

01/2023



Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund Magazin



... wo sind sie geblieben?

Über einen Mangel mit Ansage

und was wir nun tun müssen!

Besondere Vorteile
für Mitglieder im
Hartmannbund!

Wir halten
Ihnen den
Rücken frei!

Wenn Sie Ihre eigene Praxis planen, steht die Deutsche Ärzteversicherung hinter Ihnen – mit maßgeschneiderten Finanz-, Versicherungs- und Vorsorgelösungen.

Mit unserer **Niederlassungsberatung** können Sie Ihre Ideen umsetzen. Wir **begleiten Sie auf Ihrem Weg zur Existenzgründung** – von der Praxissuche über die Finanzierung bis hin zum passenden Absicherungskonzept.

So können Sie stets entspannt nach vorn blicken!

Jetzt informieren: 0221 148-22700
oder www.aerzteversicherung.de

 **Deutsche
Ärzteversicherung**

Editorial

*liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen*

die in Angriff genommene Reform der Krankenhausstrukturen in Deutschland ist auch eine Nagelprobe für die Reformfähigkeit von Föderalismus und Gesellschaft an sich. Wir bewegen uns in einer Gemengelage von eingefahrenen Strukturen, Zuständigkeiten, Anspruchshaltungen und finanziellen Herausforderungen, in der eine Reform allen Beteiligten, sowohl den Akteuren des Systems als auch den Patientinnen und Patienten, etwas abverlangen wird. Auch „Bewährtes“ muss hinterfragt, Liebgewonnenes oder Gewohntes gegebenenfalls losgelassen werden. Wir reden über einen Prozess, der Entschlossenheit, aber auch Geduld erfordert – weil Geld auf Dauer keine Reformen ersetzt und weil es eben nicht gelingen wird, einfach einmal „den Schalter umzulegen“. Besonderes Fingerspitzengefühl ist dabei sicherlich an der (alten) Nahtstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erforderlich.

Mit Blick auf die notwendigen Reformen im Krankenhausbereich hilft es nicht, das System anhand am Reißbrett entwickelter Kennzahlen in eine bundesweit einheitliche Schablone zu pressen. Um die Bedürfnisse von (regionaler) Versorgung und die Bewältigung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen aus eigener Kraft ins Gleichgewicht zu bringen, brauchen die Kliniken – innerhalb bundesweit einheitlicher Leitplanken – neben gezielten Anreizen zur Kooperation auch ein Höchstmaß an wirtschaftlicher Planungssicherheit und individueller Befreiheit. Das gilt besonders dann, wenn nicht der Status Quo erhalten, sondern sinnvolle Umstrukturierungsprozesse angestoßen und umgesetzt werden sollen.

Eine entscheidende Voraussetzung für die Chance auf einen erfolgreichen Umstrukturierungsprozess ist es, dass es mit Blick auf die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen gelingt, die nach wie vor starren Sektorengrenzen durchlässig zu machen und ambulant-stationäre Einrichtungen in die Regelversorgung zu überführen.

Wie jeder Prozess dieser Dimension bedarf es aber am Ende nicht nur schlüssiger Konzepte und politischer Mehrheiten. Wir müssen auch die betroffenen Menschen „mitnehmen“. Wir müssen ihnen die Sorge nehmen, ihre Versorgung sei gefährdet, sie aber gleichzeitig darauf vorbereiten, dass diese – wenigstens in Teilen – nicht mehr in der gewohnten Struktur stattfinden wird.

Mit kollegialen Grüßen,

Klaus Reinhardt



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

”

Nicht nur in der Klinik sind wir im Team erfolgreicher.“



Auch im Verband sind wir gemeinsam stark.



Hartmannbund

STARK FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE.

Inhalt

Steigender Versorgungsbedarf, zu wenig ärztliche Arbeitskraft

Der Bedarf an ärztlicher Versorgung wird größer sein, als er durch das Gesundheitswesen gedeckt werden kann – so lauten Prognosen für die kommenden zehn bis 15 Jahre. Schon heute ist in bestimmten Fachdisziplinen und Regionen eine (drohende) Unterversorgung zu verzeichnen. Bisherige Maßnahmen konnten diese Entwicklung weder relevant verlangsamen, geschweige denn stoppen. Heißt es also, sich auf eine Zeit des Ärztemangels einzustellen? Vieles deutet darauf hin. Hinzu kommt der eklatante Mangel an Pflegepersonal, der die Lage zusätzlich verschärft. Was das für die Versorgung bedeutet, wird nicht nur davon abhängen, welche Maßnahmen wir zur Überwindung des Ärztemangels ergreifen, sondern vor allem auch davon, ob es gelingt, den Mangel aktiv zu gestalten, statt ihn lediglich zu verwalten.

6

20

Die umfangreiche Agenda des Bundesgesundheitsministers

Gesetzgebungsverfahren in zentralen Bereichen

22

Auf dem steinigen Weg zur Harmonie

Das Ringen um die große Krankenhausreform

25

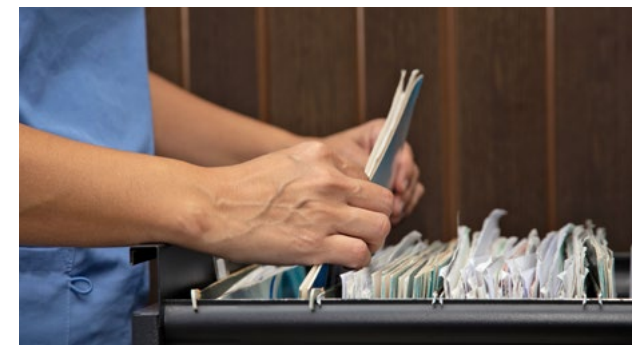
„Ukraine – Kriegstagebuch einer Kinderärztin“

Stark an der Seite der Unschuldigen und Schwächsten

26

Digitale Zukunft weiter auf dem Holzweg?

Ärztinnen und Ärzte brauchen in Sachen TI mehr Gestaltungskompetenz



28

Wie eine ehemals gute Idee zum großen Streit über grundlegende Strukturen führt

Gesundheitskioske

32

Diskussion um Delegation und Substitution nimmt an Fahrt auf

Neue Berufsbilder in der Pflege



34

Kleine Übungsschritte zur Senkung der Bürokratie

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte stockt auf halbem Wege



36 Medizinstudierende

37 HB-Intern

40 **Service** Kooperationspartner

48 Ansprechpartner

50 Impressum

Steigender Versorgungsbedarf, zu wenig ärztliche Arbeitskraft

Über einen Mangel mit Ansage – und das, was wir jetzt (endlich) dagegen tun können

Der Bedarf an ärztlicher Versorgung wird größer sein, als er durch das Gesundheitswesen gedeckt werden kann – so lauten Prognosen für die kommenden zehn bis 15 Jahre. Schon heute ist in bestimmten Fachdisziplinen und Regionen eine (drohende) Unterversorgung zu verzeichnen. Bisherige Maßnahmen konnten diese Entwicklung weder relevant verlangsamen, geschweige denn stoppen. Heißt es also, sich auf eine Zeit des Ärztemangels einzustellen? Vieles deutet darauf hin. Hinzu kommt der eklatante Mangel an Pflegepersonal, der die Lage zusätzlich verschärft. Was das für die Versorgung bedeutet, wird nicht nur davon abhängen, welche Maßnahmen wir zur Überwindung des Ärztemangels ergreifen, sondern vor allem auch davon, ob es gelingt, den Mangel aktiv zu gestalten, statt ihn lediglich zu verwalten.

wagte Voraussagen für Personalbedarf und –angebot. Sprich: Die Wirklichkeit hat uns längst eingeholt.

Die Vergrößerung des Fachkräfteangebots wurde damals gefordert, bei gleichzeitigen Maßnahmen zur Verringerung des Fachkräftebedarfs. Dazu standen auch die Verlagerung von Ärzt:innen aus überversorgten Regionen in unterversorgte, die Förderung von Landarztmodellen und eine höhere Bindung der Fachkräfte durch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen auf der To-Do-Liste. Diese Forderungen gibt es auch heute noch. Der zeitliche Vorsprung, eine drohende Unterversorgung abzumildern, ist mittlerweile allerdings verpufft. Wurde der richtige Zeitpunkt zum Handeln verpasst? Bereits heute drohen vor allem in strukturschwachen, ländlichen Regionen Engpässe in der hausärztlichen Versorgung. Weitere Untersuchungen kamen zu ähnlichen Ergebnissen: In Zukunft werden vor allem Hausärzt:innen in ländlichen Regionen schwer zu finden sein. In einer Studie der Robert Bosch Stiftung von 2021 wurde geschätzt, dass bis 2035 etwa 11 000 Hausarztstellen unbesetzt sein werden und in fast 40 Prozent der Landkreise eine Unterversorgung droht. Werden auch diese Prognosen wahr, dann ist es höchste Zeit, sich auf einen Mangel einzustellen.

Höchste Zeit, sich auf den Mangel einzustellen

Die PwC-Prognosen für das Jahr 2020 mögen nicht exakt eingetroffen sein – die Studie ging von annähernd 56 000 Vollzeitkräften aus, die zu diesem Zeitpunkt bereits fehlen (für 2030 wurde ein Defizit von 165 000 Vollzeitkräften berechnet) –, doch ein kontinuierlich wachsender Fachkräftemangel wird in vielen ähnlichen Untersuchungen festgestellt. Ein gemeinsames Projekt des Bundesinstituts für Berufsbildung und des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit kommt zu

einem ähnlichen Ergebnis – auch, wenn hier nicht in ambulante und stationäre Bereiche unterschieden wird. In einer Langfristprojektion des QuBe-Projekts – das steht für Qualifikation und Beruf in der Zukunft – wird bis ins Jahr 2040 die wahrscheinliche Entwicklung des Arbeitskräftebedarfs und –angebots angegeben. „Nach meiner Einschätzung gibt es in der Human- und Zahnmedizin einen Fachkräfteengpass. Rein rechnerisch werden wir in Zukunft nicht genügend Arbeitskräfte haben, um den Bedarf zu decken“, sagt Dr. Gerd Zika, QuBe-Projektleiter vom IAB.

In den kommenden zehn bis 15 Jahren wird sich die aktuelle Situation laut Gerd Zika verschärfen. Das gilt nicht nur für Gesundheitsberufe, die meisten Branchen sind betroffen – alle Bereiche werden künftig noch stärker um wenige Arbeitskräfte und Auszubildende konkurrieren. Das Arbeitskräfteangebot in der Medizin steigt zwar leicht an. Doch die QuBe-Langfristprojektion zeigt, dass dies mit der demografischen Entwicklung nicht Schritt halten kann. „Das Problem liegt darin, dass wir in Deutschland eine alternde Gesellschaft haben. Das heißt, dass der Bedarf an medizinischen Berufen weiterwachsen wird – je höher der Anteil älterer Menschen in einer Gesellschaft ist, desto mehr ärztliche Dienste werden benötigt. Tatsächlich steigt auch das Angebot. Allerdings zeigt unsere Projektion, dass der Bedarf noch stärker steigt“, sagt Zika.

Was die Situation weiter zuspitzt, ist der immer höhere Anteil von Ärzt:innen, die in Teilzeit arbeiten möchten. Und auch, wenn immer mehr Frauen Ärztin werden – der Wunsch nach geregelten Arbeitsverhältnissen sowie besserer Vereinbarkeit von Beruf und Familienleben betrifft vermehrt alle Geschlechter. Der 126. Deutschen Ärztetag hat betont, dass Teilzeit nicht die Ursache, sondern ein Symptom des Ärztemangels ist. Arbeitszeit werde immer häufiger verkürzt, um der Arbeitsbelastung überhaupt noch standhalten zu können. Das lässt nur einen Schluss zu: Soll in einer langlebigen Gesellschaft die Gesundheitsversorgung gewährleistet werden, müssen die Arbeitsbedingungen in Praxen und Kliniken den Bedürfnissen der Ärzt:innen angepasst werden, um nicht noch mehr Fachkräfte zu verlieren. Weiterbildungs- und Aufstiegschancen sowie eine bessere Kinderbetreuung und flexible Arbeitszeitmodelle müssen in Zukunft selbstverständlich zum Arztberuf dazugehören.

Zu den derzeitigen Entwicklungen gehört auch, dass sich immer weniger Ärzt:innen in eigener Praxis niederlassen wollen. Der Wunsch nach Anstellung hat auch Folgen für die ärztliche Behandlungskapazität. Während Niedergelassene durchschnittlich mehr als 50 Stunden pro Woche arbeiten, sind es bei Angestellten 40 Stunden oder weniger. Da bald viele Selbstständige in den Ruhestand gehen und ihnen vermehrt Angestellte ins Gesundheitssystem nachfolgen, wird sich die verfügbare Ärztezeit somit insgesamt weiter verkürzen. Um dies zu kompensieren, braucht es nach Einschätzung vieler Entscheidungsträger im Gesundheitswesen mehr Mediziner:innen.



Dr. Gerd Zika

„Nach meiner Einschätzung gibt es in der Human- und Zahnmedizin einen Fachkräfteengpass. Rein rechnerisch werden wir in Zukunft nicht genügend Arbeitskräfte haben, um den Bedarf zu decken“, sagt Dr. Gerd Zika, QuBe-Projektleiter vom IAB.

Mehr Studienplätze als Lösung?

Der Ausbau von Medizinstudienplätzen wird daher aktuell auf breiter Ebene vehement gefordert. Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. med. Karl Lauterbach sprach von 5 000 zusätzlichen Plätzen, auf dem Deutschen Ärztetag wurde sich im vergangenen Jahr auf die Mindestzahl von 6 000 geeinigt. „Nur so können wir verhindern, dass uns die in wenigen Jahren zu erwartende Ruhestandswelle unter Ärztinnen und Ärzten kalt erwischt“, ließ Bundesärztekammer-Präsident Dr. med. Klaus Reinhardt sich kürzlich im Handelsblatt zitieren.

Kritik dazu kommt vom Medizinischen Fakultätentag (MFT). Die Lösung zur Bekämpfung des Ärztemangels liege nicht in der Erhöhung der Studienplatzzahlen im Fach Medizin. Wichtiger sei die Reform des Medizinstudiums, um künftigen Herausforderungen des Gesundheitssystems besser begegnen zu können. „Im internationalen Vergleich hat Deutschland weder zu wenige Ärzt:innen noch zu wenige Studienplätze. Wir müssen allerdings noch besser darin werden,

unsere vielen und gut qualifizierten Mediziner:innen dort einzusetzen, wo wir sie als Gesellschaft wirklich brauchen und wofür sie eigentlich ausgebildet wurden – nämlich in der Versorgung von Patient:innen“, äußerte sich der MFT-Präsident Prof. Dr. med. Matthias Frosch im Januar. Der Blick sollte vielmehr darauf gerichtet werden, wie künftige Ärzt:innen im Studium auf eine alternde Gesellschaft, digitalisierte und vernetzte Medizin sowie die Arbeit in multiprofessionellen Teams vorbereitet werden. „Wir müssen auf Qualität statt Quantität setzen“, so Frosch. Er befürchtet massive Qualitätseinbußen des Medizinstudiums, sollte bei einer unkoordinierten Steigerung der Studierendenzahlen die Finanzierung nicht im ausreichenden Maße gewährleistet werden. Denn schon die anstehende Reform des Medizinstudiums erfordere einen erheblichen zusätzlichen personellen und finanziellen Aufwand.

Momentan sind an den deutschen Hochschulen im Fachbereich Medizin insgesamt über 105 000 Studierende eingeschrieben. Nach Angaben des MFT gab es noch nie so viele Medizinstudierende in Deutschland. Seit 2005 sei zudem die Zahl der Anwärter:innen auf den Arztberuf um 30 Prozent gestiegen und mit mehr als 11 650 Studienplätzen pro Jahr ist das Humanmedizin-Studium in Deutschland das begehrteste Studium. Wichtiger, als die Studienplätze auszubauen ist nach Ansicht des MFT deshalb vielmehr, die bestehenden Kapazitäten des Gesundheitssystems effizienter zu nutzen.

Auch die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) spricht sich gegen kurzfristige Studienplatzerhöhungen aus. Eine unüberlegte Erhöhung von Studienplätzen, ohne ausreichende Bereitstellung von Mitteln, Raumkapazitäten sowie Lehrenden würde die Qualität der Ausbildung und somit langfristig das Wohl der Patient:innen gefährden. In einer Stellungnahme der bvmd hieß es zudem, dass bereits heute durch die hohe

Das Urteil der PwC-Studie (PricewaterhouseCoopers GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft) ist eindeutig und lässt keine Interpretation zu: Das System der Gesundheitsversorgung ist in seiner gegenwärtigen Verfassung nicht zukunftsfähig. Der Grund: Ein absehbarer massiver Personalmangel, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, bei ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachkräften. „Nur, wenn wir heute entschieden gegensteuern, können wir die gewohnt gute Versorgung mit dem Gut Gesundheit in Deutschland aufrechterhalten“, lautet das Fazit. Klingt nach akutem Handlungsdruck. Allerdings: Akut war der offensichtlich vor über 10 Jahren. Die Studie „Fachkräftemangel – Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030“ erschien bereits 2010 und



Ein Schlüssel zur erfolgreichen Gestaltung des Mangels wird in der Intensivierung der interprofessionellen Zusammenarbeit liegen.

Foto: Lightspring/shutterstock.com

Zahl der Studierenden die Grenzen vielerorts ausgereizt sind.

Und was nun? Es herrscht die Erkenntnis, dass es so, wie es heute ist, nicht weitergehen kann. Allein mehr Studienplätze sind nicht die Lösung. Da vor allem die hausärztliche Versorgung vor Problemen steht, braucht es schon im Studium stärkere Anreize, um mehr Absolvent:innen der Allgemeinmedizin zu erhalten. Will man Fachkräfte gewinnen und sie vor allem auch halten, müssen die Rahmenbedingungen für sie stimmen. „Der Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten war eine Entwicklung mit Ansage und wird sich durch die Ruhestandswelle in der Medizin noch weiter zuspitzen“, sagt Prof. Dr. med. Martin Scherer, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Der Facharzt für Allgemeinmedizin und Direktor des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf spricht von einem strukturellen Problem, einer krassen ärztlichen Fehlverteilung unter den Fachdisziplinen und Regionen. Gleichzeitig entschieden sich immer noch zu wenige Mediziner:innen für die Allgemeinmedizin – auch, wenn deren Zahl mittlerweile wieder steigt.

Es braucht Fantasie und innovative Herangehensweisen

In ländlichen Regionen, in denen generell ein Wegzug von Jüngeren in Ballungszentren zu verzeichnen ist und vor allem eine ältere Bevölkerung zurückbleibt, wird es zunehmend schwerer, ärztlichem Nachwuchs dort eine Perspektive zu bieten. Es braucht deshalb Fantasie und innovative Herangehensweisen, um drohende Versorgungslücken zu stopfen – allein finanzielle Anreize, um dort ärztlich tätig zu sein, werden nicht mehr greifen. Das könnten regional flexible Versorgungsmodelle sein, beispielsweise zeitweise besetzte Gemeinschaftspraxen, die regionale Koordinierung der Gesundheitsversorgung in Arzt- oder Praxisnetzen oder auch das Konzept von lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung, wie sie der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege bereits 2014 empfohlen hat.

„Wir werden in den nächsten Jahren mit weniger personellen Ressourcen mehr und vor allem komplexer kranke Menschen in der

hausärztlichen Praxis versorgen. Für dieses Spannungsfeld müssen wir auch kluge digitale Lösungen entwickeln, die praxistauglich sind und von denen sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die Ärztinnen und Ärzte sowie Forschung und Wissenschaft profitieren“, sagt Martin Scherer. Aktuell ist die flächendeckende Einführung der elektronischen Patientenakte wieder in den Fokus gerückt. Ende 2024 soll sie nun für alle gesetzlich Versicherten kommen. Dadurch ließen sich nicht nur kostspielige Doppeluntersuchungen vermeiden und Risiken für Patient:innen minimieren, sondern auch eine erhebliche Entlastung von Dokumentations- und Informationsarbeiten für Ärzt:innen erzielen. (Anmerkung der Redaktion: Weil die Digitalisierung ein wichtiger Baustein in der künftigen Versorgung darstellt, werden wir in einer der kommenden Ausgaben des Hartmannbund Magazins diesem Thema eine Titelstrecke widmen.)

„Wichtig ist natürlich auch die Nachwuchsförderung: Der Masterplan Medizinstudium 2020 muss endlich auf die Spur gebracht werden. Die medizinischen Kompetenzzentren für die Allgemeinmedizin müssen ausgebaut werden. Und auch im Bereich Interprofessionalität ist noch viel Luft nach oben“, ergänzt Scherer. Wie und vor allem wann das alles umgesetzt werden soll, ist noch offen. Klar ist aber, dass die medizinische Versorgung sich in Zukunft für die Patient:innen verändern wird. Die Wege und Wartezeiten werden vermutlich länger. Und ohne mehr Patientensteuerung kann das Gesundheitswesen mit weniger Ärzt:innen auf Dauer nicht funktionieren. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfahl im Gutachten von 2014 deshalb unter anderem, die hausarztzentrierte Primärversorgung zu fördern. Gezielte Anreizsysteme sollten etabliert werden, um zu vermeiden, dass Patient:innen ohne Überweisung niedergelassene Fachärzt:innen oder Klinikambulanzen ohne medizinischen Notfall aufsuchen. Dafür regte er unter anderem ein Selbstbeteiligungsmodell nach skandinavischem Muster an.

Bedarfsgerechte Patientensteuerung

Mehr bedarfsgerechte Steuerung und Selbstbeteiligung von Patient:innen befürwortet auch Dr. med. Klaus Heckemann, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen: „Wir müssen sehen, wie wir mit den Ärzten, die wir haben, auskommen können. Und wir müssen uns fragen, warum Deutschland weltweit die höchste Zahl an Arzt-Patienten-Kontakten hat. Es wird politisch wahrscheinlich nie durchgesetzt, aber ohne eine finanzielle Eigenbeteiligung der Patienten wird es meiner Ansicht nach in Zukunft nicht mehr funktionieren. Ein Modell der Zuzahlung würde viele Probleme lösen, dann bräuchte es auch nicht mehr Studienplätze.“ Bereits 2008 wurde in Sachsen dafür ein Kostenabrechnungssystem entworfen. Umgesetzt wurde es nicht. Heckemann weiß, dass es kein populärer Ansatz ist. Aber um die Versorgung auch künftig sicherstellen zu können, muss an vielen Stellschrauben gedreht werden. Und schon in der eingangs erwähnten PwC-Studie wurden neue Denkansätze gefordert. Alte Strukturen sollten infrage gestellt werden, um mit begrenzten Ressourcen – sowohl personeller als auch finanzieller Art – die künftigen Herausforderungen einer alternden Gesellschaft bewältigen zu können.

Den Möglichkeiten, durch den intelligenten Einsatz von KI und Digitalisierung die Effizienz des Gesundheitssystems zu steigern, werden wir in uns in einer der nächsten Ausgaben des HB Magazins gesondert widmen.

Versorgungsengpässe in der Allgemeinmedizin überwinden

Versteckte Ressourcen nutzbar machen

Längst wird nach Auswegen gesucht, Versorgungsengpässe in der Allgemeinmedizin zu überwinden. Wie kann es gelingen, das gesamte hiesige Fachkräfte-Potential auch tatsächlich auszuschöpfen? Denn davon gibt es noch einiges. Zum Beispiel junge Menschen, die ernsthaft Medizin studieren wollen, aber am Numerus Clausus scheitern. Oder auch Mediziner:innen, die nicht mehr ärztlich tätig sind beziehungsweise solche, die aus dem Ausland stammen. Wir stellen zwei Projekte vor, die sich mit dieser Thematik befassen.

„Medizin war immer das, was ich später machen wollte“, sagt Paul Stiegler und strahlt bei diesen Worten. 20 Jahre alt ist er und studiert nun im vierten Semester. Dass er mit seinen Kommiliton:innen im Anatomiesaal stehen kann und sich durch Vorlesungen und Bücher arbeitet, hat nicht nur mit seinen Ambitionen, sondern auch mit Glück zu tun. Denn an eine deutsche Hochschule hätte Stiegler es nicht geschafft. Der Numerus Clausus stand dem im Weg. „Auf dem Gymnasium haben mich alle Naturwissenschaften interessiert“, erzählt er. Fächer wie Deutsch und Geschichte allerdings eher weniger. Jetzt besucht er die Universität in Pécs. Die ungarische Stadt ist gut 850 Kilometer von seinem Zuhause in Chemnitz entfernt. Ermöglicht hat ihm das ein Programm der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Sachsen: „Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen“.

Erfahren hat Paul Stiegler vom Programm über eine Bekannte. Er zögerte nicht lange, sich dafür zu bewerben – die Chance, doch noch Medizin studieren zu dürfen, wollte er sich nicht entgehen lassen. Seit 2013 existiert das Modellprojekt. Es richtet sich an Personen, die einen Abiturschnitt von mindestens 2,6 haben und nach dem Abschluss des Studiums für mindestens fünf Jahre als Ärzt:innen im ländlichen Raum beziehungsweise in Chemnitz tätig sein wollen. Dass Stipendiat:innen sich später für Allgemeinmedizin als Fachgebiet entscheiden, wird zwar bevorzugt gesehen, doch nach Absprache wären auch Spezialisierungen in anderen unterversorgten Disziplinen möglich. Anfangs wurden jährlich 20 Medizinstudienplätze in Ungarn gefördert, finanziert aus den Strukturfonds zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Sachsen. Dieser wird zu gleichen Teilen von der KV Sachsen und den sächsischen Krankenkassen getragen. Seit 2020 übernimmt der Freistaat Sachsen die Kosten für 20 zusätzliche Studienplätze, weil das Programm gut angenommen wird und der Bedarf an Mediziner:innen in Sachsen hoch ist.

„Studieren in Europa – Zukunft in Sachsen“ soll langfristig greifen

Außerhalb der Metropolen ist die Versorgungslage insbesondere im hausärztlichen Bereich und in einigen Fachrichtungen wie Dermatologie, Neurologie, Psychiatrie und Augenheilkunde häufig sehr schlecht. „Je ländlicher es ist, desto größer wird das Problem“,



Foto: Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Ruben Michael Zwierlein

„Es ist wichtig zu erkennen, dass vor Ort viele versteckte Ressourcen vorhanden sind.“

beschreibt Dr. med. Klaus Heckemann, seit 2005 Vorstandsvorsitzender der KV Sachsen, die aktuelle Lage in seinem Bundesland. Dabei gibt es eine Besonderheit: Während die Großstädte Dresden und Leipzig für Neuzulassungen gesperrt sind, sieht die Situation in der drittgrößten Stadt Sachsens, in Chemnitz, völlig anders aus. Hier besteht eine drohende hausärztliche Unterversorgung. Um dieses Problem zu bekämpfen, hat Chemnitz seit 2020 eine eigene Medizinfakultät. Dadurch sollen Nachwuchsärzt:innen in der Region gehalten werden. Es ist nur eine von vielen Maßnahmen, um in Sachsen mehr Ärzt:innen zu gewinnen.

„Der Grund, warum wir unser Programm entwickelt haben, war der sich abzeichnende Hausarztmangel im ländlichen Raum. Es war uns klar, dass wir uns in einem Dilemma befinden: Wir haben einen Sicherstellungsauftrag zu erfüllen, aber wir können niemanden zwin-

gen, Medizin zu studieren, anschließend Hausarzt zu werden und aufs Land zu ziehen“, sagt Heckemann. Dass genau dieser Weg für viele ein reizvoller sein kann, zeigt die bisher gute Resonanz. Es bewerben sich mehr Personen, als es Plätze gibt. Um tatsächlich einen der begehrten Studienplätze ergattern zu können, muss ein mehrstufiges Auswahlverfahren, bestehend aus schriftlichem Test und Auswahlgespräch, durchlaufen werden. Dabei wird nicht nur die Eignung für das Medizinstudium überprüft, sondern zu einem großen Teil auch die Motivation für den Arztberuf und die Arbeit im ländlichen Raum. Sind die Bewerber:innen ausgewählt, verpflichten sich diese zudem für jährliche Praktika in sogenannten Patenpraxen, die zusätzlich zur Famulatur absolviert werden. Dadurch sollen sie Einblicke in den Praxisalltag erhalten und noch mehr für den Hausarztberuf motiviert werden.

Für Klaus Heckemann liegt der Vorteil des KV-Programms auf der Hand: Das Medizinstudium beider Länder ist gleichwertig. Doch während ein Studienplatz in Deutschland durchschnittlich 140 000 Euro kostet, muss in Ungarn dafür mit vergleichbar niedrigen Kosten von etwa 80 000 Euro gerechnet werden. Insgesamt gibt es 169 aktive Programmteilnehmer:innen, von denen momentan 32 ihre Facharztausbildung in Deutschland machen und 137 in Pécs studieren. Für Paul Stieger ist das Studium in Ungarn eine gute Sache. Er fühlt sich dort wohl, auch wenn er nicht bei seiner Familie und Freunden sein kann. Das praxisorientierte Lernen sagt ihm



Foto: spiral media/shutterstock.com

zu, das Universitätsgebäude ist modern und die Ausgaben für das Studentenleben und die Unterkunft fallen geringer aus als in einer deutschen Stadt. Studiert wird auf Deutsch, Ungarisch aber als medizinische Fachsprache gelernt. Außerdem gehen so viele Deutsche in Pécs zur Uni, dass es auf dem Campus nicht schwer ist, sich auch mal ohne Englisch zu verständigen. „Ein Studium im Ausland macht vieles mit einem, es lässt einen auch erwachsener werden“, sagt er und möchte seine Erfahrungen nicht missen.

Allerdings birgt der Erfolg des Modellprojekts auch eine Schattenseite: Nicht alle der vergebenen Studienplätze enden tatsächlich mit einer Niederlassung in Sachsen. Es kommen Vertragsbrüche vor, weil Stipendiat:innen beispielsweise doch eine andere Fachrich-

tung wählen oder am Ende in einer Großstadt oder einem anderen Bundesland arbeiten wollen. In diesen Fällen muss der gesamte Geldbetrag für das Studium zurückgezahlt werden. Für Paul Stiegler kommt das nicht in Frage. Er ist glücklich, dass er am KV-Programm teilnehmen darf und perspektivisch sogar in seiner Heimat arbeiten darf. Nach dem zwölften Semester geht es dorthin zurück, die Facharztausbildung wird dann beginnen. „Eine eigene Praxis wäre schon ein Traum von mir“, antwortet er auf die Frage, wie er später als Arzt arbeiten möchte. Aber eigentlich möchte er noch gar nicht so weit in die Ferne blicken. Erst einmal will Stiegler erfolgreich sein Studium fortsetzen, noch mehr Erfahrungen sammeln. Was er aber schon jetzt sicher weiß, ist, dass er sich auf eine Zukunft in Chemnitz freut.



Demnächst wird das alte, ehrwürdige Gebäude der Medizinischen Fakultät der Universität Pécs erneuert und erhält eine neue Fassade.

Foto: Wikipedia/Fadi

Projekt „LandärztInnen Nord 2.0“ soll kurzfristig helfen

Das Modellprojekt in Sachsen wird aufgrund der Ausbildungsdauer eher mittel- bis langfristig Wirkung zeigen, erst in einigen Jahren werden sich Hausärzt:innen in ländlichen Regionen niederlassen. Selbst bei Weiterbildungsmaßnahmen dauert es bis zu fünf Jahre, bis Effekte zu sehen sind. Anders ist das beim Projekt „LandärztInnen Nord 2.0“. „Unser Projekt ist der kurzfristigste Ansatz, den es bisher gibt. Es ermöglichte unseren Teilnehmenden, dass sie innerhalb eines Jahres wieder ärztlich tätig sein konnten. In ersten Untersuchungen war das der überwiegende Teil der Ärztinnen und Ärzte“, erklärt Dr. med. Ruben Michael Zwierlein. Er absolviert eine Facharztweiterbildung im Bereich Allgemeinmedizin und ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Lübeck. Dort war er unter anderem am Projekt „LandärztInnen Nord 2.0“ beteiligt.

Es handelt sich um ein Fortbildungsprogramm für Ärzt:innen, die entweder ihren Beruf aktuell nicht ausüben und somit potentielle Wiedereinsteiger:innen sind, oder aus Drittstaaten stammen. Letztgenannte mussten eine gewisse sprachliche Ebene vorweisen und zudem Deutsch als medizinische Fachsprache beherrschen, um teilnehmen zu können. Sie machten im Verlauf des Projekts ungefähr 80 Prozent aus. Nach drei Jahren Projektförderung durch den Versorgungssicherungsfonds des Landes Schleswig-Holstein ist das Programm nun abgeschlossen und wird derzeit am Institut für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck ausgewertet. Auch, wenn das Programm erfolgreich gelaufen ist und durch seine schnelle Wirksamkeit überzeugt, als alleinige Maßnahme kann es nicht im Kampf gegen Versorgungsengpässe funktionieren. „Es müssen trotzdem kluge Entscheidungen bei der Ausbildung und Weiterbildung getroffen werden. Der kurzfristige Ansatz solch eines Fortbildungsprogramms kann nur dabei helfen, die Zeit zu überbrücken, bis andere Maßnahmen Wirkungen zeigen. Es ist nur eine Stellschraube von vielen“, so Zwierlein.

Das Förderprogramm gliederte sich gewissermaßen in drei Teile. Um die ärztlichen Fähigkeiten in einem realistischen Setting abschätzen zu können, wurde zunächst eine praktische, sogenannte OSCE-Prüfung (Objective Structured Clinical Examination) in den Bereichen Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Chirurgie durchgeführt. Simulationsdarsteller:innen spielten ein Szenario, Prüfer:innen beobachteten die Reaktion der Prüflinge, analysierten und bewerteten die gezeigte Leistung. Im zweiten Teil folgte ein zweiwöchiges Seminarprogramm, das sowohl theoretische als auch praktische Anteile enthielt und zudem in bestimmten Abschnitten individuell auf die Stärken und Schwächen der Teilnehmer:innen abgestimmt war. Als drittes schlossen sich in allen drei Fachbereichen ein- bis dreimonatige Hospitationen in Kliniken oder Praxen an.

Ein wichtiger Bestandteil des Programms war es zudem, die Arbeit in Praxen, Kliniken, MVZs und Praxisgemeinschaften vorzustellen. So konnten Wiedereinsteiger:innen beispielsweise sehen, inwieweit sich die Arbeitsweise in den vergangenen Jahren verändert hat: Vom Alleinkämpfer in der Einzelpraxis, der rund um die

Uhr im Einsatz ist, geht es mittlerweile eher in Richtung Kooperation in der Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft. Das entspricht vermehrt den Bedürfnissen der jüngeren Ärztegeneration. Ruben Michael Zwierlein hat beispielsweise herausgearbeitet, dass Hausärzt:innen früher fast zu 100 Prozent in Vollzeit gearbeitet haben, heute liegt dieser Wert eher bei 70 Prozent – Tendenz weiter fallend. Aber auch für Ärzt:innen aus Drittstaaten war es unabdingbar, die Arbeitsbedingungen für Allgemeinmediziner:innen kennenzulernen. Kamen sie doch teilweise aus Ländern, in denen es diesen Fachbereich beziehungsweise das Berufsbild von Hausärzt:innen im ländlichen Bereich nicht gibt, sondern die Versorgung nur Krankenhäuser in Ballungszentren stattfindet. Umfragen ergaben, dass sich die Bereitschaft, in dieser für sie neuen Arbeitsform tätig zu werden, im Projektverlauf steigerte.

Auch, wenn es der Projektname anderes vermuten lässt – das primäre Ziel war es nicht, dass sich alle Teilnehmer:innen in Landarztpraxen niederlassen. Vielmehr handelte es sich um einen offenen Prozess, bei dem auch Kliniken und weitere Versorgungsformen vorgestellt wurden – es herrscht schließlich in vielen Bereichen Personalnot. Von den Projektteilnehmer:innen wurde dies auch so angenommen – am Ende war das Spektrum der Tätigkeitsbereiche, in denen sie wieder aktiv waren, sehr weit. Es reichte von Praxen bis hin zu Kliniken, von ländlichen Regionen bis hin zu eher zentralen Bereichen.

Wiewirktesich das Programm letztendlich auf die Teilnehmer:innen aus? In Studien wurde festgestellt, dass bei Ärzt:innen, die zum Teil seit Jahrzehnten nicht mehr praktiziert haben, eine gewisse Angst herrscht, wieder in diesem Beruf einzusteigen. Diese konnte im Projektverlauf merklich abgebaut werden. Ärzt:innen aus Drittstaaten schnitten bei der Anerkennungsprüfung im Anschluss des Förderprogramms zudem deutlich besser ab als es sonst bei den Anerkennungsprüfungen üblich ist. Das Potential, durch solch ein Programm Wiedereinsteiger:innen beziehungsweise Ärzt:innen aus Drittstaaten in den Arbeitsmarkt zu integrieren, ist hoch. Das trifft auch auf die Größenordnung der Zielgruppe zu. 2018 untersuchte das Institut für Allgemeinmedizin, wie viele Ärzt:innen es in Deutschland gibt, die nicht ärztlich tätig sind und in anderen Bereichen wie der Pharmazie arbeiten beziehungsweise keinem Beruf nachgehen. Die Zahl lag bei etwa 35 000. Zu Ärzt:innen aus Drittstaaten sind allerdings keine Aussagen möglich, da deren Berufe nicht klar registriert sind.

Für Ruben Michael Zwierlein ist es gut vorstellbar, dass dieses Projekt auch in anderen Bundesländern funktioniert. Erste Nachfragen zum Projekt kamen bereits. Eine bedeutende Erkenntnis aus dem Projekt ist für ihn: „Es ist wichtig zu erkennen, dass vor Ort viele versteckte Ressourcen vorhanden sind. Das heißt, dass tatsächlich viele Wiedereinsteigerinnen sowie Ärzte und Ärztinnen aus Drittstaaten in der Region wohnen, die teilweise nur auf solch eine Möglichkeit warten. Wenn man ein attraktives Angebot gemeinsam mit professionellen Partnern anbietet, kann man innerhalb kürzester Zeit viele Ärztinnen dazugewinnen. Nicht nur im ländlichen Bereich, sondern auch für Kliniken.“

Versorgung neu denken

Mit einem „Weiter so“ werden wir die Ressourcen nicht halten können!

Für Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, ist klar: „Wir sollten wegen des Ärztemangels nicht in Panik verfallen, sondern die Herausforderungen mit kreativen Ideen angehen“. Schaut man sich ein wenig in Deutschland um, so wird die hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen statt in der klassischen Landarztpraxis künftig vermutlich immer häufiger auf anderen Wegen stattfinden. Wir stellen drei Projekte vor, die – nicht nur im hausärztlichen Setting – verschiedene Ansätze wählen, um eine bessere Patient:innenversorgung möglich zu machen – bei gleichzeitig besseren Arbeitsbedingungen für das medizinische Fachpersonal. Kernelemente bei allen Initiativen: multiprofessionelle Zusammenarbeit und patientenorientiertes Handeln.

Selbstorganisierte Zusammenarbeit im strikten Klinikalltag: Wie kann man die Arbeit im Krankenhaus so organisieren, dass Menschen dort tatsächlich ihr ganzes Berufsleben arbeiten können und es vor allem auch wollen? Diese Frage stellte sich Prof. Dr. med. Hubertus Schmitz-Winnenthal immer wieder. An der Universität in Heidelberg hatte er eine klassische medizinische Ausbildung absolviert, viel gelernt, Medizin auf hohem Level praktiziert. Gleichzeitig war sein Alltag von einem hohem Arbeitspensum und einer steten Mitarbeiter:innenfluktuation bestimmt. Für ihn war klar: Das ist keine nachhaltige Arbeitsform, das möchte er ändern.

„Im Krankenhaus geben Chefarzt, Pflegeleitung oder Geschäftsführung vor, wie Menschen dort arbeiten sollen. Dabei haben sie von den Bereichen oft keine Ahnung oder wissen nicht, wie die Menschen dort eigentlich arbeiten wollen. Das ist eine groteske Situation. Und das ist es, was die Mitarbeiter am Ende frustriert – sie fühlen sich ohnmächtig, haben kein Mitspracherecht“, sagt Schmitz-Winnenthal. Seit 2014 ist er selbst Chefarzt der Chirurgischen Klinik I (Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie) am Klinikum Aschaffenburg-Alzenau. Und seine Suche nach einer neuen Form der Zusammenarbeit wurde immer konkreter. Er setzte sich intensiv mit der Thematik New Work und Selbstorganisation auseinander, lernte auf diesem Weg das Konzept Loop Approach kennen und ließ sich darin ausbilden.



Foto: Privat

Prof. Dr. med. Hubertus Schmitz-Winnenthal

„Ärzte und Pfleger sollen sich bei uns als ein gemeinsames Team betrachten. Wir sind keine Einzelkämpfer, sondern der Job ist unsere gemeinsame Aufgabe. Wir wollen hier die Hierarchieebenen aufheben und sehen, was der Patient braucht und genauso, was wir brauchen, um den Patienten bestmöglich zu versorgen. Das ist der Maßstab, mit dem wir Medizin machen wollen.“

In Loops – wiederkehrenden Treffen – können Rollen und Prozesse im Klinikalltag neu definiert und starre Strukturen aufgebrochen und auf diese Weise mehr Selbstbestimmung und Verantwortung übernommen werden. Verschiedenes begann Schmitz-Winnenthal mit Ärzt:innen auszuprobieren – ist selbstorganisierte Arbeit in einer stark reglementierten und hierarchischen Umgebung wie einem Krankenhaus überhaupt umsetzbar? Seit diesem Februar führt er diesen Ansatz auf einer ganz neuen Ebenen aus. Das Modellprojekt „Meine Station“ ist an den Start gegangen – eine Station, die sich komplett selbst organisiert.

Es wurden Mitarbeiter:innen gesucht, die mit ihm eine völlig neue Arbeitskultur entwickeln und leben möchten: „Ärzte und Pfleger sollen sich bei uns als ein gemeinsames Team betrachten. Wir sind keine Einzelkämpfer, sondern der Job ist unsere gemeinsame Aufgabe. Wir wollen hier die Hierarchieebenen aufheben und sehen, was der Patient braucht und genauso, was wir brauchen, um den Patienten bestmöglich zu versorgen. Das ist der Maßstab, mit dem wir Medizin machen wollen.“ Sein interdisziplinäres Team besteht aus acht Ärzt:innen im rotierenden System, zwei Physician Assistants, 17 Pflegekräften, vier MFAs und vier Pflegehelfern, die perspektivisch 20 Patient:innen auf Station versorgen werden. Personell ist das Pilotprojekt somit besser aufgestellt als vergleichbare Stationen.

Mit „Meine Station“ hatte die Arbeit in der Klinik noch eine Chance

Es sind auch Personen dabei, die eigentlich schon aus dem Beruf aussteigen wollten – eine Ärztin in Weiterbildung, Medizinische Fachangestellte. Mit „Meine Station“ haben sie der Arbeit im Krankenhaus noch eine Chance gegeben. Alle Mitarbeiter:innen nahmen vor dem Projektstart an mehreren Workshops teil. Sie lernten Methoden, um besser miteinander kommunizieren zu können und Problemlösungen zu entwickeln. Begleitet wird das Projekt von einem interprofessionellen Team aus Mediziner:innen und Expert:innen für Organisationsentwicklung und Selbstorganisation.

Die Idee ist: Jeder soll entsprechend der eigenen Kompetenz und Belastbarkeit arbeiten können. Das Stationsteam gestaltet die Prozesse so, dass alle sich mit den jeweiligen Aufgaben wohlfühlen. Dafür wurden verschiedene Formate entwickelt. Es gibt tägliche Kurz-Meetings von 15 bis 30 Minuten, in denen sich ausgetauscht wird, wie es an diesem Tag auf der Station läuft, wo es beispielsweise bei der Patientenversorgung hakt, welche Spannungen existieren. Was sollte anders gemacht werden? Nach den Meetings können die abgesprochenen Themen sofort umgesetzt werden.

Wöchentlich finden außerdem ein- bis anderthalbstündige Steuerungsmeetings statt, in denen an der Organisation der Station gefeilt wird. Wie soll hier gearbeitet werden, welche Abläufe braucht es dafür? Jede:r kann Vorschläge einbringen oder die eigene Meinung zu einem Vorschlag äußern. Am Ende wird umgesetzt, was für alle sinnvoll ist und bei dem kein Sicherheitsrisiko besteht. „Safe enough to try“, beschreibt das Schmitz-Winnenthal. Es geht darum, einen ersten Schritt zu wagen. „Wir sind damit wesentlich effektiver als vorher. Jeder weiß, warum eine Entscheidung getroffen wurde. Und vor allem weiß jeder, dass etwas auch wieder geändert werden kann, wenn es nicht so klappt, wie wir uns das vorgestellt haben.“

Warum braucht es überhaupt „Meine Station“? Für Hubertus Schmitz-Winnenthal haben Politik, genauso wie Entscheidungsträger:innen in Krankenhäusern, keine Visionen oder Ideen, wie sie den kontraproduktiven Dreiklang aus Fachkräfte-, Zeit- und Ressourcenmangel ändern könnten. Dafür brauche es ein Umdenken. Mit dem Projekt will er ausprobieren, ob ein ganzheitlicher Ansatz der Selbstorganisation funktionieren kann, um Patient:innen besser zu versorgen und medizinischen Fachkräften auf lange Sicht im Krankenhaus ein Arbeitsumfeld zu schaffen, in dem sie gern arbeiten.

„Mit einem ‚Weiter so‘ – dass jeder macht, was er will und das nebeneinanderher – werden wir auf Dauer die Ressourcen nicht halten können. Uns geht nicht das Geld aus, uns gehen die Leute aus.“

Zentrale Primärversorgung: Das Motto des Hausarztzentrums Brüggen lautet „Die Zeiten ändern sich, eines aber ist geblieben: Die Leidenschaft, anderen zu helfen“. Dieser Satz klingt schön, aber Dr. med. Johann Heinrich Arens fühlt ihn tatsächlich auch mit Leben. Der Facharzt für Allgemeinmedizin, 43 Jahren im Berufsleben und Hausarzt aus Überzeugung, engagiert sich seit Jahren für die Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung. 1982 ließ er sich in einer eigenen Praxis nieder, überlegte seit 1992, wie es möglich sein kann, ein Zentrum für hausärztliche Medizin aufzubauen und legte 2000 schließlich dafür den Grundstein, als er eine größere Hausarztpraxis übernahm. Konsequenterweise wurde diese in den folgenden Jahren zum Hausarztzentrum Brüggen (Nordrhein-Westfalen) weiterentwickelt. Damals gingen zwei der vier Hausärzt:innen der Region in Rente, gleichzeitig war es schwierig, neue Hausärzt:innen zu finden und die Patientenzahlen stiegen. Die Situation ist nicht besser geworden. Deshalb wurde das Hausarztzentrum mittlerweile um mehrere Standorte erweitert. Für vier Orte ist man insgesamt zuständig – in zwei Fällen kamen die Bürgermeister direkt auf das Hausarztzentrum zu und baten um Hilfe, weil aufgrund des Hausärztemangels die medizinische Versorgung der Menschen vor Ort sonst nicht mehr hätte sichergestellt werden können.

„Als Allgemeinarzt bin ich schon sehr lange der Überzeugung, dass wir andere Formen der Berufsausübung brauchen. Die bisherige Versorgung über Einzelpraxen wird nicht mehr allein funktionieren – das hat nicht nur mit dem Ärztemangel zu tun, auch mit der sich verändernden Demographie. Verglichen mit der Situation von vor sie-

ben Jahren versorgen wir heute dreimal so viele Patienten, mehr als 10 000“, erzählt Arens. Die immer älter werdende Gesellschaft stellt in Zeiten des Hausärzt:innen- und Fachkräftemangels eine große Herausforderung dar. Im Hausarztzentrum Brüggen sind gut 51 Prozent der Patient:innen über 65 Jahre alt, von diesen sind etwa 1200 älter als 80 Jahre. Daher braucht es neue Herangehensweisen.



Foto: Rauchhaupt/ MVZ Hausärzte Schwalm-Netze

Dr. med. Johann Heinrich Arens

„Der Hausarzt war früher so etwas wie Schwester, Seelsorger und Sozialmanager in Personalunion. Das ist heute gar nicht mehr zu leisten“

Neue Arbeitsteilung, Apps und KI machen's möglich

„Gerade für ältere Menschen sind Primärversorgungszentren besonders wichtig. Für sie muss vor Ort eine medizinische, pflegerische und psychosoziale Grundversorgung vorgehalten werden, die uns im Moment allerdings wegbreicht“, sagt Johann Heinrich Arens. Deshalb setzt er auf eine starke Patientenorientierung sowie die gemeinsame Versorgung von Patient:innen durch ärztliche und nichtärztliche Berufsgruppen. Ärzt:innen, zwei Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, eine Care- und Casemanagerin sowie eine Sozialarbeiterin arbeiten im Hausarztzentrum zusammen. Der soziale und pflegerische Anteil, wie zum Beispiel Wund- und Schmerzmanagement, wird dabei von nichtärztlichem Personal übernommen. Beispielsweise besuchten sie 380 Über-80-Jährige, um ein geriatrisches Assessment durchzuführen. Dabei wurde unter anderem überprüft, wie die Lebenssituation zu Hause aussieht, ob Defizite bestehen und was unternommen werden muss, um deren Selbstständigkeit weiterhin gewährleisten zu können. Einmal wöchentlich setzen sich ärztliche und nichtärztliche Fachkräfte zur Fallbesprechung und -planung zusammen.

Diese Form der Arbeitsteilung bringt eine deutliche Entlastung für Hausärzt:innen, weil sie nur noch dann vor Ort Arztbesuche leisten müssen, wenn es medizinische Gründe dafür gibt. „Der Hausarzt war früher so etwas wie Schwester, Seelsorger und Sozialmanager in Personalunion. Das ist heute gar nicht mehr zu leisten“, erzählt Arens. Dieses Angebot ist deshalb auch einer der wichtigsten Gründe, warum Ärzt:innen im Hausarztzentrum Brüggen arbeiten möchten. Arens sieht sich daher in Zeiten immer stärkerer Konkurrenz um ärztlichen Nachwuchs besser für die Personalgewinnung gerüstet. Denn auch die Möglichkeit, in Anstellung und Teilzeit arbeiten zu können, mache es für junge Ärzt:innen zu einem attraktiven Arbeitsplatz. „Viele werden Hausarzt, weil sie den Strukturen im Krankenhaus entkommen wollen. Werden also Strukturen wie in einem Primärversorgungszentrum geboten, steigt das Interesse, weil man im Gegensatz zur Einzel-Niederlassung einen Work-Life-Balance-Vorteil sieht.“

Aber nicht nur die interprofessionelle Zusammenarbeit erleichtert den Hausärzt:innen ihre Arbeit, auch E-Health-Instrumente

werden eingesetzt. So wird im Hausarztzentrum beispielsweise eine Anamnese-App genutzt, über die Patient:innen sowie Ärzt:innen unter anderem Unterlagen einspielen können. Um die Arbeitsdichte der Mitarbeiter:innen zu entzerren, nutzt das Hausarztzentrum ebenfalls eine KI-gesteuerte Telefonsoftware, die, falls gerade niemand ans Telefon gehen kann, eingehende Anrufe von Patient:innen verschriftet, kategorisiert, Notfallanrufe erkennt und diese dem Praxisteam signalisiert. Anfragen wie Terminabsprachen oder die Bestellung von Überweisungen können dann im nächsten freien Zeitfenster schnellstmöglich bearbeitet werden. „Wir müssen die begrenzten Kapazitäten für unsere eigentlichen Tätigkeiten freischaufeln und dabei hilft uns die App“, sagt Arens.

Neben der Patientenversorgung möchte Arens im Hausarztzentrum die Gesundheitsförderung der Bevölkerung voranbringen. Nachbarschaftshilfe und Gesundheitsbildung sollen mit niederschweligen Angeboten vermittelt und etabliert werden. Der Allgemeinmediziner möchte damit bewirken, dass Menschen sich wieder mehr umeinander kümmern und im Ernstfall wissen, wie man sich helfen kann und wann eine Krankheit einen Arztbesuch erforderlich macht – oder eben nicht. Die Eigenverantwortung der Patient:innen soll auf diese Weise gestärkt werden.

Das Konzept des Hausarztzentrums Brüggen überzeugt auch die Robert Bosch Stiftung – bis 2025 wird es als eines von acht Exzellenzzentren in Deutschland zur Entwicklung eines patientenorientierten kommunalen Zentrums über die supPORT Initiative gefördert. Schon jetzt ist Arens aber dabei, die Finanzierung auch nach Auslaufen der Förderung weiterhin zu sichern und sucht Gespräche auf kommunaler Ebene. „Die primärärztliche Versorgung muss ausgebaut werden und es wird uns nichts anderes übrigbleiben, als die Kommunen davon zu überzeugen, sich dort stärker einzubinden. Denn alles pflegerische und psychosoziale, die Case- und Caremanagement-Leistungen, die wir in unserem Hausarztzentrum anbieten, sind nicht über das ärztliche Honorar oder das SGB V abgedeckt“, erklärt Arens. Für ihn ist es keine Lösung, Primärversorgungszentren in privatwirtschaftliche Hände zu legen. „Der Blick muss auch auf die vulnerablen Gruppen, die keinen Gewinn versprechen, gerichtet bleiben. Deshalb brauchen wir die Vernetzung und auch die Bündnisbildung mit Kommunen.“



Foto: privat

Wolfgang Hentrich

„Die Zusammenarbeit von Menschen mit unterschiedlichen Kompetenzen – strukturiert, koordiniert und auf Augenhöhe – ist die einzige Chance, um dem Ärztemangel zu begegnen. Ärzte werden lernen müssen, andere Berufsgruppen in ihrer Kompetenz zu akzeptieren und nicht hierarchisch abzustufen“



Foto: genial eG Lingen

Christoph Schwerdt

„Es wird sonst alles gegen die Wand gefahren. An wen sollen sich die Patienten wenden? Uns stehen nicht mehr Ärzte zur Verfügung, also muss man die Versorgung koordinieren und die Ärzte durch vor- und nachgelagerte Assistenzberufe unterstützen.“

Vernetzt kooperieren: Die Praxen sind schon alle voll und eine Entspannung ist nicht ins Sicht. Im niedersächsischen Lingen werden ab April wohl die Nerven von Patient:innen und auch Hausärztinnen zusätzlich strapaziert – dann schließt eine Hausarztpraxis. Es wird dann der sechste freie Hausarztsitz sein. Die Wege für die Patient:innen werden nun wohl länger, genauso wie die Wartezeiten in den Praxen. Dabei sind die Versorgungslücken im hausärztlichen Bereich in der Stadt noch gering – verglichen mit denen in ähnlich großen und sozioökonomisch entsprechenden Nachbarstädten. „Das hat etwas damit zu tun, dass hier Strukturen existieren, die gerade den Kollegen Sicherheit geben, die sich nicht allein selbstständig machen wollen“, meint Wolfgang Hentrich. Der Facharzt für Innere Medizin ist in einer Gemeinschaftspraxis tätig. Und er ist Mitbegründer und Vorstandsvorsitzender vom Ärztenetzwerk Genial (Gesundheitsnetz im Altkreis Lingen). Es ist ein genossenschaftlicher Zusammenschluss von Haus- und Fachärzt:innen in Lingen und Region. Etwa 50 Prozent aller Hausärzt:innen der Stadt sind im Netz organisiert sowie 50 Prozent der niedergelassenen Fachärzt:innen – damit werden darüber gut 90 Prozent der Primärversorgung im Stadtgebiet abgedeckt.

2008 wurde das Ärztenetz gegründet, um den Mitgliedern Entlastung im Praxisalltag sowie eine Qualitätsverbesserung in der Patientenversorgung zu ermöglichen. Dafür wurden bereits mehrere Projekte durchgeführt, um die existierenden Versorgungsstrukturen in Lingen weiterzuentwickeln. Seit mehr als zehn Jahren organisiert das Ärztenetz beispielsweise die Heimarztversorgung. Eine Besuchsarztin, begleitet von einer Pflegekraft, untersucht Patient:innen vor Ort in Pflegeheimen – im Auftrag und in enger Absprache mit den betreuenden Hausärzt:innen. Der Vorteil dabei: Die Hausärzt:innen werden entlastet, weil die Heimbesuche wegfallen. Die Heimarztin hingegen kann unter Umständen flexibler und schneller die Patient:innen aufsuchen, weil sie sich nicht zeitgleich um den Praxisbetrieb und um volle Wartezimmer sorgen muss. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass durch dieses Angebot im Vergleich zur Regelversorgung mindestens 30 Prozent weniger stationäre Fälle pro Jahr verzeichnet werden.

Fachkräftepool entastet die ärztliche Versorgung

Auf Grundlage der bisher durchgeführten Projekte konnten stabile Strukturen und Kommunikationswege zwischen den einzelnen Mitgliedern und Partner:innen des Ärztenetzes etabliert werden. Davon können sie nun auch im neuesten Projekt profitieren, das

im März in die aktive Phase übergegangen ist. Es handelt sich um den Aufbau eines Fachkräftepools, der die ärztliche Versorgung entlasten soll. Zwei Care- und Casemanagerinnen werden künftig Patient:innen mit komplexem Versorgungsbedarf unterstützen. Gerade diese Patientenzielgruppe erfordert oft viel Zeit und Zuwendung. Die Ärzt:innen des Netzes können bei Bedarf auf die medizinischen Fachkräfte zugreifen, die beim Genial-Netzwerk angestellt sind.

Stimmen die Patient:innen dieser Unterstützung zu, tragen die Versorgungskordinatorinnen bei Hausbesuchen Information über deren Lebenssituation zusammen und erstellen danach einen individuellen Hilfeplan unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer und sozialer Aspekte. Anschließend koordinieren sie die weitere Versorgung und stellen sicher, dass die jeweils am besten geeigneten Hilfen in Anspruch genommen werden. Dies geschieht im engen Austausch mit den behandelnden Ärzt:innen, wodurch eine Entlastung in den Praxen sowie eine Verbesserung der Versorgungsabläufe erreicht werden. „Die Zusammenarbeit von Menschen mit unterschiedlichen Kompetenzen – strukturiert, koordiniert und auf Augenhöhe – ist die einzige Chance, um dem Ärztemangel zu begegnen. Ärzte werden lernen müssen, andere Berufsgruppen in ihrer Kompetenz zu akzeptieren und nicht hierarchisch abzustufen“, sagt Wolfgang Hentrich.

Das Projekt wird bis Ende des Jahres mit 114 000 Euro durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung gefördert. Es soll als Blaupause für neue Versorgungsmodelle dienen. „Mit einem „Weiter so“ – dass jeder macht, was er will und das nebeneinanderher – werden wir auf Dauer die Ressourcen nicht halten können. Uns geht nicht das Geld aus, uns

gehen die Leute aus“, betont Hentrich. Mit Blick auf den Fachkräftemangel sei es deshalb wichtig, vorhandene Arbeitskräfte regional zu bündeln und zu koordinieren, damit sie so effizient wie möglich eingesetzt werden können. Zudem stünde dann auch Mitgliedern des Netzes Assistenzpersonal zur Verfügung, die es sich andernfalls vielleicht nicht leisten könnten. „Mit diesem Projekt erhalten wir die Chance zu zeigen, wie das funktionieren kann. Und dass ein Fachkräftepool sinnvoll ist, einen Nutzen erzeugen kann und am Ende insgesamt günstiger sein wird als die Regelversorgung“, sagt Hentrich und ist davon überzeugt, dass dieses Projekt ausgereifter ist als bisherige. Denn Gesundheitskioske oder Community Health Nurses, die nicht in bestehende Versorgungsstrukturen eingebunden sind, seien wenig zielführend.

Der Bedarf für dieses neue Angebot sei jedenfalls vorhanden, sagt Christoph Schwerdt, Genial-Geschäftsführer. Er stellt das Projekt aktuell unter den Mitgliedern des Ärztenetzes vor und ist bereits auf großes Interesse gestoßen. Außerdem koordiniert er die Aufträge an die Versorgungsassistentinnen. Für ihn ist das Projekt ein zukunftsweisendes. Auch, wenn die Finanzierung nach Abschluss der Förderung bislang nicht über das SGB V abgedeckt ist. „Wir kommen sozusagen mit dem Gesundheitskiosk zu den Patienten nach Hause“, sagt Christoph Schwerdt. Deshalb sollten, wenn es nach ihm geht, Kommunen künftig dieses Angebot fördern – so wie es bei den Gesundheitskiosken bereits geregelt ist: „Es wird sonst alles gegen die Wand gefahren. An wen sollen sich die Patienten wenden? Uns stehen nicht mehr Ärzte zur Verfügung, also muss man die Versorgung koordinieren und die Ärzte durch vor- und nachgelagerte Assistenzberufe unterstützen.“

Kreativ gegen den Ärztemangel

Verschiedene Initiativen und Versorgungsprojekte bemühen sich darum, bestehende oder drohende Versorgungsengpässe vor allem in ländlichen Regionen abzuwenden. Einige Pilotprojekte gehen dabei ganz besonders vor:

Medibus: Eine rollende Hausarztpraxis wurde in Hessen in Zusammenarbeit von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der DB Regio auf den Weg gebracht. Ein Bus, ausgestattet mit einer Hausarztpraxis mit modernsten Technologien, inklusive Wartebereich, Labor und Behandlungszimmer, startete Mitte 2018 in die Pilotphase. Zu festen Zeiten wurden ausgewählte Gemeinden in drei dünnbesiedelten Landkreisen angefahren, um Patient:innen zu versorgen. Das Projekt wurde gut angenommen und ist mittlerweile um drei weitere Jahre verlängert worden, gefördert vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration.

Niedersachsen fördert regionale Versorgungszentren: Das Bundesland förderte fünf Modellprojekte, in denen Kommunen regionale Versorgungszentren gründeten. Evaluationen haben gezeigt, dass diese eine Verbesserung in der ambulanten Versorgung bringen und gleichzeitig ländliche Räume attraktiver und lebenswerter machen. Deshalb werden Fördermöglichkeiten für die Planung und den Aufbau verstetigt und somit ein landesweites Unterstützungsangebot für Kommunen geschaffen. Dadurch soll auch verhindert werden, dass ausschließlich private Investoren die ärztliche Versorgung auf dem Land aufbauen. Neben der hausärztlichen Versorgung werden zudem weitere Angebote gemacht, wie Hebammendienste, Präventionskurse oder Physiotherapie.

Interesse schon bei Schüler:innen wecken: „Raus aus der Schule und rein in die Medizin“ heißt die Online-Veranstaltung, die erstmals im vergangenen Mai angeboten wurde. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt und die Landesärztekammer haben in Kooperation mit dem Landesbildungsministerium das Informationsangebot umgesetzt. Aufgrund der positiven Resonanz wird es fortgesetzt. Ziel ist es, das Interesse für ein Medizinstudium im Land zu wecken, damit mehr Abiturient:innen aus Sachsen-Anhalt dort studieren und danach auch tätig werden.

„Mit Praxis zur Praxis“: Ein Jahr lang können Fachärzt:innen der Allgemeinmedizin oder Inneren Medizin, die mit dem Gedanken der Selbstständigkeit spielen, ins Praxisleben schnuppern. Wie sind die Arbeitsabläufe, welche bürokratischen Dinge sind zu beachten, welche Fähigkeiten muss man als Hausarzt:in mitbringen und eignet sich die Region als Praxisstandort? Auf diese Fragen finden Interessierte beim Förderprogramm der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und des Kreises Herford eine Antwort. Ein bis zwei Praxen bieten dabei Einblicke in den Arbeitsalltag, ein begleitendes Seminarprogramm bereitet auf den Beruf Hausarzt vor – das Gehalt wird dabei von der KV gezahlt. Ziel ist es, Mediziner:innen von einer Tätigkeit im Kreis Herford zu überzeugen.

Die Zahl der berufstätigen Ärzte lässt keinerlei Hinweis auf einen Mangel zu

Durch die Forderung nach mehr Geld, Ärzten und Pflegepersonal werden nur die Hamsterräder am Laufen gehalten

Obwohl es immer mehr Ärzt:innen gibt, bestehen in bestimmten ärztlichen Fachdisziplinen und Regionen immer häufiger Engpässe in der Gesundheitsversorgung. Wieso es aus seiner Sicht trotzdem nicht mehr Medizinstudienplätze braucht, um diese Entwicklung aufzuhalten und wie unser Gesundheitssystem effizienter aufgestellt werden könnte, erläutert Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach – bis Ende Januar der Vorsitzende des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – im Gespräch mit dem Hartmannbund Magazin.

Unser Gesundheitswesen steht vor einer Belastungsprobe, vor Ärztemangel wird seit Jahren gewarnt. Aktuell werden Tausende neuer Medizinstudienplätze gefordert, um dagegen vorzugehen. Kann dadurch das Problem behoben oder mindestens gemildert werden?

Prof. Ferdinand Gerlach: Patienten erhalten keine Termine und werden vertröstet, Ärzte in Kliniken und Praxen sind gestresst. Dadurch entsteht der nachvollziehbare Eindruck, dass wir mehr Ärzte brauchen. Als ich studiert habe, in den 1980er-Jahren, waren die gleichen Personen, die heute von einem Ärztemangel reden, der Überzeugung, wir hätten eine Ärzteschwemme – und dass dringend gegensteuert werden müsste. Das war damals eine Fehldiagnose und heute ist sie das auch. Fakt ist: Die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte hat sich, nach Abzug derjenigen, die in den Ruhestand gegangen sind, seit 1990 von damals 238 000 auf heute rund 430 000 fast verdoppelt. Auch nach Vollzeitäquivalenten, also unter Berücksichtigung von Teilzeittätigkeiten, hatten wir einen deutlichen Anstieg.

Es gibt also gar keinen Ärztemangel?

Wir haben aktuell vor allem ein extrem ineffizientes Gesundheitssystem. Die Zahl der berufstätigen Ärzte, die Jahr für Jahr steigt und im weltweiten Vergleich je Einwohner bereits sehr hoch liegt, lässt keinerlei Hinweis auf einen Mangel zu. Wir haben vielmehr



Foto: Stiftung Gesundheitswissen

empfindliche Engpässe in bestimmten Disziplinen und Regionen. Aber von einem allgemeinen, generalisierten Mangel kann keine Rede sein.

Aber wie kommen dann die Engpässe zustande?

Ein Beispiel: Verglichen mit Dänemark haben wir in Deutschland wesentlich mehr Ärzte je Einwohner. Aber je 1.000 Belegungstage, also am Patientenbett, sind es 3,7mal weniger. Die Erklärung ist einfach: In Deutschland haben wir viel zu viele Belegungstage. Unsere Bürger sind wesentlich häufiger und deutlich länger in Krankenhäusern als in den meisten anderen europäischen Ländern. Außerdem werden in Krankenhäusern zu viele Prozeduren mit zweifelhafter Indikation durchgeführt, zum Beispiel Linksherzkatheter, Knie-Endoprothesen oder Wirbelkörperoperationen, zudem mit einer enormen, medizinisch nicht nachvollziehbaren regionalen Varianz nach Wohnort der Patienten. Die veraltete, seit langem nicht mehr bedarfsgerechte Struktur der Krankenhauslandschaft, aber auch Anreizsysteme wie das fehlentwickelte Fallpauschalensystem deutscher Prägung, münden in Hamsterradeffekten.

Betrifft das nur den stationären Sektor?

Nein. Man könnte ja denken, wenn wir in Kliniken so viele Patienten behandeln, dann müsste im ambulanten Bereich weniger zu tun sein. Das ist überhaupt nicht so. Wir schätzen, dass es in Deutsch-

land etwa 20 Arzt-Patienten-Kontakte pro Einwohner und Jahr gibt. Damit liegen wir weit über dem internationalen Durchschnitt. In Europa liegt dieser ungefähr halb so hoch. In einer Vergleichsstudie wurden Hausärzte in verschiedenen Ländern gefragt, wie viele Patienten sie pro Woche behandeln und wie viel Zeit sie für einzelne Patienten haben. Ein deutscher Hausarzt hat etwa 250 Arzt-Patienten-Kontakte pro Woche. In den meisten Ländern sind es ungefähr die Hälfte. Am anderen Ende des Spektrums liegen schwedische Hausärzte mit 50 Arzt-Patienten-Kontakten pro Woche. Der schwedische Hausarzt behandelt so viele Patienten in der Woche wie der deutsche Hausarzt pro Tag. Das Ergebnis: Deutsche Hausärzte haben etwa neun Minuten pro Patient, der schwedische Hausarzt hat statistisch 28,8 Minuten. Der durchschnittliche Schwede geht auch nur 2,8 mal im Jahr zum Arzt.

„In Deutschland haben wir viel zu viele Belegungstage. Unsere Bürger sind wesentlich häufiger und deutlich länger in Krankenhäusern als in den meisten anderen europäischen Ländern.“

Das ist ein sehr starker Kontrast...

In der Tat und das sollte uns zu denken geben. Die aktuelle Situation bei uns hat zum Beispiel auch etwas mit unserer völlig veralteten Quartalsabrechnungslogik zu tun. Die Praxen haben einen starken impliziten Anreiz, Patienten regelmäßig, am besten zweimal pro Quartal, einzubestellen. Bei vier Quartalen kommen wir so schon auf acht Kontakte. Werden dann noch weitere Ärzte aufgesucht, sind 20 Arzt-Patienten-Kontakte pro Jahr ganz schnell Realität. Das ist aber sicher nicht bedarfsgerecht. Zum einen, weil viele dieser Kontakte schlicht nicht erforderlich sind. Zum anderen, weil damit betreuungsintensive chronisch oder mehrfach erkrankte Patienten nicht genügend Zuwendung und Zeit erhalten. Wie lautet ihre Einschätzung zum deutschen Gesundheitswesen? Eine von mehreren Diagnosen ist: Wir haben in Kliniken und Praxen unsinnige Hamsterräder, die sich hochtourig drehen. Deshalb ist es keine Lösung, einfach zu sagen, wir brauchen mehr Geld, Ärzte und Pflegepersonal. Dadurch werden diese Hamsterräder nur weiterhin am Laufen gehalten. Wir müssen sie vielmehr stoppen, Über-, Unter- und Fehlversorgung reduzieren und eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung anstreben, durch die Patienten besser behandelt werden und Ärzte oder Klinikmitarbeiter ruhiger arbeiten können. Auch Kostenträger müssen daran ein Interesse haben, so könnten unnötige Ausgaben vermieden werden und Mittel gezielt dort eingesetzt werden, wo sie den größten Nutzen haben oder bereits eine Unterversorgung besteht.

Und der Ruf nach mehr Medizinstudienplätzen ist überflüssig?

Der Ruf ist ein Reflex auf die aktuelle Situation. Es gibt keine einzige Kalkulation, aus der hervorgeht, dass wir 5 000 oder gar 6 000 Studienplätze mehr benötigen. Diese Zahl geistert seit Jahren unverändert durch die Landschaft, ist aber nie belegt worden. Seit Jahren haben wir vielmehr folgendes Phänomen: Es gibt neue Fakultäten in Bielefeld, Augsburg, demnächst in Cottbus. Wir haben

„Wir haben in Kliniken und Praxen unsinnige Hamsterräder, die sich hochtourig drehen. Deshalb ist es keine Lösung, einfach zu sagen, wir brauchen mehr Geld, Ärzte und Pflegepersonal. Dadurch werden diese Hamsterräder nur weiterhin am Laufen gehalten. Wir müssen sie vielmehr stoppen.“

eine Verdopplung der Studienplätze in Oldenburg und in Witten/Herdecke. Wir haben neue Zweigfakultäten in Braunschweig, Fulda und in Trier. Diese Aufzählung könnte jetzt noch fortgesetzt werden. Es sind also bereits Tausende neue Studienplätze geschaffen worden. Zusätzlich gibt es mehrere private Universitäten, die Medizinstudienplätze anbieten, und Tausende Deutsche studieren im Ausland Medizin. Und trotzdem wird die immer gleiche Forderung nach 5 000 mehr Studienplätzen weiter unreflektiert, unbegründet und unkalkuliert erhoben. Das ist fatal, weil diese Studienplätze ja extrem langfristig angelegt sind. Sie sind sehr teuer und die Schaffung neuer Studienplätze erfolgt außerdem zumeist ohne jede Steuerungswirkung. Überspitzt gesagt: Sollten so weitere Kardiologen oder Orthopäden ins System drängen, verstärken wir sogar bestehende Überversorgungen, aber die Engpässe bei Hausärzten oder anderen grundversorgenden Fachärzten, nicht nur im ländlichen Raum, bleiben bestehen.

Es braucht also mehr Studienplatzförderung für bestimmte Disziplinen?

Wenn man schon zusätzliche Studienplätze aufbaut, dann muss man das auch gezielt für die unterversorgten Regionen und Fächer machen. Das betrifft nicht nur Hausärzte, sondern zum Beispiel auch konservativ tätige Augenärzte oder Psychiater. Es gibt bestimmte Fächer, in denen wir tatsächlich einen echten Bedarf haben, der nicht gedeckt ist. Und wir haben andere Bereiche, in denen wir eine groteske Überversorgung haben. Wir diagnostizieren hier eine doppelte Fehlverteilung: Zum einen fehlen Generalisten und Grundversorger in unterschiedlichen Disziplinen und wir haben in bestimmten Bereichen zum Teil zu viele Subspezialisten. Die zweite Fehlverteilung ist eine regionale. Wir haben in den überversorgten wohlhabenden Ballungsgebieten sehr viele Ärzte, während sie in ärmeren Stadtteilen und im ländlichen Raum fehlen. Anders ausgedrückt: Die meisten Ärzte sind dort, wo sie am wenigsten benötigt werden.



Das Problem ist seit Jahren bekannt. Was sind die Hürden, um schneller gegen die von Ihnen genannten Fehlverteilungen vorzugehen?

Die Ursachen sind vielfältig und deshalb ist auch ein ganzes Bündel aufeinander abgestimmter Maßnahmen erforderlich. An den Universitäten haben wir zum Beispiel eine seit Jahrzehnten unverändert existierende, inzwischen komplett veraltete Ausbildungsordnung. Die aus dem Masterplan Medizinstudium 2020 folgende Änderung der Approbationsordnung ist immer noch nicht beschlossen und die ab 2025 geplante Umsetzung wird wahrscheinlich nicht mehr zeitgerecht gelingen. Wir müssen dringend die Ausbildung modernisieren und zukunftsfest machen. Dann sollten wir in der Weiterbildung zum Facharzt gezielte Anreize setzen und mehr junge Ärztinnen und Ärzte für eine Weiterbildung in den Mangelfächern und -regionen gewinnen. Zudem haben wir eine Krankenhausstruktur, die über 100 Jahre alt ist. Weit über 5.000 verschiedene medizinische Leistungen, die man, wie es in anderen Ländern häufig der Fall ist, ambulant durchführen könnte, finden bei uns überwiegend stationär statt – weil es entsprechende Anreizsysteme gibt. Die Ambulantisierung, die international bereits sehr viel weiterentwickelt ist, wird in Deutschland bisher kaum umgesetzt. Außerdem müssen Ärzte in Deutschland viele Dinge ausführen, für die sie keine Approbation benötigen, zum Beispiel Blutabnahmen, diverse bürokratische Dokumentationen, standardisierbare Routine-Untersuchungen oder einfache Monitoring-Hausbesuche.

Es bräuchte also auch mehr interprofessionelle Zusammenarbeit?

Unbedingt. In einem multiprofessionellen Team könnten sehr viele Leistungen an andere Berufsgruppen übertragen werden. In Deutschland haben wir aber faktisch keine Finanzierungsoptionen für Teamleistungen nach denen Medizinische Fachangestellte oder Versorgungsassistenten kostendeckend nicht-ärztliche Leistungen erbringen könnten. Es gilt vielmehr das Prinzip der persönlichen Leistungserbringung durch den Vertragsarzt. Es braucht also eine neue Arbeitsteilung. Ein weiteres Problem: Wir haben die digitale Transformation komplett verschlafen. Im Vergleich zu anderen Ländern in Europa haben wir – etwa bei der elektronischen Patientenakte, ePA – einen Rückstand von 15 Jahren. Hätten wir schon eine mit Echtzeitdaten automatisch synchronisierte ePA, würden Ärzte entlastet und bestimmte ärztliche Leistungen wären nicht mehr notwendig. Auch durch Nutzung von KI-Lösungen könnten so zum Beispiel zahlreiche Dokumentationsaufgaben, diagnostische Prozeduren oder Doppeluntersuchungen wegfallen. Viele Versorgungsprozesse in deutschen Kliniken und Praxen sind ineffizient, kosten unnötig Arbeitskraft, frustrieren Ärzte, MFA sowie Pflegepersonal und ziehen Zeit von der Patientenbetreuung ab.

Was müsste aus Ihrer Sicht dringend angegangen werden?

Wir haben eine auffällig schlechte Patientensteuerung, das sieht man insbesondere in der Notfallversorgung. Überfüllte Rettungs-

Es gibt bestimmte Fächer, in denen wir tatsächlich einen echten Bedarf haben, der nicht gedeckt ist. Und wir haben andere Bereiche, in denen wir eine groteske Überversorgung haben.

stellen, lange Wartezeiten, hochfrequente Inanspruchnahmen des Rettungsdienstes sind häufig Ausdruck von Fehlsteuerung. Viele Dinge, die der Sachverständigenrat schon 2018 vorgeschlagen hat und die international seit langem üblich sind, werden in Deutschland noch nicht umgesetzt. Bei einfachen Fragen und Beschwerden sollte sowohl über die 116 117 als auch die 112 eine digital unterstützte Ersteinschätzung erfolgen. Die Leitstellen sollten in allen Zweifelsfällen oder zur sofortige Beratung Ärzte unmittelbar, gegebenenfalls via Videosprechstunde, hinzuziehen können. Allein mit dieser Maßnahme könnte man nach internationalen Erfahrungen 30 Prozent aller Patientenanliegen gerecht werden und weitere Kontakte überflüssig machen. Wir könnten Patienten außerdem via Leitstelle direkt in Partnerpraxen einbuchen, die in ihren Kalendern, natürlich entsprechend honoriert, Notfallslots anbieten. Im Bedarfsfall könnten gezielt mobile Palliative Care- oder Notpflege-Teams zu den Patienten nach Hause geschickt werden. Wir könnten in Pflegeheimen oder zu Hause viele Probleme per App oder Video regeln, so dass es überhaupt nicht mehr erforderlich ist, dass diese Patienten in eine Notaufnahme kommen. Mit anderen Worten: Es braucht eine umfassende Notfallreform, mit Integrierten Notfallzentren (INZ) an ausgewählten Kliniken, in denen ambulant tätige und Klinikärzte unter einem Dach eng und vertrauensvoll zusammenarbeiten.

Und mit diesen Maßnahmen würden wir die Hamsterräder für Ärzte hinter uns lassen?

Mit einer strukturierten, bedarfsgerechten Patientensteuerung in der Notfallversorgung könnte man viele unnötige Arzt-Patienten-Kontakte reduzieren, man könnte das System beruhigen, die Patienten besser versorgen sowie Wartezeiten und unnötige stationäre Aufnahmen vermeiden. Schon das würde den Druck auf Ärzte und Pflegepersonal deutlich reduzieren. Und wenn man diese und zahlreiche weitere Empfehlungen des Sachverständigenrats für eine bedarfsgerechte Steuerung umsetzen würde, könnte man wohl eins deutlich sehen: Mit der Zahl an Ärzten, die wir jetzt haben, würden wir wahrscheinlich sehr komfortabel auskommen.

Es liegt ja aber nicht nur an strukturellen Problemen, dass der Arztberuf vor einem Wandel steht.

Die zukünftige Ärztegeneration wird überwiegend weiblich sein – wir haben jetzt etwa zwei Drittel Studienanfängerinnen, im Fachgebiet Allgemeinmedizin werden es später eher 75 Prozent Kolleginnen sein – also wird der Hausarzt der Zukunft eine Hausärztin sein. Diese jungen Frauen, aber genauso auch junge Männer, wollen nicht mehr im Selbstausbeutungsmodus rund um die Uhr arbeiten. Sie wollen eher angestellt und eher in Teilzeit tätig sein, sich nicht verschulden sowie Familie und Beruf bestmöglich verbinden können. Das ist auch möglich. Wir haben, wie schon erwähnt und gemessen am Jahr 1990, die doppelte Zahl von Ärzten. Die Zahl der Ärzte steigt übrigens weiter, jedes Jahr um ca. 6 bis 7 000. Es ist also

Unsinn zu sagen, wir würden keine Ärzte mehr finden oder es würden insgesamt mehr Ärzte ausscheiden, als nachkommen – man muss sich nur die Statistiken angucken. Auch die Vollzeitäquivalente sind gestiegen. Im Krankenhaus ist von 1991 an die Zahl des ärztlichen Personals auf 200 Prozent gestiegen. Bezieht man das auf Vollzeitäquivalente, also wird die Teilzeitquote mit einberechnet, haben wir eine Steigerung auf 170 Prozent.

Aber macht Ihnen die demographische Entwicklung keine Sorge?

Dass bis 2035 jährlich bis zu 9 000 Ärzte in den Ruhestand gehen und entsprechende Leerstellen nicht mehr besetzt werden könnten?

Es gibt da einen bemerkenswerten Denkfehler: Es wurde in jedem Jahrgang unabhängig von der Jahrgangsstärke eine hohe, mehr oder weniger gleichbleibende Zahl von Ärzten jeden Jahrgangs ausgebildet. Es gab immer wesentlich mehr Bewerber als Studienplätze. Aus geburtenstarken Jahrgängen sind daher nicht mehr Ärzte hervorgegangen, sondern es hat lediglich ein kleinerer Anteil von Personen einen Medizinstudienplatz erhalten. Es ist also von der Größenordnung her immer etwa die gleiche Zahl von Ärzten ins

Würde man die Empfehlungen des Sachverständigenrats für eine bedarfsgerechte Steuerung umsetzen, könnte man wohl eins deutlich sehen: Mit der Zahl an Ärzten, die wir jetzt haben, würden wir wahrscheinlich sehr komfortabel auskommen.

System gekommen. Deshalb scheidet auch wieder die gleiche Zahl aus. Der demographische Wandel ist also vor allem mit Blick auf die zu versorgenden Patienten eine Herausforderung, spielt bei den Ärzten aber eine vergleichsweise geringe Rolle.

Es gibt ja bereits heute Engpässe in der ärztlichen Versorgung. Wurde der richtige Zeitpunkt verpasst, um diese Engpässe künftig nicht noch größer werden zu lassen? Immerhin dauert die ärztliche Ausbildung unter Umständen bis zu 15, 20 Jahre.

Man muss erst einmal unterscheiden: nach Regionen, Disziplinen, ambulantem Bereich beziehungsweise stationärem Bereich. Es gibt bereits einige Instrumente, die allerdings auch hinterfragt werden müssen, zum Beispiel die Landarztquoten. In allen bundesdeutschen Flächenbundesländern wurden Landarztquoten eingeführt oder sie werden in Kürze umgesetzt. Interessierte erhalten einen Studienplatz und verpflichten sich, im Anschluss an Studium und Weiterbildung für eine gewisse Zeit – zumeist mindestens zehn Jahre – im ländlichen Raum tätig zu werden. Das Studium dauert mindestens sechs Jahre, die Weiterbildung durchschnittlich acht Jahre. Damit kommen allerdings frühestens in 14 Jahren die ersten Landärztinnen und Landärzte in die Versorgung. Und es wird auch Personen geben, die sich aus dem Vertrag rausklagen werden. Deshalb haben wir in Hessen als einziges Bundesland gesagt, wir machen nicht nur einen Knebel-Vertrag, sondern ein ganzes Schwerpunktprogramm, den sogenannten „hessischen Weg“. Wir führen

spezielle Seminare durch, in denen Studierende gezielt auf die Praxistätigkeit vorbereitet werden. Sie absolvieren ihre Praktika in Landkrankenhäusern, nehmen an einem Mentoringprogramm teil, werden in Gruppen und einzeln über den ganzen Weg hinweg eng begleitet und betreut. Die Universitätsstandorte und die Landkreise, in denen die Studierenden dann aktiv sind, werden auch digital miteinander vernetzt. Mit diesem Schwerpunktprogramm wollen wir „Herz und Hirn“ gewinnen und eine Generation hochmotivierter sowie bestvorbereiteter und qualifizierter Landärztinnen und -ärzte hervorbringen.

Glauben Sie denn, dass man durch mehr Anreize tatsächlich auch mehr Hausärzte gewinnen kann?

Definitiv ja, das kann ich sogar belegen. Beginnend mit einer Gesetzesänderung im Jahr 2015 wurden in Deutschland sogenannte Kompetenzzentren Weiterbildung eingeführt. Diese Kompetenzzentren bieten das, was in Hessen bei der Landarztquote etabliert wird, auch für Ärzte in Weiterbildung an – also Seminarprogramm, Mentoring und Train-the-Trainer für Weiterbilder. In Hessen wurde das mit Unterstützung des Sozialministeriums bereits 2013 begonnen. In dem Jahr haben in Hessen nur 74 Ärztinnen und Ärzte eine Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin abgeschlossen. 2021 waren es schon 151 Abschlüsse. Wir haben also innerhalb von sieben Jahren die Zahl der Abschlüsse im Fach Allgemeinmedizin um 104 Prozent erhöht. Seitdem es die Kompetenzzentren auch in anderen Bundesländern gibt, steigt der Anteil der Abschlüsse im Fach Allgemeinmedizin bundesweit. Inzwischen liegt er bei etwa 13 Prozent. Das ist immer noch zu wenig, wir benötigen ungefähr doppelt so viele. Aber es ist schon deutlich besser als vor einigen Jahren, als der Anteil bei unter zehn Prozent lag. Kompetenzzentren Weiterbildung sind, neben anderen Faktoren, ein wichtiger Schlüssel dazu, ganz gezielt mehr junge Ärztinnen und Ärzte auf diesem Weg zu begleiten, übrigens auch Quereinsteiger aus anderen Fächern. Wir brauchen daher keine neuen Studienplätze, sondern bessere Konzepte und attraktivere Angebote. Ich bin im Übrigen davon überzeugt, dass sich diese Erkenntnis früher oder später durchsetzen wird.

Warum?

Nicht zuletzt deshalb, weil dieser Studienplatzaufbau einfach nicht finanzierbar ist. Jeder Studienplatz, der im Fach Medizin geschaffen wird, kostet rund 240 000 Euro. Und das langfristig. Jeder Studienplatz, der nicht dazu führt, dass Unterversorgung kompensiert wird, sondern mit dem Überversorgung verschlimmert wird, ist eine besonders teure Fehlallokation knapper Mittel. Ein anderer Punkt ist: Wir haben schon jetzt ungefähr 430 000 Ärzte mit ohnehin steigender Tendenz. Wo genau liegt denn eigentlich das Ziel? Es gibt keine Definition und keine bedarfsgerechte Kalkulation, wie viele Ärzte in der Zukunft überhaupt gebraucht werden.

Zur Person

Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach ist Professor für Allgemeinmedizin und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt/Main. 16 Jahre lang war Gerlach Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, elf Jahre davon war er dessen Vorsitzender. Zum 31. Januar 2023 hat er zum Ende der Amtsperiode dieses Amt niedergelegt.

Gesetzgebungsverfahren in zentralen Bereichen

Die umfangreiche Agenda des Bundesgesundheitsministers

Die politischen Beobachter in Berlin sind sich darüber einig, dass der Bundesgesundheitsminister wesentliche Gesetzgebungsvorhaben noch in diesem Jahr anstoßen muss, da die Koalitionsparteien ab Mitte des Jahres 2024 erste Fliehkräfte in Anbetracht der im Jahr darauf stattfindenden Bundestagswahl entwickeln dürften. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) listet für das kommende Jahr eine umfangreiche gesundheitspolitische Agenda.



Bis zum Jahr 2025 sollen 80 Prozent der gesetzlich Versicherten über eine elektronische Patientenakte (ePA) verfügen, so das BMG in seiner Digitalstrategie.

Grafik: Carolina Soco / iStockphoto.com

Die in den Gesetzgebungsverfahren umzusetzenden übergeordneten gesundheitspolitischen Themenstellungen lauten Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Reform der Pflegeversicherung, Krankenhausreform und damit verbunden Reform der Notfallversorgung, Reform von Strukturen der ambulanten Versorgung, Berufsgesetze im nichtärztlichen Bereich, die Reform des Medizinstudiums, die Bekämpfung von Lieferengpässen im Arzneimittelbereich, die Legalisierung von Cannabis sowie als Querschnittsthema Digitalisierung. Einiges solle schon bis Frühsommer dieses Jahres auf den Weg gebracht sein. Last but not least gilt es außerdem für Karl Lauterbach in diesem Jahr die Restausläufer der Pandemie in der Rückführung von Maßnahmen zu administrieren und wichtige europapolitische Themen, beispielsweise auch im Bereich der Digitalisierung, in den Blick zu nehmen.

Entbudgetierung im Fokus

Hinzu treten aktuelle gesundheitspolitische Themenstellungen, die zwar eher spezifische Bereiche betreffen, aber von grundlegender Bedeutung hinsichtlich ihrer Ausrichtung sind. Das zeigt sich beispielhaft am Vorhaben der Entbudgetierung in der Pädiatrie. Auf einer Anhörung Anfang März des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags wurde ein Antrags der CDU/CSU-Bundestagsfraktion behandelt, der eine vollständige Entbudgetierung kinder- und jugendmedizinischer Leistungen im ambulanten Bereich vorsieht. An den Fragestellungen der FDP auf dieser Anhörung zeigte sich, dass diese sich als Fürsprecher der Entbudgetierung sämtlicher pädiatrischer Leistungen außerhalb der Morbiditätsori-

entierten Gesamtvergütung (MGV) innerhalb der Regierungskoalition versteht. Hingegen hatte der Bundesgesundheitsminister zuvor, zur Missbilligung der Vertragsärzte, die Einlösung seines Versprechens einer Eins zu Eins-Vergütung in der Pädiatrie zulasten anderer Facharztgruppen innerhalb der MGV konzipiert. Dieser Vorgang lässt vermuten, dass das im Koalitionsvertrag der Ampel avisierte Aufheben der Budgetierung in der hausärztlichen Versorgung auch mit unterschiedlichen Umsetzungs-Interpretationen unterlegt sein wird. Vor diesem Hintergrund dürfte die Entbudgetierung des ambulanten hausärztlichen Bereichs voraussichtlich nicht mehr von der Ampel angegangen werden. Zumal damit eine Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs, also der Berechnungen für die Vergütungen der Leistungen, einhergehen müsste, um das angestrebte Ziel tatsächlich zu erreichen. Die von der ambulanten Ärzteschaft geforderte Entbudgetierung sämtlicher ärztlicher Leistungen wäre wegen des durch die demografische Entwicklung einsetzenden Ärztemangels ein Weg, der trotz aller unterschiedlichen Positionierungen in der Ampel, ernsthaft als „Tätigkeits-Anreiz“ für die noch praktizierenden Ärzte in Erwägung gezogen werden sollte – das hört man „ohne Kamera“ nicht nur aus den Reihen der FDP, doch gestaltet sich dieses im gesundheitspolitischen Gesamtkontext der Ampelparteien als schwierig.

Entwürfe der Expertenkommission nur als Diskussionsgrundlage

Einige der oben genannten politischen Vorhaben für dieses Jahr hat der Bundesgesundheitsminister schon angestoßen. Die Eckpunkte für die Krankenhausreform sollen noch vor der parla-

mentarischen Sommerpause in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe verhandelt sein. Die Notfallreform dürfte in Verbindung mit der Krankenhausreform politisch beraten werden. Schon gewachsene Strukturen in diesem Bereich, wie beispielsweise funktionstüchtige Portalpraxen zu erhalten, dürfte in eminentem Interesse der Länder liegen. Wie bei der Krankenhausreform zeigt sich, dass die Entwürfe am Reißbrett durch die Expertenkommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung als eine Diskussionsgrundlage angesehen werden, doch die politischen Entscheidungen, die die konkreten Auswirkungen „vor Ort“ adressieren, in keiner Weise ersetzen. Ohne die Mitwirkung der Länder kann der Bundesgesundheitsminister solche tiefgreifenden Reformen nicht durchsetzen, das ist von den politisch Verantwortlichen aus den Bundesländern ganz deutlich kommuniziert worden.

Mit einem im Gesetzgebungsverfahren befindlichen „Pflegerunterstützungs- und Entlastungsgesetz“ bricht die Ampel den ehren Grundsatz der Merkel-Ära, die Sozialversicherungsbeiträge nicht über 40 Prozent ansteigen zu lassen, also die so genannte „Sozialgarantie“. Die vom Bundesverfassungsgericht auferlegte Differenzierung der Beitragshöhe in der Pflegeversicherung nach Kinderzahl, und nicht nur nach Kinderlosen und Eltern, bis zur Mitte dieses Jahres ist für die Regierungskoalition der Anlass damit „eine moderate Beitragserhöhung“ zu verbinden. Die Reform stößt auf breite Kritik, nicht nur wegen der erhöhten Beitragslast. Die avisierte Erhöhungen der Zuschüsse zu den Eigenbeteiligungen der Pflegebedürftigen in den Heimen sowie der Pflegegelder und Sachleistungen im ambulanten Bereich würde bei weitem schon allein inflationsbedingt nicht ausreichen.

Mit dem ebenfalls im parlamentarischen Verfahren befindlichen Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) will die Ampelkoalition unter anderem eine Pflicht zur mehrmonatigen Lagerhaltung von Arzneimitteln einführen. Für Arzneimittel mit einer kritischen Versorgungslage werden zusätzlich vereinfachte Austauschregelungen in der Apotheke vorgesehen. Auch sollen erhöhte Bevorratungsverpflichtungen für krankenhausversorgende Apotheken und Krankenhausapotheken neben Arzneimitteln zur parenteralen Anwendung in der intensivmedizinischen Versorgung, auch für Antibiotika, eingeführt werden. Bei Arzneimitteln zu Behandlung onkologischer Erkrankungen und Antibiotika soll es zur Vermeidung von Lieferengpässen oder Lieferausfällen eine Diversifizierung der Lieferketten für die Wirkstoffe dieser Arzneimittel geben. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte soll ein Frühwarnsystem zur Erkennung drohender versorgungsrelevanter Lieferengpässen bei Arzneimitteln etablieren. Ein weiterer Schwerpunkt der Maßnahmen soll auf der Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln liegen, hier sollen finanzielle Anreize für die Hersteller geschaffen werden. Für anerkannte Reserveantibiotika mit neuen Wirkstoffen sollen die Pharma-Hersteller, den von ihnen bei Markteinführung gewählten Abgabepreis auch dauerhaft beibehalten dürfen, bei Mengenausweitungen zum Beispiel durch

Indikationserweiterungen sind Preis-Mengen-Vereinbarungen vorgesehen.

Mit dem so genannten „Versorgungsgesetz I“ beabsichtigt Lauterbach auch die umstrittenen „Gesundheitskioske“ in Deutschland zu etablieren. Die damit verbundenen Befürchtungen des Aufbaus von medizinischen Doppelstrukturen, des Vermischens von staatlichen Aufgaben der Gesundheitsfürsorge mit den Versorgungsaufgaben der Selbstverwaltungen und der privaten Krankenversicherungen im Gesundheitswesen sowie der unklaren Kompetenzverteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Berufen dürften sich in diesem Gesetzgebungsverfahren kristallisieren. Auch die vornehmliche Finanzierung durch die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen dürfte zum Streitpunkt werden. Noch steht das Gesetzesvorhaben in seinen Anfängen.

Bis zum Frühsommer will der Bundesgesundheitsminister auch die „Stärkung der akademischen Pflegeausbildung“ auf den parlamentarischen Weg bringen. Zusammen mit dem Bundesfamilienministerium soll ein entsprechendes Gesetz formuliert werden mit dem unter anderem eine Studienvergütung und Finanzierung der praktischen Ausbildung zusammen mit den Ländern geregelt werden soll. Auch Regelungen zur Fachkräftegewinnung im Ausland sollen erfolgen.

Zwei Gesetze zur Digitalisierung

Gleich zwei Gesetzgebungsvorhaben im Bereich der Digitalisierung sollen noch in diesem Jahr realisiert werden. Alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung sollen die elektronische Patientenakte (ePA) erhalten, ihre Nutzung als „Widerspruchslösung“ konzipiert sein. Das verbirgt sich hinter der so genannten „opt-out-Regelung“. Die gematik soll zu einer Digitalagentur umgebaut werden. Die Errichtung eines Kompetenzzentrums Interoperabilität (KIG) soll einen durchgehenden Mechanismus schaffen, um interoperable IT-Systeme durchzusetzen. Regelmäßige telemedizinische Leistungen, auch im Bereich der Pflege oder der Apotheken, sollen ermöglicht werden. Auch soll das elektronische Rezept, dessen unzureichende Umsetzung die Gesundheitspolitik weiter beschäftigt, weiterentwickelt werden, um es tatsächlich praxistauglich zu machen. Das zweite Vorhaben betrifft die Gesundheitsdatennutzung, die sich ebenfalls auf europäischer Ebene in einem Umsetzungsverfahren befindet. Die Diskussion im Rahmen der genannten Vorhaben bewegt sich im Spannungsfeld zwischen der sinnvollen Nutzung von Gesundheitsdaten, des Datenschutzes und der Datenhoheit.

Über allen Gesetzgebungsvorhaben schwebt das Diktum des Bundesfinanzministers, die Schuldenbremse ab dem kommenden Jahr strikt einzuhalten. Das schwierigste Gesetzgebungsverfahren dürfte deshalb das ebenfalls avisierte GKV-Finanzierungsgesetz werden, da kein Zugriff mehr auf die nun abgeschmolzenen Finanzreserven der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) möglich ist. Damit nimmt die jahrelang brach liegende Diskussion über eine Kürzung des Leistungskatalogs der GKV wieder Fahrt auf.

Das Ringen um die große Krankenhausreform

Auf dem steinigem Weg zur Harmonie

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) hat mit der dritten Stellungnahme und Empfehlung der von ihm eingesetzten Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu einer „Grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung“ am 6. Dezember 2022 einen umfangreichen Diskussions-Vorschlag für eine Krankenhausreform vorgelegt. Die Grundidee des Vorschlags, die Dominanz des Fallpauschalen-Systems in Deutschland mit der Einführung von Vorhaltekosten zu beenden, stößt zunächst auf breite Zustimmung. Doch herrscht Uneinigkeit bei den Beteiligten über die der Reform zugrunde liegende Bewertung bisheriger Probleme.

Uneins ist man sich über die konkrete Ausgestaltung der angesprochenen Grundidee, die nach den Vorstellungen der Kommission zu einer grundlegenden Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft in Deutschland führen soll und nicht zuletzt über die Frage des Ob und Wie der Finanzierung. Zudem werden die Inhalte der Krankenhausreform maßgeblich durch die Bundesländer mitbestimmt, die einer 1 zu 1-Umsetzung der Pläne der Regierungskommission eine deutliche Absage erteilt haben.

Die Unruhe in einzelnen Bundesländern über die Kommissionsvorschläge, beispielsweise in Bayern, weisen die gewaltigen Problemstellungen des Unterfangens auf, die nach deren Auffassung nur unzureichend berücksichtigt finden. Auswirkungsanalysen der Reformvorschläge aus Bayern und nun auch der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zeigen Problemlagen des Vorschlags der Regierungskommission. Sehr viele Kliniken würden laut den berechneten Szenarien ihren bisherigen Auftrag zur Patientenversorgung ganz verlieren oder müssten sehr weitgehend umgestaltet

werden, erläuterte der DKG-Vorstandsvorsitzende Gerald Gaß. Etwa 52 Prozent aller werdenden Mütter müssten demnach einen neuen Standort für die Geburt suchen. 56 Prozent der Patientinnen und Patienten in der interventionellen Kardiologie müssten das Krankenhaus wechseln. In der Urologie wären es 47 Prozent und in der Neurologie 39 Prozent. Andere Leistungsgruppen hätten ähnliche Ergebnisse. Derart massive Veränderungen würden zu erheblichen Verwerfungen führen und seien sicher nicht erforderlich, um die Krankenhausversorgung zukunftsfest zu machen, so Gaß. Vor dem Hintergrund dieser angespannten Lage gibt es eindringliche Appelle aus der Regierungskommission und dem Gesundheitswesen, die Reform nicht schon im Vorfeld durch die maßgeblichen Akteure scheitern zu lassen.

Gesetzgebung bis Ende 2023

Der Vorschlag der Regierungskommission wird als eine Diskussionsgrundlage für eine mit den Ländern zu verhandelnde Reform

eingestuft. In diesem Rahmen gilt außerdem schon als unumstößlich: Ohne Zustimmung der Bundesländer wird es keine Krankenhausreform geben (Zustimmungspflicht im Bundesrat), außerdem können Bundesländer von Regelungen abweichen – es wird also sogenannte Länderöffnungsklauseln geben. Die Bundesländer haben am 5. Januar einen Zeitplan und Themensetzungen zur konkreten Ausgestaltung der Reform mit dem Bundesgesundheitsminister vereinbart. Demnach handelt eine in kurzen Abständen tagende Bund-Länder-Gruppe die Reform aus, bestehend aus den gesundheitspolitischen Spitzen der Bundestags-Regierungsfraktionen und den zuständigen Krankenhauspolitikern sowie den Länderministerinnen und -ministern. Im Juni sollen Eckpunkte vorgelegt werden, die Gesetzgebung soll bis Ende des Jahres erfolgt sein.

Lauterbach betont, die Behandlung der Patientinnen und Patienten solle durch die Reform wieder Vorrang genießen und spricht in diesem Zusammenhang von einer „Entökonomisierung“ der Krankenhausstrukturen. Verantwortliche halten diese Bewertung nicht für sachgerecht. Es gebe zahlreiche Struktur- und Qualitätsvorgaben. Auf die zunehmende Ambulantisierung und die damit sinkende Leistungsmenge in den Krankenhäusern sei das gegenwärtige Finanzierungsmodell nicht eingestellt. Die jahrelange Unterfinanzierung der Investitionsmittel im Krankenhausbereich durch die Bundesländer von mindestens drei Milliarden Euro jährlich reiße eine immer größere Finanzlücke. Die Inflation und Kosten der Energiekrise würden durch die Hilfen aus dem Wirtschaftsstabilisierungsfonds nicht ausreichend ausgeglichen. Hinzu treten die durch die demografische Entwicklung verursachten Probleme und vor allem der eklatante Fachkräftemangel, den Gaß als „das zentrale Problem“ formuliert.

Steht „unstrukturiertes“ Kliniksterben bevor?

Es gibt also einen eklatanten Dissens in den Reformzielen zwischen BMG und DKG. Der Bundesgesundheitsminister betrachtet die akuten Problemlagen in den Kliniken als abgeräumt: durch die „kleine Krankenhausreform“ aus dem vorigen Jahr sowie die für die Krankenhäuser avisierten Unterstützungen aus dem Wirtschaftsstabilisierungsfonds (6 Mrd. Euro für 2023 und 2024). Hingegen fordert Gaß auch kurzfristige Reformmaßnahmen, die ein „unstrukturiertes“ Kliniksterben verhindern sollen, zuvorderst durch die Beseitigung der „strukturellen Unterfinanzierung“. Um die Ambulantisierung in den Kliniken voranzutreiben, plädiert die DKG für das Aussetzen der im vorigen Jahr ins Gesetzbuch gelangten „sektorengleichen Vergütung“ (§ 115 f SGB V). Unter „Hybrid-DRGs“ versteht die DKG nämlich pauschale, fallbezogene Vergütungen für originäre Krankenhausleistungen, die einheitlich zur Anwendung kommen sollen, unabhängig davon, ob die Behandlung der Patientinnen und Patienten durch ein Krankenhaus ambulant oder stationär erfolgt. Die „sektorengleiche Vergütung“, also die „Hybrid-DRGs“, die nun Gesetz sind, sind hingegen Leistungen, die sowohl von Krankenhäusern, als auch von niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen erbracht werden können und deren Pauschalvergütung zwischen EBM und DRG angesiedelt sein soll. Eine Bund-Länder-GKV-Finanzierung soll von Beginn der Reform an die akuten Bedarfe decken, um Fusionsprozesse und ähnliche überhaupt zu ermöglichen. Später soll es den Übergang in einen Investitionsfonds geben.

Für eine Gegenüberstellung des DKG-Konzepts und dem Reformkonzept der Regierungskommission sollen zunächst deren Kernempfehlungen betrachtet werden: Das bisher eindimensionale Vergütungssystem für Krankenhäuser mittels DRGs soll nach den Ausführungen der Regierungskommission durch ein mehrdimensi-

onales System unter Einführung von Vorhaltung mit abgesenktem DRG-Anteil in den beiden neuen Dimensionen Leistungsgruppen statt Fachabteilungen (z.B. nicht mehr die Abteilung „Innere Medizin“ sondern die Leistungsgruppe „Kardiologie“) und Level statt Versorgungsstufen abgelöst werden.

Strukturvorgaben der Regierungskommission

Die Regierungskommission hat für drei Level (mit teilweise Sub-Unterteilungen) Strukturvorgaben erarbeitet, sodass regionale und überregionale Versorgungsaufträge abgegrenzt werden. Die drei Level sind gegliedert in:

- Level I – Grundversorgung; unterteilt in li (integrierte ambulant/stationäre Versorgung) und ln (mit Notfallstufe I)
- Level II – Regel- und Schwerpunktversorgung
- Level III – Maximalversorgung (mit Level IIIU = Universitätsmedizin)

Außerdem empfiehlt die Regierungskommission ein System von 128 Leistungsgruppen mit Strukturvorgaben und detaillierten Definitionen. Die Leistungsgruppen werden auf jedem Level nach ICD-10-Diagnosen und OPS-Codes definiert, und zwar so, dass die Patientenbehandlung innerhalb einer Gruppe ähnliche Qualifikationen, Kompetenzen und Erfahrungen sowie gleichartige technische Ausstattung benötigt.

Mit dem Ziel die Qualität der medizinischen Versorgung zu sichern, werden die Mindeststrukturvoraussetzungen auf Ebene der Levels und der Leistungsgruppen genau benannt. Für jede Leistungsgruppe wird zudem festgelegt, in welchem Krankenhaus-Level sie erbracht werden darf. Krankenhäuser eines höheren Levels dürfen grundsätzlich auch die Leistungsgruppen der niedrigeren Level erbringen. Die Einhaltung der Strukturvorgaben für die Level und Leistungsgruppen wird durch den Medizinischen Dienst (MD) geprüft (Strukturprüfungen). Die bisherige Vergütung der Krankenhäuser – überwiegend über Fallpauschalen ohne Pflegebudget, den sogenannten aDRGs wird deutlich modifiziert: Für die Krankenhäuser der Level ln, II und III wird für jede Leistungsgruppe der Anteil des Vorhaltebudgets festgelegt. In diesen ist auch das aus

Anzeige

ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

Steuerberatung mit integrierter Rechtsberatung

speziell für Ärztinnen und Ärzte

Regionale Ansprechpartner und direkte Mandatsbetreuung kombiniert mit der Expertise der gesamten ETL-Gruppe ermöglichen eine persönliche und zugleich interdisziplinäre Beratung.

Schon von unserem neuen Podcast
HEALTHCARE TAX & LAW gehört?



den Fallpauschalen ausgegliederte Pflegebudget enthalten. (Level II soll anders finanziert werden, dazu aber später.)

Die Mindestvorhaltung wird auf Ebene der Leistungsgruppen definiert. Die Regierungskommission empfiehlt für die Leistungsgruppen der Intensivmedizin, der Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie einen 60-prozentigen Vorhalteanteil, für alle übrigen Leistungsgruppen einen 40-prozentigen Vorhalteanteil (jeweils inkl. Pflegebudget, das derzeit etwa 20 Prozent ausmacht). Dieser Vorhalteanteil bezieht sich auf die bisher für eine Leistungsgruppe ausbezahlte Gesamtvergütung. Zugrunde gelegt werden die Basisjahre 2022 und 2023. Anhand von ICD-10-Diagnosen und OPS-Codes ist eine Zuordnung der Leistungen der Basisjahre zu den neuen Leistungsgruppen möglich. Die aDRGs (das sind die DRGs ohne Pflegebudget) werden so abgesenkt, dass das Gesamtfinanzierungsvolumen gleich bleibt. Aus den abgesenkten aDRGs resultieren sogenannte rDRGs (Residual-DRGs): Besteht das Gesamtfinanzierungsvolumen derzeit aus aDRGs plus Pflegebudget soll es nach dem Kommissionvorschlag künftig aus rDRGs plus Pflegebudget plus Vorhaltebudget bestehen.

Die Regierungskommission empfiehlt den Bundesländern, ihre Krankenhausplanung mit den Versorgungsleveln und Leistungsgruppen zu harmonisieren und mit der Zuweisung von Leistungsgruppen einen Versorgungsauftrag zu verbinden. Um eine Systeminstabilität zu vermeiden, soll mit dem Istzustand begonnen und der Zielzustand durch eine fünfjährige Konvergenzphase schrittweise erreicht werden. Im Zielzustand orientiert sich die Vorhaltefinanzierung an drei Komponenten: (1) an Parametern der zu versorgenden Bevölkerung, (2) an Parametern der Prozess- und Ergebnisqualität und (3) an der längerfristigen Entwicklung der Leistungsmenge in einer Leistungsgruppe.

Vertragsärztinnen und -ärzte sollen eingebunden werden

Von besonderen Bedeutung für die Regierungskommission sind die Krankenhäuser des Levels II (integrierte ambulant/stationäre Versorgung), denen sie eine „Schlüsselrolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung“ zuschreibt. Diese verbinden ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten. Zur sektorenübergreifenden Planung unter Einbindung von Vertragsärztinnen und -ärzten sollten regionale, paritätisch besetzte Gremien unter Beteiligung der Länder eingerichtet werden. In Akutpflegebetten können Patientinnen und Patienten z. B. zur Beobachtung und Basistherapie oder nach der Verlegung aus einem Haus der Regel-/Schwerpunkt- oder Maximalversorgung stationär überwacht und gepflegt werden. Diese sollten unter pflegerischer Leitung stehen. Die Vergütung der Level-II-Krankenhäuser soll „durch sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen“ erfolgen, die Vergütung der ärztlichen Leistungen durch erhöhte Tagespauschalen bei fest am Krankenhaus angestellten Ärztinnen und Ärzten und nach EBM für Ärzte mit KV-Zulassung (analog zu belegärztlichen Leistungen).

Das DKG-Konzept

Die DKG empfiehlt ein Stufenkonzept nach Notfallstufen, das der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt hat. Hinter diesem Konzept verbergen sich Krankhaustypen: Maximalversorger, Schwerpunktversorger und Grundversorger. Daneben soll es Fachkliniken ohne Notfallstufe geben. Ambulant-stationäres Bindeglied sollen „Medizinisch-Pflegerische Versorgungszentren“ (MPVZ) sein. Die bundesweit ausgelegte Konzeption der DKG orientiert sich an

der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen, die sich gegenwärtig schon in der Umsetzung befindet. Leistungsgruppen sollen laut dem DKG-Konzept der Zuordnung von Vorhaltefinanzierung dienen, allerdings nicht 128 sondern 60, mit denen bundesweit einheitliche Mindeststrukturvorgaben verbunden sein sollen. Diese sollen nach den Vorstellungen der DKG von den Bundesländern ge-eint werden. Die Bundesländer sind für die DKG als Verantwortliche der Krankenhausplanung die entscheidenden „Institutionen“.

Die Entscheidung über die Zuordnung von Leistungsgruppenkombinationen zu den Krankenhausstandorten soll laut DKG der Landesplanung unterliegen, hier unterscheidet sie sich explizit vom Kommissionskonzept. Fachkliniken sollten künftig unter der Perspektive der Sicherstellung und Verbesserung der Patientenversorgung eingeplant werden. Die Mindeststrukturvorgaben der einzelnen Leistungsgruppen als zentrales Element der Qualitätssicherung sollten im Sinne der Entbürokratisierung alle anderen Strukturvorgaben ablösen. Die Vorhaltefinanzierung soll als fixer Notfallversorgungszuschlag in Anknüpfung an die jeweilige Krankenhausnotfallstufe und als Vorhaltefinanzierung mit einer relativen Fallzahlunabhängigkeit, die an die Leistungsgruppen andocken (Fallzahlkorridore), erfolgen. „Medizinisch-Pflegerische Versorgungszentren“ (MPVZ) sind im DKG-Konzept an der ambulant-stationären Schnittstelle als eine Perspektive für einzelne kleine Grundversorger ohne Notfallstufe gedacht. Deren Leistungsangebot unterscheidet sich deutlich vom Krankenhaus.

Um die Ambulantisierung von klinischen Behandlungen für die Krankenhäuser tatsächlich zu ermöglichen, muss laut DKG-Konzept die Finanzierungsreform bereits zum Start des Transformationsprozesses eine Finanzierung der Krankenhäuser durch einen Systemzuschlag, finanziert durch Bund, Länder und GKV, einführen. Im Verlauf der Konvergenzphase werden die Finanzmittel des Bundes und der Länder zum Aufbau eines Strukturfonds umgeschichtet. Die Pflegefinanzierung bleibt zunächst unangetastet. Zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Krankenhauserlöse muss die jährliche Fortschreibung des Finanzierungsvolumens (Vorhaltefinanzierung und DRG-Finanzierung) zukünftig anhand der tatsächlichen durchschnittlichen Kostensteigerungen im Krankenhaussektor vorgenommen werden, um keine erneute Abwertungsspirale in Gang zu setzen.

Einigkeit in NRW

In Nordrhein-Westfalen, darauf verweisen auch die gesetzlichen Krankenkassen, ist die Krankenhausstrukturreform durch die ständige und intensive Beteiligung aller wesentlichen Betroffenen am Beratungsprozess der politisch Verantwortlichen in großem Konsens vereinbart worden. Die bundesweite Reform dürfte wahrscheinlich nur unter denselben Rücksichten eine Chance haben, eines Tages ins Gesetzbuch zu gelangen. Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, hat mit Blick auf die Reformgespräche angemahnt, sich vor der Detaildiskussion zunächst grundsätzlich auf die Prämissen zu verständigen, unter denen man die Reformvorhaben angehen wolle. Im Mittelpunkt des Interesses müsse eine effiziente Versorgung auf hohem medizinischen Niveau stehen und nicht die Rücksicht auf Begehrlichkeiten. „Wir können weder Patientinnen und Patienten weiterhin einen unregelmäßigen Zugang zu allen Versorgungsebenen versprechen, noch Ländern, Kreisen oder Kommunen, dass sie sich gegebenenfalls nicht auch von Krankenhäusern trennen müssen. Nur wenn wir uns darauf verständigen können, wird es uns gelingen, ein zukunftsfähiges, resilientes Gesundheitssystem zu bauen.“

„Ukraine – Kriegstagebuch einer Kinderärztin“

Stark an der Seite der Unschuldigen und Schwächsten

Carl Gierstorfer, Autor der mit dem Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes ausgezeichneten Serie „Charité Intensiv: Station 43“, ist für seine neue Dokumentation in die Ukraine gereist. Über mehrere Monate hinweg hat er eine Kinderärztin durch ihren Alltag begleitet. Sein Film zeigt die schwierige Arbeit von medizinischem Personal in Kriegszeiten und die Auswirkungen des Krieges auf die Bevölkerung, insbesondere auf die Kinder.

Es ist Anfang März 2022: Der Zustand der Frühchen Diana und Sophia ist kritisch, aus Kiew wurden sie mit ihrer Mutter Katja ins westukrainische Lwiw gebracht. Ärztin Dr. Wira Primakova kämpft um das Leben der Mädchen, überwacht ihre Atmung – die Lungen sind kollabiert. „Das ist ein Albtraum, den Kindern geht es so schlecht“, flüstert sie beunruhigt einer Krankenschwester zu und nimmt die Röntgen-Aufnahmen genau in Augenschein. Nun heißt es abwarten. Die Anästhesistin leitet die Intensivstation des Okhmatdyt-Kinderkrankenhauses. Wira muss einen klaren Kopf behalten, obwohl sie privat ebenfalls unter Druck steht. „Ich kann jetzt nicht alles hier stehen und liegen lassen. Ich habe mit so vielen Menschen zu tun. Ich vertiefe mich in die Arbeit, dass ich vergesse was eigentlich alles gerade geschieht“, sagt sie. Seit zwei Wochen hat Wira ihre eigenen drei Jungs nicht gesehen. Sie hat sie bei Verwandten in Sicherheit gebracht. Ihr Mann kämpft an der Front. Jeden Tag versucht sie ihm einen Brief zu schreiben. „Ich mache mir Sorgen um meine Familie, meine Freunde, mein Land. Alles, was mir wertvoll ist“, sagt Wira.

Das Okhmatdyt ist ein altes Krankenhaus mit insgesamt 275 Betten. Das Thema „Triage“ steht heute bei einer Personalschulung an, Wira erklärt den Kolleginnen und Kollegen, wie sie mit Schwerverletzten mit Verbrennungen, Schussverletzungen und abgerissenen Gliedmaßen umzugehen haben. Vier Kategorien gebe es, die erste Kategorie sei die „Schwarze“. Für diese Patienten gebe es keine Hoffnung mehr. „Das Einzige, was wir noch tun können, ist ihnen Schmerzmittel zu geben“, so die Ärztin – alle schweigen betreten. Die Schrecken des Krieges sind gezwungenermaßen zum Alltag geworden. Es herrscht eine gewisse Routine. Längst haben sich alle an den ständigen Alarm gewöhnt. „Lass uns eine Zigarette rauchen, bevor wir bombardiert werden“, sind sich Wira und ihre Kollegin einig. Auf der Terrasse schauen sie für einen kurzen Moment in den Nachthimmel. Es muss irgendwie weitergehen, auch wenn es schwerfällt. Alle behalten die Nerven, auch wenn der Strom ausfällt und die Generatoren angeworfen werden müssen. Hauptsache, die kleinen Patientinnen und Patienten sind in Sicherheit.

Der Blick auf die Schwächsten in dieser Auseinandersetzung ist eindringlich, wirkt nach. Mit schwersten Verletzungen, Splintern am ganzen Körper, erreicht der 13-jährige Wanja aus Mariupol das Krankenhaus mit seiner Mutter Marina. Wira ist hier nicht nur die taffe Ärztin, ihre besondere Stärke ist, dass sie selbst in heiklen Situationen versucht, ein kleines Lächeln auf die Gesichter zu zaubern. Sie fängt den unter Schock stehenden Wanja emotional auf, gibt ihm Mut. Der Jugendliche Andrej aus Tschernihiw ist mit zerfetzten Unterschenkeln in Lwiw angekommen. Er ist schon eine Weile da, spielt Gitarre auf dem Bett. Seine Mutter ist vor seinen Augen ums Leben gekommen, als sie über eine Mine fuhr. Viel spricht er nicht, ist in sich gekehrt. Unterstützt wird er von Vater und Schwester. Zärtliche Ge-



Dr. Wira Primakova leitet die Intensivstation des Okhmatdyt-Kinderkrankenhauses.

dichte schreibt er für seine Mutter: „Ich werde dich nie vergessen, auch im Krieg, im Schweigen der Felder, werde ich mich an diese vier Buchstaben erinnern – oh Mama“.

„Das ist die Realität und ich bin fest davon überzeugt, dass man das zeigen und dem Zuseher zumuten muss“, sagt Regisseur Carl Gierstorfer, der vor einem Jahr auf eigene Faust allein nach Lwiw aufgebrochen ist. Damals wusste er nicht, worauf er sich einlässt. Mit seiner Protagonistin Wira Primakova hat er eine wahre „Heldin“ gefunden, wie er sagt. Die Doku gibt tiefgehende Einblicke in das Leben in einer Kriegszone und schärft das Bewusstsein für die Schicksale der Kinder. Unbedingt sehenswert!

Wanja wurde übrigens nach der Erstversorgung in die Berliner Charité evakuiert, sonst hätte er nicht überlebt. Er macht Fortschritte und kann bereits auf Krücken laufen. Andrej ist inzwischen in Schweden, wurde dort weiterbehandelt. Die Zwillinge sind in Frankfurt (Oder), ihre Mutter Katja versucht sich hier ein neues Leben aufzubauen. Wira ist weiter rund um die Uhr im Dienst und wartet auf ihren Mann, der gerade in Bachmut kämpft.

Die Dokumentation „Ukraine – Kriegstagebuch einer Kinderärztin“ der DOCDAYS Productions für den rbb ist in der Mediathek von Arte und ARD zu sehen.

Digitale Zukunft weiter auf dem Holzweg?

Ärztinnen und Ärzte brauchen in Sachen TI mehr Gestaltungskompetenz

Die gematik soll zu einer digitalen Gesundheitsagentur ausgebaut werden, heißt es im Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ der Ampel-Regierung. Bis 2026 sollen nach dem Beschluss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestags insgesamt 9,5 Millionen Euro für den Umbau zur Verfügung gestellt werden. Die Ärzteschaft fordert in diesem Zuge eine Neujustierung der gematik sowie eine stärkere Einbindung der Gesellschafter. Die Krankenkassen plädieren sogar dafür, die gematik auf ihre Kernaufgaben zurückzufahren und aus Steuergeldern zu finanzieren. Bisher erfolgt die Finanzierung zu 90 % durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und zu 10 % durch die Private Krankenversicherung (PKV). Auftrag der gematik ist es, laut dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V), die Telematikinfrastruktur (TI) aufzubauen. Bis 2025 soll die TI zu einer TI 2.0 weiterentwickelt werden.

Die gematik trägt die Gesamtverantwortung für die TI. Die TI soll zentrale Plattform für digitale Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen bilden. Ärztinnen und Ärzte, Apotheken und Krankenkassen sind als Teil des deutschen Gesundheitswesens digital durch die TI über einen sogenannten Konnektor-Zugang miteinander vernetzt, weitere Beteiligte sollen ebenfalls eingebunden werden. Ziel der gematik ist die Evolution der TI zu einer „nationalen Arena für digitale Medizin“. Für diese TI 2.0 will die gematik einen verlässlichen Rahmen schaffen und essentielle Grundleistungen bis 2025 bereitstellen. Mehrheitsgesellschafter der gematik ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit 51 %. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) ist mit 22,05 % der zweitgrößte Gesellschafter. Weitere Gesellschafter sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (7,35 %), Deutsche Krankenhausgesellschaft (5,88 %), Deutscher Apothekerverband (3,92 %), Verband der Privaten Krankenversicherung (2,45 %), Bundesärztekammer (2,45 %), Bundeszahnärztekammer (2,45 %) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2,45 %).

Deutschland soll nach den Vorstellungen der Bundesregierung eine Vorreiterrolle im Bereich der digitalen Gesundheit (Digital Health) einnehmen. Im Gesundheitswesen soll dazu die gematik „als digitale Gesundheitsagentur für die zentrale Plattform für digitale Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen (Telematikinfrastruktur) zukunftsfest“ aufgestellt werden, wie in der Unterrichtung zur Digitalstrategie der Bundesregierung vom 31. August 2022 betont. Der Haushaltsausschuss des deutschen Bundestages hat der gematik fünf Millionen Euro für das Jahr 2023 zugewiesen, um den im Koalitionsvertrag vereinbarten Ausbau zur digitalen Gesundheitsagentur umzusetzen. Bis 2026 sollen weitere 4,5 Millionen Euro fließen. 2022 gab der Bund für den Ausbau eine Million Euro aus. Genauere Angaben zum Ausbau gibt es aber derzeit noch nicht.

Störungen beeinträchtigen Praxisalltag

Der 125. Deutsche Ärztetag hat sich 2021 eingehend mit der gematik befasst und fordert in einem Beschluss deren Neujustierung. Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) und Hartmannbund-Vorsitzender, kritisiert, seit der Bund 2019 Mehrheitsgesellschafter der gematik wurde, sei es bei der Einführung neuer Telematik-Anwendungen „fast ausschließlich ums Tempo“ gegangen. Bedenken und Warnungen aus der Praxis seien ignoriert oder abgekanzelt worden. Das Ergebnis: „Ständig auftretende

Störungen der Telematikinfrastruktur beeinträchtigen den Praxisalltag.“ Maßgabe der Arbeit der gematik müsse laut den Delegierten des Ärztetags sein, den Aufbau einer digitalen Infrastruktur an den Bedarfen des Gesundheitswesens auszurichten. „Diese Bedarfe sind in einem transparenten, nachvollziehbaren Prozess zu identifizieren und die entsprechenden Anwendungen an ihrem tatsächlichen Nutzen zu messen – nicht zuletzt aufgrund der damit einhergehenden enormen Investitionen.“ Es müsse ausreichend Raum für eine Gestaltungskompetenz der Gesellschafter geschaffen werden, die für die Versorgung verantwortlich seien. Daher seien die „tatsächlich betroffenen Gesellschafter“ strukturell stärker einzubinden.

Der GKV-Spitzenverband kritisiert gegenüber dem „Handelsblatt“ die Arbeit der gematik. „Die gematik sollte sich wieder auf den gesetzlich festgeschriebenen Grundsatz konzentrieren“, teilte ein Sprecher mit. „Wenn die zusätzlichen Gelder aus dem Bundeshaushalt entscheidend helfen, die gematik in diese Richtung weiterzuentwickeln, dann wäre das vermutlich gut investiertes Steuergeld“, so der GKV-Spitzenverband. Er betont zudem, dass die Digitalisierung des Gesundheitswesens nicht für einen Akteur oder eine Akteurin gedacht sei, sondern für die gesamte Gesellschaft. „Deshalb sollte sie als Teil des im gesamtstaatlichen Interesse liegenden Aufbaus einer digitalen Infrastruktur aus Steuergeldern finanziert werden.“

Die Vorstandsvorsitzende des GKV-Verbands, Dr. Doris Pfeiffer, fordert in einem Gastbeitrag für die Ärztezeitung, Kompetenzerweiterungen bei der Zulassung der Verwaltungssoftware in Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäusern. Während die Zulassung der Software selbst in die Zuständigkeit der KBV bzw. KZBV falle, solle die gematik für die Schnittstellen-Zulassung verantwortlich sein, um sicherzustellen, dass das System insgesamt funktionsfähig und operabel bleibe. Ganz klar nicht zum Aufgabenbereich der gematik gehöre dagegen die Kreation eigener digitaler Lösungen. Pfeiffer nennt als typisches Beispiel für „Fehlentwicklung“ die wegen komplexer Anmeldeprozesse kaum genutzte E-Rezept-App der gematik. Wenn schon die Anteilsstruktur erhalten bleiben solle, fordert sie zumindest eine Quorum-Regelung, die verhindere, dass der Bund die anderen Anteilseigner überstimmen könne.

Vier Opt-out-Dimensionen werden geprüft

Ein Projekt, das gerade bei der gematik in Arbeit ist, ist die Entwicklung einer elektronischen Patientenakte (ePA) mit Opt-out-Option (Widerspruchslösung). Dazu hatte die gematik von der Gesellschafterversammlung am 7. November 2022 den Auftrag erhalten.

In dessen Rahmen sollen vier wichtige Opt-out-Dimensionen geprüft werden, teilt die gematik mit: die Bereitstellung der Akte, der Zugriff auf die ePA, ihre Befüllung und die pseudonymisierte Datenweitergabe zu Forschungszwecken. Ferner wurde beschlossen, dass auch der elektronische Medikationsplan (eMP) sowie die elektronische Patientenkurzakte (ePKA) Teile der ePA werden sollen.

In Zukunft soll zudem bei den Versicherten die elektronische Gesundheitskarte (eGK), die für die Authentifizierung bei verschiedenen digitalen Gesundheitsdiensten der TI benötigt werden, durch digitale Identitäten ersetzt werden. Eigentlich sind die Krankenkassen nach dem Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungsgesetz (DVGPMG) bereits zum 1. Januar 2023 zur Umsetzung der digitalen Identitäten verpflichtet. Mit einem Änderungsantrag im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wurde die Frist jedoch auf Anfang 2024 verschoben. Im Zuge der Entwicklung der TI 2.0 sind auch für Leistungserbringer wie Ärzte, Praxen und Krankenhäuser digitale Identitäten geplant, die elektronische Heilberufsausweise (eHBA) und Praxis- oder Institutionskarten (SMC-B) ersetzen sollen.

E-Rezept noch im Jahr 2023

In der ersten Roll-Out-Phase des elektronischen Rezepts (E-Rezept) seien „bis dato“ circa 1 Million E-Rezepte eingelöst worden, wie die Bundesregierung in einer Antwort auf eine Kleine Anfrage der CDU/CSU-Fraktion vom 25. Januar 2023 mitteilt. Eine Einlöse-

möglichkeit über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) in der Apotheke habe die gematik nun spezifiziert. Zurzeit liefen intensive Gespräche mit der Industrie, um eine schnelle Umsetzung im Jahr 2023 zu ermöglichen. „In Abhängigkeit von deren Verfügbarkeit wird die weitere Einführung des E-Rezeptes erfolgen.“ Weitere digitale Einlösewege würden zudem geprüft.

Am 1. Januar 2023 ist das Arbeitgeberverfahren der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) gestartet. Arbeitgeber sollen nun die AU-Daten ihrer oder ihres erkrankten Beschäftigten digital bei den Krankenkassen abrufen. „Ein Ausdruck der Arbeitgeberausfertigung ist damit nicht mehr notwendig. Eventuell sind jedoch noch nicht alle Arbeitgeber auf das neue Verfahren vorbereitet. Praxen sollten deshalb selbst entscheiden, ob sie den Ausdruck vorerst weiterhin erstellen, um nachträgliche Anfragen nach einer Papierbescheinigung zu vermeiden“, informiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

Die gematik hat des Weiteren am 8. Dezember 2022 die aktualisierten Spezifikationen für Konnektoren der TI veröffentlicht. In den Spezifikationen ist nun die Option einer Laufzeitverlängerung von Konnektoren via Software-Update enthalten. Die Laufzeit soll nach Ablauf einer fünfjährigen Betriebsdauer um maximal drei Jahre verlängert werden können. Weitere Alternative soll laut Bundesregierung auch eine Hosting-Lösung sein, z. B. im Rahmen des sogenannten Highspeed-Konnektors. Dieser soll voraussichtlich im Jahr 2023 zur Verfügung stehen.

Bedenken und Warnungen aus der Praxis seien ignoriert oder abgekanzelt worden, so die BÄK.

Gesundheitskioske

Wie eine ehemals gute Idee zum großen Streit über grundlegende Strukturen führt

Bundesgesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD) hat am 31. August 2022 unter großer medialer Aufmerksamkeit im Gesundheitskiosk in Hamburg-Billstedt Eckpunkte für eine Gesetzesinitiative zum bundesweiten Aufbau von 1.000 Gesundheitskiosken vorgestellt. Seitdem hagelt es an Kritik zu diesem Vorhaben, insbesondere von Seiten der Ärzteschaft und der Krankenkassen. Vor allem die Sorge vor teuren Parallelstrukturen bewegt die Gemüter. Den Krankenkassen missfiel vornehmlich die geplante Kostenverteilung in der Finanzierung der Gesundheitskioske.

Als Aufgabe der Gesundheitskioske sieht der Bundesgesundheitsminister (BMG) das Angebot allgemeiner Beratungs- und Unterstützungsleistungen vor, etwa zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Präventionsangeboten. Zur Zeit der Vorstellung der Gesetzesinitiative kündigte Lauterbach den Start des „raschen Ausbaus“ in 2023 an.

Lauterbach kann sich mit seiner Initiative auf den Koalitionsvertrags der Ampel-Parteien stützen. In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen sollen laut Koalitionsvertrag niedrigschwellige Beratungsangebote – z. B. in Gesundheitskiosken – Behandlung und Prävention verbessern. „Deutschland hat in der Vorbeugemedizin ein recht gutes Angebot, es wird aber meistens dort angeboten, wo man es am wenigsten benötigt“, begründete der BMG das Vorhaben bei der Vorstellung des Eckpunktepapiers. Dies sei das Angebot an diejenigen, „die die Versorgung brauchen, sie

aber in der Regel nicht bekommen“. In einkommensstärkeren und gut versorgten Stadtteilen gäbe es meistens ein gutes Angebot der Vorbeugemedizin, „weil dort die Krankenkassen auch sehr häufig versuchen über Vorbeugemaßnahmen neue Mitglieder zu gewinnen und da sind die gut verdienenden Mitglieder oft interessanter als die Mitglieder, die kaum etwas verdienen oder zeitweise sogar arbeitslos sind“. Es gäbe in Deutschland aber eine Lücke für einen niedrigschwelligen Zugang und für Menschen, die viele Barrieren hätten. Zum Beispiel Menschen, die keinen Hausarzt hätten, die obdachlos oder nicht versichert seien sowie diejenigen Menschen, „die zwar versichert sind, aber Zugangsbegrenzungen haben, weil sie beispielsweise die Befunde nicht verstehen“.

Wenn diese Vorbeugemaßnahmen in die Stadtteile und Regionen gebracht würden, „wo die Struktur dünn ist und wo die Krankheiten verschleppt werden“, könnten Krankheitskosten vermieden,

die durch die Verschleppung einer Erkrankung erst entstanden, argumentierte Lauterbach weiter. Darüber hinaus würden Vorsorgeleistungen auch jetzt schon bezahlt, seien aber auch oft „mit geringem Nutzen unterwegs“, weil sie an der falschen Stelle angeboten würden. Daher gebe es die positive Entscheidung, nicht mit einem Gesetz 10 bis 20 weitere Pilotprojekte, sondern sofort deutschlandweit Gesundheitskioske einzuführen.

Perspektivisch bundesweit etwa 1.000 Kioske

In einer Antwort auf eine Kleine Anfrage aus dem November 2022 hat die Bundesregierung unter der Federführung des BMG ihre Vorstellungen konkretisiert. Sobald ein Kreis oder eine kreisfreie Stadt von dem Initiativrecht für die Errichtung eines Gesundheitskiosks Gebrauch mache, sollten diese, gemäß dem Eckpunktepapier gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einen entsprechenden Vertrag über die Errichtung eines Gesundheitskiosks schließen. Davon sei abhängig, wie viele Gesundheitskioske entstünden. Die Eckpunkte formulieren das Ziel, perspektivisch etwa pro 80.000 Einwohnerinnen und Einwohner Kioske zu errichten, also bundesweit insgesamt 1.000. „Je nach Bedarf kann es in einem Kreis oder einer kreisfreien Stadt auch mehrere Gesundheitskioske geben. Die tatsächliche Entwicklung wird auch vom Engagement der Kommunen abhängen.“ Gesundheitskioske könnten z. B. benötigt werden in Regionen mit einem hohen Anteil an Empfängern von staatlichen Transferleistungen wie Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe sowie einem hohen Anteil an wohnungslosen Menschen.

Im Eckpunktepapier zur Gesetzesinitiative werden folgende künftige Aufgaben der Gesundheitskioske aufgezählt:

- Die Vermittlung von Leistungen der medizinischen Behandlung, Prävention und Gesundheitsförderung und Anleitung zu deren Inanspruchnahme;
- allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen zur medizinischen und sozialen Bedarfsermittlung;
- die Koordinierung der erforderlichen Gesundheitsleistungen und Anleitung zu deren Inanspruchnahme;
- die Unterstützung bei der Klärung gesundheitlicher und sozialer Angelegenheiten;
- die Bildung eines sektorenübergreifenden Netzwerkes;
- Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben wie z. B. Blutdruck und Blutzucker messen, Verbandswechsel, Wundversorgung und subkutane Injektionen – veranlasst von Ärztinnen und Ärzten;
- perspektivisch: Erweiterung um ergänzende Beiträge zur Sicherstellung der Primärversorgung

Lauterbach zufolge sollen die Einrichtungen auch dazu da sein, um Kindern zu helfen. „Und zwar oft zu dem Zeitpunkt, wo sie noch gar nicht geboren sind, weil wir wissen, dass gerade in benachteiligten Stadtteilen oder Regionen die Versorgung von Schwangeren

oft nicht gut genug ist.“ Somit sollen auch Hebammenleistungen vermittelt werden. Auch sollen examinierte Pflegefachkräfte und perspektivisch Pflegefachkräfte mit „Heilkundenkompetenz“ (im Sinne von Community Health Nursing – CHN) in den Gesundheitskiosken arbeiten.

Der Gesundheitskiosk in Hamburg-Billstedt gibt ein Beispiel für die derzeitige Arbeit der Gesundheitskioske. Dieser ist aus einem Modellprojekt des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) entstanden. Billstedt ist einer der ärmsten Stadtteile Hamburgs. Laut einer AOK-Studie sterben die Menschen hier durchschnittlich zehn Jahre früher und es gibt nur wenige Ärzte im Stadtteil. Die Zahl der älteren Menschen in Deutschland steige und „damit hängt oft die Zunahme

der chronischen Erkrankungen zusammen, Mehrfacherkrankungen kommen hinzu“, erklärte Alexander Fischer, Geschäftsführer der Gesundheit für Billstedt Horn UG, und den Menschen falle der Umgang mit diesen Erkrankungen schwer. Die Versorgung vor Ort komme immer stärker unter Druck. Ziel sei es mit dem Aufbau der Gesundheitskioske in Hamburg gewesen, durch ein Netzwerk von Gesundheitskiosken „Ökonomie“ und Patienten wieder stärker miteinander zu versöhnen und Prävention dabei wieder stärker zu den Menschen zu bringen. In dem Gesundheitskiosk führt ein interdisziplinäres und multilinguales Team (Sprachen: Türkisch, Russisch, Polnisch, Farsi/Dari, Portugiesisch) Gesundheitsberatungen durch. Der Kiosk bietet darüber hinaus Gesundheitskurse an, hilft bei der Vor- und Nachbereitung von Arztterminen und vermittelt geeignete ärztliche und nachbarschaftliche Ressourcen.

Neben dem Gesundheitskiosk in Hamburg-Billstedt sind noch weitere Gesundheitskioske bereits errichtet worden, andere sind in Planung. So informierten die Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in einem Schreiben an Bundesgesundheitsminister Lauterbach, dass es bereits in mehreren Regionen erfolgreiche Modelle von Gesundheitskiosken gebe, an deren Ausgestaltung auch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) beteiligt seien. Insbesondere in den KV-Bezirken Nordrhein und Thüringen hätten hierzu weitergehende Aktivitäten stattgefunden. „Gerade im Gebiet der KV Nordrhein sind vor diesem Hintergrund in Kooperation der AOK Rheinland-Hamburg, der Ärzteschaft und den Kommunen bereits drei Gesundheitskioske entstanden und drei weitere in der unmittelbaren Planung.“

Die AOK Rheinland-Hamburg und die Mobil Krankenkasse teilten mit, dass im diesem Jahr (2023) im Hamburger Stadtteil Lurup ein weiterer Standort entstehen soll. Die Entscheidung für den nun geplanten Standort Lurup geht auf eine Machbarkeitsanalyse zurück. Demnach ähnelten die Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung in Lurup denen in Billstedt. Auch im Essener Norden wurden 2022 zwei Gesundheitskioske eröffnet. „Wir sind die Schnittstelle zwischen Haus-, bzw. Facharzt und zu Hause, sowie zwischen Krankenhaus und Reha, dort gehen viele Menschen verloren, weil sie nicht wissen, wie der weitere Weg ist. Wir fangen sie



1000 Gesundheitskioske für Deutschland: Was können sie leisten, schließen sie Versorgungslücken oder schaffen sie Doppelstrukturen? Das waren nur einige Fragen, die vor kurzem in Hamburg diskutiert wurden. Der Hartmannbund-Landesverband hatte lokale Akteure, u. a. vom Ärztenetz Billstedt/Horn e.V., der Hamburger Bürgerschaft und den Krankenkassen geladen. Was sich zeigte: Vor allem praxisnahe Lösungen mit Blick auf fehlende und vorhandene Strukturen müssen in Zukunft im Fokus stehen.

Foto: Hartmannbund



Der Gesundheitskiosk in Hamburg-Billstedt ist aus einem Modellprojekt des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) entstanden.

wieder ein“, erklärte die Leiterin der beiden Gesundheitskioske, Nicole Ginter, gegenüber „MedEcon Ruhr“ am 19. Januar 2023. Neben der Gesundheitskompetenzförderung ist eine weitere Aufgabe des Gesundheitskiosks die Gesundheitslotsung, sprich die Kundinnen und Kunden an die passende Stelle oder Beratung durch den Gesundheitssystemdschungel zu vermitteln und dabei zu begleiten.

Ärztvertreter befürchten Doppelstrukturen

Offenbar gibt es keine grundsätzliche Kritik an der Errichtung von Gesundheitskiosken, solange sie an Orten mit fehlendem Angebot errichtet werden, solange sie keine ärztlichen oder auch pflegerischen Aufgaben, auch nicht im weitesten Sinne, übernehmen sollen und so lange nicht Finanzierung und Aufgaben in eine Schieflage gebracht werden. Die Kritik entzündet sich offensichtlich an diesen Punkten und der damit einhergehend an der immensen Zahl der von Lauterbach in seinem Eckpunktepapier avisierten Kioske.

Exemplarisch ist hier die zum Ausdruck gebrachte Sorge einiger Landesärztekammern vor teuren Parallelstrukturen durch den Aufbau der von der Bundesregierung geplanten Gesundheitskioske. Unter anderem äußerten die Landesärztekammern Hessen, Westfalen-Lippe, Brandenburg und Sachsen Bedenken. Der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, Erik Bodendieck, kritisierte: „Mit der flächendeckenden Einrichtung von sogenannten Gesundheitskiosken wird kein einziges der eigentlichen und aktuellen Versorgungsprobleme gelöst.“ Zuerst müssten auf der einen Seite die bestehenden ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen verändert werden. Außerdem gäbe es jetzt schon zu wenig medizinisches und pflegerisches Personal. Ganz zu schweigen von den finanziellen Engpässen bei den Krankenkassen. Auf der anderen Seite gebe es schon eine Vielzahl an Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Patienten bei den Krankenkassen, Selbsthilfeeinrichtungen, den Einrichtungen zur Gesundheitsförderung und den Gesundheitsämtern. Es sei außerdem zu erwarten, dass weitere Gelder aus der medizinischen Versorgung abgezogen würden, um die Gesundheitskioske zu finanzieren.

Der KBV-Vorstandsvorsitzende, Dr. Andreas Gassen, sprach sich beim Neujahrsempfang der Deutschen Ärzteschaft am 19. Januar

2023 in Berlin ebenfalls gegen das Vorhaben aus. „Es gibt ja Strukturen, die in Deutschland hervorragende Versorgung, auch im fachärztlichen Bereich, wohnortnah bieten.“ Eine hinreichende Versorgung würde nur gelingen, wenn das ambulante System gestärkt sei und effizient arbeiten könne. Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender KBV-Vorstandsvorsitzender, führte mit Blick auf die geplanten Aufgaben, wie das Übernehmen von „einfachen medizinischen Routineaufgaben“, in einem Interview der KBV-PraxisNachrichten aus: „Wir sind sehr skeptisch, wenn dort tatsächlich medizinische Versorgung gemacht werden soll, dass dort sozusagen auf dem Rücken von Patientinnen und Patienten eine Versorgung light eingeführt wird.“ Die Gesundheitskioske könnten vielmehr Patientinnen und Patienten dabei helfen, sich im Gesundheitswesen zurechtzufinden und etwa Sprachbarrieren zu überwinden. Wesentlich an den bisherigen Modellen sei laut KBV, dass in den Einrichtungen keine Versorgung, sondern „eine Integration in das bestehende System stattfindet – auch um Doppelstrukturen zu vermeiden.“ In ihrem Schreiben vom November 2022 an Bundesgesundheitsminister Lauterbach drängten die KBV-Vorstände auf eine starke Kooperation der relevanten Beteiligten bei der Einrichtung von Gesundheitskiosken. Die Vorstände warben dafür, dass sich die Gesundheitskioske in ihrer Ausgestaltung auf Integrationsleistungen (etwa Terminvermittlungen oder Wissensvermittlung rund um das Thema Gesundheit) fokussieren sollten, „um die aus unserer Sicht erfolgreiche und für die Versorgung wertvolle Konzeptionierung beizubehalten“.

Kein Mehrwehrt für ambulante Versorgung

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin sieht in den Plänen zur Einrichtung von Gesundheitskiosken keinen Mehrwert für die ambulante Versorgung. Sinnvoller und kostengünstiger wäre es, bereits bestehende und funktionierende Strukturen in der ambulanten Versorgung zu stärken. „Die Einführung einer weiteren Versorgungsebene ist aus unserer Sicht nicht zielführend. Das Leistungsspektrum wird bereits von vielen etablierten Modellen abgedeckt. Vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Töpfe machen wir deutlich, dass das Geld nicht dem ambulanten Bereich entzogen werden darf“, sagte der Vorstand der KV Berlin am 5. September 2022.

Ersten Bewertungen aus Medienberichten zufolge könnte die Finanzierung von 1.000 Gesundheitskiosken Aufwendungen in der Größenordnung von 1 Mrd. Euro auslösen. Ebenfalls ausgesprochen kritisch wird die Finanzierung, auch vor dem Hintergrund der Vermischung mit gesamtgesellschaftlichen Aufgaben gesehen. Das Eckpunktepapier sieht bei der Finanzierung eine pauschale Kostenverteilung zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der privaten Krankenversicherung (PKV) und den Kommunen vor. Die gesetzlichen Kassen sollen 74,5 % der Gesamtkosten tragen, die private Krankenversicherung 5,5 % und die Kommunen 20 %. „Während die GKV gemäß § 1 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für den Erhalt, die Wiederherstellung und die Verbesserung des Gesundheitszustands zuständig ist, liegt der Verantwortungsbereich der Kommunen in der allgemeinen Daseinsvorsorge. Abweichungen davon, etwa im Sinne einer konkreten aufgabenbezogenen Kostenteilung sollen nach derzeitigen Überlegungen möglich sein und von den Vertragspartnern vereinbart werden können. Auch sollen sich gemäß den Eckpunkten weitere Leistungsträger nach § 12 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) beteiligen können“, erläuterte die Bundesregierung.

Kosten von 1 Mrd. Euro – Plan kaum realisierbar

Die geplante Kostenverteilung wird von den Krankenkassen sehr kritisch bewertet. Nach Ansicht Carola Reimanns, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbands, sei angesichts der prekären Finanzlage eine überwiegende Finanzierung durch gesetzliche Krankenversicherungen (GKV) nicht machbar, wie sie bereits im August 2022 konstatierte. Ihrer Ansicht nach müsste für die Kosten, die von der GKV zu übernehmen wären, eine Refinanzierungsoption aufgezeigt werden. Der Rahmen des bestehenden GKV-Bündnisses für Gesundheit (für Gesundheitskioske) würde durch das angestrebte Volumen deutlich gesprengt. Unabhängig davon sollte mindestens die Hälfte der benötigten Mittel von der öffentlichen Hand eingebracht werden. Auch der BKK Dachverband kritisierte die geplante Finanzierung: „Es ist wichtig, Menschen mit besonderem Bedarf den Zugang zur Versorgung zu erleichtern und bereits vorhandene Beratungsangebote für die Schwächsten der Gesellschaft auszubauen“, sagte Franz Knieps, Vorstandsvorsitzender des BKK Dachverbands. Ihm zufolge dürften sich die Kommunen jedoch bei der Finanzierung „nicht aus der Verantwortung stehlen“. Die Aufteilung der Kosten sende „das falsche Signal“.

An der Finanzierung des Gesundheitskiosk in Hamburg-Billstedt waren ursprünglich fünf Krankenkassen beteiligt: die drei Ersatzkassen Barmer, DAK-Gesundheit und Techniker Krankenkasse (TK) sowie die AOK Rheinland/Hamburg und eine Betriebskrankenkasse.

se. Kurz nach der Vorstellung der Eckpunkte kündigten jedoch die drei Ersatzkassen in einer gemeinsamen Erklärung vom September 2022 an, zum Jahresende 2022 aus der Finanzierung aussteigen zu wollen. Die AOK Rheinland/Hamburg und eine Betriebskrankenkasse bleiben aber an Bord. Zur Begründung erläuterte die Barmer, DAK-Gesundheit und TK: Der Gesundheitskiosk Billstedt/Horn benötige rund eine Million Euro pro Jahr für Personal und Betriebskosten. „Die Beratungsleistungen des Kiosks stehen in keinem Verhältnis zu der hohen finanziellen Aufwendung der Krankenkassen.“ Angesichts der sehr prekären Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) ab dem kommenden Jahr seien „derart teure Leistungsangebote“ nicht realisierbar. Die Angebote des Gesundheitskiosks doppelten sich zudem mit denen von Gesundheitsämtern, einzelnen Krankenkassen, Pflegestützpunkten oder den lokalen Präventionsangeboten.

Die geplante immense inhaltliche, örtliche und finanzielle Ausdehnung der Gesundheitskioske durch den Bundesgesundheitsminister könnte damit letztlich in der Ärzteschaft und bei den gesetzlichen Krankenkassen zu der Ablehnung einer Idee führen, die sogar einmal vom Gemeinsamen Bundesausschuss, dem obersten Gremium der Selbstverwaltung, zur Übernahme in die Regelversorgung empfohlen wurde – als es sich bei der Idee noch um reine Beratungs- und Integrationsleistungen in wenigen unterversorgten Gebieten handelte.

Anzeige

PLANBARE LIQUIDITÄT

MIT DER VORFINANZIERUNG IHRER PRIVATABRECHUNG

Verfügen Sie sofort über Ihr Honorar!
Als GOÄ-Experten sichern wir die Erlöse Ihrer Privatabrechnung: Unkompliziert, zuverlässig und langfristig – mit der Honorar-Sofortauszahlung für Sie und Ratenzahlungs-Angeboten für Ihre Patienten.



Überzeugen Sie sich selbst in nur 30 Minuten.
QR-Code scannen oder
ihre-pvs.de/liquiditaet
Tel. 0800 1025300



PVS holding
ABRECHNUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Neue Berufsbilder in der Pflege

Diskussion um Delegation und Substitution nimmt an Fahrt auf

Die Delegation und Substitution heilkundlicher Tätigkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung durch beispielsweise professionelle Pflegekräfte steht schon seit langem in der Diskussion. Doch der nun sichtbar werdende demografische Wandel, der spürbare Fachkräftemangel und das vorherrschende Krankheitsspektrum der chronischen und Mehrfach-Erkrankungen erhöhen den Druck auf die Verantwortlichen zu Lösungen zu gelangen. Doch gerade bei diesem Thema stehen sich unterschiedliche Ansätze nach wie vor streitig gegenüber.

Die Bundesregierung will laut Koalitionsvertrag die Professionelle Pflege durch heilkundliche Tätigkeiten ergänzen und neue Berufsbilder wie unter anderem die Community Health Nurse (CHN) schaffen. Im ländlichen Raum sollen außerdem Angebote durch Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen ausgebaut werden. Von Seiten der Ärzteschaft wird die Substitution ärztlicher Leistungen eher skeptisch gesehen. Stattdessen wird der Vorschlag ärztlich geleiteter Teams angeführt, in denen Ärzte mit Gesundheitsberufen zusammenarbeiten und ihnen Aufgaben im Rahmen einer Delegation für eine bestimmte Zeit übertragen.

Die Delegation ist im Gegensatz zur Substitution ärztlicher Leistungen in Deutschland schon länger gang und gäbe. Dabei werden ärztliche Aufgaben von Medizinerinnen auf Nicht-Mediziner übertragen. Aber der Arzt bleibt Leistungserbringer im Sinne des Behandlungsvertrages. Sie ist unter anderem in der Berufsordnung und dem Heilberufegesetz geregelt. Etabliert sind dabei die nichtärztliche Praxisassistentin (NäPA) sowie die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH). Insgesamt gab es in Deutschland nach einer Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versor-

gung (Zi) im Jahr 2021 insgesamt 12.058 NÄPAs in 9.623 Praxen. Von den Praxismitarbeiterinnen, die die Zusatzbezeichnung VERAH haben, gab es mit Stand November 2022 bundesweit insgesamt 15.193.

Bei der Substitution werden hingegen bestimmte Leistungen der Heilkunde eigenverantwortlich von Nicht-Ärzten erbracht. Seit dem Beschluss des Gesundheitsversorgungs-Weiterentwicklungsgesetz (GVWG) am 11. Juni 2021 ist die „Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten“ an Pflegekräfte verpflichtend. Demnach sollen Krankenkassen zusammen mit jedem Bundesland spätestens ab 1. Januar 2023 mindestens ein Modellvorhaben „zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten in die Tat umsetzen, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt“.

International bewährt: Community Health Nurses

Als Argument für die Übertragung von heilkundlichen Aufgaben auf die Profession Pflege wird unter anderem vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) eine Lücke bei der hausärzt-

lichen Versorgung insbesondere in ländlichen, aber auch städtischen Regionen angeführt. „In Deutschland gibt es seit einiger Zeit Bemühungen, die Primärversorgung zu stärken, den zunehmenden Mangel an Hausärzten in ländlichen Regionen und unterversorgten Gebieten wie benachteiligten Stadtteilen aufzufangen sowie die sektorale Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden.“ Community Health Nurses könnten laut DBfK in diesem Zusammenhang wesentliche Beiträge zu einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung leisten. Sie sollen als „hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen“ in der primären Gesundheitsversorgung mitwirken. „Sie steuern, koordinieren, beraten, überwachen, leiten.“ Sie sollen zum Beispiel erste Ansprechpartner:innen für Menschen mit chronischen oder Mehrfacherkrankungen, Behinderung oder Pflegebedarf sein.

International bewährt sei laut DBfK der Einsatz von Community Health Nurses in Gesundheitszentren: Ein multiprofessionell zusammengesetztes Team soll aufeinander bezogene, integrierte Versorgungsangebote bieten. „Alle arbeiten unter einem Dach: Ärzt:innen, Therapeut:innen, Sozialarbeiter:innen, Pflegefachpersonen.“ Um das volle Potenzial der CHN auszuschöpfen, brauche es eine Ausweitung des Kompetenzbereiches und Möglichkeiten des eigenverantwortlichen Handelns. Auch der Deutsche Pflegerat forderte in einem Positionspapier, dass CHN selbstständig heilkundliche Tätigkeiten übernehmen können sollten. „Deutschland braucht neue Antworten und flexible Versorgungsmodelle, um den Herausforderungen zu begegnen.“ Das beinhaltet „eine Neuordnung der Kompetenzzuschnitte der beteiligten Gesundheitsberufe“.

Die Bundesregierung spricht in ihren Koalitionsvertrag zudem davon, im ländlichen Raum auch Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen einsetzen zu wollen. Diese kommen bereits in unterschiedlichen Modellvorhaben zum Einsatz. Zu Gemeindeschwestern ist unter anderem das Modellprojekt „AGnES“ (Arzt-entlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) bekannt. Demnach kann zu den Aufgaben der Gemeindeschwester unter anderem zählen, Ärzte von zeitaufwendigen Hausbesuchen zu entlasten. Dort soll sie unter Delegation des Arztes die Routineversorgung – wie Blutdruckmessungen, Sturzprophylaxe und Medikamentenkontrolle – der Patienten übernehmen können. Gesundheitslotsen übernehmen im Gegenzug keine Versorgungstätigkeiten, sofern sie nicht über eine pflegerische Ausbildung verfügen.

„Teampraxis“ als „Modell der Zukunft“

Dr. Dominik von Stillfried, Vorstandsvorsitzender der Zentralinstituts für Kassenärztliche Versorgung (Zi) erklärt durch den Einsatz einer sogenannten Community Health Nurse sei „kein relevanter Benefit zur Problemlösung zu erwarten“, wie er in einem Zi-Forum vom 9. November 2022 betonte. Lediglich dann, wenn diese in den öffentlichen Gesundheitsdienst oder in Praxisteams eingebunden würde. „Deren Kompetenzen können im Rahmen eines weiten Delegationsprinzips für sekundärpräventive Beratungen oder anspruchsvolle koordinative Aufgaben in der Behandlung durchaus hilfreich sein.“ Seiner Vorstellung nach ist die „Teampraxis“ das „Modell der Zukunft“, in der sich unterschiedliche Gesundheitsberufe entsprechend ihrer Kompetenzen und Erfahrung ergänzen. „Dies gelingt allerdings nur dann effizient, wenn neue Berufsbilder an die Praxen angebunden werden.“

Man benötige keine neuen Schnittstellen, sondern mehr Schnittmengen in der Gesundheitsversorgung, betonte Hannelore Kö-

nig, Präsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe, beim Zi-Forum. Dr. Doris Reinhardt, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Baden-Württemberg, ergänzte, dass „selbstverständlich“ eine Medizinische Fachangestellte oder Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe für bestimmte Aufgaben qualifiziert werden könnten. Delegation gelinge umso besser, je klarer die Kompetenzen in der Ausbildung entwickelt würden und je standardisierter bestimmte Abläufe in der Praxis seien. „Nur ist die Komplexität in der hausärztlichen Versorgung eine besondere“, so Reinhardt. „Alles was außerhalb des Nukleus Praxis stattfindet, braucht ein hohes Maß an Mehrkommunikation, was letztendlich auch immer Synergieverluste bedeutet.“ Mit der VERAH sei es aber gelungen, ein „sehr erfolgreiches“ Delegationsmodell zu etablieren, um dem durch steigende Morbidität und zunehmende Komplexität bedingten Strukturwandel in den Praxen „wirksam“ zu begegnen.

VERAH sind MFA, die den Arzt innerhalb der hausärztlichen Versorgung unterstützen, unter anderem durch die Übernahme besonderer koordinierender Aufgaben im Rahmen eines Case Managements. Sie können Hausbesuche übernehmen, bei denen keine ärztliche Kompetenz notwendig ist und Patienten und Angehörigen bei der Anwendung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen unterstützen. Dabei soll die VERAH eine arztentlastende Funktion einnehmen, „die auf ihrer besonderen Kenntnis der Patienten in der jeweiligen Praxis basiert“.

Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte

Praxen können zudem nichtärztliche Praxisassistentinnen und -assistenten (NäPA) beschäftigen, die sie bei der Betreuung ihrer Patienten und Patientinnen unterstützen, deren Berufsbild ist analog zur VERAH. Sie führen ebenfalls Hausbesuche sowie Besuche in Alten- und Pflegeheimen durch. Dabei überwacht das ärztliche Personal die Tätigkeit der NäPA und ist jederzeit für die NäPA erreichbar. Die Bundesärztekammer hat ein entsprechendes Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe entwickelt.

Die BÄK sprach sich im Jahr 2017 im Rahmen des 120. Deutschen Ärztetages für ein bundeseinheitlich geregeltes, neu einzuführendes Berufsbild Physician Assistant (PA) aus. PA sollen delegierbare ärztliche Tätigkeiten selbstständig auf Anordnung ausüben und eine Schnittstellenfunktion zwischen Ärzten, Pflegepersonal und Patienten übernehmen. Die PA sollen zum Beispiel für allgemeine und spezifische Tätigkeiten in verschiedenen Bereichen, wie z. B. in der Chirurgie, der Inneren Medizin, der zentralen interdisziplinären Notaufnahme, der Anästhesie und der Intensivmedizin, der Funktionsdiagnostik, im allgemeinmedizinischen Bereich sowie weiteren Bereichen eingesetzt werden.

Von Stillfried zufolge müsse noch geklärt werden, wie der Delegationsrahmen der PA im Vergleich zu dem der NäPA sinnvoll und rechtssicher erweitert werden könne. „Ferner muss abgewogen werden, ob bzw. inwieweit sich das Aufgabenspektrum der PA von dem der Pflegekräfte unterscheidet, denen gemäß § 64d SGB V in Modellvorhaben ärztliche Tätigkeiten übertragen werden und diese in einem definierten Rahmen selbstständig ausüben. Auch hier gibt der Rahmenvertrag gemäß § 64d Absatz 1 SGB V den Arztpraxen die Möglichkeit, eine Pflegefachperson mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 Pflegeberufegesetz im Rahmen der Modellversuche anzustellen und diese somit in die Praxisarbeit zu integrieren.“ Auch wie das Aufgabenspektrum und die Finanzierung der Community Health Nurse implementiert werden solle, sei „noch völlig offen“.



Foto: khuncho24/shutterstock.com



Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte stockt auf halbem Wege

Kleine Übungsschritte zur Senkung der Bürokratie

Die Ärzte stöhnen unter der Bürokratielast. Ärztliche Verbände, nicht zuletzt der Hartmannbund, weisen seit Langem auf die erheblichen Missstände hin. Der Koalitionsvertrag der Ampel-Koalition spricht vom Abbau bürokratischer Hürden im Gesundheitsbereich. Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD) hat auf dem Neujahrsempfang der Deutschen Ärzteschaft im Januar 2023 ein Gesetz zur Entbürokratisierung in der Medizin angekündigt, ein näherer Zeitplan ist allerdings noch nicht bekannt.

Ein erster Schritt des BMG in diese Richtung soll für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte offenbar durch eine Änderung der Zulassungsverordnung erfolgen. Mitte November vergangenen Jahres hatte das BMG einen Referentenentwurf für eine „Verordnung zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte“ an die beteiligten Institutionen und Verbände versendet. Doch ist das Verfahren offenbar zum Stillstand gekommen – vielleicht soll es Eingang in eine größeres Entbürokratisierungsgesetz des Bundesgesundheitsministers finden, vielleicht sind auch die Datenschutzfragen noch nicht ausreichend reflektiert. Erklärtes Ziel des angesprochenen Referentenentwurfs ist es, die Bürokratie für Ärzte, Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen und Zulassungsausschüsse abzubauen und die Zulassungsverordnung an die aktuellen Erfordernisse und die vielfältiger gewordene Versorgungslandschaft anzupassen.

In der Medizin sei zu viel auf Misstrauen aufgebaut und auf gegenseitige Kontrolle ausgerichtet, betont Lauterbach auf dem an-

gesprochenen Empfang. Diese gegenseitige Kontrolle binde Ressourcen und stoße Leute ab. „Das brauchen wir nicht mehr. Somit eine systematische Kontrolle, was brauchen wir wirklich an Bürokratie und was brauchen wir nicht, werden wir angehen. Ich verspreche hier ein Entbürokratisierungsgesetz.“ Das solle gemeinsam mit den Beteiligten entwickelt werden.

Die Neuregelungen im Detail

Welche Regelungen sieht der Referentenentwurf vor? Zur Entlastung in der Bürokratie sollen die Regelungen zu den Voraussetzungen für die Eintragung in das Arztregister und die Beantragung einer Zulassung neu strukturiert werden. Angaben und Unterlagen, die der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) bereits im Antragsverfahren zur Eintragung in das Arztregister vorgelegt wurden, müssten dann im Zulassungsverfahren nicht erneut vorgelegt werden. Für das Arztregister sollen zudem die digitale Registerführung vorgeschrieben und verschiedene Register zusammengeführt werden.

Die bisherige Verpflichtung der KV, neben dem Arztregister gesonderte Register über ruhende Zulassungen, Ermächtigungen und angestellte Ärzt:innen sowie Psychotherapeut:innen zu führen, soll weitgehend aufgehoben werden. Diese sollen nun in das Arztregister integriert werden. „Insbesondere sollen wichtige und notwendige Verlinkungen der personenbezogenen Angaben über Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu ihrem Arbeitgeber bzw. den Einrichtungen, für die sie tätig sind, ermöglicht werden.“

Des Weiteren soll die ärztliche Berufsausübung flexibilisiert werden, indem die Möglichkeiten zur Beschäftigung von Vertreter:innen sowie Assistent:innen ausgeweitet werden. „Damit soll auch die Attraktivität der Niederlassung gestärkt werden.“ Eine krankheitsbedingte Vertretung soll erst nach sechs (statt bisher nach drei) Monaten genehmigungspflichtig werden. Dadurch sollen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen weiter bürokratisch entlastet werden. Assistent:innen sollen auch aus Gründen der Sicherstellung, der vertragsärztlichen Versorgung, der Erziehung von Kindern oder der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung, mit vorheriger Genehmigung der KV beschäftigt werden können. Ebenfalls neu ist die Möglichkeit, Assistentinnen oder Assistenten zu beschäftigen, wenn angestellte Ärztinnen und Ärzte vorübergehend mit geringerer Arbeitszeit tätig sind.

Durch zusätzliche Möglichkeiten des Einsatzes von elektronischen Mitteln bei der Vorbereitung von Sitzungen des Zulassungsausschusses und des Berufungsausschusses sollen außerdem – ebenso wie bei der Beschlussfassung – Verfahren vereinfacht oder beschleunigt werden. Darüber hinaus sollen Formvorgaben gelockert und Begrifflichkeiten aufgrund des technischen Fortschritts und zwischenzeitlich erfolgter Gesetzesänderungen angepasst werden. Vorgesehen ist auch, die Gebührenvorschriften im Hinblick auf die veränderte Versorgungslandschaft anzupassen. „Vor dem Hintergrund der Kostensteigerung wird die Höhe der Gebühren um 10 Prozent angehoben.“

In Stellungnahmen regten einige Verbände Ergänzungen und Änderungen des Referentenentwurfs an. Der Sozialverband VdK empfiehlt, Vertretungsregelungen zu erweitern. Die Regelung zu einer Vertretung für die Pflege für bis zu sechs Monate bleibe hinter den Möglichkeiten der Familienpflegezeit zurück. „Hier sollte geprüft werden, ob eine Vertretung bei Reduzierung der Vollzeittätigkeit auf 3/8 für bis zu zwei Jahre möglich ist.“ Ebenso sollten zum Zwecke der Nachwuchsgewinnung die zahlenmäßigen Beschränkungen bei der Beschäftigung von Assistent:innen auf den Prüfstand gestellt werden. Der VdK setzte sich zudem dafür ein, „die Zulassung als Vertragsarzt an die Einrichtung eines barrierefreien Vertragsarztsitzes in Form der Arztpraxis zu knüpfen“. Ein Minimum wäre die Verpflichtung für neu zu besetzende Vertragsarztsitze.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) sieht es als notwendig an, den Praxisumfang der vertragspsychotherapeutischen Praxis bei der Beschäftigung von Weiterbildungsassistent:innen angemessen ausweiten zu können. Die Regelungen im Referentenentwurf ständen der Beschäftigung von Weiterbildungsassistent:innen in vertragspsychotherapeutischen Praxen entgegen. „Des Weiteren ist eine bessere Verzahnung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe notwendig, die in der Zulassungsverordnung bisher nicht ausreichend abgebildet ist.“

Aus Sicht der Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) besteht beim Zulassungsantrag „an zwei Stellen die Möglichkeit einer praxisnäheren und unbürokratischen Ausgestaltung“: (1) „eine Aufstellung über sämtliche seit Eintragung in das Arztregister ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten in chronologischer Reihenfolge“ sei im Falle einer Antragstellerin bzw. ein Antragstellers als alleinige Bewerberin bzw. alleiniger Bewerber für die Zulassungsentscheidung nicht erforderlich, da eine Auswahlentscheidung nicht stattfindet und (2) der Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung sollte bis zur Sitzung des Zulassungsausschusses, in der über die Zulassung entschieden werde, nachgereicht werden können. Die DPTV merkte zudem bei der möglichen genehmigungsfreien Zeit der Krankheitsvertretung an, dass Ärzt:innen sich „in 24 Monaten bis zur Dauer von 12 Monaten genehmigungsfrei vertreten lassen können“ sollten.

Bescheide nur noch digital

Der BKK Dachverband unterstützt, „dass die Daten des weiterentwickelten Arztregisters nicht allein für die Zulassung, sondern ebenso für die Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung Verwendung finden sollen“. Dabei wünscht er sich „eine verbesserte Transparenz“. Die Arztregisterdaten sollten regelmäßig allen Beteiligten der Zulassungs- und Berufungsausschüsse zur Verfügung gestellt werden. Um die Verfahren bürokratiearm und ressourcenschonend auszugestalten, sollten die Krankenkassen Bescheide des Zulassungsausschusses ebenfalls in digitaler Form erhalten können.

Der Verein Akkreditierten Labore in der Medizin (ALM) gibt zur geplanten Regelung zur Einsicht von Arztregisterdaten durch Dritte „bei berechtigtem Interesse“ zu bedenken, dass hier eine „klare Definition des berechtigten Interesses bzw. eine Darstellung konkreter Fälle notwendig“ sei – „auch schon aufgrund des Datenschutzes“. Weiterhin sollte nach Ansicht des ALM eine Regelung getroffen werden über wen (Vertreter oder Vertretenen) die Leistungen im Falle der internen Vertretung abgerechnet werden dürfen. Aktuell werde die Abrechnungsregelung auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen. „Hier ist eine einheitliche Regelung wünschenswert.“

Ernährungslehre im Medizinstudium

Iss Das! macht Schule an der Kölner Universität

Während das ernährungsmedizinische Erkenntnisse und Zusammenhänge in anderen Ländern der Europäischen Union (EU) bereits im Medizinstudium gelehrt werden, ist es in deutschen Universitäten noch nicht üblich. Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) setzte sich bereits in einem Positionspapier von 2021 für die Lehre von „Grundlagen über Ernährung und ihre große Relevanz für die Entstehung und Behandlung von Krankheiten“ im Medizinstudium auseinander. Auch andere Verbände und Fachgesellschaften sind dieser Ansicht. Beim digitalen Lehrkonzept „Iss Das! – Ernährung in der Medizin“ der Hochschulgruppen der NGO „Physicians Association for Nutrition International“ (PAN) wurde eine mögliche Art, Ernährungsthemen im Medizinstudium, im Wintersemester 2020/21 erprobt.

Der bvmd verweist in einem Positionspapier von Juli 2022 auch im Sinne des „One Health“-Ansatzes auf die Integrierung von Ernährungslehre im Medizinstudium. „One Health ist ein integrierter, vereinender Ansatz, der darauf abzielt optimale und nachhaltige Gesundheit von Menschen, aber auch Tieren und Ökosystemen zu erreichen. Er erkennt an, dass die Gesundheit von Menschen, Haus- und Wildtieren, Pflanzen und der weiteren Umwelt (unseren Ökosystemen) eng miteinander verbunden und voneinander abhängig sind. Der Ansatz mobilisiert mehrere Sektoren, Disziplinen und die Bevölkerung auf allen Ebenen der Gesundheit, um gemeinsam gegen Bedrohungen der Gesundheit und der Ökosysteme vorzugehen und gleichzeitig unseren kollektiven Bedarf an gesunden Lebensmitteln, reinem Wasser, nachhaltig erzeugter Energie und sauberer Luft zu decken, Maßnahmen gegen den Klimawandel zu ergreifen und eine nachhaltige Entwicklung zu fördern.“

In Deutschland ist etwa jeder zweite Mensch übergewichtig oder adipös, was insbesondere auf eine unausgewogene Ernährung zurückzuführen ist, informiert der bvmd. Nach der Global Burden of Disease Study konnten im Jahr 2017 weltweit 11 Millionen Todesfälle einer ungesunden Ernährung zugerechnet werden, während 255 Millionen verlorene gesunde Lebensjahre (disability adjusted life years, DALYs) auf ernährungsbedingte Risikofaktoren zurückzuführen waren. Dies manifestierte sich laut bvmd auch in der Zunahme nichtübertragbarer Erkrankungen (noncommunicable diseases, NCDs) wie Diabetes Mellitus, kardiovaskulärer und Tumorerkrankungen. „Dieses Ergebnis unterstreicht den Stellenwert gesunder Ernährung für jeden Einzelnen und die gesamte Gesellschaft.“ Mediziner:innen, die tagtäglich mit durch Ernährung beeinflussbaren Erkrankungen konfrontiert würden, müssten daher grundlegende Kenntnisse über Beratung und Präventionsmaßnahmen auch anwenden können. Bislang weise die Ernährungslehre im Medizinstudium große Lücken auf. Der bvmd fordert, dass Grundlagen zu Ernährung und Gesundheit sowie zu Möglichkeiten der interprofessionellen Zusammenarbeit mit Ernährungsfachkräften im Medizinstudium gelehrt und praktisch geübt werden.

Zentraler Teil des Ausbildungsplans

Ein Projekt zur Ernährungslehre „Iss Das! – Ernährung im Medizinstudium“ veranstaltete die seit 2018 bestehende ärztliche gemeinnützige Organisation „PAN“ im Wintersemester 2020/21. Das Ziel der PAN University Gruppen besteht darin, die Ernährungslehre an medizinischen Fakultäten voranzubringen und zahlreiche Veranstaltungen und Projekte rund um das Thema Ernährung zum zentralen Teil des Ausbildungsplans der jeweiligen Universität zu machen.

„Iss Das!“ fand deutschlandweit in mehreren medizinischen Fakultäten statt und umfasste sieben Online-Vorträge (10,5 h) zu Ernährungsmedizin (EM) im klinischen Studienabschnitt. Zu den Inhalten des Projekts gehörten große Themenfülle wie „die Bedeutung von Ernährung für Medizin und Gesundheit“, „Verhaltensänderung in der ärztlichen Praxis“ sowie Ernährungsmedizin in Gastroenterologie, Onkologie und Geriatrie. Auch „Ernährung und Klima“ war ein zentrales Thema: „Die Rolle der Ernährungssysteme im Kampf gegen die Klimakrise & Ernährungssysteme im Kontext von antimikrobiellen Resistenzen und globalen Pandemien.“ Des Weiteren wurde die Prävention und Therapie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Adipositas, Diabetes und Autoimmunerkrankungen behandelt.

Einschätzungen von Lehrangebot, -qualität, Vorbereitungs- und Kompetenzgefühl sowie von Wichtigkeit zu EM durch Kölner Medizinstudierende wurden vorher und nachher erhoben und der Lernerfolg evaluiert. Bei den Veranstaltungen gab es bis zu über 300 Teilnehmende. Laut Evaluation der Ergebnisse nahm bei den Studierenden die Bewertung der Bedeutung von Ernährung und EM sowie der eigenen Kompetenz und Vorbereitung darauf „signifikant“ zu. „Iss Das!“ wurde in der Kölner Universität als Wahlfach verstetigt.

Bislang weist die Ernährungslehre im Medizinstudium große Lücken auf.



Foto: Mikael Dankler/shutterstock.com

5. HB-Ärztinnentag

Neue berufliche Wege für Ärztinnen – „Raus aus dem Krankenhaus“

Selbstbestimmung, Kinder, Einkommen: Welche Faktoren sind für mich wichtig, was sind meine Ziele, welches Potenzial steckt für mich in der Tätigkeit in der ambulanten Versorgung – und wie kann ich meine Vorstellungen umsetzen? Am 4. März 2023 hat der Ausschuss Ärztinnen zum HB-Ärztinnentag ins Hartmannbund-Haus und online eingeladen, um diesen Fragen nachzugehen. Teilnehmerinnen konnten sich von Erfahrungsberichten inspirieren lassen, erhielten Expert:innentipps zur Niederlassung und lernten in einem Coaching Methoden kennen, um den eigenen Werten, Zielen und Bedürfnissen auf die Spur zu kommen.

Auf die Frage, welche Kooperationsform zu den eigenen Bedürfnissen passt, hat Referentin Dr. med. Ina Lipp für sich eine klare Antwort gefunden: „Nach 30 Jahren Erfahrung bin ich der Meinung, dass die Gemeinschaftspraxis eine ideale Konstellation sein kann, um seine Berufung zu leben – eine tolle Chance, als Ärztin sein berufliches Glück zu finden“. Voraussetzung dafür, so wurde in ihrem Vortrag „Unternehmen Gemeinschaftspraxis“ deutlich, sind eine gute Team- und Mitarbeiterkommunikation, gemeinschaftlich getragene Ziele und Transparenz. Eine regelmäßige „Klausur“ der Partner ermöglicht in ihrer Gemeinschaftspraxis, strategische Fragen gemeinsam zu entscheiden. Dabei ist die richtige Mitarbeiterführung ein wichtiger Faktor für den Erfolg. Das Personal durch kurze Kommunikationswege und regelmäßige Entwicklungsgespräche immer wieder abzuholen, zu fördern und Entwicklungsmöglichkeiten auszuloten, hat für Ina Lipp einen sehr hohen Stellenwert. Gefragt nach der Aufgabenverteilung unter den Praxisinhabern verweist sie auf gemeinsame Erfahrungen im Leistungssport: „Jeder gibt sein Bestes und leistet soviel er kann. Wir wissen, dass wir uns aufeinander verlassen können“. Dabei seien die Schwächen des einen oft die Stärken des anderen. Ein großer Vorteil der Gemeinschaftspraxis sei es, die Aufgabenverteilung entsprechend der Interessen und Stärken der Partner zu organisieren.

Dr. med. Joana Böhnlein, Mitglied im Ausschuss Ärztinnen, verriet in ihrem Vortrag „Raus aus der Klinik – angestellt im MVZ“, welche Faktoren sie bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt hat und welche Vorteile die Arbeit als angestellte Ärztin im MVZ ihr bietet. Sie habe sehr gern in der Klinik gearbeitet, insbesondere schätzte sie den kollegialen Austausch. Als Mutter eines Säuglings musste sie jedoch feststellen, dass die ihr nach Rückkehr aus der Elternzeit angebotenen Arbeitszeiten nicht mit ihrer neuen Lebenssituation kompatibel waren. Den Schritt der Anstellung im MVZ hat die Internistin gut vorbereitet: Kriterien bei der Suche waren die diagnostischen Möglichkeiten, der Zugang zu Geräten und der Austausch über unterschiedliche Fachbereiche hinweg. Durch Hospitation und Gespräche mit den zukünftigen Kolleg:innen fand sie heraus, dass die angebotene Stelle wirklich zu ihr passte. Als besonders positiv hebt sie nun das eigenverantwortliche Arbeiten hervor, ebenso die enge Patientenbindung, die sie in der Klinik vermisste. Und nicht zuletzt ist die Flexibilität ihres Arbeitgebers bei der Arbeitszeitgestaltung erheblich. Insgesamt schätzt sie die Chance, für ihren weiteren Karriereweg viel über die ambulante Tätigkeit zu lernen und sieht Entwicklungspotenzial für ihre berufliche Zukunft.

Foto: pathdoc/shutterstock.com



Foto: Hartmannbund

Mit dabei auf dem diesjährigen Ärztinnentag (v. l. n. r.) waren: Dr. med. Stephanie Schnichels, Dr. med. Ina Lipp, Dr. med. Joana Böhnlein, Mitglied im Ausschuss Ärztinnen, und Ausschuss-Sprecherin Dr. med. Wenke Wichmann.

Es gibt viele weitere Möglichkeiten, die Karriere in der ambulanten Versorgung zu gestalten. Wie man sein Ziel in der Niederlassung erreicht, weiß HB-Expertin Frances Camin, Leiterin des Referats Ambulante Versorgung und Digital Health im Hartmannbund. In ihrem Vortrag „HB-Beratung von (A)rztstz bis (Z)ulassung“ beschrieb sie, worauf es auf dem Weg in die Niederlassung ankommt und wie welche Hürden umschifft werden können: Voller oder halber Versorgungsauftrag? Praxisübernahme oder Neugründung? Zu diesen und vielen weiteren Fragen gab sie wertvolle Tipps und stellte die Beratungsleistungen des Verbandes vor.

Beim Sprung in die Niederlassung warten neuen Rollen und Aufgaben auf jede Ärztin: Ambulante Patient:innenversorgung, Führungs- und Teamverantwortung, unternehmerische Verantwortung und vieles mehr. Coachin und Kommunikationstrainerin Dr. med. Stephanie Schnichels erarbeitete mit den Teilnehmerinnen in einem kurzweiligen interaktiven Coaching, wie sie „Beherzt und resilient neue berufliche Wege beschreiten“ und neue Herausforderungen meistern. Leitfragen waren: Was sind meine Ziele und Prioritäten? Wie bleibe ich fokussiert auf das, was mir wichtig ist?

Die Referentin stellte Methoden vor, wie Ärztinnen mit den eigenen Bedürfnissen und Ressourcen im Blick als kompetente Gestalterin ihres neues Berufsabschnitts agieren können.

Den spannenden Schritt „raus aus dem Krankenhaus“ gut vorzubereiten – dazu wollte der Ausschuss Ärztinnen mit diesem HB-Ärztinnentag beitragen. Das Expert:innenteam des Hartmannbundes steht allen Mitgliedern für Fragen rund um die Niederlassung gerne zur Verfügung. niederlassung@hartmannbund.de



Umfrage zu digitaler Lehre und respektvollem Umgang mit Studierenden:

Errungenschaften der Pandemie-Semester in Gefahr, beim Respekt gibt's Luft nach oben

Der Ausschuss der Medizinstudierenden des Hartmannbundes hat das Jahr mit einer Umfrage unter den studentischen Mitgliedern des Verbandes eingeleitet, die sich einerseits mit der Entwicklung der digitalen Lehre an den Fakultäten beschäftigt und andererseits auch den zwischenmenschlichen Umgang der Dozierenden mit den angehenden Ärzt:innen untersucht hat. Während die Studierenden im Bereich der digitalen Lehre um Errungenschaft der Pandemie-Semester fürchten, gibt es beim Thema Respekt deutlichen Spielraum nach oben. An der Umfrage haben sich 1220 Studierende beteiligt, davon waren 70 Prozent weiblich.



Entwicklung der digitalen Lehre: Aus der Umfrage geht hervor, dass ca. 71 Prozent der Fakultäten hybride Lehrformate anbieten, wobei die Ausbreitung der Angebote auch innerhalb der Fakultäten nicht einheitlich ist. In nur zwei Prozent der Fälle werden alle Veranstaltungen hybrid angeboten. Sieben Prozent der Befragten gaben an, in ihrem Studium sei nur eine einzelne Veranstaltung hybrid möglich. Auch qualitativ gibt es große Unterschiede. Häufig wird beispielsweise keine tatsächliche

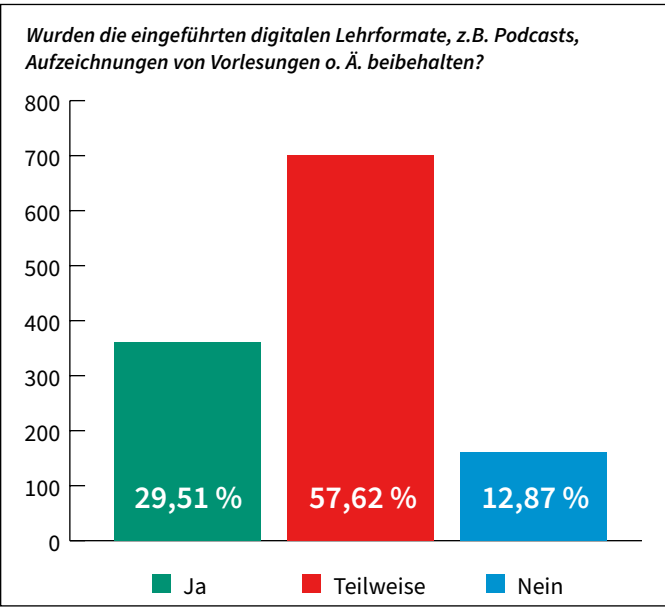
Onlineeteilnahme angeboten, sondern Studierenden, die nicht vor Ort einer Vorlesung beiwohnen können, werden Vorlesungsfolien aus vorangegangenen Semestern digital zur Verfügung gestellt, denen es an Aktualität mangelt. In anderen Fällen ist eine Onlineeteilnahme zwar technisch möglich, aber bestehende Anwesenheitspflichten machen das Konzept obsolet. Es gibt jedoch auch positive Beispiele für digitale Lehrformate, bei denen am Ende ein Quiz eine Selbstkontrolle des eigenen Lernfortschrittes ermöglicht.

Die während der „Corona-Semester“ eingeführten digitalen Lehrformate wurden an 13 Prozent der medizinischen Fakultäten nicht, bei ca. 58 Prozent nur teilweise beibehalten. Gleiches gilt für die Fehlzeitenregelungen: Nur 45 Prozent der Befragten konnten ihrer Universität eine vernünftige Fehlzeitenregelung bescheinigen und selbst dort, wo es gute Konzepte für den Umgang mit Fehlzeiten gibt, sind diese zu einem Drittel abhängig vom Fach.

Für unsere Studierenden geht aus dieser Bilanz deutlich hervor, dass es im Bereich digitaler Lehre nach wie vor ein Umdenken auf Seiten der Lehrenden braucht: „Wir sind in der Digitalisierung weit hinter vielen anderen europäischen Ländern zurück – auch in der universitären Lehre. Einer der wenigen positiven Aspekte der Covid-Pandemie war der digitale Fortschritt, den wir in diesem Bereich gemacht haben. Es ist schade, dass der in vielen Fällen nicht beibehalten wurde,“ erklärt Anna Finger. Ihr Ausschussvorstandskollege,

Peter Schreiber, ergänzt: „Natürlich möchten wir Studierenden kein digitales >Fernstudium<, aber an den Stellen, an denen Digitalisierung den Studierenden eine höhere Flexibilität ermöglichen kann – nämlich immer dann, wenn der Unterricht nicht an den Patienten stattfindet – sollte diese Flexibilität auch ermöglicht werden. Auf diese Weise kann das Studium viel besser mit einem Nebenjob, der Pflege von Angehörigen oder der Betreuung von Kindern vereinbart werden und das sollte das Ziel sein.“

Zwischenmenschlicher Umgang in der Lehre: Insgesamt 34 Prozent der Befragten gehen davon aus, dass Rassismus, Sexismus und Diskriminierung an ihrer Uni ein Problem sind. Etwa 45 Prozent der Umfrageteilnehmenden geben an, dass sie in ihrem Studium schon herablassend von Dozierenden behandelt wurden. Dabei beziehen sich die Herablassungen zu ca. 12 Prozent auf das Geschlecht. Beispielfhaft genannt wurden von den Studierenden Sprüche wie z.B.: „Malen Sie 4 Kreise an die Tafel. So und das ist der Herd und da gehören Sie hin.“ „Alle Frauen werden Internistinnen oder Gynäkologinnen.“ „Ich operiere nicht mit Frauen am Tisch. Da sind die Brüste im Weg.“



Scheinbar gab es auch in den Auswahlgesprächen für die Studienplätze vereinzelt Fragen nach einem potenziellen Kinderwunsch.

„Dieses Maß an Sexismus im Studium bestürzt uns. Unabhängig davon, dass jede Form von Diskriminierung sowieso abzulehnen ist, kann bei einer Verweiblichung der Medizin, wie wir sie seit Jahren beobachten, ein solches Verhalten von Dozierenden gegenüber unseren Kommilitoninnen nicht angehen. Wir haben inzwischen in vielen Bereichen einen Ärztemangel. Da sollte der ärztliche Nachwuchs doch gefördert und nicht herabgesetzt werden. Wenn Frauen sich dann gegen männlich dominierte Fächer entscheiden, ist das doch kein Wunder. Und sicherlich wollen sich auch die wenigsten Männer unserer Generation in einem solchen Arbeitsumfeld bewegen“, erklärt Peter Schreiber die Konsequenzen der Umfrageergebnisse.

Mangelnden Respekt beklagten die Studierenden auch bei falschen Antworten. Viele gaben an, von den Dozierenden für Fehler vor dem ganzen Kurs ausgelacht oder angeschnauzt worden zu sein. Zudem werden laut der Umfrageteilnehmenden vor allem die Studierenden der Modellstudiengänge von Dozierenden oft als weniger intelligent als die Studierenden der Regelstudiengänge bezeichnet.

Anna Finger sagt dazu: „Es ist wirklich problematisch, dass viele Dozierenden die Modellstudiengänge herabwürdigen – gerade, weil die Modellstudiengänge als Vorlage für die neue Approbationsordnung gelten sollen und in einem intensiven Arbeitsprozess entstanden sind. Der andere Aufbau des Studiengangs hat nichts mit den kognitiven Fähigkeiten unserer Kommiliton:innen zu tun, sondern entspricht moderneren pädagogischen Konzepten. Dozierende, die das nicht verstehen, sollten sich dazu entsprechend fortbilden.“



Besondere Leistungen im Studium
Stipendienausschreibung 2023

Die Friedrich-Thieding-Stiftung vergibt für das Jahr 2024 wieder das **Hartmannbundstipendium** für sehr gute Leistungen im Medizinstudium und einem herausragenden sozial- oder berufspolitischen Engagement.

Die Details zur Bewerbung
finden Sie hier:

[www.hartmannbund.de/
Der Verband/Stiftungen/
Friedrich-Thieding-Stiftung/
Stipendium.](http://www.hartmannbund.de/Der-Verband/Stiftungen/Friedrich-Thieding-Stiftung/Stipendium)

Oder scannen Sie den QR-Code



Bewerben können Sie sich bis zum 23. Juni 2023. Die Vergabe erfolgt im November im Rahmen der Hauptversammlung des Hartmannbundes.

Anzeige

Exklusive Reise für die Leser des Hartmannbund-Magazins

Sri Lanka – Grünes Inseljuwel im Indischen Ozean



28. Juli bis 5. August 2023 | 9-tägige Rundreise
2.688 Euro p. P. im DZ mit Halbpension zzgl. 70 Euro Visagebühren
220 Euro Einzelzimmeraufpreis

Bade-/Stranderholung als Verlängerung optional buchbar (7 Nächte)
442 Euro pro Person im Doppelzimmer mit Halbpension
260 Euro Einzelzimmeraufpreis

Familiengerechter Reisetermin während der Schulferien

Ultramar Touristik Süd

Wir sind ein Fernreiseveranstalter für Gruppen- und Individualreisen und bieten hochwertige Kultur- und Studienreisen seit über 50 Jahren an. Neben den ausgesuchten Highlights der Reise dürfen Sie sich besonders auf die Herzlichkeit der Bewohner Sri Lankas freuen.

Unser Beirat, besetzt mit hochrangigen Politikern und Sparkassen-Vorständen, dokumentiert unseren Qualitätsanspruch und die hohe Zufriedenheit unserer Gäste (siehe Fußzeile).

Im Reisepreis inklusive:

- Bahntickets 2. Klasse ab/bis deutschem Heimatbahnhof zum Flughafen Frankfurt oder München
- Flug ab/bis Frankfurt oder München in der Economy-Class
- Flughafenservice in Frankfurt
- Übernachtung in 4-Sterne-Hotels mit Halbpension
- Alle Transfers, Besichtigungen und Eintritte vor Ort
- Hervorragender deutschsprachiger Reiseleiter

Die besonderen Highlights Ihrer Reise:

- Briefing in der Deutschen Botschaft zum Gesundheitswesen in Sri Lanka
- Dinner Speech mit einem Landarzt zu gesundheitspolitischen Themen im Land
- 4x UNESCO Weltkulturerbe: Sigiriya-Felsenfestung, Archäologischer Park Polonnaruwa, Höhlentempel Dambulla und Zahntempel in Kandy
- Gewürzgarten von Matala
- Königlicher Botanischer Garten in Peradeniya
- „Stadt über den Wolken“ Nuwara Eliya

Die Reise findet garantiert ab 15 Teilnehmern statt. Da in fast allen Bundesländern Schulferien sind, eignet sich die Reise auch für die ganze Familie, besonders durch die Verlängerungsmöglichkeiten am Strand.

Information und Anmeldung:
Andrea Steidle
Tel. 08387/39297-10
as@u-ts.de



Arbeitskraft ist das wichtigste Kapital

Risiken minimieren – Existenz sichern!



Als niedergelassene Ärztin oder als niedergelassener Arzt mit einer eigenen Praxis ist Ihre Arbeitskraft Ihr wichtigstes Kapital. Sollte diese ausfallen – etwa aufgrund eines Unfalls, einer schweren Krankheit, nach einem Feuer, Einbruchdiebstahl oder eines Cyber-Schadens – müssen Sie Ihre Praxis im schlimmsten Fall für mehrere Wochen schließen. Die Folge: Ihr regelmäßiges Einkommen fällt weg, während die Kosten für Ihre Praxis weiterlaufen. Hinzu kommt: Wer bezahlt den Praxis-Schaden und wer übernimmt die Wiederherstellungskosten der Daten und Programme? Fragen, die man sich lieber nicht stellen möchte, die sich aber jeder niedergelassene Mediziner stellen sollte.



Um den Mitgliedern des Hartmannbundes die bestmögliche Absicherung zukommen zu lassen, hat der Verband gemeinsam mit der Deutschen Ärzte Finanz, dem Standesversicherer der Ärztinnen und Ärzte, ein besonderes Paket mit Bausteinen zum Thema „Risikoabsicherung des Praxisbetriebs“ entwickelt, die „ohne Wenn und Aber“ auf die berufliche Situation von Ärztinnen und Ärzten zugeschnitten sind. Das Paket umfasst neben der Praxis-Ausfallversicherung, auch die Praxis-Vielschutz-Versicherung und die Cyber-Versicherung.

Ein Rundum-Absicherungspaket für Ihren Praxisbetrieb: Alle drei Produkte zielen auf eine Absicherung in verschiedenen Ausprägungen bei Praxisstillstand oder drohendem Praxisstillstand ab, ohne sich dabei zu überschneiden. Das Gesamtpaket wurde ausschließlich für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte konzipiert, die Mitglieder des Hartmannbundes sind. Wie das genau aussieht, belegen einige Schadenbeispiele aus der täglichen Versicherungspraxis, die Ihnen zeigen, in welchen Fällen Sie sich wirksam schützen können.

Praxisinhaltsversicherung: Sie selbst wissen am besten, wie viel Geld Sie in Ihre Praxis investiert haben und wie gravie-

rend bei einem Schaden die finanziellen Folgen sein können. Wenn Sie Ihren Praxisbetrieb für eine Weile unterbrechen müssen, kommen zu den Wiederherstellungskosten noch die laufenden Ausgaben hinzu. Für diesen Fall gibt es ein attraktives Konzept für die Praxisabsicherung: die Praxis-Vielschutz-Versicherung. Ihr umfassender Schutz greift bei Schäden an Ihrem

Praxisinventar und kommt für die Kosten bei einer Betriebsunterbrechung durch die entstandenen Schäden auf. In der Orthopädie-Praxis von Dr. Christian S. bricht ein Brand aus. Das gesamte Inventar wird zerstört und muss neu angeschafft werden. Der Wiederaufbau der Praxis wird neun Monate dauern. Die Praxis-Vielschutz-Versicherung sichert Sie gegen Praxis-Schäden und Wiederherstellung von Praxisinventar bzw. Medizintechnik nach Feuer, Einbruchdiebstahl, Leistungswasser und Sturm ab. Zusätzlich versicherbar sind auch Elementar-Schäden.

Praxisausfall-Versicherung: Zwei Schadenbeispiele aus der täglichen Versicherungspraxis zeigen Ihnen, in welchen Fällen Sie sich mit einer Praxisausfallversicherung gegen die Folgen einer Betriebsunterbrechung wirksam schützen können. Die Gynäkologin Sylvia G. fährt mit ihrer Familie in den Winterurlaub. Bei einer Skiabfahrt stürzt sie schwer. Im Krankenhaus vor Ort erfolgt sofort eine Not-Operation ihres gebrochenen linken Oberarms. Sie ist arbeitsunfähig, fällt für mindestens 15 Wochen aus und erwirtschaftet in diesem Zeitraum kein eigenes Einkommen. Die Kosten ihrer Praxis mit Personalkosten, Miete und

weiteren Ausgaben laufen jedoch weiter. Die Praxisausfall-Versicherung deckt hier den Verdienst von Frau Dr. G. und sichert die fortlaufenden Kosten in der Zeit ihrer Abwesenheit und sorgt so dafür, dass ihre Existenz gesichert bleibt.

Cyber-Versicherung: Cyber-Kriminalität, Cyber-Angriff, Cyber-Risiko – die Bedrohung aus dem Internet hat in Zeiten immer stärkerer Vernetzung nicht nur unterschiedliche Namen, sondern auch verschiedene Erscheinungsformen. Die Ziele der Angreifer sind dagegen immer dieselben: Manipulation, Diebstahl und Erpressung. Auch das Gesundheitswesen ist zunehmend davon betroffen. Insbesondere der illegale Handel mit Gesundheitsdaten hat sich zu einem äußerst lukrativen Markt entwickelt. Gleichwohl unterschätzen viele Medizinerinnen und Mediziner immer noch die Gefahr, zum Opfer von Hackern und Viren zu werden. So wie Dr. Hans-Dieter T. Seine Praxissoftware wurde an einem Wochenende gehackt, der Schaden erst im Laufe des Montags entdeckt. Ein Schadenprogramm hatte das Praxissystem befallen und im Laufe des Tages die gesamte digitale Infrastruktur der Praxis lahmgelegt. Das Problem: Klassische Sach- und Haftpflichtversicherungen erfassen Cyber-Risiken nur unzureichend. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Vertragsabschluss schon länger zurückliegt. Daher unsere Empfehlung: Sichern Sie sich und Ihre Praxis möglichst umfassend mit einer eigenständigen Cyber-Versicherung ab.

Lassen Sie sich jetzt zur neuen Rundum-Absicherung beraten! Sprechen Sie einfach mit Ihrer persönlichen Finanzberaterin oder Ihrem persönlichen Finanzberater der Deutschen Ärzte Finanz zum neuen Rundum-Absicherungspaket mit Praxis-Ausfallversicherung, Praxis-Vielschutz-Versicherung und Cyber-Versicherung. [Weitere Informationen erhalten Sie auch über service@aerzte-finanz.de](mailto:service@aerzte-finanz.de) oder unter der Telefonnummer 0221 – 148 32323.

Im Gespräch mit AMBOSS-Mitgründer und Arzt in der Weiterbildung Allgemeinmedizin Dr. Kenan Hasan



Ärztliche Fortbildung muss kontinuierlich während der täglichen Patientenbehandlung stattfinden

AMBOSS-Mitgründer und Arzt in der Weiterbildung Allgemeinmedizin Dr. Kenan Hasan spricht über seinen Arbeitsalltag zwischen Hausarztpraxis und der Arbeit für praxisnahe Fortbildungskonzepte, mit denen Ärztinnen und Ärzte ihr Wissen trotz zeitintensiver Patientenbetreuung kontinuierlich auf dem neuesten Stand halten können.



Herr Dr. Hasan, als Mitgründer der ärztlichen Wissensplattform AMBOSS sind Sie zurzeit praktisch tätig. Wie sieht Ihr Alltag aus?

In meinem Alltag beschäftige ich mich auf zwei unterschiedlichen Ebenen mit der Medizin. Da ist einmal meine klassische hausärztliche Tätigkeit, der ich mich aktuell fast ausschließlich widme. Diesen Winter ging es noch viel mehr um Atemwegsinfekte als sonst. Viele klagten über eine Infektanfälligkeit, die sie in der Form bisher nicht kannten. Insbesondere bei jungen Eltern führten die vielen Krankmeldungen und die der Kinder zu ungeheurem Druck durch diverse Arbeitgeber, woraus sich psychische Krisen entwickelten. Nie zuvor musste ich so viele unterstützende Gespräche aufgrund psychischer Krisen führen. Auf der anderen Seite arbeite ich projektbezogen bei AMBOSS, wo ich z.B. Input darüber gebe, was für Hausärzte wichtig ist und wie wir die AMBOSS-Inhalte verbessern können, damit sie im Praxisalltag hilfreich sind. Zudem versuche ich, mit Kooperationspartnern neue Projekte anzustoßen.

Der Wechsel zwischen diesen zwei Tätigkeiten – der Arbeit am Patienten in der Hausarztpraxis und der Projektarbeit bei AMBOSS – bietet mir zwei unterschiedliche Sichtweisen auf die Möglichkeiten, medizinisches Wissen zum Wohle der Patientinnen und Patienten einzusetzen.

Sie haben sich für die hausärztliche Praxis entschieden. Warum Allgemeinmedizin?

Es war mir immer wichtig, das breite Spektrum zu beherrschen und da kam für mich nur die Allgemeinmedizin infrage. Mir ist dabei der unmittelbare Kontakt zu den Patientinnen und Patienten enorm wichtig, also die „sprechende Medizin“, die meiner Meinung nach in der gesamten Medizin viel zu kurz kommt.

Mein aktueller Weiterbildungsbefugter ist überzeugt, dass man 80% der Diagnosen mit der Anamnese herausbekommt – und es stimmt meiner Meinung nach! Also den Patient:innen genug Zeit geben sich zu äußern, nachfragen, zuhören....Dies deckt sich mit der Empfehlung der DEGAM. Denn es ist eindeutig: Wenn man auf das ärztliche Gespräch viel Wert legt, macht man nicht nur bessere Medizin, sondern Patient:innen fühlen sich besser aufgehoben und wir entlasten das Gesundheitssystem ökonomisch und ökologisch. Leider wird der Fokus immer noch fast ausschließlich auf teure High-Tech-Medizin gelegt, anstatt auf Basis-Medizin wie ärztliche Gespräche, Prävention und Pflege, wovon am Ende alle profitieren würden.

Lassen Sie diese Erkenntnisse auch in Ihre Arbeit bei AMBOSS einfließen?

In den Wissensinhalten von AMBOSS liegt der Fokus noch auf sehr konkreten Behandlungsempfehlungen fürs Nachschlagen im ärztlichen Alltag. Aktuell greifen wir Themen wie Arzt-Patienten-Beziehung, mentale Gesundheit, ökologische Aspekte über unsere News-Formate wie den Blog, in Podcasts oder auch in Fortbildungen auf.

Nutzen Sie AMBOSS im Praxisalltag auch selbst?

Klar. Nicht nur in der Praxis, sondern im Prinzip bei jeder medizinischen Fragestellung, die ich nicht auf Anhieb beantworten kann. Wenn ich mir in der Praxis bei einer

Therapiesituation unsicher bin, schlage ich in AMBOSS z.B. nach, welche alternativen Medikamentenoptionen es gibt, was ich dabei beachten muss usw.

Eine Nutzerin von AMBOSS hat den Lerneffekt mal gut beschrieben: Man baut durch das Nachschlagen automatisch mehr und mehr Wissen auf, wodurch dann in konkreten Behandlungssituationen gute Lösungsstrategien abrufbar sind. Ich glaube, das ist der entscheidende Faktor. Indem man immer wieder etwas nachschlägt, lernt man permanent weiter und baut sein Wissen kontinuierlich aus.

Kontinuierliches Lernen durch Nachschlagen ist für Sie also ein wichtiges Thema. Wird das nicht durch Fortbildungen abgedeckt?

Kurse sind der zweite Baustein des kontinuierlichen Lernens. Sie eignen sich perfekt, um tief in eine Thematik einzutauchen – dabei lernt man sehr bewusst. Aber ich glaube, einen großen Effekt hat das unbewusste Weiterbilden, indem man sich immer wieder mit einem Thema beschäftigt und Informationen von verschiedenen Seiten aufnimmt.

In Ihrer Position als Mitgründer – was ist die Vision von AMBOSS?

Ziel ist, dass AMBOSS in Zukunft möglichst jede Ärztin und jeden Arzt bei jeder Problemstellung unterstützen kann. Wir arbeiten daran, Probleme von Ärztinnen und Ärzten der verschiedensten Fachrichtungen zu erkennen, um dann immer mehr gezielte Problemlösungen anzubieten. Ich glaube, dass in Zukunft der Arzt, ein guter Arzt ist, der sein Wissen ständig kritisch beurteilt und sich weiterentwickelt.

Hartmannbund-Mitglieder profitieren im Rahmen des Mitgliedervorteils von 3 Monaten kostenfreiem AMBOSS-Zugang, um Behandlungsempfehlungen nachschlagen und CME-Fortbildungen absolvieren zu können. [Mehr Informationen unter: go.amboss.com/hartmannbund](https://go.amboss.com/hartmannbund)



„Niemals eine private Krankenversicherung?

Warum?“

Eine private Krankenversicherung (PKV) ist nichts für Frauen? Eine PKV ist im Alter unbezahlbar? Einmal PKV, immer PKV? – die Vorurteile gegenüber der PKV sind vielfältig. Sie haben auch Vorbehalte und kennen ein paar Mythen rund um das Thema PKV? Betrachtet man jedoch die einzelnen Mythen genauer, so können diese entkräftet oder widerlegt werden.

Mythos Nummer 1: Die PKV ist nichts für Frauen.

Falsch! Ob Mann oder Frau – das spielt in der PKV keine Rolle, denn jeder kann sich seinen Krankenversicherungsschutz individuell zusammenstellen. Zudem werden die Beiträge seit 2012 geschlechtsneutral kalkuliert, so dass es für Frauen und Männer einheitliche Prämien je Eintrittsalter gibt.

Zusätzlich profitieren Frauen während der Schwangerschaft von hervorragenden und umfassenden Leistungen ihrer PKV: 3D-Ultraschalluntersuchungen, Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, die Pränataldiagnostik und Rückbildungsgymnastik (unabhängig von der Anzahl der Sitzungen). Außerdem verzichtet die PKV in der Regel bei den Vorsorgeuntersuchungen auf die Einhaltung der Altersgrenzen (z.B. Mammographie-Screening). Einige Tarife bieten darüber hinaus eine Beitragsfreiheit

für bis zu sechs Monate während des Bezugs von Elterngeld.

Mythos Nummer 2: Die PKV ist im Alter nicht mehr bezahlbar.

Falsch! Im Monatsbeitrag der PKV ist bereits berücksichtigt, dass die Versicherten im Alter häufiger krank werden. Somit sparen privat Krankenversicherte von Anfang an Geld für eventuell höhere Krankheitskosten im Alter an. Um höheren Beiträgen im Alter entgegenzuwirken, gibt es in der PKV unterschiedliche Instrumente, die zur Stabilisierung beitragen: Zahlung eines 10%igen gesetzlichen Zuschlages, Bildung von Alterungsrückstellungen oder Abschluss eines Tarifes zur Beitragsentlastung im Alter.

Mythos Nummer 3: Wenn man einmal in der PKV ist, kommt man nicht mehr zurück!

Falsch! Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Rückkehr in die GKV möglich.

Ein Beispiel: Die Versicherungspflicht in der GKV tritt ein, wenn das Einkommen des angestellten Arztes bzw. der angestellten Ärztin unter die sogenannte Jahresarbeitsentgeltgrenze „rutscht“ (oder von der Jahresarbeitsentgeltgrenze eingeholt wird). Dies kann zum Beispiel bei der Erhöhung der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder bei Rückkehr aus der Elternzeit und gleichzeitigem Wechsel in eine Teilzeitschäftigung (Einkommen liegt unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze), der Fall sein. Ein weiterer möglicher Grund: Eintritt von Arbeitslosigkeit mit Bezug von Arbeitslosengeld (gilt für Personen unter 55 Jahre).

Sie kennen weitere Mythen zum Thema PKV? Gerne beraten wir Sie persönlich telefonisch, senden ausführliche Unterlagen oder vermitteln einen persönlichen Kontakt zum Berater der Deutschen Ärzte Finanz vor Ort.



Börsenstart in 2023

Inflationsgefahren und Rezessionsrisiken wurden ausgeblendet

Nach dem schlechten Anlagejahr 2022, das wir dank einer erhöhten Cashquote in den Portfolios im relativen Vergleich gut überstanden haben, hat sich die Stimmung an den Märkten in den ersten Wochen des neuen Jahres merklich verbessert. Die Risiken durch die herrschende hohe Inflation als auch die Angst vor einer Rezession wurden mehrheitlich ausgeblendet. Auch die vorhandenen geopolitischen Risiken werden mehrheitlich ignoriert. Der Krieg in der Ukraine, die Spannungen zwischen den USA und China oder der schwelende Taiwan Konflikt, um nur einige zu nennen, hatten keinen negativen Einfluss auf die positive Stimmung der Marktteilnehmer.

Diese positive Stimmung änderte sich aber, als im Februar die Anzahl der neu geschaffenen Stellen in den USA viel höher als erwartet ausfiel. In einer Phase mit bereits hoher Inflation läuft der US-Arbeitsmarkt auf Hochtouren. Die Arbeitslosenquote sank auf 3.4%, den tiefsten Stand seit 50 Jahren. Das weckte die Befürchtungen an den Märkten, dass die Fed (US-Notenbank) nicht in naher Zukunft die Zinsen senken werde, wie bis dahin die meisten Akteure prophezeiten. Das Pendel schlug im Gegenteil in die andere Richtung aus. Plötzlich war die Erwartung, dass die Fed und damit auch andere (nicht zuletzt europäische) Notenbanken in den kommen-

den Monaten die Zinsen weiter erhöhen würden.

Da die Arbeitsmärkte in der Schweiz und Europa ebenfalls in guter Verfassung sind (Stichwort Fachkräftemangel), wird auch von der SNB und der EZB eine weitere Erhöhung der Zinsen erwartet.

Trotz etwas tieferer Inflation sind die aktuellen Inflationsdaten noch immer weit entfernt vom angestrebten Wert von ca. 2%. Vor diesem Hintergrund erscheint ein geldpolitischer Kurswechsel der Zentralbanken immer noch verfrüht; sie werden in nächster Zeit nicht von ihrem straffen Kurs abweichen. Der hohe Inflationsdruck muss zuerst unter Kontrolle gebracht werden. Es ist die schwierige Aufgabe der Zentralbanken, abzuwägen wie hoch die Zinsen steigen können, ohne die Wirtschaft zu stark zu behindern. Das macht den Unterschied zwischen einem sogenannten «soft-landing» oder «hard-landing» (Rezession) aus.

Der fundamentale Ausblick bleibt aus unserer Sicht verhalten. Die wirtschaftlichen Frühindikatoren verschlechterten sich in den vergangenen Monaten weiter. Die Immobilienmärkte signalisierten in Folge verschärfter Finanzierungsbedingungen eine Abschwächung. Die Entwicklung der Industrie kühlt sich ab, während der Dienstleistungssektor Stärke zeigt und hohe Preissteigerungen durchsetzen kann.

sora Banking & beyond



Das abrupte Reopening in China nach dem rigorosen Covid Lockdown hat die globalen Lieferkettenprobleme verringert. Ausserdem ist die Produktion im Reich der Mitte wieder in grossem Stil angelaufen. Viele (Vor) Produkte sind wieder zu einem vernünftigen Preis und mit akzeptablen Fristen erhältlich.

Aus unserer Sicht bleibt die Ausgangslage für Investitionen weiterhin anspruchsvoll. Im gegenwärtigen Umfeld bremsen hohe Inflationsraten und restriktive Zentralbanken das Wachstum trotz ausserordentlich starker Arbeitsmärkte.

Die gestiegenen Zinsen machen die Obligationenmärkte wieder attraktiver. Auf Aktienengagements sollte unserer Meinung nach aber nicht verzichtet werden. Eine dem Risikoappetits des einzelnen Anlegers angemessene Diversifizierung zwischen den Anlageklassen (inklusive angemessener Cashquote für plötzliche und unerwartete Ereignisse) scheint uns die beste Positionierung in dieser von vielen Unwägbarkeiten geprägten Zeit zu sein.

Neuer Dorint Standort in München/Garching

Modernes Businesshotel in aufstrebender Umgebung

Dorint
Hotels & Resorts



Fotos: Dorint

Seit dem 1. Februar 2023 nimmt das neue Dorint Hotel München/Garching seine Gäste in Empfang. Mit einem vielversprechenden sowie ambitionierten Konzept und einem hochmotivierten Team passt Dorint ideal in das lebendige Umfeld, in dem sich inzwischen mehr als 100 Unternehmen angesiedelt haben. Der Hotelneubau in München/Garching befindet sich auf dem Business Campus Garching, nördlich von München. Ein attraktiver Standort, dem die Zukunft gehört: Das parkähnliche Ambiente sowie die optimale Verkehrsanbindung an die Münchner City und zum Flughafen bilden exzellente Bedingungen für Ihren Business- oder Privataufenthalt. Auch die Allianz Arena ist von hier aus schnell zu erreichen und nur eine Haltestelle entfernt.

207 Zimmer in 3 Kategorien – darunter 11 Apartments – versprechen den höchsten Komfort. Kulinarisch begeistert das moderne Wirtshaus „Josef’s“ mit einer großflächigen Terrasse. Hier trifft neuzeitlich bayerische Küche und Gemütlichkeit

auf internationales, modernes Flair. Für einen Kaffee am Nachmittag oder einen Aperitif nach Check-in empfiehlt sich unsere Lobby Bar. Das Highlight des stilvoll eingerichteten Hauses erwartet Sie im 5. Stock: „Rosi’s“ Rooftop & Bar. Genießen Sie den traumhaften Blick bis zu den Alpen und lassen den Tag bei lockerer Lounge-Atmosphäre entspannt ausklingen.

Veranstalten Sie erfolgreiche Meetings und Events für bis zu 235 Personen in unseren Tagungsräumen. Insgesamt 4 Konferenzräume mit angrenzendem Foyer stehen Ihnen hierfür zur Verfügung. Dazu können Sie auf 3 zusätzliche Boardräume zugreifen, um flexibel und effektiv zu bleiben, wie es Ihre Veranstaltung erfordert.

Für sportliche Aktivitäten bietet sich unser 135 m² großes Fitnessstudio hervorragend an. Hier können Sie sich an verschiedenen Geräten nach anstrengenden Terminen auspowern. Wer lieber im Freien trainiert, findet wunderbare Jogging- und Nordic-Walking-Strecken in direkter Hotel-

nähe. Zahlreiche Golfplätze im Großraum München laden zu einer Partie Golf unter Freunden oder Geschäftspartnern ein.

Entdecken Sie mehr oder reservieren gleich hier unter:
Dorint · Hotel · München/Garching
Parkring 51 – 53 · 85748 Garching
Tel.: +49 89 360380-0
info.garching@dorint.com
dorint.com/muenchen-garching

Vorteile für Hartmannbund-Mitglieder

MSG - Ihr starker Partner für den medizinischen Einkauf, Service und Praxiseinrichtung

MSG
MED. GERÄTE, HANDEL
UND SERVICE GMBH

Die Firma MSG in Wuppertal im Herzen des Bergischen Landes, ist seit Mitte der 80er Jahre der starke Partner Ihres Vertrauens im Bereich des medizinischen Fachhandels.

Aus einem Labor-Kurierdienst (Proben- und Befundtransport) haben wir uns zu einem sehr erfolgreichen Handelsunternehmen im Gesundheitsbereich entwickelt und versorgen seit 1984 Arztpraxen, Medizinische Versorgungszentren, Laboratorien, Krankenhäuser, Apotheken, Heilpraktiker und Einrichtungen des Gesundheitswesens mit Praxis-, Krankenhaus- und Sprechstundenbedarf sowie mit Medizintechnik und medizinischem Mobiliar.

Wir bieten unsere Produkte sowohl lokal mit unserem Jahreskatalog, als auch über unseren Onlineshop über die Grenzen von Deutschland an. Profitieren Sie von einem vielseitigen, mehr als 30.000 Artikel umfassenden Portfolio, das wir Ihnen in unseren gut sortierten Kategorien online anbieten. Bei uns bekommen Sie eine große Auswahl

an medizinischem Verbrauchsmaterial, Desinfektions- und Reinigungsmittel sowie medizinische Geräte und Instrumente. Wir führen alle bekannten Marken und können Ihnen auf die allermeisten Fragen eine passende Antwort geben.

Mitglieder des Hartmannbundes erhalten 10% Rabatt auf unsere ausgewiesenen Preise (Ausgeschlossen sind Sonderangebote und Restposten).

Neu im Programm haben wir die Firma Schmitz mit einer bunten Palette an wählbaren Farben für alle Arten von Liegen, Hockern und Stühlen aus dem varimed Programm.

Sie können aus über 3800 Kombinationen hochwertige Schmitz-Möbel in Ihrer gewünschten Farbkombination konfigurieren. In unserem Shop können Sie jede Variante abgebildet finden und so eine reale Vorstellung des ausgesuchten Möbels bekommen und prüfen ob es sich optimal in Ihre Praxis integrieren lässt. Sollte dies immer noch nicht ausreichen, können Sie auf Wunsch

eine Lackierung in jedem RAL-Farbtönen bekommen.

Wir freuen uns, Ihnen unseren neuen Komplettservice für Praxiseinrichtungen vorstellen zu können. Zusammen mit unserem langjährigen Partner für Büro- und Objektausstattung und Innendesign mit angegliederter Schreinerei, erstellen wir mit besonderem Augenmerk auf aktuelle Trends, Designs und technischen Ausstattungen für unsere Kunden maßgeschneiderte Komplettlösungen mit unserer großen Produktvielfalt und Erfahrung in diesem Bereich.

Von der Idee, über die Beratung und Planung bis zum fertigen Projekt bieten wir alles aus einer Hand. Gemeinsam mit unseren Kunden entwickeln wir moderne Einrichtungsideen in unserem 3D RoomPlaner-Programm.

Gerne unterstützen wir dabei aber auch die Kunden, die Ihre Ideen und Vorstellungen erst einmal selber planen möchten und stellen hier unsere Planungssoftware kostenfrei zur Verfügung.

Gesundheitspolitischer Dialog der Mitteldeutschen Hartmannbund Landesverbände

Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

„Wo sind all die Ärztinnen und Ärzte hin...?“

Gastredner:

Prof Dr. med. Günter Stein
(ehem. Direktor der Klinik für Innere Medizin III, FSU Jena),

Robin Seel
(KV Thüringen, Kompetenzzentrum Weiterbildung)

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. Jörg Müller
Vorsitzender des Hartmannbund Landesverbandes Thüringen

Wann und wo:

Samstag, 06. Mai 2023, um 10:00 Uhr,
Mercure Hotel, Gutenbergstr. 2A, 07548 Gera



Zur Anmeldung und für weitere Informationen scannen Sie bitte den QR-Code oder rufen Sie direkt unsere Website auf: www.hartmannbund.de/gesundheitspolitischer-dialog-2023
Hinweis: Eine Zertifizierung wurde bei der Landesärztekammer Thüringen beantragt. Bitte bringen Sie Ihr Barcode-Etikett mit.



Foto: Björn Wylezich/Shutterstock.com

Worauf Berufsträger in einer Gemeinschaftspraxis achten müssen

Infektion gibt es auch im Steuerrecht

Ärzte und Zahnärzte genießen als Freiberufler besondere steuerliche Privilegien. Sie sind ertragsteuerlich von der Verpflichtung befreit, jährlich eine Bilanz aufzustellen. Die einheitliche Umsatzgrenze von 600.000 Euro und die Gewinngrenze von derzeit 60.000 Euro für gewerbliche Unternehmen, bis zu der es erlaubt ist, seinen Gewinn mittels Einnahmen-Überschuss-Rechnung zu ermitteln, gilt bei ihnen nicht. Mangels eines Gewerbebetriebs fällt bei ihnen grundsätzlich auch keine Gewerbesteuer an. Umsatzsteuerlich sind ihre Umsätze als Heilbehandlungsleistungen in der Regel steuerbefreit. Steuerpflichtige Umsätze, wie zum Beispiel individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) oder bei einer auf dem Dach der Praxis installierten Photovoltaikanlage müssen somit nicht schon im Zeitpunkt der Leistungserbringung umsatzversteuert werden (sog. Soll-Versteuerung), sondern erst, wenn sie das Entgelt tatsächlich vereinnahmt haben (Ist-Versteuerung).

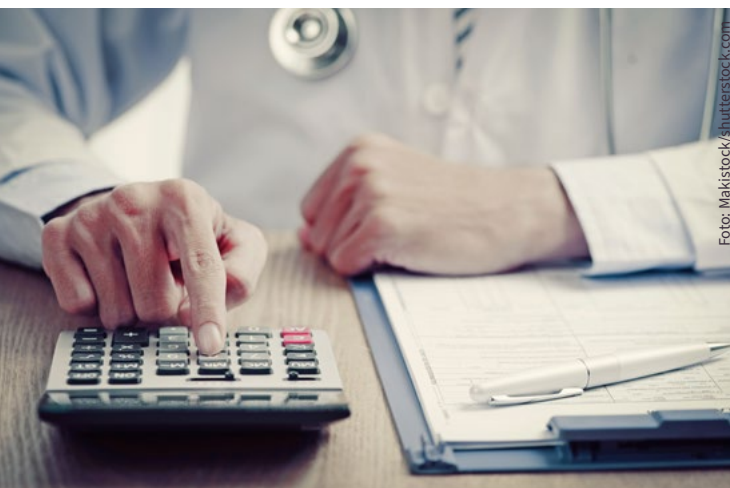


Foto: Makistock/Shutterstock.com

ger zur gemeinschaftlichen Berufsausübung zusammen (sog. Berufsausübungsgemeinschaft). Steuerlich handelt sich hierbei um eine sogenannte Mitunternehmerschaft; der einzelne Berufsträger ist somit kein Einzel-, sondern ein Mitunternehmer der Gesellschaft, die beispielsweise in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) oder als Partnerschaftsgesellschaft (ggf. mit be-

schränkter Berufshaftung) gegründet und betrieben wird.

Bagatellgrenze schafft Schutz vor Gewerblichkeit: Anders als bei Einzelunternehmen werden bei diesen Mitunternehmerschaften generell die gesamten Einkünfte der Gesellschaft insgesamt in gewerbliche Einkünfte umqualifiziert, wenn die Gesellschaft „auch“ gewerbliche Einkünfte erzielt; eine Aufteilung in freiberufliche und gewerbliche Einkünfte findet nicht statt. Das „auch“ bedeutet dabei grundsätzlich, dass schon der erste vereinnahmte gewerbliche Euro (beispielsweise aus einem berufsrechtlich zulässigen Verkauf von Handelsware) zur gewerblichen Infektion führen könnte.

Glücklicherweise hat sich der Bundesfinanzhof (BFH) bereits mehrfach hierzu geäußert und sogenannte Bagatellgrenzen eingeführt, welche die Berufsausübungsgemeinschaften vor dieser überzogenen gesetzlichen Regelung schützt. So bleibt es unschädlich, wenn die Mit-

unternehmerschaft im Veranlagungszeitraum einen äußerst geringfügigen Anteil von nicht mehr als 3 Prozent der Netto-Umsatzerlöse gewerblicher Art erzielt (verhältnismäßige Bagatellgrenze) und zusätzlich die gesamten Netto-Umsatzerlöse den Betrag von 24.500 Euro (angelehnt an den gewerbsteuerlichen Freibetrag für gewerbliche Einkünfte) nicht überschreiten (absolute Bagatellgrenze).

Ob die Gesellschaft mit dieser Tätigkeit insgesamt einen Gewinn oder Verlust erzielt, ist im Übrigen nicht erst seit der jüngsten Gesetzesänderung irrelevant. Denn der BFH hatte für eine vermögensverwaltende Personengesellschaft mit einer verlustbringenden Photovoltaikanlage auch vorher schon bestätigt, dass gewerbliche Verluste eine Infektion nicht verhindern können. Zwar führen Photovoltaikanlagen aufgrund einer Änderung durch das Jahressteuergesetz 2022 nicht mehr zu einer Abfärbung oder Infektion der Einkünfte. Dennoch ist in vielen weiteren Fällen Vorsicht geboten, wenn eine der Grenzen überschritten wird, da es dann zur Abfärbung kommen kann, sodass alle Einkünfte als gewerblich umqualifiziert werden.

Ausnahme: Bei Beteiligungen einer Mitunternehmerschaft an einer anderen gewerblichen Gesellschaft sieht der BFH keine Notwendigkeit für einen Schutz durch Bagatellgrenzen, sodass die Freiberuflichkeit schon mit dem ersten Beteiligungsergebnis verlorengehen kann. Gewerbesteuer fällt dann zwar dennoch meist nicht an, weil auch eine reine Beteiligungsgesellschaft kein Gewerbebetrieb ist und bei ihr grundsätzlich keine Gewerbesteuer entsteht. Anders verhält es sich jedoch, wenn die gewerbliche Gesellschaft von der

Berufsausübungsgemeinschaft beherrscht wird (sogenannte personelle Verflechtung) und gleichzeitig auch wesentliche Betriebsgrundlagen entgeltlich oder unentgeltlich überlassen werden (sogenannte sachliche Verflechtung), weil dann eine Betriebsaufspaltung vorliegt, wodurch die Berufsausübungsgemeinschaft nicht lediglich als Beteiligungsgesellschaft, sondern als Besitzunternehmen einer Betriebsaufspaltung gilt und somit selbst aktiv einen Gewerbebetrieb unterhält. In diesem Fall entsteht auch auf Ebene der Berufsausübungsgemeinschaft Gewerbesteuer.

Vorsicht bei berufs fremden Gesellschaftern: Ganz besondere Vorsicht ist auch bei Berufsausübungsgemeinschaften geboten, wenn die an ihr beteiligten Berufsträger selbst nicht die Voraussetzungen für die freiberufliche Tätigkeit als Arzt erfüllen. Denn berufs fremde Gesellschafter sind in der Regel nur dann unschädlich, wenn diese ihrerseits zumindest in einem anderen freien Beruf tätig sind, wie bspw. bei einer GbR, die aus einem Arzt und einem wissenschaftlichen Dokumentar oder einem Rechtsanwalt (mit Spezialisierung auf Medizinrecht) besteht. Alle beteiligten Berufsträger müssen dabei aufgrund eigener Fachkenntnisse selbst leitend und eigenverantwortlich für die Berufsausübungsgemeinschaft tätig sein. Die Mithilfe fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte, wie von Sprechstundenhilfen und Arzthelfern, ist dabei zwar unschädlich. Dennoch ist ein gewisses Maß an Überwachung und eigener

Mitarbeit erforderlich. Bei Abgrenzungsfragen im Einzelfall sollte hierbei unbedingt die umfassende Rechtsprechung des BFH beachtet werden.

Arbeitsteilung kann schädlich sein: Auch aktuell ist hierzu noch ein Verfahren beim BFH unter dem Aktenzeichen VIII R 4/22 anhängig, bei dem es um die Frage geht, ob es genügt, wenn ein beteiligter Arzt nicht mehr in jedem Einzelfall tätig wird, sondern sich vorwiegend auf die Kanzleiführung und die Betreuung der Patienten in der Praxis konzentriert. Im vorliegenden Streitfall hatte der beteiligte Zahnarzt weder feste Behandlungstage noch war gewährleistet, dass er im Rahmen seiner unregelmäßigen Praxistätigkeiten (einmal pro Woche) überhaupt systematisch in die Patientenbehandlung eingebunden war und Patienten allenfalls bei zufälligen Begegnungen in der Praxis beriet. Er trug zwar nur mit 0,28 Promille zum Umsatz der Partnerschaftsgesellschaft bei, sodass weder die vom BFH entwickelte prozentuale Bagatellgrenze von 3 Prozent der Nettoumsätze, noch die betragsmäßige Bagatellgrenze von 24.500 Euro der Nettoumsätze überschritten wurde. Das Finanzgericht Rheinland-Pfalz beurteilte ihn jedoch im Grunde als eine Art passiven Gesellschafter und qualifizierte die gesamten Einkünfte der Partnerschaft in gewerbliche Einkünfte um.

Daher sollte in der Praxis immer gut dokumentiert werden, welcher Gesellschafter welche freiberuflichen Tätigkeiten übernimmt, um Ärger mit dem Finanzamt zu



Foto: Privat

Autorin: Peggy Schindler, Steuerberaterin im ETL ADVISION-Verbund aus Lutherstadt Wittenberg, spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen

vermeiden und Vorwürfe im Falle einer Prüfung bereits im Keim ersticken zu können.

Kontakt:

ETL ADVITAX
Steuerberatungsgesellschaft mbH & Co.
Lutherstadt Wittenberg KG
Puschkinstraße 11
06886 Lutherstadt Wittenberg
advitax-wittenberg@etl.de
www.advitax-wittenberg.de
Tel: (03491) 418916

Einen Neuwagen kaufen?

Aber mit maximaler Ersparnis!

Augen auf beim....Autokauf! Das gilt vor allem, wenn man beschließt, einen Neuwagen zu kaufen, denn schließlich hat man ja auch besondere Erwartungen - wenn man schon so viel Geld in das Fahrzeug investiert.

In Zeiten von Rabattschlachten, Bonusprogramme und Zugaben ist es unser Anspruch, einen echten, transparenten und begründbaren Vorteil, guten Service und sehr gute Konditionen für unsere Kunden bereit zu stellen. Der Automarkt hat sich in den letzten Jahren grundlegend gewandelt. Bei der Anschaffung eines neuen Autos kann man viel sparen - vorausgesetzt,

man kümmert sich darum, wo man sein Wunschauto zu den günstigsten Konditionen bekommt.

Dann sind Sie hier genau richtig! Bei CarFleet24 lässt sich die komfortable Suche nach dem Wunschfahrzeug mit bestmöglichen Preisrabatten verbinden. Über die Internetseite www.carfleet24.de können Sie rund um die Uhr unabhängig von Öffnungszeiten auf Top-Angebote von zahlreichen Marken zugreifen. Dabei handelt es sich ausschließlich um Fahrzeuge, die für den deutschen Markt vorgesehen sind und von zertifizierten Markenhändlern verkauft werden.

Und nun wünschen wir viel Spaß bei der Zusammenstellung Ihres neuen Traumautos. Wir finden das passende Auto für Sie und freuen uns schon jetzt auf Ihre Anfrage!
Ihr CarFleet24-Team

Kontakt

CarFleet24 www.carfleet24.de
Passwort: hartmannbund
Fon: 089 -411146-59
Fax: 01805 - 717108*
E-Mail: kundenbetreuung@carfleet24.de
* (0,14 €/Min. aus dem Festnetz; max. 0,42 €/Min. aus den Mobilfunknetzen)



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

Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos*

Hausarztzentrum in Recklinghausen sucht: Facharzt für Innere Medizin mit hausärztlichem Schwerpunkt (m/w/d) oder einen Facharzt für Allgemeinmedizin (m/w/d)

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt für das Hausarztzentrum Antonius eine(n)

Facharzt für Innere Medizin mit hausärztlichem Schwerpunkt (m/w/d) oder einen Facharzt für Allgemeinmedizin (m/w/d) in Vollzeit oder Teilzeit.

Ihre Aufgaben:

Hausärztliche Beratung, Diagnostik und Behandlung Ihrer Patienten

Ihr Profil:

- Anerkennung als Facharzt (m/w/d) für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin
- Motivation und Leidenschaft in der Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie Sozialkompetenz im Umgang mit allen Berufsgruppen
- Einsatzbereitschaft und Verantwortungsbewusstsein

Wir bieten:

- einen modernen, zukunftssicheren, interessanten und abwechslungsreichen Arbeitsplatz im Rahmen eines guten Betriebsklimas in einem engagierten Team
- Tätigkeit in einem etablierten Hausarztzentrum
- Ein eingespieltes Praxisteam
- Flexible und planbare Arbeitszeiten in Vollzeit (40 Stunden) oder Teilzeit
- Förderung beim Erwerb von Zusatzqualifikationen
- Ein wertschätzendes und kollegiales Arbeitsklima
- Eine attraktive Vergütung
- 30 Tage Jahresurlaub

Bitte bewerben Sie sich per E-Mail oder schriftlich bei uns: Hausarztzentrum Antonius
Frau Britta Flesch, Antoniusstr. 16, 45663 Recklinghausen
Tel. 02361-30 29 20, hazantonius@docpost.de

NachfolgerIn gesucht für gynäkologischer Praxis im Oberallgäu

Gynäkologische Praxis im Allgäu: Arbeiten, wo andere Urlaub machen! Suche NachfolgerIn für meine etablierte, ertragsstarke gynäkologische Praxis im Oberallgäu, engagiertes Team, neues GE-Ultraschallgerät, vorteilhafte Mietkonditionen, günstige Verkehrslage, gerne Übergangsgemeinschaft, Kontakt: gyn.allgaeu@web.de

Entlastungsassistent*In für gynäkologische Praxis in Mölln ab sofort gesucht

Für unsere gynäkologische Praxis in Mölln (Schleswig Holstein) suchen wir ab sofort einen Entlastungsassistent*In. Gerne Vollzeit, aber auch Teilzeit möglich. Wir bieten eine großzügige und modern ausgestattete Praxis mit sehr nettem Team und freuen uns über ihre Bewerbung: praxis-fuer-die-frau@gmx.de

Sie möchten auf eine Chiffreanzeige antworten oder selbst ein Inserat aufgeben? Dann wenden Sie sich bitte an: Hartmannbund, Andrea Reich, Kurfürstenstr. 132, 10785 Berlin, Tel.: 030 206208-11, Fax: 030 206208-14, E-Mail: andrea.reich@hartmannbund.de.
*Im Mitgliedsbeitrag enthalten ist die Schaltung von zwei Anzeigen (außer rein gewerbliche) im Jahr.

Verkaufe 8 Wartezimmerstühle an Selbstabholer in Gelnhausen (Hessen)

Angeboten werden 8 klassische Freischwinger mit Armstützen (Bauhaus-Stil), verchromter Stahl, Kernleder, mit nur geringen Gebrauchsspuren, komplett für 440,- €. Nur Abholung (Raum Gelnhausen).

Bei Interesse bitte unter Chiffre: 033925 eine E-Mail an: redaktion@hartmannbund.de

Facharzt zur Übernahme einer Privatpraxis Dermatologie in Neu Ulm gesucht

Die Areion Privatpraxen in Neu Ulm sind ein Verbund aus Privatpraxen der Fachrichtungen HNO, Dermatologie, Augenheilkunde, Ästhetischer Medizin, Urologie, Kardiologie und Chirurgie/Proktologie. In einmaligem Ambiente des Kunstparks in Neu Ulm. Sie möchten unabhängig, flexibel und selbstständig arbeiten? Sie möchten keine administrativen und bürokratischen Prozesse, die Ihnen viel Zeit rauben? Wir suchen ab sofort für unsere voll ausgestatteten Privatpraxen für Dermatologie eine/n Facharzt/in mit folgenden Tätigkeitsbereichen:

- Diagnostik und Therapie bei Erkrankungen der Haut
- Kinderdermatologie
- Vorsorgeuntersuchungen mit erweiterter Hautkrebsfrühdagnostik
- Operative Dermatologie
- Laserbehandlungen der Haut

Ästhetisch-medizinische Behandlungen und Operationen
Informationen zum Zentrum unter www.areion-med.de Kontakt: schneider@ps-beteiligungen.de

Nachmieter für Praxisräume in Diedorf (Bayern) gesucht

Wir suchen einen oder mehrere Nachmieter als Praxisgemeinschaft für unsere Büro-/ Praxisräume in Diedorf mit guter Verkehrsanbindung, einigen Parkmöglichkeiten, diverse Einkaufsmöglichkeiten, sowie einer Apotheke im Nachbargebäude.

Die Gesamtfläche setzt sich aus dem kompletten 1. Geschoss und weiteren Büros im 2. Stock zusammen, insgesamt ergeben sich so 369 m². Im 1. Stock befinden sich 13 Räume (inklusive Wartezimmer, Empfang und Küche), sowie getrennte Toiletten, ein weiteres Badezimmer mit Toilette und eine voll ausgestattete Küche im Wert von 17.000 €.

Im 2. Stock sind nochmals 5 Zimmer, getrennte Toiletten, ebenfalls ein weiteres Badezimmer mit Toilette, sowie eine kleine Küche.

Des Weiteren sind 6 Parkplätze und 2 Briefkästen enthalten. Die Räume können auch vorab bei uns als Untermieter gemietet werden. Bei Interesse melden Sie sich gerne bei uns! Kontakt: Tel: 082379529710 / Email: info@facharztpraxis-thon.de

VASOSONO Kurszyklus Doppler-/Duplexsonographie

in Zusammenarbeit mit der ÄK Sachsen-Anhalt - nach KBV Richtlinien

- interdisziplinärer Grundkurs (alle Gebiete): 15.09.- 17.09.2023
- Aufbau- & Abschlusskurse: extracranie: 24.11.- 25.11. 2023
- peripher: 19.01. - 20.01.2024 | intracranie: 15.03.- 16.03.2024
- retrop./mediast./ abdom.: 16.03.- 17.03.2024

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

IMPRESSUM

Herausgeber:

Hartmannbund – Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.
Kurfürstenstraße 132 · 10785 Berlin
Tel. 030 206208-0 · Fax 030 206208-29
www.hartmannbund.de
E-Mail: hb-info@hartmannbund.de

Redaktion:

Michael Rauscher (v.i.S.d.P.)
Gitta Dietrich
Pressereferat Hartmannbund
Kurfürstenstraße 132 · 10785 Berlin
Tel. 030 206208-11 · Fax 030 206208-14
E-Mail: presse@hartmannbund.de
Titelthema Ausgabe 01/2023 von:
Aileen Hohnstein

Verlag:

Köllen Druck+Verlag GmbH
Postfach 41 03 54 · 53025 Bonn
Ernst-Robert-Curtius-Str. 14 · 53117 Bonn
Tel. 0228 98982-90 · Fax 0228 98982-99
E-Mail: r.akarcay@koellen.de

Anzeigenverwaltung:

Rohat Akarcay, Köllen Druck+Verlag GmbH

Satz & Gestaltung:

Köllen Druck+Verlag GmbH
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14
53117 Bonn
www.koellen.de

Druck & Vertrieb:

Köllen Druck+Verlag GmbH
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14
53117 Bonn
Mitteilungsblatt des Hartmannbundes –
Verband der Ärztinnen und Ärzte
Deutschlands e.V.

Erscheinungsort:

Bonn – 4 Ausgaben jährlich
Einzelheft 3,50 Euro
Jahresabonnement 12 Euro,
incl. 7 Prozent MwSt., zzgl. Versandkosten
ISSN: 0944-7369

Für Mitglieder des Hartmannbundes ist der Bezugspreis durch die Mitgliedschaft abgegolten. Nachdruck, Kopien, Aufnahme in elektronische Medien (auch auszugsweise) nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. keine Gewähr. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

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

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

Titelbild: Ellegant/ Ihor Nebesnyi/
shutterstock.com

Icons: © venimo – adobe.stock.com



Digitalgesetz im Anmarsch!

Kurz vor Redaktionsschluss des Magazins hat Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach gemeinsam mit dem neuen Vorsitzenden des Sachverständigenrates Gesundheit, Professor Michael Hallek, die Eckpunkte des im Rahmen der Digitalisierungsstrategie des BMG angestrebten Gesetzgebungsvorhabens „Digitalgesetz und Gesundheitsdatennutzungsgesetz“ vorgestellt. Der Entwurf soll offenbar bis Mai 2023 vorliegen. Wir haben noch einmal die wichtigsten Punkte zusammengefasst und werden uns in der nächsten Ausgabe des HB Magazins im Detail mit den (dann konkretisierten) Plänen des Bundesgesundheitsministeriums auseinandersetzen.

Das Digitalgesetz

- Bis Ende 2024 soll die elektronische Patientenakte für alle gesetzlich Versicherte eingerichtet werden (Opt-Out).
- Das E-Rezept soll zum 1. Januar 2024 verbindlicher Standard in der Arzneimittelversorgung und die Nutzung stark vereinfacht werden (E-Rezept kann dann sowohl mit Gesundheitskarte wie mit ePA-App eingelöst werden).
- Ungewollte Wechselwirkungen von Arzneimitteln sollen vermieden werden, indem – in enger Verknüpfung mit dem E-Rezept – die ePA für jeden Versicherten mit einer vollständigen, weitestgehend automatisiert erstellten, digitalen Medikationsübersicht befüllt wird.
- Die Gesellschaft für Telematik (gematik GmbH) wird zu einer Digitalagentur in 100 % Trägerschaft des Bundes weiterentwickelt und in ihrer Handlungsfähigkeit gestärkt.
- Assistierte Telemedizin soll künftig in Apotheken oder Gesundheitskiosken angeboten werden können, insbesondere auch in unterversorgten Regionen.
- Behandlungs-Programme (DMP) sollen um stärker digitalisierte Programme ergänzt werden.
- Ein interdisziplinärer Ausschuss, der u.a. mit Vertretern von BfDI, BSI, Medizin und Ethik besetzt sein wird, soll künftig die Digitalagentur bei allen Entscheidungen mit Empfehlungen zu Fragen des Datenschutzes, der Datensicherheit, der Datennutzung und der Anwenderfreundlichkeit beraten. Dies ersetzt den bisherigen Prozess der Einvernehmensherstellung mit BSI und BfDI.

Das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG)

- Eine zentrale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle wird aufgebaut, die den Zugang zu Forschungsdaten aus verschiedenen Quellen (z.B. Krebsregister, Krankenkassendaten) ermöglicht. Die Verknüpfung unterschiedlicher Datenquellen wird über Forschungspseudonyme ermöglicht. Die Daten bleiben dezentral gespeichert.
- Die federführende Datenschutzaufsicht für bundesländerübergreifende Forschungsvorhaben wird auf alle Gesundheitsdaten erweitert. D.h.: Die datenschutzrechtliche Aufsicht für länderübergreifende Forschungsvorhaben im Gesundheitswesen erfolgt dann nur noch durch eine/n Landesdatenschutzbeauftragte/n.
- Das Forschungsdatenzentrum Gesundheit (FDZ) beim BfArM wird weiterentwickelt: Künftig soll auch die forschende Industrie dort Anträge auf Datenzugang stellen können. Entscheidend für die Anfragen ist der Nutzungszweck, nicht der Absender.
- Die Datenfreigabe aus der elektronischen Patientenakte (ePA) wird vereinfacht, kann nutzerfreundlich in der ePA-App gesteuert werden (Opt-Out). Pseudonymisierte ePA-Daten sollen künftig zu Forschungszwecken automatisch über das FDZ abrufbar sein.



Mehr aktuelle Informationen
auf www.hartmannbund.de



FOLGEN SIE UNS AUF SOCIAL MEDIA!

Sie finden uns auf Instagram, Facebook und Twitter



Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.



*Als guter Arzt muss ich mir
Zeit nehmen. Diesen Maßstab
lege ich auch an andere an.*

Was ist wichtig in Ihrem Leben?

Was immer Sie beschäftigt, sprechen Sie mit uns.

 apobank.de/die-zeit-ist-jetzt

 **apoBank**
Bank der Gesundheit