen die berufliche Unabhängigkeit, ein höheres Einkommen sowie ein größerer Gestaltungsspielraum im Arbeitsalltag. Doch der Aufwand scheint vielen zu groß. Dabei lässt sich das „Projekt Praxis“ mit guter Planung und kompetenter Unterstützung gut stemmen.

Welche Niederlassungsform ist für mich am besten geeignet?

Die Gesundheitslandschaft ist in Bewegung – das zeigt sich auch darin, welche Praxisform Existenzgründer bevorzugen. Der offiziellen Statistik der Bundesärztekammer zufolge arbeiteten Ende 2020 bundesweit rund 28 Prozent der berufstätigen Medizinerinnen und Mediziner als niedergelassene Ärzte. Dabei sind weitaus nicht alle Kolleginnen und Kollegen in einer Einzelpraxis tätig. Eine Niederlassung als Arzt kann auch auf andere Weise erfolgen. Machen Sie sich einen Überblick über alle infrage kommenden Möglichkeiten.

Einzelpraxis: Als Gründer einer Einzelpraxis entscheiden Sie, wie Sie Ihre Arbeitsumgebung und Ihre Arbeitszeiten gestalten. Sie legen Ihren Arbeitsschwerpunkt genauso fest wie die Ausstattung Ihrer Räume. Damit handeln Sie wirtschaftlich wie organisatorisch völlig selbstständig. Gleichzeitig bedeutet das: Auch die anfallenden Kosten, etwa für Personal, medizinische Geräte oder Einrichtung, stemmen Sie selbst. Trotzdem müssen Sie kein Einzelkämpfer bleiben: Praxis-Netzwerke sorgen für einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch mit anderen Fachkollegen – die Entwicklung gemeinsamer Ideen zur Verbesserung der Patientenversorgung inklusive.

Praxisgemeinschaft: In einer Praxisgemeinschaft arbeiten mehrere Einzelpraxen unter einem Dach. Außer der Hausnummer

teilen Sie sich Ausstattung und Personal – Abrechnung und Patienten bleiben dagegen Ihre Sache. Diese Form der Teambildung bietet Ihnen den Vorteil, nicht alle Kosten übernehmen zu müssen und gleichzeitig von Kollegen umgeben zu sein, mit denen Sie sich auf dem kurzen Weg fachlich austauschen können.

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG): Gemeinsam mit anderen Ärztinnen und Ärzten gleicher oder verschiedener Fachrichtungen besitzen Sie einen Patientenstamm und teilen zudem den Gewinn untereinander auf. Sie bilden eine wirtschaftliche und organisatorische Einheit und schließen einen gemeinsamen Behandlungsvertrag ab. Aber: Sie arbeiten medizinisch eigenverantwortlich. Die Berufsausübungsgemeinschaft ist auch unter dem Begriff Gemeinschaftspraxis bekannt.

Teilzulassung: Sie können sich nicht zwischen Selbstständigkeit und Anstellung entscheiden? Kein Problem mit dem Modell der Teilzulassung. Halbtags arbeiten Sie angestellt in einem Krankenhaus und die andere Hälfte freiberuflich in der eigenen Praxis. Die zusätzliche Anstellung ist allerdings kein Muss: Die restliche (Tages-)Zeit lässt sich genauso für das Privatleben nutzen.

Anstellung: Praxisarbeit und Selbstständigkeit ist nicht zwingend eine Einheit: Sie können sich genauso in einer Praxis oder auch in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) anstellen lassen. Letzteres ist eine ärztlich geleitete Einrichtung, bei der in der Regel Ärzte mit unterschiedlichen Arbeits- und Facharztschwerpunkten arbeiten. Auf diese Weise gehen Sie keine finanziellen Risiken ein und sind sich Ihres Gehalts sicher. Zudem profitieren Sie von den gesetzlichen Regelungen, zum Beispiel für die Elternzeit.

Jobsharing: Teilen für Fortgeschrittene: Das Modell der Jobsharing-Praxis ermöglicht es Ihnen, mit einem bereits niedergelassenen Arzt zu kooperieren um im Rahmen einer Berufsausübungsgemein-

schaft auf der Zulassung des Praxisinhabers „mitzuarbeiten“. Das ist vor allem relevant, wenn Sie in einem Bereich arbeiten möchten, der eigentlich für Neuzulassungen gesperrt ist – mit der Einschränkung, dass das angebotene Leistungsvolumen nicht wesentlich vergrößert werden darf.

Warum sollte ich mich frühzeitig für eine Praxis entscheiden?

Gute Praxen sind in der Regel schnell vergeben. Auch wenn Sie sich erst in ein oder zwei Jahren selbstständig machen möchten, macht ein frühes Suchen und Inserieren Sinn. Mit der Deutschen Ärztefinanz steht Ihnen ein Partner mit einzigartigem Know-how zur Seite, der Sie bei allen Fragen zur Niederlassung individuell begleitet. Sprechen Sie mit Ihrer Beraterin oder Ihrem Berater.

Gut begleitet in die Selbstständigkeit

Die Deutsche Ärzte Finanz bietet umfangreiche Beratungs- und Serviceleistungen rund um die Niederlassung an. Ihre Beraterinnen und Berater sind kompetent in Finanzierungs- und Versicherungsfragen, aber auch in allen organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Aspekten der Existenzgründung. Für Interessierte bieten die Expertinnen und Experten Niederlassungsseminare an. Auf dem Programm stehen dabei zum Beispiel:

- Tipps und Tricks für die Praxisuche
- Einblicke in die Marktstruktur
- Vor- und Nachteile verschiedener Praxisformen
- Informationen über das KV-Zulassungsverfahren
- Steuerliche und rechtliche Aspekte
- Finanzierung und Kaufpreisfindung
- Versicherungen und Absicherungen

BSW – Vorteilsprogramm seit über 60 Jahren

Sie möchten beim Einkaufen sparen und von attraktiven Vorteilen profitieren?



Durch Ihren zeitintensiven Job haben Sie wenig Zeit, Preise zu vergleichen und nach attraktiven Angeboten Ausschau zu halten? Diese Aufgabe übernehmen wir von BSW gerne für Sie! Als Mitglied im Hartmannbund können Sie bei über 1.000 Onlineshops und einem vielfältigen Angebot an Partnern vor Ort mit BSW-Vorteil einkaufen und sparen.

Eine kleine Auswahl Ihrer Vorteile im Überblick:

- Einkaufen & Geld zurückbekommen: Mit BSW erhalten Sie keine Punkte, sondern sparen Geld.
- Reise buchen & sparen: Ein stressiger Arbeitsalltag verlangt nach einem Ausgleich. Lassen Sie sich von unserem hauseigenen BSW Reisebüro beraten und buchen Sie bei einem unserer zahlreichen renommierten Reisepartner vor Ort oder bequem online.
- Vorteile rund ums Auto: Konfigurieren Sie Ihren Neuwagen oder wählen Sie aus unseren Autoangeboten Ihr Modell mit BSW-Vorteil. Sie wollen Reifen kaufen, Ihr Fahrzeug betanken, es steht eine Reparatur an oder Sie möchten einfach nur ein

Fahrzeug mieten – kein Problem – auch hier hilft Ihnen BSW beim Sparen.

- Gemeinsam mehr sparen: Bei uns bekommen Sie für Ihre Familienmitglieder kostenlose Zusatzkarten, so sparen Sie gemeinsam mehr.
- Profitieren Sie außerdem von Gutscheinen zahlreicher Top-Marken im BSW Gutscheishop
- Doch nicht nur auf die Vorteilsangebote, sondern auch auf unsere Service- und Beratungsleistung legen wir großen Wert. Unser Mitgliederservice steht Ihnen gerne bei allen Fragen zur Seite.

Unsere Sparhelfer: Sie wollen keine Angebote und Sonderaktionen verpassen? Wir bieten Ihnen mehrere Möglichkeiten

up-to-date zu bleiben: Abonnieren Sie unseren E-Mail-Newsletter, laden Sie sich die BSW-App auf Ihrem Smartphone herunter oder aktivieren Sie einfach unseren Bonusmelder. Mit diesen Sparhelfern verpassen Sie keine BSW-Vorteile – Sparen kann so einfach sein!

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

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



Welche Vorteile bringen die Modelle?

Eigene Praxis vs. Anstellung

An folgendem Punkt stehen viele Allgemeinmediziner irgendwann während ihrer Karriere: Wähle ich den Weg der Anstellung in einer Praxis oder möchte ich lieber meine ganz eigene Praxis leiten? „Vor- und Nachteile bringen beide Varianten mit sich“, weiß Marcel Willing, Teamleiter des Deutschen Hausarzt Service, „Daher liegt die Entscheidung letztlich beim persönlichen Bauchgefühl und der eigenen Lebensplanung“. Jedoch kann die jeweilige Tendenz mit dem ein oder anderen Argument unterstützt werden.

Werfen wir zunächst einen Blick auf einige Details, wenn es darum geht, eine eigene Praxis zu führen. Besonders praktisch: Als Nachfolger eine bereits etablierte Praxis übernehmen. „Die Vorteile liegen auf der Hand: Es entfällt die Suche nach geeigneten Praxisräumen, das Inventar sowie me-

dizinische Geräte sind bereits vorhanden und Sie können ebenfalls mit dem eingespielten Praxisteam zusammenarbeiten und einen Patientenstamm übernehmen, ohne sich zuvor einen Namen machen zu müssen“, beschreibt Willing. Gerade die Einarbeitungszeit mit dem Praxisbesitzer, die Ihnen die Stelle als Nachfolger eröffnet, ermöglicht einen sanften Übergang in die Selbstständigkeit.

Doch es muss ja nicht zwingend die Selbstständigkeit sein. Der Trend, sich als Allgemeinmediziner in einer Praxis oder einem MVZ anstellen zu lassen, ist weiter beliebt. „Auch hierfür lassen sich praktische Vorteile finden: Die Anstellung bedeutet für einen Arzt beispielsweise, dass dieser mehr Flexibilität in seinen Arbeitsalltag integrieren kann. Die Findungsphase in der Praxis verläuft entspannt, da keine Investitionen in die Praxis geflossen sind“, so der Teamleiter

○ ○ Deutscher
● ○ Hausarzt Service

des Deutschen Hausarzt Service. Angestellte Ärzte können sich auf die Behandlungen konzentrieren und müssen nebenbei keine betriebswirtschaftlichen Tätigkeiten in der Praxis ausüben. So können praktische Erfahrungen gesammelt werden, die später, falls mit der Zeit doch noch der Wunsch nach einer eigenen Praxis entfacht, direkt angewandt werden können.

Mit der Unterstützung des Deutschen Hausarzt Service stehen Ihnen beide Türen offen: Das Team unterstützt Sie sowohl dabei, eine Anstellung in einer Praxis zu finden als auch eine Stelle als Nachfolger in einer bereits etablierten Praxis zu übernehmen. „Aber auch, wenn Sie als Praxisbesitzer derzeit auf der Suche nach einem weiteren Arzt oder einem Nachfolger sind, steht Ihnen das Team helfend zur Seite“, beschreibt Willing den Service. Weitere Informationen finden Sie auf www.deutscherhausarztservice.de.

Als Hartmannbund-Mitglied zehn Prozent sparen

Mit Ringhotels „Echt HeimatGenuss“ erleben

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

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

Gelegen in den schönsten Gegenden Deutschlands haben Sie die Möglichkeit zu entspannen oder aktiv werden. Die herrlichsten Golfplätze liegen direkt vor der Haustür und für Golf Freunde gibt es attraktive Angebote mit Greenfee-Ermäßigung. Aber auch diejenigen, die lieber auf zwei Rädern unterwegs sind oder im Oldtimer cruisen, sind bei Ringhotels gern gesehene

Gäste. Und: Ihre Gastgeber haben immer gute Insider-Tipps auf Lager.

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

Doch nicht nur für Ihren nächsten Urlaub sind die Ringhotels eine gute Wahl. Ringhotels bietet auch für Ihre Tagung oder Veranstaltung den optimalen Rahmen.

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

• Lassen Sie sich ein maßgeschneidertes Angebot erstellen oder nutzen Sie die per-

RINGHOTELS
Echt HeimatGenuss erleben

sönliche Beratung des Ringhotels Servicebüros. Kontaktieren Sie uns unter sales@ringhotels.de oder 089 45 87 03 – 28.

• Bei Anfragen über meetings@ringhotels.de erhalten Sie bei Buchung mit dem Stichwort „Hartmannbund“ auch auf Tagungen 10 % Preisnachlass.

Besuchen Sie unsere Website und lassen Sie sich inspirieren ringhotels.de



Echt HeimatGenuss erleben mit Ringhotels

Deutsche Hospitality

Gastfreundschaft in neuer Dimension

Die Mitglieder des Hartmannbund – Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. erhalten bei Hinweis auf den Buchungscode „CINV55“ auch im Jahr 2022-2023 attraktive Sonderkonditionen in allen Hotels der Marken der Deutschen Hospitality. Buchen können Sie entweder direkt in den Hotels, unter der kostenfreien Reservierungshotline 00800-78468357 oder online unter www.hrewards.com. Sie benötigen Unterstützung bei der Planung einer Veranstaltung oder einer Tagung so steht Ihnen unser Team für Informationen und Buchungen unter Tel.: 069/66564700 oder per E-Mail: meeting@deutschehospitality.com zur Verfügung.

Gastfreundschaft in neuer Dimension: Deutsche Hospitality steht für ein Portfolio der Extraklasse: Es umfasst knapp 150 Hotels in 20 Ländern auf 3 Kontinenten, davon befinden sich etwa 30 Hotels in Entwicklung. Zum einzigartigen und abwechslungsreichen Portfolio der Deutschen Hospitality gehören die Steigenberger Hotels & Resorts, die neue Hotelmarke MAXX by Steigenberger, das Lifestyleorientierte Konzept Jaz in the City, die IntercityHotels an hochfrequentierten Hubs wie Bahnhöfen und Flughäfen sowie die Zleep Hotels, mit Qualität und Design zum günstigen Preis.

Steigenberger Hotels and Resorts. Luxus pur und Gastfreundschaft in Vollendung – dafür stehen unsere 56 Steigenberger

Hotels und Resorts an faszinierenden Standorten rund um den Globus.

Jaz in the City: Bühne frei für 100 Prozent Lifestyle! Im November 2015 fiel in Amsterdam der Startschuss für ein aufregend neues Konzept: Jaz in the City – jung, urban und ganz nah dran am pulsierenden Leben der Stadt.

IntercityHotel: Ankommen, wohlfühlen und mobil sein: 39 moderne Stadthotels garantieren den Komfort der gehobenen Mittelklasse – im Herzen der schönsten Städte Deutschlands und an weiteren internationalen Destinationen.

MAXX by Steigenberger: MAXX by Steigenberger ist charismatisch, kreativ und herrlich unkompliziert. Qualität und Service werden großgeschrieben. Flexibel passt sich MAXX an jede Lokalität an, bleibt sich dabei aber stets treu. MAXX fühlt sich einfach gut an.

Zleep Hotels: Qualität, Service und nordisches Design zu erschwinglichen Preisen – Zleep Hotels basiert auf einem perfekt ausgewogenen Preis-Leistungs-Verhältnis und bietet vielen eine angenehme Nachtruhe. Bequeme Betten mit angenehmer Bettwäsche, kostenloses Highspeed-WLAN, Flachbildfernseher, hochwertige Duschen und unser Bio-Frühstücksbuffet runden das Wohlfühlkonzept ab.

STEIGENBERGER
HOTELS & RESORTS

Jaz
in the city

IntercityHotel

MaxX
by DEUTSCHE HOSPITALITY

Zleep
HOTELS



Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Fachexkursion exklusiv für Hartmannbund-Mitglieder

Wir, die INTERCONTACT Gruppenreisen GmbH, sind ein Reiseveranstalter mit dem Schwerpunkt Fachexkursionen und Studienreisen. Seit über 50 Jahren organisieren wir Reisen für Verbände, Kammern, Innungen, Interessengruppen und

Fachverbände in Länder aller Kontinente. Als **Kooperationspartner des Hartmannbunds** bieten wir alle Mitgliedern, Familienangehörigen, Freunden und Bekannten eine Fachexkursion nach Peru an.

Fachexkursion nach Peru

Reisetermin: 08.05. bis 19.05.2023 | Reisepreis € 3.595,-



Peru – „Faszinierendes Andenreich zwischen Himmel und Erde“

Die Inkafestung Machu Picchu steht bei vielen Reisefreudigen ganz weit oben auf der Liste der weltweiten kulturellen Highlights. Doch bereits bevor Sie die mystische Atmosphäre dieser Inkaruine erleben, wird Peru Sie verzaubern! Die weiße Stadt Arequipa, Cusco und Lima sind ebenso beeindruckend wie die Andenlandschaften und der höchstgelegene schiffbare See der Welt, der Titicacasee. Auf den farbenfrohen Märkten und in Privathäusern der Einheimischen werden Sie von einer warmherzigen Lebensfreude empfangen.



Ihre Reiseroute in Kurzform:

Deutschland – Lima – Arequipa – Puno – Titicacasee – Cusco – Lima – Deutschland

Detaillierte Informationen zu dieser Reise erhalten Sie auf der Webseite Ihres Verbandes unter:
<https://www.hartmannbund.de/service/wirtschaftliche-vorteile/reisen/>

INTERCONTACT Gruppenreisen GmbH, In der Wässerscheid 49, 53424 Remagen
Tel.: +49 (0) 2642/2009-0, Fax: +49 (0) 2642/2009-38
E-Mail: info@ic-gruppenreisen.de

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.



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

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

Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46

Digital Health

Frances Camin
Tel.: 030 206208-31

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

Axel Barenhoff
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)

Heike Ortlieb
Tel.: 030 206208-65

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 206208-18

© burak cakmak - fotolia.com

Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos*

ABZUGEBEN/ZU VERKAUFEN

Hausärztlich-Internistische Praxis in 72124 Pliezhausen zum nächstmöglichen Zeitpunkt/spätestens 30.6.2023 abzugeben

Nachfolger/in gesucht für meine kleine aber feine Einzelpraxis, hausärztlich-internistisch betrieben, 2005 neu gegründet mit Unterstützung der Gemeinde Pliezhausen. Wegen geplantem Ruhestand suche ich eine/n kompetenten Kollegen/in, damit die weiterhin dringend notwendige hausärztliche Betreuung meiner Patienten gewährleistet ist. Im Schnitt behandeln wir 800-900 Patienten/Quartal und zusätzlich 10% Privatpatienten. Die Praxis ist durchaus noch ausbaufähig (bisher kein HZV). Es sind 2 Arztzimmer vorhanden, so daß auch Jobsharing möglich wäre. 3 kompetente MFAs (1 Vollzeit, 2 Teilzeit) stehen zur Unterstützung bereit.

Pliezhausen gehört zum Mittelbereich Reutlingen, einem Nachbesetzungsverfahren wurde stattgegeben. Die Praxis ist ab 1.8. über die Home-Page der KVbawue für Bewerbungen ausgeschrieben. Nähere Informationen gerne persönlich. Mein Planungsziel zur Abgabe ist spätestens 30.6.23, frühere Abgabe wäre kein Problem. Das Fortbestehen der Praxis und die Betreuung der Patienten steht im Vordergrund. Wer nicht nur einen Job sucht, sondern im Arztberuf eine Berufung sieht, wäre genau richtig! Kontaktaufnahme über E-Mail: praxis-ulrike.meissner@t-online.de

Hausärztlich internistische Gemeinschaftspraxis (1 oder 2 Sitze) in Remscheid ab sofort!

Große internistische hausärztliche BAG, Abgabe eines Sitzes oder beider Sitze ab sofort. Glücksgriff: Remscheid ist Fördergebiet der KVNo !!! Alles auf neuem Stand, alles funktioniert. Gutes zuverlässiges Stammpersonal, machen sehr viel selbstständig, sehr beliebt bei den Patienten, an einer Weiterbeschäftigung interessiert. Übergabe und Einarbeitung möglich. Praxisräume langfristig zu mieten. Kontaktaufnahme bitte via E-Mail an: klein.reckendorf@web.de

Instrumente aus gyn. Praxis zu verkaufen

Instrumente aus gyn. Praxis wegen Praxisaufgabe zu verkaufen (Metall-Spekula; Glasspekula; Kornzangen, Hegarstifte, Pipetten, Cüretten, Glasfieberamnisokope; Pinzetten. Anfragen an: DrBerthold@t-online.de oder 0172 8199333

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.

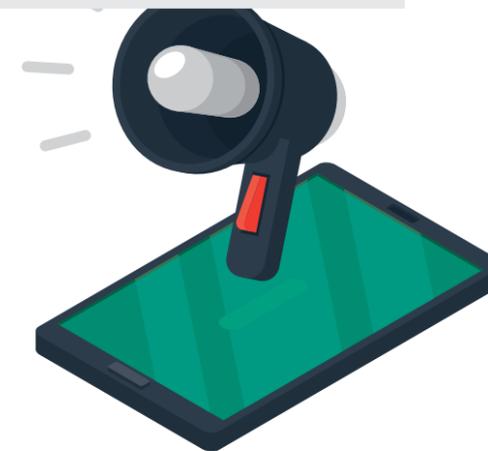
GESUCHT

Praxisnachfolger/in (Allgemeinarztpraxis) im Kreis Gütersloh gesucht

Wir suchen eine/n Praxisnachfolger/in in einer Kleinstadt – Mitte im Kreis Gütersloh für eine gutgehende Allgemeinarztpraxis (D-Arzt) in zentraler Lage mit guter Verkehrsanbindung und Parkmöglichkeiten sowie hellen, freundlichen Räumen (per Aufzug erreichbar). Bei Interesse Kontakt unter: 0173-9492071

Facharzt für Radiologie such radiologische Praxis zur Übernahme (Nord-, Mittel- und Ostdeutschland)

Facharzt für Radiologie mit ambulanter und stationärer Erfahrung, 41 Jahre, aktives HB-Mitglied sucht radiologische Praxis mit KV-Sitz zur kurz- oder mittelfristigen Übernahme. Region Nord-, Mittel- und Ostdeutschland. Bei Interesse bitte Kontakt an: dr.jens.hildebrandt@icloud.com



Anzeige

ETL | ADVISION KOMPAKT

Das Nachrichtenmagazin
zu Steuern & Recht im
Gesundheitswesen

Jetzt alle 14 Tage live informieren

Mit StB Janine Peine
und RA Katrin-C. Beyer LL.M.

Hier anmelden!



www.etl-advision.de/etl-advision-kompakt

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 03/2022 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 auszugs-
weise) nur mit schriftlicher Genehmigung
der Redaktion. Für unverlangt eingesandte
Manuskripte, Fotos etc. keine Gewähr.
Namentlich gekennzeichnete Beiträge
geben nicht unbedingt die Meinung der
Redaktion wieder.
Das Beilagen-Angebot basiert nicht auf
einer Kooperation des Hartmannbundes.
Nachfragen dazu kann deshalb nur der
Anbieter selbst beantworten.

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

Titelbild: Foto by KKK/shutterstock.com

Icons: © venimo – adobe.stock.com



Der Bundesgesundheitsminister will die 2019 mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführte sogenannte „Neupatientenregelung“ im Zuge von Sparmaßnahmen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung wieder abschaffen (siehe auch Seiten 30/31). Dies sorgt in den bundesdeutschen Arztpraxen für erheblichen Unmut.

Zur Frage, mit welchen Mitteln sich die Ärzteschaft – jenseits der bereits öffentlich geführten heftigen Debatten – unmittelbar (vor allem) gegen die geplante Abschaffung der Neupatientenregelung zur Wehr setzen kann, haben wir uns mit unseren Mitgliedern in einer Umfrage intensiv ausgetauscht.

Auf Grundlage dieses Austausches haben wir für all diejenigen, die bei sich vor Ort zum Protest beitragen wollen, Material bereitgestellt, das dabei helfen kann – von verschiedenen Patienteninformationen* bis hin zu (Muster-)Einladungen an örtliche Pressevertreter oder Abgeordnete. Dieses Material steht den Mitgliedern des Hartmannbundes auf unserer Homepage unter www.hartmannbund.de zum Download bereit.

Selbstverständlich wird der Hartmannbund darüber hinaus über seine berufspolitischen Aktivitäten – auch im Schulterschluss mit anderen Verbänden – weiterhin alles Erdenkliche tun, um die Verabschiedung des Gesetzes noch zu verhindern.

Wir halten Sie auf dem Laufenden.

Ihr Hartmannbund-Team

*Die Patienteninfos haben wir für Sie gestaltet (PDF) oder – für den Fall, dass Sie individuelle Veränderungen vornehmen möchten – auch als Word-Datei bereitgestellt.



Einladung zur Hauptversammlung

Hauptversammlung des Hartmannbundes am 11/12. November

im Sheraton Berlin Grand Hotel Esplanade, Lützowufer 15, 10785 Berlin

Sehr geehrte Mitglieder des Hartmannbundes,

am 11. (öffentlich, 10-16 Uhr) und 12. November findet im Sheraton Berlin Hotel Esplanade die diesjährige Hauptversammlung des Hartmannbundes statt, zu der wir Sie herzlich einladen*.

Im Mittelpunkt des öffentlichen Teils der Sitzung (Freitag, 11. November) stehen Diskussionen und Beschlüsse zur aktuellen gesundheitspolitischen Lage sowie eine intensive Auseinandersetzung mit der Frage, wie – und unter welchen Bedingungen – medizinische Versorgung nachhaltig stattfinden kann (Arbeitstitel: Wie grün kann/muss Medizin sein?)

Am Sonnabend stehen die Verabschiedung einer Satzungsänderung sowie die Haushalts- und Finanzpläne des Hartmannbundes auf dem Programm.

Satzungsänderung

Der Gesamtvorstand des Hartmannbundes – Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V. hat in seiner Sitzung vom 10. September 2022 eine Satzungsänderung zustimmend zur Kenntnis genommen, über welche die Hauptversammlung (HV) des Verbandes in ihrer Sitzung am 12. November 2022 satzungsgemäß zu beschließen hat. Der Satzungstext in seiner derzeit geltenden Fassung kann unter www.hartmannbund.de/satzung eingesehen werden.

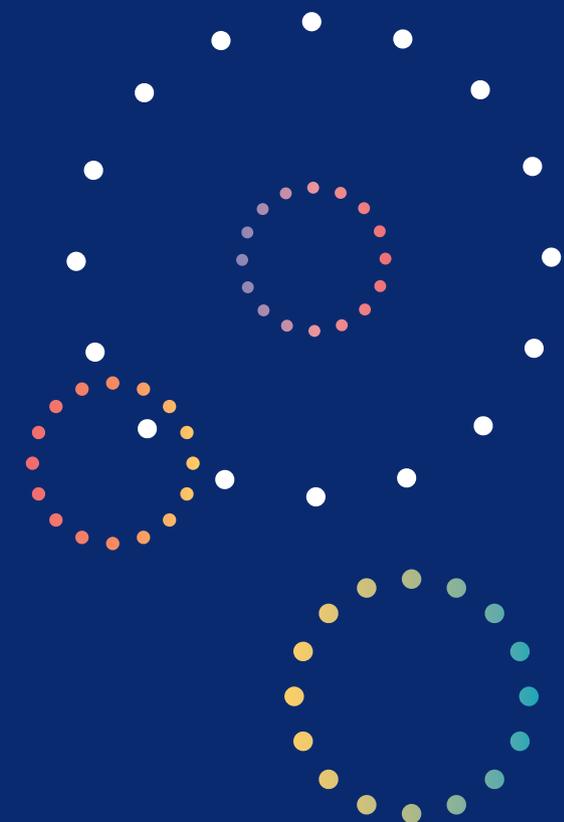


Bei den beantragten Änderungen handelt es sich um die Schaffung einer satzungsrechtlichen Grundlage für **Online- und Hybridsitzungen** (betrifft § 10 Abs. 3 und 4, § 11 Abs. 1 c), Abs. 6 und Abs. 7, § 12 Abs. 7 und Abs. 8, § 18 Abs. 3 sowie § 19), eine notwendige Anpassung im Hinblick auf die Erwähnung der **Schriftlichkeit der Ladung zur HV** (betrifft § 10 Abs. 4) sowie eine Modifizierung der Voraussetzungen zur **Wahl einer jungen Ärztin oder eines jungen Arztes in den Geschäftsführenden Vorstand (GfV)** des Verbandes (betrifft § 12 Abs. 2). Um sämtliche Änderungen vollumfänglich nachvollziehen zu können, wurde der Vorschlag zur Satzungsänderung in Form einer Synopse auf der HB-Homepage unter www.hartmannbund.de eingestellt.

*Reisekosten werden aufgrund dieser Einladung nicht erstattet.



120
Jahre
apoBank



Gemeinsam stark – seit 120 Jahren

Seit 120 Jahren steht die apoBank an der Seite der Heilberufe und ihrer Institutionen. Vertrauensvoll und auf Augenhöhe, mit einem starken Netzwerk und großer Expertise im Gesundheitsmarkt. Damit Sie sich auf das Wesentliche konzentrieren können und Ihre Ziele erreichen.

Danke für Ihr Vertrauen!



Bank der Gesundheit