

02/2023



Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund Magazin

Revolution oder Stückwerk?

KRANKENHAUSREFORM

Warum wir dringend eine
echte Neuordnung brauchen!



Niederlassungsseminare – Ihr Einstieg in die Selbstständigkeit

Ob Neugründung, Übernahme oder Einstieg in eine bestehende Praxis, informieren Sie sich unverbindlich.



Jetzt anmelden unter:
www.aerzte-finanz.de/Niederlassungsseminare

**Deutsche
Ärzte Finanz**

Standesgemäße Finanz-
und Wirtschaftsberatung

Editorial



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

*Liebe Kolleginnen,
Liebe Kollegen*

die unfassbare Geschwindigkeit, mit der sich die Dinge um uns herum verändern, auch mitten im Zentrum unseres täglichen Tuns, verlangt uns allen bisweilen Einiges ab. Das gilt auch für die Integration künstlicher Intelligenz (KI) in die Medizin. Sie kann – und sie wird – Vorteile für unsere Arbeit mit dem und am Patienten bringen. Davon bin ich überzeugt. Wir sollten sie als Chance begreifen. Zur Bedrohung kann sie werden, wenn wir uns nicht mit den Risiken dieser Revolution auseinandersetzen. Sachlich und unaufgeregt. Deshalb kommt es darauf an, dass wir uns bei der Nutzung von KI – auf Basis eines gesellschaftlich breit getragenen Konsenses – auf klar definierte Grundregeln und Grenzen verständigen. Denn es geht um viel.

Es geht zum Beispiel um die Wahrung von Privatsphäre und den Schutz von Daten. Kaum etwas ist so sensibel wie unsere Gesundheitsdaten. Sie werden von der künstlichen Intelligenz in großen Mengen zusammengetragen, analysiert und gespeichert. Ihr Schutz hat höchste Priorität. Medizinische Daten müssen vor unbefugtem Zugriff sicher sein. Dazu braucht es klare Richtlinien – unter Berücksichtigung der Souveränität von Patientinnen und Patienten.

Wenn der Ausgangspunkt ärztlichen Handelns hoch komplexe KI-„Entscheidungen“ sind, dann müssen die Kolleginnen und Kollegen verstehen und überprüfen können, auf welchem Wege diese „Entscheidungen“ zustande gekommen sind. KI-Algorithmen müssen transparent und nachvollziehbar sein. Nur dann wird man künstlicher Intelligenz vertrauen. Nur dann werden Ärztinnen und Ärzte sie in ihre medizinischen Entscheidungen involvieren. Und sie werden dies nur dann tun, wenn klar ist, wer für mögliche Fehler oder Schäden verantwortlich ist. Die Verantwortlichkeiten zwischen Ärzten, Herstellern von KI-Systemen und allen anderen Beteiligten müssen klar definiert sein. Es geht um unsere Rechte, aber auch um die unserer Patientinnen und Patienten.

Mit Blick auf deren Rechte ist es unter medizin-ethischen Gesichtspunkten im Übrigen von essenzieller Bedeutung, dass – im Sinne von Gleichheit und Zugänglichkeit – alle dieselben Chancen auf den Zugang von KI besitzen. Dabei ist es auch an uns als Ärztinnen und Ärzten, sicherzustellen, dass unsere Patientinnen und Patienten gut informiert sind, dass ihre Autonomie gewahrt ist und dass sie ihre Präferenzen und Wünsche bei der Behandlung auf Basis nachvollziehbarer Informationen artikulieren können. Menschliche Interaktion und Mitgefühl müssen immer Grundpfeiler der vertrauensvollen Arzt-Patientenbeziehung bleiben.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, die Respektierung klar definierter und unmissverständlich formulierter Grenzen ist von entscheidender Bedeutung, wenn wir sicherstellen wollen, dass der Einsatz von KI in der Medizin im Einklang mit den Werten der medizinischen Ethik und dem Wohl von Patientinnen und Patienten steht. Um diesen Rahmen klug und verantwortlich zu setzen, brauchen wir den offenen und konstruktiven Dialog zwischen Ärzteschaft, Forschung, Ethikexpert:innen und Politik. Nur wenn es uns gelingt, diesen erfolgreich zu führen, werden wir die notwendige gesellschaftliche Akzeptanz für den Einsatz künstlicher Intelligenz in der Medizin erreichen. Und das ist aller Mühen wert.

Zum Schluss noch ein Appell an uns alle: Lassen Sie uns nicht zu bequem werden und im Alltag überall und allzu beliebig auf die KI setzen. Fordern und fördern wir lieber die eigene Intelligenz und machen ihr deutlich, dass wir sie nicht abgeschrieben haben!

Mit kollegialen Grüßen,

Klaus Reinhardt

”

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



Auch im Verband sind wir gemeinsam stark.



Hartmannbund

STARK FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE.

Inhalt

Erwartungshaltung und Erfolgsdruck sind gewaltig

An Superlativen hat es bisher – jedenfalls rhetorisch – nicht gemangelt. Als „Revolution“ hatte der Bundesgesundheitsminister seine Krankenhausreform schon früh gepriesen. Von einer „Sternstunde für unsere Krankenhäuser“ war Anfang Juni nach der Sitzung von Bund und Ländern zur Beratung der Krankenhausreform die Rede und bei der anschließenden Pressekonferenz lag sogar so etwas wie Hochstimmung in der Luft. Was für ein Kontrast nach Wochen des Abwartens und des Kompetenzgerangels, der Skepsis, Ablehnung und zum Teil erbitterter Diskussionen – selbst ein Rechtsgutachten wurde von den Landesregierungen aus Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein in Auftrag gegeben, um noch einmal Grenzen zu ziehen und klarzustellen: Die Länder haben die Hoheit über die Krankenhausplanung. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) kommentierte das Gutachten mit der (nicht ganz neuen) Erkenntnis, die Krankenhausreform könne nur gelingen, wenn alle Beteiligten an einem Strang ziehen. Auf jeden Fall mussten unter gewaltigem Getöse allerorts erst noch einmal Muskeln gezeitigt und Terrains abgesteckt werden, bevor man ans Werk gehen konnte.

6

16

Transformationsprozess im Osten schon nach dem Mauerfall
Vorsprung durch Umbruch

20

Die Gesundheitspolitik zeigt sich undurchsichtig
Böse Überraschungen und Abwarten

22

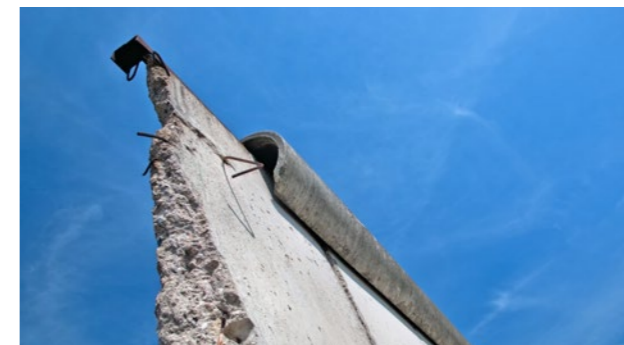
Neun Empfehlungen des Deutschen Ethikrats
Künstliche Intelligenz – Herausforderung für Mensch & Maschine

24

MVZ-Regulierungs-Gesetz ist unerlässlich
Auf der Jagd nach Rendite

28

Primärversorgungszentren in Baden-Württemberg
Ärztinnen und Ärzte brauchen in Sachen TI mehr Gestaltungskompetenz



30

Internationaler Pandemievertrag und Stärkung der Weltgesundheitsorganisation

One Health-Ansatz in der Pandemievorsorge

32

Europäischer Gesundheitsdatenraum in der Kritik

Das Arzt-Patienten-Verhältnis und die kommerzielle Nutzung von Gesundheitsdaten

34

Medizinstudierende der Uni Münster entwickeln Lehr-Konzept

Die „KLIMA-Limette“ – ein klimawandelspezifisches Simulationstraining



34 Medizinstudierende

36 HB-Intern

37 Service Kooperationspartner

44 Ansprechpartner

46 Impressum

Krankenhausreform: Erwartungshaltung und Erfolgsdruck sind gewaltig

Im Spagat zwischen Revolution, Stückwerk und (faulem) Kompromiss

An Superlativen hat es bisher – jedenfalls rhetorisch – nicht gemangelt. Als „Revolution“ hatte der Bundesgesundheitsminister seine Krankenhausreform schon früh gepriesen. Von einer „Sternstunde für unsere Krankenhäuser“ war Anfang Juni nach der Sitzung von Bund und Ländern zur Beratung der Krankenhausreform die Rede und bei der anschließenden Pressekonferenz lag sogar so etwas wie Hochstimmung in der Luft. Was für ein Kontrast nach Wochen des Abwartens und des Kompetenzgerangels, der Skepsis, Ablehnung und zum Teil erbitterter Diskussionen – selbst ein Rechtsgutachten wurde von den Landesregierungen aus Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein in Auftrag gegeben, um noch einmal Grenzen zu ziehen und klarzustellen: Die Länder haben die Hoheit über die Krankenhausplanung. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) kommentierte das Gutachten mit der (nicht ganz neuen) Erkenntnis, die Krankenhausreform könne nur gelingen, wenn alle Beteiligten an einem Strang ziehen. Auf jeden Fall mussten unter gewaltigem Getöse allerorts erst noch einmal Muskeln gezeigt und Terrains abgesteckt werden, bevor man ans Werk gehen konnte.

Die Reform muss gelingen!

Doppelstrukturen, die zu mehr Konkurrenz um Personal und Patient:innen führen und ein hoher Kostentreiber sind, durch die Inflation befeuerte finanzielle Schieflagen, vor allem aber tiefgreifende strukturelle (Finanzierungs-) Probleme, die zu Fehlanreizen, hoher Arbeitslast und Qualitätseinbußen in der medizinischen Versorgung führen – Krankenhäuser stehen vor großen, mitunter existenziellen Herausforderungen. Um die Situation zu verbessern und ein unnötiges Kliniksterben zu verhindern, arbeiten Bund und Länder aktuell an einer Krankenhausreform. Die größte seit 20 Jahren. Denn es braucht mehr als kurzfristige Hilfsprogramme wie zuletzt die vom Bundeskabinett beschlossene milliardenschwere Auszahlung von Energiehilfen. Die Strukturen des Gesundheitssystems müssen verändert werden, um nachhaltig die Lage von Krankenhäusern zu entspannen. Das ist auch zwingend notwendig, denn sie nehmen im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle ein. Diese ist nicht allein begründet mit der medizinischen Versorgung, die dort stattfindet. 2021 wurden 16,7 Millionen Patient:innen in Krankenhäusern behandelt. Auch als Ort für Aus- und Weiterbildung sind sie unverzichtbar, genauso als Arbeitsplatz – 2021 waren dort mehr als 1,3 Millionen Menschen beschäftigt. Von einer gesunden Krankenhauslandschaft hängt also viel ab. Deshalb muss die Reform gelingen!

die Reform zu definieren oder gar mit ihrem Scheitern zu drohen. Bis zur Sommerpause sollen die Eckpunkte stehen. Dann werden Länder und Fraktionen unter der Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit im Sommer am Referentenentwurf für das Gesetz einer neuen gesamtdeutschen Krankenhausplanung arbeiten. Mit Beginn des kommenden Jahres soll die Reform schließlich an den Start gehen. Ein ambitionierter Zeitplan. Aber der ist auch nötig. Die Krankenhäuser können nicht mehr länger warten. Viele seien existenziell bedroht und würden ohne Reform nicht zurechtkommen, erläuterte Lauterbach. Erst ein halbes Jahr zuvor war der Gesundheitsminister an die Öffentlichkeit gegangen und hatte seine „Revolution im System“ angekündigt. Ein großes Wort für ein großes Ziel: Nicht die Ökonomie, sondern die Patienten sollen in Zukunft wieder im Mittelpunkt stehen.

Krankenhäuser unter enormem Druck

Die Krankenhäuser stehen unter enormem Druck. Nicht erst seit der Corona-Pandemie und dem damit verbundenen Rückgang der Fallzahlen haben sie gegen wirtschaftliche Verluste anzukämpfen. Der Ukraine-Krieg, die Energiekrise oder die Inflation verschärfen die Situation zusätzlich. Laut DKG häufen Krankenhäuser jeden

Monat rund 740 Millionen Euro zusätzliches Defizit an. Der aktuelle Krankenhaus-Barometer des Deutschen Krankenhausinstituts, einer jährlich durchgeführten Repräsentativbefragung der Allgemeinkrankenhäuser, spiegelt die Stimmungslage so wider: 56 Prozent aller Krankenhäuser gehen für das Jahr 2023 von einer weiteren Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Lage aus. Ursache für die finanzielle Schieflage im Krankenhaussektor sind aber nicht nur all diese Krisen. Die Wurzeln liegen tiefer. Es besteht ein grundlegendes, strukturell begründetes Finanzierungsproblem.

Das beginnt mit der Krankenhausfinanzierung. 1972 wurde für alle Plankrankenhäuser, unabhängig von ihrer Trägerschaft, die duale Krankenhausfinanzierung eingeführt. Damit werden die laufenden Betriebskosten, also Personal- und Sachkosten, von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Für Investitionen in die Krankenhausinfrastruktur, beispielsweise in Gebäude, moderne Medizintechnik oder Digitalisierung, sind die Länder zuständig. Nur kommen diese ihrer gesetzlichen Verpflichtung seit Jahrzehnten nicht in hinlänglichem Maße nach. Im Februar dieses Jahres unterstrich die jährlich erhobene „Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in Bundesländern“ der DKG dieses Problem: Dem für 2021 ermittelten Investitionsbedarf von rund 6,7 Milliarden Euro standen lediglich rund 3,3 Milliarden Euro geleistete Zahlungen gegenüber. Schon 2012 war das Problem beträchtlich. Der damalige Ehrenpräsident der DKG, Dr. Rudolf Kösters, umschrieb diesen Vorgang als „staatlich organisierte Zechprellerei“ und forderte den Gesetzgeber auf Bundesebene zum Handeln auf. Geändert hat sich seitdem nichts.

Weil die Krankenhäuser nicht ausreichend Investitionsmittel erhalten, müssen sie immer mehr Investitionen aus Eigenmitteln tätigen, beziehungsweise diese auf einen späteren Zeitpunkt verschieben oder Kredite aufnehmen. Bis 2004 finanzierten sich Krank-

häuser über Kostenerstattung. Das heißt, für jeden Tag Liegezeit erhielt die Klinik eine bestimmte Pauschale, den sogenannten Tagessatz. Mit der Einführung von diagnosebezogenen Fallgruppen (DRGs) wurde die Höhe der Vergütung dann am Schweregrad der Erkrankung von Patient:innen bemessen. Das Krankenhaus erhält die für den Behandlungsfall ermittelten Durchschnittskosten.

Fehlanreize als Teil des Problems

Dadurch wurden finanzielle Anreize geschaffen, möglichst gewinnorientiert Krankenhausleistungen zu erbringen – also die Kosten pro Behandlungsfall möglichst weit zu senken, während die Zahlen lukrativer Behandlungsfälle erhöht werden. Das ließ die Zahl der stationären Aufenthalte steigen, begünstigte Übertherapie und führte teilweise auch zu stationären Behandlungen, die eigentlich genauso gut im ambulanten Bereich durchgeführt werden könnten. Weil aber die Investitionskostenfinanzierungen durch die Länder unzureichend sind, können Krankenhäuser aus diesen ökonomischen Zwängen kaum ausbrechen – gibt es nicht genug Fälle, rutschen die Häuser in rote Zahlen. Vor allem kleinere Krankenhäuser oder solche im ländlichen Raum stehen vor großen Herausforderungen.

Durch die Reform sollen diese Missstände im Gesundheitssystem abgebaut und die medizinische Versorgung der Patient:innen verbessert werden. Dafür braucht es nicht nur eine Anpassung der Krankenhausfinanzierung. Der übermäßige Leistungs- und

Inzwischen zeichnen sich Kompromisse und Konturen ab, über die Grundstrukturen einer Reform ist man sich einig. Zumindest in den entscheidenden Punkten. Nicht mehr, aber auch nicht weniger. Fast überschwänglich wurde dies als „Durchbruch“ beschworen, und Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach blickt zuversichtlich auf die nächsten Schritte – allerdings nicht, ohne immer wieder „rote Linien“ für

Wenigstens die groben Strukturen der Krankenhausreform zeichnen sich inzwischen ab...

Mengenbezug des DRG-Systems soll abgemildert werden, um die Zahl der stationären Behandlungen – Deutschland nimmt im europäischen Vergleich hier einen der vorderen Plätze ein – und damit auch die hohen Kosten des Gesundheitswesens zu senken: Die Krankenhauskosten lagen 2021 bei 126,9 Milliarden Euro. Von der Gesetzlichen Krankenversicherung ging mit 30,1 Prozent – 85,9 Milliarden Euro – ein beträchtlicher Anteil der Ausgaben an den Krankenhaussektor.

Es ist aber auch eine neue Krankenhausplanung notwendig. Aktuell werden überwiegend Fachabteilungen, nicht aber genaue Leistungsbeschreibungen ausgewiesen. Dadurch ist es möglich, dass Fachabteilungen Leistungen erbringen, für die sie entweder nicht ausreichend technisch oder personell ausgestattet sind oder aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht die nötige medizinische Qualifikation aufweisen. Das wirkt sich nachteilig auf die Behandlungserfolge der Patient:innen aus. Noch immer werden zu viele Krebspatient:innen außerhalb onkologischer Zentren behandelt, obwohl deren Wirksamkeit belegt ist. Jedes Jahr könnten etwa 4.700 Sterbefälle innerhalb der ersten fünf Jahre nach Diagnose-Stellung vermieden werden, wenn die Versorgung der Patient:innen in zertifizierten Zentren erfolgte.

In den Reformvorschlägen der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ werden in ihrer dritten Stellungnahme und Empfehlung „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ daher eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung mit einer neuen Vergütungssystematik verbunden. Drei Kernelemente wurden entwickelt, um grundlegende Mindestvoraussetzungen zu definieren und so die Qualität der medizinischen Versorgung zu sichern.

Level und Leistungsgruppen sollen Qualität sichern

Zum einen schlägt die Regierungskommission vor, alle Krankenhäuser genau beschriebenen Leveln zuzuordnen, die in ganz Deutschland gleich sind und daran die Krankenhausversorgung zu orientieren. Diese Level sind jeweils mit festen Mindeststrukturvoraussetzungen verbunden. Dadurch wird die Strukturqualität definiert, mit der eine qualitativ hochwertige stationäre und ambulante/ stationäre Versorgung möglich ist. Die Level orientieren sich an den Notfallstufen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss

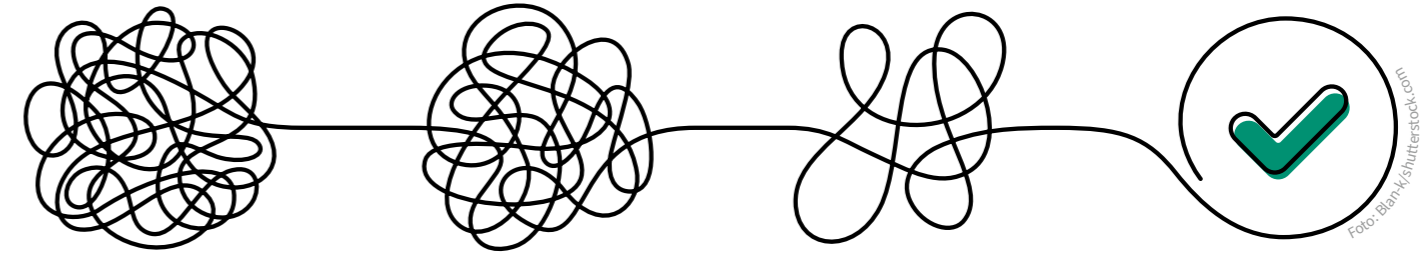
erarbeitet wurden und sollen die bisher uneinheitlichen und kaum definierten Versorgungsstufen ablösen. Ursprünglich kamen in den Reformvorschlägen drei Level vor: für die Grundversorgung mit und ohne Notfallversorgung, die Regel- und Schwerpunkt- sowie die Maximalversorgung. Mittlerweile wurde mit Level F eine vierte Stufe für Fachkrankenhäuser ergänzt.

Zum Zweiten soll es definierte Leistungsgruppen geben, die an Mindestvorgaben zur Vorhaltung – also Personal und Technik – geknüpft sind. Dadurch würde sichergestellt, dass Kliniken nur noch solche Fälle behandeln, für die sie qualifiziert und ausreichend ausgestattet sind. Die Leistungsgruppen sollen in der Krankenhausplanung die bisher kaum definierten Fachabteilungen ersetzen. Zum Dritten empfahl die Regierungskommission Vorhaltepauschalen. Diese sollen den ökonomischen Druck für Krankenhäuser reduzieren und die fallabhängige Vergütung nach DRG-Fallpauschalen ergänzen. Es wird weniger Geld für Fälle gezahlt, dafür feste Beträge für die Vorhaltung von beispielsweise Personal, notwendiger Medizintechnik oder den Betrieb einer Notaufnahme. Dafür wird den Leistungsgruppen der Vorhalteanteil zugeschrieben.

Nach dem Bund-Länder-Gespräch Anfang Juni steht nun fest, dass ein Großteil dieser Kernelemente aus dem Kommissionsvorschlag tatsächlich die Grundstruktur der Krankenhausreform bildet: Vorhaltepauschalen und Leistungsgruppen mit dahinterliegenden Qualitätskriterien. Die Betriebskosten der Krankenhäuser werden in Zukunft zu 60 Prozent über Vorhaltepauschalen und zu 40 Prozent über diagnosebezogene Fallpauschalen, abzüglich Pflegepersonalkosten, finanziert.

Die Krankenhausplanung wird sich künftig am Modell der Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen orientieren. Erste Modellierungen haben gezeigt, dass dieses System auch erfolgreich auf Bundesebene angewandt werden kann. NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann freute sich über das Ergebnis der Analyse, immerhin wurde drei Jahre lang am Konzept gearbeitet, „Uns ist noch einmal sehr deutlich geworden, dass die Leistungsgruppen in Wahrheit der harte Parameter der Krankenhausplanung sind“, sagte Laumann. Die Qualitätskriterien, nach denen bestimmt wird, welche Krankenhäuser welche Leistungsgruppen ausführen dürfen, müssen allerdings erst noch im Detail abgesprochen werden. Bund und Länder sehen sich aber insgesamt auf dem richtigen Weg, gemeinsam Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung zukunftsfähig aufzustellen.

Bei den Versorgungsstufen hingegen beharren Bund und Länder auf ihren Standpunkten. Die Länder wollen die Level der Regierungskommission nach wie vor nicht übernehmen und bei ihren eigenen Kategorien bleiben. Sie werden weiterhin „den Hut aufhaben in der Krankenhausplanung“, wie es Laumann ausdrückte, für den eine Bundesschablone für Krankenhäuser nicht in Frage kommt. Lauterbach nimmt das zur Kenntnis – und kündigt an, die Level trotzdem einzusetzen. Er will sie nutzen, um bundesweit die Qualität aller aktuell rund 1 700 Krankenhäuser transparent darstellen zu können. Wie auf einer Deutschlandkarte soll darüber abgebildet werden, welches Krankenhaus welche Leistungsgruppen anbieten kann. „Wir werden als Bund die Qualitätsunterschiede von Klinik zu Klinik transparent machen“, sagt Lauterbach. Damit könnten Patient:innen das für ihren Eingriff am besten geeignete Krankenhaus finden.



Ob sich das Reform-Knäuel zwischen Bund und Ländern am Ende wirklich sinnvoll auflösen lässt, bleibt abzuwarten.

Reicht das für die Revolution?

Aber ist das jetzt schon die angekündigte Revolution? Kann eine Vergütungsreform mit dem Ziel von weniger Ökonomisierung funktionieren, wenn DRGs beibehalten werden und damit auch der Mengenanreiz? Für Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, kann das nicht die Lösung sein. Weil er außerdem befürchtet, dass die Reform für zusätzlichen bürokratischen Aufwand sorgen wird, plädiert er dafür, die Vergütungsreform noch einmal völlig neu anzugehen. Auf dem 127. Deutschen Ärztetag wurde von der Ärzteschaft zudem ein weiterer Punkt thematisiert: Statt sich bei der Reform nur auf den Krankenhausbereich zu fokussieren, brauche es eine umfassende Gesundheitsreform, die dem Prinzip „ambulant vor stationär“ folge, heißt es dazu im Beschluss.

„Das letzte, was wir brauchen, ist ein Verdrängungswettbewerb zwischen den Sektoren“, meint Reinhardt. Er schlägt vor, für die Überwindung der Sektorengrenzen aktuell bestehende Ansätze zur Krankenhausreform mit den geplanten Maßnahmen zur Ambulantisierung – also zum Beispiel Hybrid-DRGs und sektorengleiche Vergütung – in ein Gesamtkonzept zu überführen. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterstreicht, dass die Politik vor allem die bereits funktionsfähigen ambulanten Strukturen stärken müsse. „Die Praxen stemmen mit jährlich rund 600 Millionen Fällen den Großteil der Patientenversorgung. Vergleicht man das mit den rund 20 Millionen Behandlungsfällen in den Krankenhäusern, wird schnell klar, wo auch perspektivisch vor allem Patientenversorgung stattfinden wird. Grundsätzlich sollte gelten: Gleiche Leistungen werden – unabhängig vom Ort der Behandlung – zu gleichen Preisen honoriert“, heißt es dazu.

Und was ist, wenn sich Bund und Länder nicht in Detailfragen einigen und der Zeitplan nicht eingehalten wird? Beim bayerischen Gesundheitsminister ist bislang wenig Zuversicht zu spüren. „Bayern setzt sich für einen Kompromiss bei der Krankenhausreform ein – aber nicht um jeden Preis“, sagte Klaus Holetschek, der nicht geneigt ist, den „Zeitplan der Bundesregierung auf Biegen und Brechen einzuhalten“. Dabei ist die Bedeutung schnellen Handelns unter Akteur:innen des Gesundheitssystems unstrittig. Sollte die Reform nicht umgesetzt werden, wird das die Krankenhauslandschaft ebenfalls verändern – ohne sie „wird es ein kaltes, langanhaltendes Kliniksterben geben, gerade auf dem Land“, wie Lauterbach bei der Befragung der Bundesregierung Ende Mai sagte. Bei anderer Gelegenheit sprach er davon, dass dann „25 Prozent der Krankenhäuser sterben.“ Auch, wenn die Reform unnötige Schließungen von Krankenhäusern vor allem im ländlichen Raum verhindern soll – mit einem Ausscheiden von Krankenhäusern ist auch mit Reform zu rechnen.

Für Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand beim GKV-Spitzenverband, ist eine Reduzierung der Zahl an Kliniken nicht gleichbedeutend mit einem Verlust der Versorgungsqualität. „Mit etwa 1 250 Kliniken, die schon existieren, wäre eine gute Versorgung in Deutschland gesichert“, sagte sie. Das wären mehr als 400 weniger als aktuell. Stoff-Ahnis spricht sich dafür aus, stärker darüber zu diskutieren, wo die Chancen eines Strukturumbaus lägen und die Debatte vermehrt von der Perspektive der Krankenhäuser auf die der Patienten zu verlagern. Letztlich führt die Konzentration bestimmter Leistungen auf dafür qualifizierte Krankenhäuser zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Für Manfred Lucha, Gesundheitsminister von Baden-Württemberg, liegt das große Ziel der Reform darin, die Qualität der Versorgung sicherzustellen, diese für die Bevölkerung im Ganzen aufrechtzuerhalten und Krankenhäuser als attraktive Arbeitgeber zu bewahren. Es soll „keine inhaltsgleichen, konkurrierenden, karnibalisierenden Doppelstrukturen auf engem Raum“ geben. Um dies auch tatsächlich umzusetzen, kommt den Bundesländern eine besondere Bedeutung zu – nicht nur in der Krankenhausplanung, sondern auch hinsichtlich der Investitionskostenfinanzierung. Egal wie revolutionär eine Reform geplant wird – wenn die Strukturen dafür nicht geschaffen und finanziert werden, verpufft sie wirkungslos.



... bis die Feinheiten der Reform stehen, wird es sicherlich noch mancher Kompromisse bedürfen.

Foto: GoodIdeas/Shutterstock.com

Anzeige

ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

Persönliche Beratung in einem starken Netzwerk

Mit bundesweit über 120 auf das Gesundheitswesen spezialisierten Steuerkanzleien

Kennen Sie schon unseren **HEALTHCARE TAX & LAW** Podcast?

Jetzt Reinhören

Den Wandel intelligent gestalten

Es gibt immer Angst vor Veränderung. Aber alles so zu lassen, wie es jetzt ist, ist absolut gefährlich

Interview mit Prof. Dr. Tom Bschor, Leiter und Koordinator der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“

HB Magazin: Die Krankenhauslandschaft steht vor einem Wandel. Wie genau dieser aussehen soll, wird aktuell diskutiert – auf Grundlage der Reformvorschläge der Regierungskommission. Wie nehmen Sie die Debatte darum wahr?

Prof. Tom Bschor: Gesundheitspolitik, wo es um hohe Milliardenbeträge geht, findet in einem heißumkämpften politischen Feld statt. Insofern bin ich natürlich nicht überrascht, dass es eine politische Diskussion gibt. Wir Kommissionsmitglieder sind sehr zufrieden mit den Ergebnissen, die wir in einem Jahr erreicht haben. Wir haben bisher vier Empfehlungen und Stellungnahmen veröffentlicht. Die ersten beiden sind bereits geltendes Recht. Die anderen beiden sind in der unmittelbaren politischen Umsetzung. Die Regierungskommission hat die Agenda gesetzt, worüber diskutiert und zum Teil auch gestritten wird. Es ist klar, dass im politischen Prozess manche Dinge, von denen eine wissenschaftliche Expertinnen- und Expertenkommission befreit ist, anders berücksichtigt werden. Deswegen ist es völlig in Ordnung, dass die Vorschläge weiterentwickelt werden. Niemand aus der Kommission ist so naiv zu glauben, dass unsere Vorschläge 1:1 umgesetzt werden.

„Niemand aus der Kommission ist so naiv zu glauben, dass unsere Vorschläge 1:1 umgesetzt werden.“

Die Kommission hat Level ins Spiel gebracht, über die alle Krankenhäuser in drei Kategorien eingeordnet werden sollen. Warum braucht es Level, um die Krankenhauslandschaft zukunftsfähig aufzustellen?

Wir haben bisher keine bundeseinheitliche Einstufung von Krankenhäusern. Es gibt die Notfallstufen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese werden nach der Fähigkeit der jeweiligen Häuser vergeben, Notfälle zu behandeln. Aber das ist nicht die einzige Aufgabe von Krankenhäusern. Für eine Krankenhausplanung, die rationalen Gesichtspunkten folgt, muss man sich an der Bevölkerung orientieren: Wo wohnen diese Menschen, wie ist ihr Alter, ihre Morbidität und Sozialstruktur, welche Krankenhäuser brauchen sie? Um da eine Übersicht zu erhalten und zu erkennen, wo wir eine Überversorgung haben und wo Lücken bestehen, sind Level hilfreich.

Und warum sollten sie bundeseinheitlich eingeführt werden?

Es gibt kein inhaltliches Argument dafür, warum es von Bundesland zu Bundesland verschieden sein sollte, wie man dafür die Kriterien anlegt. Niemand will in einem Bundesland leben, in dem die Krankenhausversorgung schlechter oder intransparenter ist, wo man nicht genau weiß, was hinter dem Etikett Krankenhaus wirklich steckt. **Einheitliche Level haben sehr viel mit Transparenz zu**

tun, zuallererst für die Bevölkerung. Deshalb ist unser Anraten, dass sich die Bundesländer auf bundesweit geltende Kriterien einigen, die durch Ausnahmetatbestände und Öffnungsklauseln immer noch ausreichend Flexibilität für die unterschiedlichen Regionen haben werden.

Was soll die Einführung der Level für die Krankenhauslandschaft bewirken?

Die Level sollen mittelfristig, wenn man eine Übergangsphase mitdenkt, natürlich nicht ausschließlich zur Beschreibung des Ist-Zustandes dienen. Deutschland hat im internationalen Vergleich nicht nur sehr viele, sondern auch sehr viele kleine Krankenhäuser. Zwei Drittel der deutschen Krankenhäuser haben weniger als 300 Betten, sind also auch nicht sehr differenziert. Das bedeutet Qualitätsabstriche. Das wurde wissenschaftlich gezeigt: Bei vielen Indikationen und Behandlungen schneiden kleine Krankenhäuser mit geringen Fallzahlen schlechter ab. Patientinnen und Patienten sind typischerweise multimorbide. Deshalb sind größere Krankenhäuser mit mehr Abteilungen und Leistungsgruppenangeboten besser geeignet, diese umfassend zu behandeln. Das gilt auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten. **Die optimale Größe, für die ein Krankenhaus schwarze Zahlen schreiben kann, liegt zwischen 600 und 900 Betten.** Wir empfehlen, dass sich Krankenhäuser zusammenschließen und kooperieren, sodass etwas größere, sprich Level-2-Krankenhäuser, daraus resultieren. Dafür braucht es eine gute Planung.

Zusammengefasst wird das sehr oft so: Es werden viele Krankenhäuser geschlossen. Können Sie nachvollziehen, dass dadurch Ängste vor einer Verschlechterung der Gesundheitsversorgung geweckt werden?

Als Facharzt für Psychiatrie fällt es mir überhaupt nicht schwer, die Ängste der Bevölkerung zu verstehen. Diese muss man ernst nehmen. **Was ich absolut nicht akzeptabel finde ist, dass von einigen Beteiligten aus politischem Kalkül bewusst irrationale Ängste geschürt werden.** In den Reformvorschlägen der Regierungskommission kommt das Wort Schließung nicht ein einziges Mal vor, das steht auch nicht zwischen den Zeilen. Wir haben in Deutschland ein großes Potenzial, die Krankenhausstruktur effizienter zu gestalten, ohne dass sich die Versorgung für die Bevölkerung dadurch verschlechtert. Ganz im Gegenteil, die Qualität wird besser.

Auch im ländlichen Raum?

Es wird immer über das Land geredet, aber die Musik spielt bei unseren Reformvorschlägen in den Ballungsräumen. Es ist völlig klar: Das einzige Krankenhaus in einem großen Umkreis muss erhalten und unterstützt werden. Und wenn es nur wenige Fälle hat, weil die Region dünn besiedelt ist, muss es zusätzlich gefördert werden, um wirtschaftlich überleben zu können. Aber in den Ballungsräumen haben wir oft in zwei, drei Kilometern Abstand mehrere Krankenhäuser mit gleichem Leistungsangebot. Diese konkurrieren um Patient:innen und Personal, alle müssen 24-Stunden-Dienste aufrechterhalten. Das ist ineffektiv.

Provokant gefragt: Es ist also nicht immer schlecht, wenn Krankenhäuser geschlossen werden?

Wir müssen uns eins klarmachen: Die Krankenhauslandschaft wird sich ändern und ändert sich bereits heute. Ein Großteil der Krankenhäuser ist von Insolvenz bedroht, der Personalmangel wird sich noch dramatisch verschärfen. Das hat alles nichts mit der Krankenhausreform zu tun. Worum es jetzt geht ist, diesen Wandel intelligent zu gestalten. **Es ist quantitativ nicht möglich, den Personalmangel ausschließlich durch Ausbildung und Migration zu lösen.** Deswegen müssen wir prüfen, wo wir auf unnötige, personalintensive Leistungen verzichten können. Niemand in der europäischen Nachbarschaft hat so viele Krankenhausbehandlungen pro Bevölkerung wie Deutschland. Stationär heißt aber immer auch personalintensiv. Wir werden uns in den Ballungsräumen nicht mehr jeden Standort leisten können.

Neben den Leveln sind Leistungsgruppen ein wesentliches Element in den Reformvorschlägen. Wie wichtig ist es, dass beides zusammen eingeführt wird? Eine Kritik daran lautet, dass dieses Modell zu starr für die Krankenhausplanung ist, gerade im ländlichen Raum.

Es ist völliger Konsens, dass niemand im ländlichen Raum das einzig verbliebene Krankenhaus schließen möchte. Dafür wird es definierte Öffnungsklauseln geben. Es gibt bereits etablierte Messgrößen, die der G-BA beispielsweise für den Sicherstellungszuschlag verwendet: Wie viele Menschen müssten wie viele Minuten zusätzlich fahren, wenn es diesen Standort nicht gäbe? Damit kann man definieren, welche Standorte bedarfsnotwendig sind und nicht geschlossen werden dürfen. Ausnahmeregelungen müssen aber begründet werden und dürfen nicht allein dafür eingesetzt werden, um am Ende die Reform auszuhebeln. Es ist bedeutend, dass Level und Leistungsgruppen bundeseinheitlich sind, weil es gar keine inhaltliche Begründung gibt, warum es in Baden-Württemberg anders sein soll als in Sachsen-Anhalt – es braucht überall die gleiche gute Qualität.

Wie viele Häuser in den verschiedenen Leveln bräuchte es in Deutschland, um eine gute und flächendeckende medizinische Versorgung sicherzustellen?

Das Rückgrat der Krankenhausversorgung sollten die Level-2-Krankenhäuser bilden. Davon haben wir tendenziell zu wenige Kliniken. Wir haben zu viele kleine Häuser, die bestimmte Leistungen nicht erbringen. Für die seltenen und hochkomplexen Erkrankungen brauchen wir Level-3-Krankenhäuser. Für solche Häuser kann man in der Regel auch eine längere Fahrtzeit akzeptieren. Die Level-1n-Krankenhäuser sind überall dort erforderlich, wo das nächste Level-2-Krankenhaus zu weit weg ist. Diese Krankenhäuser stellen die Notfallversorgung sicher. Wie viele Level-2-Krankenhäuser man jetzt für eine flächendeckende Versorgung braucht, kann man unterschiedlich berechnen. Von der Größenordnung werden es über 400 sein. Dazu kommen noch die Häuser der beiden anderen Level.

Was bei der Debatte um die verschiedenen Level immer wieder aufgeworfen wird: Ist ein Level-1i-Haus überhaupt noch ein Krankenhaus?

Ein Haus dieser Versorgungsstufe muss neben der ambulanten Versorgung auch vollstationär behandeln können. Hier kann genau das behandelt werden, was vor Ort häufig vorkommt: Herzinsuffizienz, Pneumonie, der gebrochene Unterarm. Es ist eindeutig ein Krankenhaus, denn es hat ein größeres Leistungsspektrum als zum Beispiel ein MVZ und muss im Landeskrankenhausplan des Bundeslandes aufgeführt sein. Damit hat es Anspruch auf Investitionskostenfinanzierung für den stationären Anteil.

Und was ändert sich für die Häuser mit der Einführung eines Levels-1i?

Es geht hier ausschließlich um Krankenhäuser, die auch jetzt schon keine Notaufnahme haben. Es gibt hunderte Kliniken ohne G-BA-Notfallstufe. Für diese Krankenhäuser ändert sich das durch die Einführung der Level also nicht. Es ist doch nur transparent, wenn man diesen Häusern einen klaren Namen gibt, damit man sich mit einem akuten Notfall nicht an die falsche Klinik wendet. Das i steht für ambulant und stationär integriert. Damit stellen diese Häuser durchaus attraktive Ausbildungsstätten für Ärztinnen und Ärzte dar, die sich eine Zukunft als Niedergelassene vorstellen können, weil hier das Ambulante gleich mitgelernt wird. Die traditionelle Facharztweiterbildung findet aktuell hauptsächlich stationär statt. Und auch das Studium ist sehr stark auf den stationären Bereich ausgerichtet. Ich sehe daher eine Weiterentwicklung, wenn Level-1i-Häuser an der Weiterbildung beteiligt werden.

Es besteht Einigkeit darüber, dass es eine grundlegende Reform braucht. Gleichzeitig soll sich aber mit Blick auf Level und Leistungsgruppen nicht zu viel ändern. Wie ist das in Einklang zu bringen?

Die Regierungskommission warnt eindringlich davor, alles beim Alten lassen zu wollen. Dann haben wir den kalten Strukturwandel und im Zweifel werden genau die Kliniken verschwinden, die wir dringend brauchen. Wir müssen den Wandel klug gestalten. **Es gibt immer Angst vor Veränderung. Aber alles so zu lassen, wie es jetzt ist, ist absolut gefährlich.**

Es wird immer wieder der Vorwurf erhoben, dass die Expertenkommission zwar über Fachwissen verfügt, aber Kenntnisse darüber fehlen, was es im Klinikalltag braucht oder für die Versorgung im ländlichen Raum. Wie sehen Sie das?

Ich kann das nicht nachvollziehen. Wenn man etwas der Kommission nicht vorwerfen kann, ist es Praxisferne. Zahlreiche Mitglieder stehen jeden Tag im Krankenhaus. Ich selbst habe 30 Jahre Krankenhausenerfahrung in Allgemeinkrankenhäusern, die meiste Zeit davon in Leitungsposition. Wir haben Krankenhausleiter, die um die Nöte der Krankenhäuser wissen. Es ist vielmehr so: Die Regierungskommission wurde berufen, um auf Basis rationaler, wissenschaftlicher Überlegungen Reformvorschläge zu erarbeiten. Alte Grabenkämpfe zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sollten nicht gleich am Anfang ausbrechen und zu Blockaden führen. Wir haben alle relevanten Akteure einbezogen, in Anhörungen, in persönlichen Gesprächen, in schriftlichen Stellungnahmen. Wir sind mit den Stakeholdern im engen Kontakt und suchen intensiv den Austausch mit ihnen. Aber sie schreiben nicht an unseren Empfehlungen mit und das wird auch so bleiben.

Wie haben Sie in der Kommission die Vorschläge erarbeitet? Was war Grundlage für Ihre Überlegungen?

Wissenschaftlich gibt es zwei interessante Herangehensweisen: Zum einen ist es der historische, zum anderen der internationale Vergleich. Es gibt nicht das eine Land in der Welt, das als Vorbild gelten kann, weil dort alles mustergültig ist. Jedes Gesundheitssystem hat seine Vor- und Nachteile. Aber durch Analysen kann schon festgestellt werden, welche Elemente ins deutsche Gesundheitssystem passen würden.

Was hat der internationale Vergleich gezeigt?

Deutschland ist Spitzenreiter, wenn es darum geht, was es gemessen am Bruttoinlandsprodukt insgesamt für die Gesundheitsversorgung ausgibt. Nur die Schweiz gibt ähnlich viel aus. Im OECD-Vergleich nimmt Deutschland dennoch nur einen Mittelplatz ein, wenn es um konkrete Gesundheitsparameter geht, zum Beispiel vermeidbare Todesfälle oder behandelbare Todesursachen. Da sind wir gleichauf mit Großbritannien mit seinem maroden NHS. Die Schweiz hingegen landet auf dem Spitzenplatz. Die Krankenhausreform soll dazu beitragen, dass wir auf den OECD-Skalen nach oben rutschen. Ich bin davon überzeugt, dass das auch so kommen wird, wenn wir die Krankenhausreform vernünftig machen.

Sollte sich Deutschland also mehr an der Schweiz orientieren?

Man kann sich zumindest angucken, warum die Schweiz so gut abschneidet. Die Schweiz hat Leistungsgruppen, 149 sind es dort. Ansonsten ist das Schweizer Gesundheitssystem dem deutschen

recht ähnlich. Aber in der Schweiz ist das Pflegepersonal sehr viel selbstständiger und hat sehr viel mehr Befugnisse. Auch die Hausärzte scheinen stärker zu steuern als bei uns.

Und was konnte man aus dem historischen Vergleich lernen?

Im deutschen Gesundheitswesen haben wir schon viel ausprobiert. Früher hatten wir in Westdeutschland das Selbstkostendeckungsprinzip. Die Krankenhäuser haben ihre Kosten nachgewiesen, die Krankenkassen hatten zu bezahlen. In Ostdeutschland gab es das staatliche Gesundheitssystem, was auf den selben Ansatz hinauslief. In beiden Teilen führte dies zu Misswirtschaft und Ineffizienz. Später hatten wir Tagessätze, für Krankenhäuser gab es pro Tag einen bestimmten Geldbetrag. Das hat zu langen Liegezeiten geführt. Aktuell haben wir die Fallpauschalen. Das führt zu dieser irrsinnigen Fixierung auf Patientenzahlen. All diese Erfahrungen können wir nutzen. **Wir brauchen eine kluge Kombination verschiedener Ansätze.** Nur auf eine ausschließliche Strategie zu setzen, führt immer zu unerwünschten Wirkungen. Deshalb sollen DRGs beibehalten werden, aber zu einem deutlich geringeren Anteil. Zusätzlich kommt eine Vorhaltefinanzierung, um eine gewisse Sachkostendeckung für die Daseinsfürsorge, die Krankenhäuser eindeutig erbringen, zu gewährleisten.

Wird das reichen?

Es gibt mehrere Ursachen für die aktuelle Misere und man sollte versuchen, alle anzugehen. Die hundertprozentige DRG-Orientierung ist international einmalig. Viele Länder

haben Fallpauschalen, aber keins finanziert seine Krankenhäuser praktisch nur darüber. Davon wollen wir loskommen. Gleichzeitig ist die Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer absolut unzureichend. Und ein weiteres, ganz zentrales und wieder sehr deutschlandspezifisches Problem ist die Sektortrennung. **Bei allen Versuchen der letzten 20 Jahre – eine engere Verzahnung von Ambulant und Stationär konnte nicht erreicht werden.** Anders als bei uns können in fast allen Ländern der Welt Krankenhäuser Menschen so behandeln, wie es die medizinische Situation erfordert und dafür auch ambulante Leistungen abrechnen.

Aber ganz ohne DRGs wird es nicht gehen?

Wir sind uns in der Regierungskommission einig gewesen, dass ein Leistungsanreiz erhalten bleiben und das DRG-System nicht komplett abgeschafft werden sollte. Eine reine Vorhaltung könnte einen Anreiz zum Abweisen von Patient:innen geben – weil das Geld trotzdem fließt. Insofern würde es auch nach der Krankenhausreform weiter lohnenswert bleiben, wenn man viel Leistung erbringt, gut nachgefragt ist, eine hohe Qualität bietet – Krankenhäuser können weiterhin Geld verdienen. Nur muss man bei einem Einbruch der Fallzahlen nicht gleich in Panik geraten, weil durch die Vorhaltefinanzierung zunächst ein guter Teil der Kosten abgedeckt ist. Deshalb sehe ich durch die Krankenhausreform die Trägervielfalt auch nicht gefährdet.

Sie haben die 149 Leistungsgruppen der Schweiz erwähnt. Die Regierungskommission selbst hatte 128 Leistungsgruppen vorgeschlagen. Mittlerweile werden die 64 Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen als Reformvorlage genommen. Sind weniger Leistungsgruppen aus Ihrer Sicht nicht ausreichend oder sind sie ein guter Startpunkt, um später noch nachjustieren zu können?

Die Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen sind ein gutes Modell.

Man muss sich fragen, was durch die Leistungsgruppen erreicht werden soll. Wird die Vorhaltefinanzierung danach vergeben, bedeutet es, dass die Leistungsgruppen ausreichend differenziert sein müssen. Damit man beispielsweise zwischen konservativer und interventioneller Kardiologie unterscheiden kann. Die Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen sind ein gutes Modell. Aber sie sind an einigen Stellen eindeutig noch unzureichend differenziert. Ungefähr die Hälfte der Krankenhausbehandlungen in Nordrhein-Westfalen wird in lediglich zwei der 64 Leistungsgruppen erbracht, in der Allgemeinen Inneren Medizin und der Allgemeinen Chirurgie. Das reicht noch nicht für eine genaue Krankenhausplanung. Es müssen am Ende nicht zwingend die 128 Leistungsgruppen werden, die wir in unseren Vorschlägen erarbeitet haben. Von der Größenordnung her erscheint mir das jedoch schon als der nötige Grad an Differenzierung.



Prof. Dr. Tom Bschor

Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist Leiter und Koordinator der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ am Bundesministerium für Gesundheit. Die Kommission wurde im Mai 2022 berufen und erarbeitet auf wissenschaftlicher Basis Ziele und Vorschläge für eine Krankenhausreform. Bislang wurden vier Stellungnahmen und Empfehlungen zu folgenden Themen veröffentlicht: Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe; Tagesbehandlung im Krankenhaus; Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung; Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland.

Wie sieht für Sie die Krankenhauslandschaft der Zukunft aus?

Krankenhäuser werden Behandlungen anbieten, die Menschen wirklich brauchen – auch ambulant. Das muss gemeinsam mit den Niedergelassenen erarbeitet werden. Ich stelle mir für die Zukunft vor, dass man gemeinsam vor Ort entscheidet, welche ambulante Leistung im Krankenhaus erbracht werden darf. **Diese Diskussion darüber, wer wem welche Fälle wegnimmt, ist in vielen Regionen mittlerweile ja nur eine theoretische – dort ist man froh, wenn eine ambulante Leistung überhaupt noch angeboten wird.** Da spielt es keine Rolle, ob das in einer Facharztpraxis oder in einem Krankenhaus ist. Mit den Level-Ii-Krankenhäusern haben wir nur einen ersten Vorschlag gemacht, diese Sektorgrenze aufzuweichen, aber das muss auf allen Leveln passieren. Insgesamt wird es viel mehr Kooperation geben. Und die Telemedizin wird eine stärkere Rolle spielen.

Glauben Sie an einen Reformstart 2024?

Der Zeitplan ist ehrgeizig. Aber bis jetzt haben wir ihn eingehalten. Insofern bin ich optimistisch.

Die Versorgungsstufen im Überblick

Die Regierungskommission empfahl in ihrer dritten Stellungnahme, Krankenhäuser in bundesweit einheitliche Level einzuordnen. Diese orientieren sich an den Notfallstufen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Für jedes Level gelten feste qualitätsorientierte Mindestvoraussetzungen. Weil Leistungsgruppen bestimmten Leveln zugeordnet werden, ist eine enge Vernetzung von Krankenhäusern erforderlich, um die Patientenversorgung in hoher Qualität sicherstellen zu können und die Ausbildung von Ärzt:innen auch an unterschiedlichen Standorten möglich zu machen. Ursprünglich wurde ein System aus drei Leveln vorgeschlagen:

Level 1: Grundversorgung

Diese Stufe unterteilt sich noch einmal in **Level 1i** (integrierte ambulant/ stationäre Versorgung): Häusern dieses Levels kommt insbesondere in strukturschwachen Regionen eine Schlüsselrolle in der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung zu. Sie verbinden wohnortnah allgemeine und spezialisierte ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten. Patient:innen können dort zur Beobachtung und Basistherapie beziehungsweise nach Verlegung aus einem Haus höheren Levels stationär überwacht und gepflegt werden. **Level 1n** (mit Notfallstufe 1): Sicherstellungsauftrag für die stationäre internistische und chirurgische Basisversorgung, Basisbehandlung Intensivmedizin, Basis-Notfallversorgung und je nach Bedarf Geriatrie oder Palliativmedizin. Dieses Level deckt die medizinische Versorgung in Regionen ab, in denen Krankenhäuser der nächsthöheren Level weiter als 30 Minuten Pkw-Fahrzeit entfernt sind.

Level 2: Regel- und Schwerpunktversorgung

Mindestens je drei internistische und chirurgische Leistungsgruppen, allgemeine Intensivmedizin, erweiterte Notfallmedizin, weitere Leistungsgruppen aus mindestens fünf weiteren Leistungsbereichen. MRT, Anio-graphie, Endoskopie, Stroke Unit. Pflege-Ausbildungsstätten, Sozialdienst. Onkologie in zertifizierten Zentren.

Level 3: Maximalversorgung

Wie Level 2, aber mindestens je fünf internistische und chirurgische Leistungsgruppen, komplexe Intensivmedizin, umfassende Notfallmedizin, weitere Leistungsgruppen aus mindestens acht oder 12 weiteren Leistungsbereichen, umfassende Pflege-Ausbildungsstätten, Sozialdienst, Onkologie in zertifizierten Zentren; Universitätskliniken erfüllen zusätzliche Aufgaben wie überregionale Koordination, Entwicklung und Umsetzung von Translation und Innovation, Vorhaltung für seltene Erkrankungen

Mittlerweile wurde noch ein **Level F** für Fachkrankenhäuser ergänzt.

Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne...

Vom Pflegefall zum Vorzeigemodell?

Kann das Ende eines Krankenhauses auch ein Neuanfang sein? Im niedersächsischen Ankum-Bersenbrück sagt man ganz klar ja. Weil das Marienhospital dort nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden konnte, wurde nach einer Alternative gesucht, um auch weiterhin die Basisversorgung vor Ort sicherstellen zu können. Das Krankenhaus wurde zum ersten Regionalen Gesundheitszentrum in Niedersachsen und im April eröffnet. Nach den bisherigen Reformvorschlägen würde es sich um ein Level-1i-Haus handeln, das unter Kritikern besonders umstritten ist. Handelt es sich, besonders im ländlichen Bereich, dennoch um ein Versorgungsmodell mit Zukunftschancen?

Das Marienhospital Ankum-Bersenbrück ist Geschichte. Gewissermaßen. Denn eigentlich kann man auch sagen, dass hier lediglich ein neues Kapitel aufgeschlagen wird. 1860 als reines Belegkrankenhaus gegründet, wurde es später zum Hauptabteilungskrankenhaus ausgebaut. Jetzt wurde es geschlossen – und als Regionales Gesundheitszentrum (RGZ) wiedereröffnet. Neuer Name und sonst bleibt alles beim Alten? Nicht ganz. Die stationäre Versorgung wird stark zurückgefahren. Von den ursprünglich 105 Betten wird es künftig nur noch 15 geben. In Niedersachsen sollen RGZ eine neue Form der medizinischen Versorgung ermöglichen und die lokale Gesundheitsversorgung dort sicherstellen, wo ein Krankenhaus nicht oder nicht mehr besteht. Mit zwei Millionen Euro wird der Umbau vom Land gefördert. Das Marienhospital kehrt als RGZ mehr oder weniger zu seinen Wurzeln zurück: Belegärzte bieten nun in Praxen im bisherigen Krankenhaus eine ambulante medizinische Basisversorgung in den Fachrichtungen Chirurgie, Orthopädie und Innere Medizin an. Sollte eine stationäre Behandlung nötig werden, ist es möglich, Patient:innen aufzunehmen. Kann dieses Konzept funktionieren, um die medizinische Versorgung für bis zu 35 000 Menschen in der Region abzusichern?

„Die medizinische Versorgung hat sich verändert. Aber sie ist nicht schlechter geworden“, sagt Werner Lullmann. Er ist seit 2006 Geschäftsführer der Niels-Stensen-Kliniken, einem christlichen Kliniken-Verbund mit neun Krankenhaus-Standorten, fünf Pflegeeinrichtungen und MVZ-Facharztpraxen. Es ist mit mehr als 6 500 Mitarbeitenden der größte Gesundheitsverbund der Region. Lullmann ist davon überzeugt, dass ein RGZ eine gute Nachfolgelösung für einen verlorenen Krankenhausstandort ist. Die medizinische, personelle und wirtschaftliche Situation am Marienhospital war bereits seit Jahren angespannt: Der Osnabrücker Raum ist mit Krankenhäusern gut versorgt, Das heißt, vieles von dem, was vor zehn, 15 Jahren noch in kleineren Krankenhäusern wie dem Marienhospital behandelt wurde, findet heute vermehrt in Spezialkliniken oder Spezialabteilungen des eigenen Kliniken-Verbunds statt. Zusätzlich wurde durch die Corona-Pandemie die Ambulantisierung noch beschleunigt, so dass die Belegung des Krankenhauses sich schlechter entwickelte als geplant. In den letzten zwei Jahren wurden nur noch etwa 60 der 105 Betten belegt – im DRG-System ist ein Krankenhaus so auf Dauer nicht zu finanzieren. In den vergangenen Jahren wurde das Haus durch die Geschwisterhäuser subventioniert, das sollte nicht zur Dauerlösung werden. „Auch nach externer Beratung stand fest, dass das Krankenhaus in der bisherigen Aufstellung nicht mehr zukunftsfähig ist“, erzählt Lullmann.

Als erneut die Personalsituation in den Fokus rückte – es fehlten zwei Chefarztstellen –, stellte sich die Frage, wie es zukünftig mit dem Standort Ankum weitergehen soll. Wollte man sich bemühen, Perso-

nal für ein Krankenhaus zu finden, das unter den bestehenden örtlichen Rahmenbedingungen schwierig zu halten ist? Oder sollte ein gänzlich neuer Weg beschritten werden? Parallel zu diesem Entscheidungsprozess fanden in Niedersachsen gerade Debatten zur Novellierung des Krankenhausgesetzes, das die Überwindung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ermöglichen soll, statt – der Entschluss fiel auch dadurch zugunsten eines neuen Versorgungskonzeptes aus.

Basisversorgung vor Ort, komplizierte Fälle in der Region

Nach Gesprächen mit allen Entscheidungsträgern vor Ort – den Gemeinderäten, Politiker:innen, Kirchenvorstand, dem Sozialministerium, Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) stand im Herbst 2022 fest: Das Marienhospital wird ein RGZ. Werner Lullmann erinnert sich an viel Zuspruch, als die Idee vorgestellt wurde: „Wenn wir es schaffen, eine qualifizierte ambulante fachärztliche Versorgung zu organisieren und eine kleine stationäre Einheit mit 15 Betten halten zu können, dann ist das gerade für den ländlichen Raum etwas Zukunftsweisendes. Die Basisversorgung kann weiterhin vor Ort stattfinden. Kompliziertere, potenziell intensivpflichtige Fälle werden hingegen in anderen Krankenhäusern der Region behandelt.“ Nach den Vorschlägen der Regierungskommission für die Krankenhausreform würde das Marienhospital damit als ein Level-1i-Haus eingestuft. „Wir haben Ankum für uns so definiert, dass wir es in den bestehenden Strukturen weiterhin führen können. Ob wir das Konzept in Zukunft noch anpassen müssen, wird sich im Rahmen der Krankenhausstrukturreform noch zeigen“, sagt Lullmann.

Zunächst aber wird nun bis Ende des Jahres geguckt, wie das Konzept in der Praxis läuft und ob noch nachgesteuert werden muss. Das Angebot des RGZ basiert auf Kalkulationen, was in der Vergangenheit an Krankenhausleistungen nachgefragt worden war und was unter den neuen Rahmenbedingungen weiterhin in Ankum erbracht werden kann. „Auf dieser Grundlage würde sich ein Belegkrankenhaus, wie wir es geplant haben, auch wirtschaftlich darstellen“, so Lullmann. Bereits jetzt kann schon gesagt werden: Das fachärztlich-ambulante Angebot wird sehr gut angenommen und erfährt eine steigende Nachfrage. Sechs Facharztstühle sind zunächst geplant. Fünf sind bereits mit Ärzt:innen aus dem eigenen Personalbestand besetzt. Die Belegung der 15 Betten ist bisher noch nicht ausgelastet. Sobald spätestens im Sommer die letzte noch freie Belegarztstelle, es ist eine Internistenstelle, besetzt sein wird, soll das anders werden. Da es sich bei stationären Fällen insbesondere um internistische Patient:innen handelt, geht man in Ankum daher von einer positiven Entwicklung aus.

Aber was genau ändert sich nun konkret in der Versorgung? Schon in der Vergangenheit wurden weder Schlaganfälle, Herzinfarkte oder

Verletzungen durch schwere Verkehrsunfälle in Ankum behandelt noch Tumor-OPs durchgeführt. In der öffentlichen Diskussion rund um die Umstrukturierung wurde dieser Fakt oft ausgeblendet. Aber natürlich haben auch große Veränderungen stattgefunden. Es gibt keine Geburtshilfe mehr am Marienhospital. Diese wurde nach Quakenbrück verlegt, etwa 25 Minuten von Ankum entfernt. Perspektivisch kommt die Verlegung den Frauen vielleicht sogar entgegen, wie Lullmann schätzt: Die Stadt Quakenbrück ist größer als die Gemeinde Ankum und bisher mussten viele Quakenbrückerinnen zur Geburt ans Marienhospital kommen. Ebenso hat das Krankenhaus nun keine Intensivstation und keine 24/7-Notfallversorgung mehr.

„Alles andere, was in Ankum in der Vergangenheit behandelt worden ist, kann auch in Zukunft ambulant und stationär behandelt werden“, erläutert Werner Lullmann. Das sind beispielsweise Blinddarm- oder Gallenblasen-OPs, die unfallchirurgische Operation am gebrochenen Arm oder kleinere orthopädische Eingriffe. Das gilt auch gerade für die Versorgung von Bewohner:innen in Pflegeheimen oder von älteren Personen allgemein, die für ein paar Tage im Krankenhaus stationär aufgenommen werden müssen, um medizinisch wieder gut eingestellt zu werden. „Unter’m Strich wird sich stationär also nicht so viel verändern.“ Künftig werden auf zwei Stationen des Krankenhauses zusätzliche pflegerische Angebote eingerichtet – eine Kurzzeitpflege sowie eine Intensivpflegeeinrichtung.

Proaktive Öffentlichkeitsarbeit ist wichtig!

Trotzdem sorgte die Ankündigung der Umstrukturierung für Aufregung. Die Ankumer Bevölkerung hat einen starken Bezug zu ihrem Krankenhaus und engagierte sich stets für dessen Erhalt. Bereits in den 1970er-Jahren, als erstmals darüber diskutiert wurde, ob das Haus geschlossen werden muss, wurde viel für die Kirchengemeinde gespendet. Dieses Mal organisierte eine Bürgerinitiative eine große Demonstration mit etwa 1 500 Personen. Das zeigte Wirkung: Durch den Protest wurde viel öffentlicher Druck aufgebaut. In den zuvor mit den lokalen Entscheidungsträgern konstruktiv geführten Gesprächen stand statt der Umstrukturierung nun der Erhalt des Krankenhauses im Vordergrund, obwohl die Rahmenbedingungen dagegensprachen. Das machte den Transformationsprozess auch für die Mitarbeitenden schwieriger. Denn durch die Debatten um das Marienhospital wurde von außen die Hoffnung geweckt, dass es am Standort vielleicht doch wie bislang weitergehen könnte. Dadurch ließen sich die Mitarbeitenden nur zögerlich auf das neue Versorgungsmodell ein. Mindestens 140 der ehemals 356 Mitarbeitenden sind weiter in Ankum beschäftigt. Gut weitere 20 Prozent haben Beschäftigungsangebote in anderen Einrichtungen der Niels-Stensen-Kliniken angenommen.

Um damals die Kontroversen um die Umstrukturierung sowie Halbwahrheiten und Fragen über die Zukunft des Standorts aufzuklären, starteten die Niels-Stensen-Kliniken eine Informationsinitiative mit eigener Website. Für Werner Lullmann ist eine proaktive Öffentlichkeitsarbeit wichtig, um die Akzeptanz in der Bevölkerung für das RGZ zu erhöhen und gleichzeitig unbegründete Ängste vor unzureichender Versorgung zu nehmen. Kritik am RGZ oder vielmehr dessen Finanzierung äußert die KVN. Sie fordert, dass die Verlagerung von stationären Leistungen in die ambulante Versorgung auch finanziell angemessen abgebildet werden muss, möglicherweise durch bundesgesetzliche Regelungen. In Ankum sei das bisher nicht der Fall. So erhalte das RGZ drei zusätzliche Stellen als sogenannte Belegarztzulassungen, obwohl der Planungsbereich grundsätzlich wegen Überversorgung für zusätzliche Zulassungen gesperrt ist. Der Aufbau des RGZ erfolge laut KVN somit zu Lasten der vertragsärztlichen Versorgung: „Leistungen, die zuvor über den stationären Bereich direkt mit den Krankenkassen abgerechnet wurden, sollen nun aus der begrenzten vertragsärztlichen Gesamtvergütung finanziert werden.“ Zusätzlich könnten jetzt in einem wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereich ambulante fachärztliche Leistungen abgerechnet werden, ohne dass es einen finanziellen Ausgleich von den Krankenkassen geben würde, beispielsweise aus dem Krankenhausbudget. Die Kritik nimmt Werner Lullmann zu Kenntnis, im konkreten Fall in Ankum geht er jedoch nicht von einer unverhältnismäßigen Belastung des ambulanten Bereichs aus, erkennt gleichzeitig aber an: „Das ist zunächst eine Forderung an die Politik. Es weiß noch niemand, wie die Krankenhausstrukturreform konkret aussehen wird. Wenn aber im erheblichen Umfang Leistungen vom stationären Bereich in den ambulanten Bereich verlagert werden, muss es natürlich auch zur Umverteilung bei den Budgets kommen.“



Foto: Privat

Werner Lullmann

Für Werner Lullmann ist eine proaktive Öffentlichkeitsarbeit wichtig, um die Akzeptanz in der Bevölkerung für das RGZ zu erhöhen und gleichzeitig unbegründete Ängste vor unzureichender Versorgung zu nehmen.

Transformationsprozess im Osten schon nach dem Mauerfall

Vorsprung durch Umbruch

Nach der Wiedervereinigung wurde im Osten Deutschlands das Gesundheitssystem vollständig umgebaut. Wie schwierig war der Transformationsprozess und wurde damals vielleicht eine Chance vergeben, eine bessere Verzahnung zwischen Ambulant und Stationär zu erreichen? Ein Blick in die Vergangenheit.

„Es hat endlich Spaß gemacht, im Krankenhaus zu arbeiten“, erinnert sich Bruno Jung. Damals, nach der Wiedervereinigung, als im Osten Investitionsmittel über ein gemeinsames Förderprogramm von Bund, Ländern und Kassen flossen und plötzlich viele Gestaltungsmöglichkeiten offenstanden. Mit neuen Geräten, mehr Medikamenten und Sanierungen. Bruno Jung, HNO-Arzt und Vorsitzender des Hartmannbunds Sachsen-Anhalt, hat in zwei Gesundheitssystemen gearbeitet – in dem der DDR und der BRD. Ärztemangel, Ressourcenmangel, marode Bausubstanz – den staatlichen Krankenhäusern in der DDR ging es schlecht. 466 waren es 1988. Daneben gab es auch konfessionelle (1988:75) und private Einrichtungen (1988: 2). Bis zum Ende der DDR machten kirchliche Häuser einen wichtigen Bestandteil der Versorgung aus. Unter anderem, weil sie zum Teil moderner ausgestattet waren. Denn sie erhielten nennenswerte Spenden aus dem Westen, die beispielsweise für neue Röntengeräte eingesetzt wurden.

Mit der Wende kam dann der große Umbruch. Das Gesundheitssystem der DDR wurde durch die Strukturen der damaligen Bundesrepublik ersetzt. Die Krankenhäuser wurden beim Transformationsprozess zwar unterstützt, doch gab es dennoch große Einschnitte, zu sehr hinkten die Versorgungsstandards im Westvergleich hinterher: „Wir mussten unsere Standortzahl deutlich verringern, uns stärker vernetzen. Das leuchtete uns ein, auch wenn es alles sehr schnell ging und an manchen Stellen schmerzhaft war“, erzählt Jung, der zum damaligen Zeitpunkt im Bezirkskrankenhaus Halberstadt tätig war und später als Chefarzt die HNO-Klinik im Krankenhaus Quedlinburg leitete. Innerhalb weniger Jahre wurden die sieben Standorte in Quedlinburg auf drei reduziert, um sich wirtschaftlicher aufzustellen. Für die Mitarbeitenden sei es eine deutliche Umstellung gewesen, plötzlich ihren Arbeitsplatz wechseln zu müssen und unter Umständen in andere Städte zum Arbeiten pendeln zu müssen. „Diese Umwälzung ging mit einer deutlichen Reduktion der stationären Betten einher. Deswegen haben vermutlich viele Landkreise in Sachsen-Anhalt einen gewissen Vorsprung vor den Ländern im Westen, die diese Veränderungen noch nicht gezwungenermaßen durchführen mussten“, sagt Jung.

Viele Krankenhäuser in den neuen Bundesländern wurden geschlossen. Seit 1991 hat sich die Zahl der Krankenhäuser in ganz Deutschland um mehr als 500 verringert – wobei die Zahlen nicht Auskunft darüber geben, ob es sich dabei um Krankenhausschließungen handelt oder um Fusionen von Häusern. Die Zahl der Häuser ist in den neuen Bundesländern stärker zurückgegangen als in den alten. Dennoch hat sich insgesamt die Krankenhausedichte mittlerweile angenähert. „Die Krankenhausedichte zwischen Ost

und West unterscheidet sich heute nicht sehr stark voneinander“, sagt Medizinhistoriker Prof. Dr. med. Florian Bruns. Er ist Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin an der Technischen Universität Dresden. Noch gravierender als im Krankenhaussektor waren seiner Einschätzung nach die Strukturveränderungen im ambulanten Sektor. Obwohl es in der damaligen Bundesrepublik Diskussionen über die Krise des dortigen Gesundheitswesens gab – die Kosten der gesundheitlichen Versorgung waren zu hoch, auch in den Krankenhäusern –, wurde das westdeutsche System der Kassenärzte komplett übernommen. „Viele Ärzte fanden das gut. Aber es hat auf die Versorgungsstruktur natürlich Auswirkungen gehabt, vieles ist weggebrochen“, erläutert Bruns.

In der DDR sollte vor allem der ambulante Sektor verstaatlicht werden. Ab 1946 wurde versucht, niedergelassene Ärzt:innen in staatliche Anstellung zu bringen. Die Niederlassung war zwar nicht verboten, die Anstellung war jedoch besser bezahlt. Es hat gut drei Jahrzehnte gedauert, dann war die ambulante Versorgung zum großen Teil in Polikliniken und Ambulatorien zentralisiert. Die meisten Ärzt:innen waren angestellt, nur ein geringer Teil ließ sich nieder. Die Zahl der Praxen beschränkte sich 1989 bei einer Gesamtzahl von etwa 40 000 Ärzt:innen auf gut 300. Anders war es in Westdeutschland, wo ein föderales, liberales Gesundheitssystem weitergeführt wurde, dessen Grundzüge im Wesentlichen bereits vor der NS-Zeit bestanden. Hier lag der Sicherstellungsauftrag bei den niedergelassenen Ärzten, die sich staatsnah in Kassenärztlichen Vereinigungen und Ärzteverbänden organisierten. Institutionen wie Ärzteverbände waren in der DDR hingegen abgeschafft. Als Begründung wurde deren unrühmliche Vergangenheit in der NS-Zeit angeführt, doch auch später wurden keine Nachfolgeorganisationen eingeführt. Die Ärztelobby sollte keine politische Kraft entwickeln, wie Bruns sagt. Denn die Ärzt:innen waren mehrheitlich bürgerlich eingestellt.

Polikliniken waren entscheidendes Instrument

Als wesentliches Element der ambulanten Versorgung galten Polikliniken, die wichtigsten medizinischen Fachrichtungen waren hier unter einem Dach vereint: Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Stomatologie und Allgemeinmedizin. Zusätzlich gab es klinisch-diagnostische Laboratorien, Röntgeneinrichtungen und physiotherapeutische Abteilungen. Der Vorteil war, dass die Ärzt:innen medizinische Geräte gemeinsam nutzen konnten, die interdisziplinäre Zusammenarbeit wurde erleichtert. Genügte eine ambulante Versorgung nicht mehr, wurden Patient:innen in Krankenhäuser überwiesen und diese nach dem stationären Aufenthalt wieder in der Poliklinik oder im Ambulatorium versorgt. Ansatz war

die ganzheitliche Betreuung der Patient:innen, der Fokus lag zudem auf präventiver statt auf kurativer Medizin. Das zeigte sich auch in Einrichtungen wie den Dispensaires, in denen Ärzt:innen mit spezifischen Kenntnissen für die Versorgung chronischer Erkrankungen wie Diabetes zuständig waren.

In der DDR wurde ein Netz von Polikliniken gespannt. Wie es im Statistischen Jahrbuch 1989 heißt, gab es 218 selbstständige Polikliniken, 143 Polikliniken, die an Krankenhäuser angeschlossen waren, 111 Universitäts-polikliniken und 151 Betriebspolikliniken. Teilweise, insbesondere in Betriebspolikliniken, waren dort auch stationäre Einrichtungen für die Grundversorgung vorhanden. Die kleineren Ambulatorien – in diesen gab es mindestens drei ärztlich besetzte Fachabteilungen – boten ambulante Versorgung dort an, wo die nächste Poliklinik zu weit entfernt war. 1988 wurden 438 Land- und 354 Betriebsambulatorien gezählt. Dazu kamen 1 625 staatliche Arztpraxen.

„Polikliniken haben den ambulanten und stationären Sektor gut miteinander verbunden und wurden entsprechend stark frequentiert. Mit der Gemeindegewerkschaft, die auch in Dörfern kam, wo wirklich kein Arzt tätig war und dort bestimmte Tätigkeiten übernahm, war das Versorgungsnetz noch enger“, erzählt Bruns. Auch, wenn es an Polikliniken wie in den Krankenhäusern Probleme gab, der Staat einen stärkeren Zugriff auf Ärzteschaft und Patient:innen hatte, lange Wartezeit und wenig persönliche Bindung zu den behandelnden Ärzt:innen beklagt wurden – der Medizinhistoriker glaubt, dass es sich gelohnt hätte, die Institution Poliklinik als eine weitere Versorgungsalternative ins westdeutsche System zu retten oder zumindest die weitere Entwicklung abzuwarten: „Viele Ärzte, so wie es heute der Fall ist, wären damals froh gewesen, sich nicht als Kleinunternehmer betätigen zu müssen. Viele hätten dort weitergearbeitet, wenn sie die Sicherheit gehabt hätten, dass die Polikliniken nicht abgewickelt werden.“ Zwar wurde im Einigungsvertrag ein Bestandsschutz bis 1995 ausgehandelt. Doch schon vor Ablauf der Frist verließen immer mehr Ärzt:innen die Polikliniken und gründeten eigene Praxen. Das hatte mitunter auch mit der westdeutschen Standespolitik zu tun, die sich durch „intensives und aggressives Lobbying der westdeutschen Ärzteverbände“ äußerte, wie es der Politikwissenschaftler Gerhard Lehmbuch 1990 ausdrückte. Die Zukunftsperspektiven für Polikliniken wurden überwiegend düster dargestellt.

Ob sich Polikliniken tatsächlich bewährt hätten oder es heute in unserem Gesundheitssystem tun würden, darüber kann nur spekuliert werden. Die Bedingungen und die Gesundheitspolitik in der DDR sind nicht mit denen des bundesdeutschen Gesundheitssystems vergleichbar. Dass es durchaus Schnittmengen geben könnte, zeigen die Forderungen nach einer engeren Verzahnung von Ambulant und Stationär. Und dass unter anderem seit 2004 die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren ansteigt. Diese haben zwar nicht viel mit Polikliniken gemein, stehen aber für einen allgemeinen Trend: Immer mehr Ärzt:innen ziehen die Anstellung einer eigenen Praxis vor.

Foto: PHOTOCREO Michal Bednarek/shutterstock.com

Jung: Systemwechsel war alternativlos

Für Bruno Jung war der Systemwechsel alternativlos: „Bei mir und meinen Kollegen gab es eine große Euphorie, die natürlich unterstützt wurde durch westliche Kollegen, die für die Niederlassung warben. Im Großen und Ganzen haben wir diese Chance gern ergriffen. Die meisten waren froh, dass sie ihre Fähigkeiten zeigen, sich endlich von der staatlichen Gängelei loslösen konnten. Es sind nicht umsonst so viele Ärzte in den Westen abgewandert.“ Er selbst hat 1997 eine Praxis übernommen, die er bis 2016 führte. Das Ende der Polikliniken bedauert er nicht, hat er während seiner Facharztausbildung selbst den Alltag in einer erlebt. Feste Gehälter für Ärzt:innen sorgten für wenig Motivation – das Geld floss schließlich auch bei halbherziger Arbeitsmoral. „Die DDR ist an ihren eigenen Prinzipien wirtschaftlich zugrunde gegangen. Dazu gehört im Gesundheitswesen auch diese legere Verzahnung von Ambulant und Stationär“, sagt Jung. Er sieht das Risiko, dass durch vermehrte Auflösung ambulant-stationären Grenzen zugleich die Zahl der stationären Behandlungen und somit auch die Gesundheitskosten nur weiter steigen werden – so wie es durch vermehrte Krankenhauseinweisungen vieler MVZ bereits heute der Fall sei. „Ich habe mich gefreut, als die DDR fiel und ich mich endlich im Wettbewerb beweisen konnte, erst stationär und dann ambulant. Wenn durch die Reform jetzt eine Zusammenarbeit zwischen Ambulant und Stationär erzwungen wird, dann ist dieser



Foto: Privat

Bruno Jung

Die Freiheit, wie und in welcher Organisationsform Ärzte arbeiten wollen, muss bestehen bleiben“, findet Bruno Jung.

Wettbewerb vorbei. Die Freiheit, wie und in welcher Organisationsform Ärzte arbeiten wollen, muss bestehen bleiben“, findet Jung.

Was sich in Zukunft ändern muss, um die Gesundheitsversorgung weiter in hoher Qualität gewährleisten zu können? Florian Bruns hält ein Ende der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens für unerlässlich: „Die Gesundheitsversorgung völlig dem freien Markt zu überlassen, hat sich, historisch betrachtet, nicht bewährt. Da muss man eine gute Balance finden zwischen Wettbewerb und staatlichen Vorgaben, ansonsten fühlen sich die Menschen verlassen.“ Da kann Bruno Jung mitgehen: „Es ist richtig, nach Jahren entsprechender Fehlentwicklung ein Ende der Plünderung der dem Gesundheitswesen zustehenden Mittel durch sogenannte Investoren zu fordern.“ Aber gleichzeitig dürfe dieser negative Aspekt der Kommerzialisierung nicht ausschließen, dass Praxen und Kliniken auf gesicherten wirtschaftlichen Grundlagen arbeiten müssten. Dazu gehöre auch eine gesunde Gewinnerwartung, ohne die Investitionen für die Zukunft nicht möglich seien. Einig sind sich der Medizinhistoriker und der Vorsitzende des Hartmannbundes Sachsen-Anhalt zudem in einer Sache: Es braucht auch neue, innovative Versorgungsmodelle, um selbst mit weniger Krankenhäusern ein funktionierendes Gesundheitswesen aufrechterhalten zu können.



Foto: Privat

Florian Bruns

Florian Bruns hält ein Ende der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens für unerlässlich: „Die Gesundheitsversorgung völlig dem freien Markt zu überlassen, hat sich, historisch betrachtet, nicht bewährt.“



Florence Nightingale um 1820. Krankenhäuser sollten nun vor allem auch der Ausbildung von Ärzt:innen dienen

Bedeutung der Krankenhäuser im Wandel der Zeit Mehr als nur ein Haus für Kranke

Krankenhäuser spielen in unserem Gesundheitssystem eine wichtige Rolle. Gleichzeitig ist ihre grundsätzliche Bedeutung für die Gesellschaft, Wissenschaft und Wirtschaft nicht zu unterschätzen. Mit dem Medizinhistoriker Prof. Dr. phil. Fritz Dross geht es auf eine Reise durch die moderne Krankenhausgeschichte.

Ein Haus, in dem Kranke versorgt werden – und das überwiegend stationär. So einfach kann der Begriff Krankenhaus erklärt werden. Bereits in mittelalterlichen Quellen ist zu lesen, dass Einrichtungen existierten, die auf Gesundheitsdienstleistungen spezialisiert waren. Deren Größe wurde schon damals mit der Anzahl der Betten angegeben, erzählt Prof. Dr. phil. Fritz Dross. Medizinhistoriker am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg sowie Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte. „Es werden dort Menschen behandelt, die ihr Leben schon deshalb nicht mehr unabhängig gestalten können, weil sie bettlägerig sind. Das ist über die Jahrhunderte hinweg gleichgeblieben.“ Was sich jedoch stark verändert hat, ist die Frage, wie diese Dienstleistung auszusehen hat. In modernen Krankenhäusern definieren dies Ärzt:innen – alles, was die Medizin ihrer Zeit nicht fassen kann, findet dort dann auch nicht statt.

Krankenhäuser sollten der Ausbildung dienen

Krankenhäuser wie wir sie heute kennen, gibt es seit dem späten 18., frühen 19. Jahrhundert. Mit den großen Universitätsreformen wurde festgelegt, dass diese Häuser der Ausbildung von Medizinstudierenden dienen sollen. Damit diese lernen konnten, Krankheiten zu behandeln oder Operationen durchzuführen, brauchte es in erster Linie Patient:innen. Stationäre Behandlungen waren zu dieser Zeit jedoch noch die Ausnahme. Also wurden Universitätskrankenhäuser über Bildungs- und Wissenschaftshaushalte finanziert, sodass medizinische Behandlungen, speziell für arme Menschen, kostenfrei angeboten werden konnten – unter der Bedingung, sich von Studierenden untersuchen und behandeln zu lassen. Etwa Mitte des 19. Jahrhunderts kommt in diesem Zusammenhang der vielsagende Begriff Krankenmaterial auf.

„Die Medizin von heute ist durch und durch Krankenhausmedizin“, beschreibt Fritz Dross diese Entwicklung, die auch nach gut 150 Jahren noch nicht abgeschlossen ist: Das Studium findet mehr oder weniger im Krankenhaus statt, die Fachärzt:innenausbildung ebenso. Publikationen in Fachjournalen stammen in der Regel von Krankenhausärzt:innen. Klinische Forschung ist nur mit umfangreichen Patient:innenkollektiven möglich, die wiederum nur an großen Häusern gewonnen werden können. Längst hat sich der Stellenwert des Krankenhauses in der Gesundheitsversorgung geändert – im-

Dennoch sieht Fritz Dross die Bezeichnung Ökonomisierung des Gesundheitswesens kritisch. Denn neu ist dieser Zusammenhang nicht, und negativ konnotiert genau genommen ebenso wenig: „Natürlich musste schon das mittelalterliche Hospital bezahlt werden. Wenn es kein Geld mehr gab, konnten auch die Patientinnen und Patienten nicht mehr behandelt werden. Das heißt, es muss einen ökonomischen Rahmen geben, um die Einrichtung langfristig betreiben zu können.“ Allein das Bauen von Krankenhäusern war eine teure Angelegenheit. Hinzu kamen die Kosten für Personal, der Betrieb des Hauses, diverse Dienstleistungen – wer das nicht alles im Auge behielt, verschwendete schnell Ressourcen. Das ist heute nicht anders. Problematisch hingegen ist die Kommerzialisierung der Medizin, begünstigt zum Beispiel durch die DRGs. Ökonomische Zwänge durch Gewinnmaximierung und Verlustminimierung sowie eine ökonomische statt medizinische Konkurrenz der Einrichtungen untereinander drängen dabei eine zugewandte, ganzheitliche Versorgung in den Hintergrund.

Schließungen sind erst ein junges Phänomen

Ein neues Phänomen sind dagegen die Krankenhausschließungen. Ging es in der Vergangenheit eher darum, mit dem Bau neuer Häuser auf Krisen zu reagieren, geht die Entwicklung seit den 1970er Jahren in die entgegengesetzte Richtung. Die Finanzierung der Krankenhäuser war nicht mehr zu tragen, seitdem wird unter anderem mit dem Schließen von Stationen oder ganzen Häusern beziehungsweise Bettenabbau reagiert. Auch mit Blick auf die anstehende Krankenhausreform stellt sich für Dross die Frage, auf welche Häuser verzichtet werden kann und nach welchen Kriterien sie auszuwählen sind. „Das ist schwierig zu entscheiden. Denn ein Krankenhaus stellt nicht nur einen wichtigen ökonomischen, sondern auch kulturellen Faktor für eine Kommune dar“, sagt der Medizinhistoriker. Ein Krankenhaus steht schließlich nicht isoliert in der Landschaft, es bildet einen wichtigen Fixpunkt, vor allem im ländlichen Raum. Oft ist es größter Arbeitgeber der Region. Fällt zum Beispiel ein Kreiskrankenhaus weg, kann das Auswirkungen auf die gesamte soziale Dynamik und Struktur der betroffenen Kreisstadt haben.

Deshalb weist Dross darauf hin, dass ein Krankenhaus zwar in erster Linie für die medizinische Versorgung von erkrankten Menschen zuständig ist. Gleichzeitig gehe seine Bedeutung weit darüber hinaus: „Die Gesundheitsversorgung ist ein wesentlicher Faktor dafür, wie unser Arbeitsleben und damit der wirtschaftliche Erfolg von Deutschland aussehen kann – gleichzeitig aber ist jedes einzelne Haus auch ein Faktor für die soziokulturelle Entwicklung der jeweiligen Region.“

Statistisches Jahrbuch 1989 für die Bundesrepublik Deutschland

Zahlen von 1987:



Die Gesundheitspolitik zeigt sich undurchsichtig

Böse Überraschungen und Abwarten

Das Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege – Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) hat zum Abschluss seiner Bundestagsberatungen eine böse Überraschung für die niedergelassenen Ärzte bereitgehalten. Im Rahmen der 2./3. Lesung im Deutschen Bundestag wurde ein sogenannter fachfremder Änderungsantrag „zur Modifikation des Auftrages an den G-BA zum Beschluss einer Richtlinie zur Ersteinschätzung in Krankenhäusern“ durch die Koalitionsfraktionen der Ampel im Deutschen Bundestag zu diesem Gesetz eingebracht.



Foto: Adul10/shutterstock.com

Substitution soll auf vermerkte Arzneimittel mit Lieferengpässen beschränkt werden.

Dieser Antrag bedeutet „eine deutliche Abkehr von der Regel der Zusammenarbeit von Praxen und Krankenhäusern in der Akut- und Notfallversorgung“, wie einem Brandbrief der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 25. Mai an den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags zu entnehmen ist, der aber diese Änderung nicht mehr aufzuhalten vermochte. Gemäß dieses Antrags, der nun am 26. Mai mit der abschließenden Beratung des PUEG im Deutschen Bundestag mehrheitlich mit beschlossen wurde, sollen Notaufnahmen von Krankenhäusern Hilfesuchende, die keiner akuten Krankenhausbehandlung bedürfen, auch zu Praxisöffnungszeiten ausschließlich an die Notdienstpraxen weiterleiten, also an Praxen, die einen Standort auf dem Krankenhausgelände haben. Eine Weiterleitung an ambulante Praxen in der Regelversorgung ist nun verboten.

Diese Änderung konterkariert einen für den 30. Juni geplanten Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie mit Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Ver-

sorgungsbedarfs von Personen („Hilfesuchenden“), die eine Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen. Die Richtlinie sollte vorsehen, Patienten aufgrund einer qualifizierten Ersteinschätzung je nach Schwere und Dringlichkeit ihrer Erkrankung in die richtige Versorgungsebene, also in Vertragsarztpraxen, KV-Notdienstpraxen (künftig: integrierte Notfallzentren) oder stationäre Notaufnahmen zu vermitteln. Diese Änderung kann als Vorgriff auf die von der Regierungskommission Krankenhaus vorgeschlagene Konzeption der Reform der Notfallversorgung interpretiert werden, die eine Besetzung der integrierten Notfallzentren durch niedergelassene Ärzt:innen größtenteils rund um die Uhr vorsieht. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat berechnet, dass mit der „Flutung der Notdienst- und Bereitschaftspraxen“ zu normalen Öffnungszeiten der Praxen etwa 600 Praxen täglich schließen müssen, um die integrierten Notfallzentren entsprechend besetzen zu können. In Ärztekreisen wird dieser Vorgang als Angriff auf die ambulante ärztliche Versorgung in Einzelpraxen gewertet.

Arzneimittel: Gesetzgebung noch vor der Sommerpause

Die Gesetzgebung zum Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) dürfte aller Voraussicht nach noch vor der Sommerpause abgeschlossen werden. Von einem Lieferengpass betroffene Arzneimittel sollen mit bestimmten Maßgaben ohne Rücksprache mit der verordnenden Ärztin bzw. Arzt durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel in einer anderen Packungsgröße oder Wirkstärke ausgetauscht werden dürfen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hält diese Substitutionsmöglichkeiten mit Beschränkung auf nicht verfügbare Arzneimittel entsprechend der vorgenommenen Definition (das Arzneimittel kann innerhalb einer angemessenen Zeit durch zwei unterschiedliche Verfügbarkeitsanfragen bei vollversorgenden Arzneimittelgroßhandlungen nicht beschafft werden) für nachvollziehbar. Es sei aber zwingend erforderlich, dass eine Rückinformation der verordnenden Ärztin/Arzt durch die Apotheke erfolgen muss, um mögliche Arzneimitteltherapiesicherheitsrisiken bei der Nachverordnung bzw. der weiteren Einnahme durch die Patientin bzw. den Patienten zu minimieren.

Digitalisierung: Zeitplan für Gesetzgebung ungewiss

Noch ungewiss ist, ob die beiden Gesetzesvorhaben im Bereich der Digitalisierung noch vor dem Herbst auf den Gesetzgebungsweg gebracht werden. Hier gibt es zum einen das geplante Digitalgesetz (DIGIG) mit der elektronischen Patientenakte in der Konzeption einer Widerspruchslösung (Opt-out-Regelung) sowie den Umbau der gematik zu einer Digitalagentur und zum zweiten das avisierte Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GNDG), das eine Opt-out-Regelung für Nutzbarmachung der ePA-Daten zu Forschungszwecken vorsieht, daneben eine „Verbesserung der Datenverfügbarkeit für die Forschung“ sowie „Justierung der Datenschutzaufsicht“. Diese beiden Vorhaben sind mit dem Gesetzgebungs-Vorhaben einer europäischen Verordnung zu einem europäischen Gesundheitsdatenraum (EHDS) inhaltlich eng verknüpft. Es ist durchaus möglich, dass der Bundesgesundheitsminister zunächst einmal die weiteren Festlegungen auf europäischer Ebene bei zahlreichen noch unklaren Fragen, beispielsweise zu Bestimmung des Begriffs der Patientenakte oder auch der Opt-out-Regelungen zur Nutzung der Patientenakte abwarten möchte, bevor er die nationale Gesetzgebung beginnt.

Anzeige

PVSforum
FORTBILDUNGsinSTITUT

Aktuelle Online-Seminare:

GOÄ – Anästhesie	11.08.2023
GOÄ – Gynäkologie	01.09.2023
GOÄ – Allgemeinmed.	15.09.2023
GOÄ – Orthopädie	27.09.2023
GOÄ – HNO-Heilkunde	27.09.2023

Alle Seminare: pvs-forum.de

**IHR FORTBILDUNGsinSTITUT
FÜR DIE ABRECHNUNG IM
GESUNDHEITSWESEN**

DR. MARKUS MOLITOR
Leiter PVS forum und
Gebührenreferat

GOÄ-WISSEN
FÜR IHREN
PRAXISERFOLG

Neun Empfehlungen des Deutschen Ethikrats

Künstliche Intelligenz – Herausforderung für Mensch & Maschine

Nicht noch eine Ausarbeitung zum Thema „Mensch und Maschine – Herausforderungen durch Künstliche Intelligenz“?! Der Deutsche Ethikrat hat im März 2023 eine Stellungnahme mit eben jenem Titel veröffentlicht. Die Studie führt sehr hilfreich von der Theorie in die Praxis. Wer sich näher mit ihr befasst, wird schnell in ihren Bann gezogen: In der 300-seitigen Analyse werden die technischen, methodischen und philosophischen Grundlagen von Künstlicher Intelligenz (KI) eingängig ausgeführt, mit einer Beurteilungsmatrix unterlegt und auf vier konkrete Anwendungsfelder angewendet: Medizin, schulische Bildung, öffentliche Kommunikation und Meinungsbildung sowie öffentliche Verwaltung. Zu guter Letzt wird in der Stellungnahme eine Reihe von Querschnittsthemen (beispielsweise „die Gefährdung des Individuums durch statistische Stratifizierung“ oder „Auswirkungen von KI auf menschliche Kompetenzen und Fertigkeiten“) angesprochen, die für alle Anwendungsfelder relevant sind.

Das übergreifende Ergebnis der Analyse laute, so die Vorsitzende des Deutschen Ethikrats, Professorin Alena Buyx (TU München), anlässlich der Veröffentlichung: „Der Einsatz von KI muss menschliche Entfaltung, Autorschaft und Handlungsmöglichkeiten erweitern und darf sie nicht vermindern. KI darf den Menschen nicht ersetzen. Das klingt nach einfachen ethischen Regeln – ist aber alles andere als trivial. Man muss nämlich für die vielen Bereiche der Gesellschaft, in denen KI Einfluss hat und zunehmend mehr Einfluss haben wird – vom Arztzimmer bis zur Amtsstube, und von der Schule bis in die sozialen Medien – sehr genau hinschauen: Was sind die Grade der Ersetzung, wer ist denn jetzt wie und in welchem Maße betroffen?“ Der stellvertretende Vorsitz des Ethikrats, Professor Julian Nida-Rümelin (Ludwig-Maximilians-Universität München), ergänzte: „Die Merkmale menschlicher Intelligenz und menschlicher Vernunft ließen sich nicht auf Maschinen übertragen, daher sei von „Künstlicher Intelligenz“ im Text durchgängig nur als Eigenname, also mit großem „K“ geschrieben, die Rede. „Auch wenn Maschinen in Gestalt Künstlicher Intelligenz hochentwickelt sind, können sie den Menschen ihre Verantwortung nicht abnehmen. Damit ergibt sich eine doppelte Frontstellung, gegen das Verständnis des Menschen als einer besonders hochentwickelten Maschine und gegen die anthropomorphe Interpretation Künstlicher Intelligenz. Die Vernunft des Menschen ist mit seiner Leiblichkeit, die Teil seiner Identität ist, unauflösbar verbunden.“

Wertvoll für Praktiker

Die Analyse gibt einen Überblick über die Historie bis zur heutigen Sicht auf den Begriff der Künstlichen Intelligenz. Unter dem Schlagwort Künstlicher Intelligenz werde „inzwischen eine Fülle unterschiedlicher, aber vielfach konvergierender Phänomene diskutiert“, heißt es in der Stellungnahme. Hinter bestimmten Begrifflichkeiten wie starke und schwache KI würden sich auch unterschiedliche Verständnisse von Intelligenz sowie unterschiedliche Positionen hinsichtlich der Kernfrage, ob es qualitative und kategorische oder nur quantitative und prinzipiell überwindbare Unterschiede zwischen menschlicher und Künstlicher Intelligenz gibt, verbergen. Die Ausarbeitung birgt daneben einen großen Schatz an verständlichen Erläuterungen grundlegender Begrifflichkeiten. Der Rezipient erhält eine konkrete Vorstellung von Be-

griffen „soziotechnische Datenökosysteme“, „deep learning“ oder auch Anwendung „neuronaler Netzwerke“ durch KI.

Das Kapitel über KI im Zusammenhang mit Medizin reflektiert den Einsatz von KI-Systemen in der Medizin, die Entwicklung von KI-Systemen, KI in der medizinischen Forschung und KI in der medizinischen Versorgung. Die Studie ist auch für Praktiker sehr wertvoll, weil sie neun konkrete Empfehlungen für den Gesundheitssektor im Umgang mit der KI gibt:

1. Bei der Entwicklung, Erprobung und Zertifizierung medizinischer KI-Produkte bedarf es einer engen Zusammenarbeit mit den relevanten Zulassungsbehörden sowie insbesondere mit den jeweils zuständigen medizinischen Fachgesellschaften, um Schwachstellen der Produkte frühzeitig zu entdecken und hohe Qualitätsstandards zu etablieren.
2. Bei der Auswahl der Trainings-, Validierungs- und Testdatensätze sollte über bestehende Rechtsvorgaben hinaus mit einem entsprechenden Monitoring sowie präzise und zugleich sinnvoll umsetzbaren Dokumentationspflichten sichergestellt werden, dass die für die betreffenden Patientengruppen relevanten Faktoren (wie z. B. Alter, Geschlecht, ethnische Einflussfaktoren, Vorerkrankungen und Komorbiditäten) hinreichend berücksichtigt werden.
3. Bei der Gestaltung des Designs von KI-Produkten zur Entscheidungsunterstützung ist sicherzustellen, dass die Ergebnisdarstellung in einer Form geschieht, die Gefahren etwa von Automatismen (Automation Bias) transparent macht, ihnen entgegenwirkt und die die Notwendigkeit einer reflexiven Plausibilitätsprüfung der jeweils vom KI-System vorgeschlagenen Handlungsweise unterstreicht.
4. Bei der Sammlung, Verarbeitung und Weitergabe von gesundheitsbezogenen Daten sind generell strenge Anforderungen und hohe Standards in Bezug auf Aufklärung, Datenschutz und Schutz der Privatheit zu beachten. In diesem Zusammenhang verweist der Deutsche Ethikrat auf seine 2017 in Kontext von Big Data und Gesundheit formulierten Empfehlungen, die sich am Konzept der Datensouveränität orientieren, das für den Bereich von KI-Anwendungen im Gesundheitsbereich gleichermaßen Gültigkeit entfaltet.

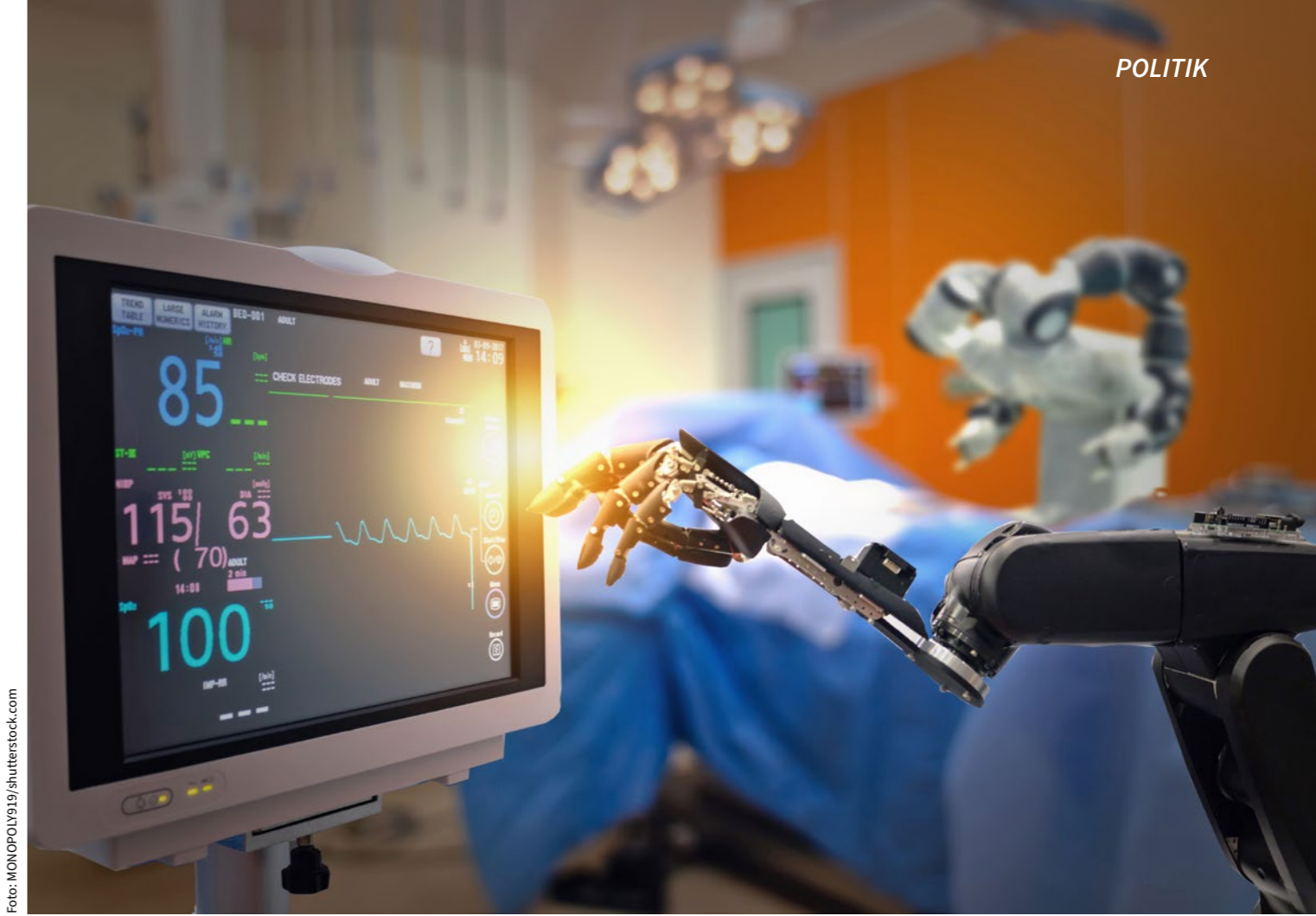


Foto: MONOPOLY19/shutterstock.com

Eine vollständige Ersetzung der ärztlichen Fachkraft durch ein KI-System gefährdet das Patientenwohl.

5. Bei durch empirische Studien sorgfältig belegter Überlegenheit von KI-Anwendungen gegenüber herkömmlichen Behandlungsmethoden ist sicherzustellen, dass diese allen einschlägigen Patientengruppen zur Verfügung stehen. Datensouveränität verstanden „als eine der Chancen und Risiken von Big Data angemessene verantwortliche informationelle Freiheitsgestaltung“, Deutscher Ethikrat (2017): Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung.
6. Für erwiesenen überlegene KI-Anwendungen sollte eine rasche Integration in die klinische Ausbildung des ärztlichen Fachpersonals erfolgen, um eine breitere Nutzung vorzubereiten und verantwortlich so gestalten zu können, dass möglichst alle Patientinnen und Patienten davon profitieren und bestehende Zugangsbarrieren zu den neuen Behandlungsformen abgebaut werden. Dazu ist die Entwicklung einschlägiger Curricula/Module in Aus-, Fort- und Weiterbildung notwendig. Auch die anderen Gesundheitsberufe sollten entsprechende Elemente in die Ausbildung aufnehmen, um die Anwendungskompetenz bei KI-Anwendungen im Gesundheitsbereich zu stärken.
7. Bei routinemäßiger Anwendung von KI-Komponenten sollte nicht nur gewährleistet werden, dass bei denjenigen, die sie klinisch nutzen, eine hohe methodische Expertise zur Einordnung der Ergebnisse vorhanden ist, sondern auch strenge Sorgfaltspflichten bei der Datenerhebung und -weitergabe sowie bei der Plausibilitätsprüfung der maschinell gegebenen Handlungsempfehlungen eingehalten werden. Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Gefahr eines Verlustes von theoretischem wie

haptisch-praktischem Erfahrungswissen und entsprechenden Fähigkeiten (deskilling); dieser Gefahr sollte mit geeigneten, spezifischen Fortbildungsmaßnahmen entgegengewirkt werden.

8. Bei fortschreitender Ersetzung ärztlicher, therapeutischer und pflegerischer Handlungssegmente durch KI-Komponenten ist nicht nur sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten über alle entscheidungsrelevanten Umstände ihrer Behandlung vorab informiert werden. Darüber hinaus sollten auch gezielte kommunikative Maßnahmen ergriffen werden, um dem drohenden Gefühl einer zunehmenden Verobjektivierung aktiv entgegenzuwirken und das Vertrauensverhältnis zwischen den beteiligten Personen zu schützen. Je höher der Grad der technischen Substitution menschlicher Handlungen durch KI-Komponenten ist, desto stärker wächst der Aufklärungs- und Begleitungsbedarf der Patientinnen und Patienten. Die verstärkte Nutzung von KI-Komponenten in der Versorgung darf nicht zu einer weiteren Abwertung der sprechenden Medizin oder einem Abbau von Personal führen.
9. Eine vollständige Ersetzung der ärztlichen Fachkraft durch ein KI-System gefährdet das Patientenwohl und ist auch nicht dadurch zu rechtfertigen, dass schon heute in bestimmten Versorgungsbereichen ein akuter Personalmangel besteht. Gerade in komplexen Behandlungssituationen bedarf es eines personalen Gegenübers, das durch technische Komponenten zwar immer stärker unterstützt werden kann, dadurch selbst als Verantwortungsträger für die Planung, Durchführung und Überwachung des Behandlungsprozesses aber nicht überflüssig wird.



Foto: kan_chana/shutterstock.com

Die mangelnde Transparenz bei der Ermittlung von Eigentümerverhältnissen der iMVZ beeinträchtigen die Evidenzlage zu Zahl und Ausbreitung.

MVZ-Regulierungs-Gesetz ist unerlässlich Auf der Jagd nach Rendite

Nach wie vor bieten Entwicklungen im Bereich Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) den Verantwortlichen im ärztlichen wie auch zahnärztlichen Bereich Anlass zu großer Sorge. Der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Dr. Klaus Reinhardt, hat jüngst auf dem Deutschen Ärztetag Mitte Mai 2023 ausgeführt, wie wichtig es ist, die sinnvolle Versorgungsoption der MVZ vor einer investorengesteuerten Kommerzialisierung zu bewahren. Das Thema ist auch in der Politik angekommen. Kurz vor dem Ärztetag ist im Bundesrat eine entsprechende parteiübergreifende Initiative der Länder Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein auf den Weg gebracht worden. Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach MdB (SPD) hat gesetzgeberische Abhilfe mit dem so genannten Versorgungsgesetz II in Aussicht gestellt.

Ursprünglich wurde insbesondere jungen Ärztinnen und Ärzten mit Einführung der MVZ die Möglichkeit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken, in Aussicht gestellt. Zusätzlich sollte der besondere Vorteil in der erleichterten Möglichkeit der engen Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern „aus einer Hand“ liegen, wie es in der damaligen Gesetzesbegründung hieß.

Der rechtliche Ansatz der MVZ war durchaus revolutionär. „Die Zulassung eines institutionellen Leistungserbringers brach mit dem, bis dahin den ambulanten Sektor prägenden Dogma ausschließlich personeller Leistungserbringer, nämlich selbstständiger Ärzte in eigener Praxis“, heißt es dazu in einem Rechtsgutachten für das Bundesministerium für Gesundheit zum Stand und der Entwicklung von MVZ aus November 2020.

Allerdings führte die Möglichkeit, den Kreis der potenziellen Inhaber dieser institutionellen Leistungserbringer nicht auf niedergelassene (Vertrags-)Ärzte zu beschränken, sondern auf alle

am GKV-System teilnehmenden Leistungserbringer zu erweitern, im Laufe der Jahre zu großen Problemen. Verschärft wurden diese noch durch eine gesetzliche Regelung in 2015, nach der nicht mehr die Interdisziplinarität innerhalb der MVZ gefordert wurde. Nur war auch die Gründung fachgleicher MVZ möglich.

Vor dem Hintergrund zunehmender nichtärztlicher Inhaberschaft von MVZ werde die Gefahr gesehen, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst würden, beschreibt das BMG-Gutachten die nun seit vielen Jahren seitens der Ärzteschaft und Zahnärzteschaft monierte Entwicklung. Damit gehe die Befürchtung einher, dass insbesondere in den kapitalintensiven Bereichen wie der Labormedizin oder der Augenheilkunde immer häufiger MVZ von Investoren ohne fachlichen Bezug gegründet würden, wodurch in den genannten Fachbereichen teils immer weniger Vertragsarztsitze für freiberuflich tätige Ärzt:innen in eigener Praxis zur Verfügung stünden.

Der Gesetzgeber hat deshalb wiederholt eingegriffen: in 2012 wurde die Gründungsberechtigung für MVZ auf Vertragsärzte, zu-

gelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen und gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der Versorgung teilnehmen, beschränkt. In 2019 wurden diesem Kreis anerkannte Praxisnetze hinzugefügt. Außerdem wurde an die Gründung eines MVZ durch Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen der Fachbezug geknüpft. Daneben wurde die Gründung von Zahnärzte-MVZ durch Krankenhäuser der Beschränkung unterworfen, dass diese Einrichtungen bestimmte Versorgungsanteile je Planungsbereich nicht überschreiten dürfen.

BMG hält Regulierung für zulänglich

Das BMG-Gutachten gelangt zu dem Schluss, angesichts der vielfältigen – sich gegenseitig ergänzenden und verstärkenden – Vorschriften aller Rechtsbereiche sei der derzeitige Regulierungsrahmen für MVZ ausreichend. Die Einführung neuer Maßnahmen zum Schutz der Behandlungstätigkeit in MVZ vor sachfremden Einflüssen der Trägerebene sei nicht erforderlich. Zentral sieht das BMG-Gutachten die Rolle des ärztlichen Leiters in einem MVZ, um die Integrität ärztlicher Entscheidung im MVZ abzusichern. Seit 2012 muss der ärztliche Leiter selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt im MVZ tätig sein. „Zudem wurde die medizinische Weisungsfreiheit des ärztlichen Leiters explizit normiert (§ 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V i. d. F. des GKV-VStG)“, heißt es im BMG-Gutachten.

Die Antwort auf eine Kleine Anfrage der CDU/CSU-Bundestagsfraktion im Januar 2023 (Bundestagsdrucksache 20/5166) nach den „Auswirkungen investorengetragener Medizinischer Versorgungszentren auf das Gesundheitssystem in Deutschland“ gibt aktuellen Überblick über die bisherige Diskussion. Aus den ausführenden Fragestellungen der Unionsfraktion wird allerdings deutlich wie sehr sich die Problemlage seit 2020 noch einmal verschärft hat und die Aussage des BMG-Gutachtens wohl nicht haltbar sein dürfte. Die Unionsfraktion erwähnt Berichte nach denen sich die gesetzlichen Möglichkeiten, ein Krankenhaus zu erwerben und damit die Gründungsbefugnis für ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) in ganz Deutschland zu erlangen, von Private-Equity-Firmen und anderen großen Finanzinvestoren als Vehikel ausgenutzt werde, um Zugang zur vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu erlangen. Dies führe beispielsweise dazu, dass eine Waiblinger Klinik in Baden-Württemberg mit gerade einmal 15 Betten – eine chirurgische Belegklinik ohne zahnmedizinischen Versorgungsauftrag – ein zahnärztliches MVZ am Starnberger See in Bayern gründe, wobei aus Sicht der Fragesteller nicht immer nachzuvollziehen sei, inwieweit es bei einer solchen MVZ-Gründung tatsächlich um eine – von Seiten der Private-Equity-Firmen gegenüber der Öffentlichkeit vorgetragene – Stärkung der regionalen sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung vor Ort gehe.

Zwei Gutachten des renommierten IGES-Instituts, einmal im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und zum anderen im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns berichten über mögliche Gefahren für die Patientinnen und Patienten durch investorenbetriebene MVZ (iMVZ), die insbesondere die Tendenz zur Über- und Fehlversorgung und den Aufbau von MVZ-Kettenstrukturen beinhalten. Darüber hinaus werde kein nennenswerter Beitrag von iMVZ zur Versorgung ländlicher Räume und vulnerabler Patientengruppen geleistet, heißt es im KZBV-Gutachten. MVZ in Bayern rechnen je Arztgruppenfall im Vergleich zu Einzelpraxen ein um 5,7 Prozent höheres Honorarvolumen ab, konstatiert IGES im Gutachten für die KV Bayerns. Bei MVZ, die in Besitz von Finanzinvestoren sind, seien es 10,4 Prozent mehr. Vor allem bei MVZ der Fachrichtungen Augenheilkunde, Gynäkologie und Fachinternisten seien diese Steigerungen des Honorarvolumens zu beob-

achten. Generell spielten MVZ in Bayern eine immer größere Rolle. So sei im vierten Quartal 2019 fast jeder zehnte Behandlungsfall von einem MVZ erbracht. Besonders dynamisch entwickelte sich die Anzahl der von Investoren betriebenen MVZ. So war jedes zehnte MVZ Ende 2019 laut IGES im Besitz von Finanzinvestoren. Das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel, den Zugang von Finanzinvestoren in die ambulante vertragsärztliche Versorgung zu begrenzen, werde demnach bisher verfehlt, so die Autoren der IGES-Studie.

Statistische Kennzahlen zu MVZ zum Stichtag 31.12.2021

Anzahl der Zulassungen zum 31.12.2021: 4.179 (Zum 31.12.2020 waren 3.846 MVZ zugelassen. Das bedeutet einen Zuwachs von 333 MVZ bzw. 9 %) Gesamtzahl der im MVZ tätigen Ärzte: 25.754, Vertragsärzte: 1.676, Ärzte im Anstellungsverhältnis: 24.078 MVZ-Größe: im Durchschnitt 6,2 Ärzte. Vorwiegende Gründer: Krankenhäuser und Vertragsärzte. Beteiligung von Vertragsärzten an der Trägerschaft: 44%. Beteiligung eines Krankenhauses an der Trägerschaft: 42% Weitere Träger: 13%. Vorwiegende Rechtsformen: GmbH, GbR. Am häufigsten beteiligte Facharztgruppen: Hausärzte, Chirurgen und Orthopäden, Fachärztliche Internisten.

(Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV)

Sicherung des Patientenwohls im Fokus

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat Ende 2019 unter dem Vorsitz ihres Präsidenten, Dr. Klaus Reinhardt, eine Arbeitsgruppe „Kommerzialisierung Medizinischer Versorgungszentren/Krankenhäuser“ eingerichtet und mit Datum vom 9. Januar 2023 „Positionen der Bundesärztekammer zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung“ veröffentlicht. „Diese Vorschläge richten sich nicht gegen MVZ als solche und zielen auch nicht darauf ab, sinnvolle Investitionen in die Strukturen der ambulanten Gesundheitsversorgung zu erschweren“, erklärt die BÄK. „Stattdessen geht es darum, das Primat des Patientenwohls in der ambulanten Versorgung zu sichern, indem kritischen Entwicklungen in Richtung einer Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung durch geeignete Gegenmaßnahmen begegnet wird.“

„Angesichts der vielfältigen Herausforderungen, die sich insbesondere durch den demografischen Wandel mit einer Zunahme von Multimorbidität und durch den medizinischtechnischen Fortschritt mit zunehmender Spezialisierung der Fachgebiete ergeben, ist die hinter der Einführung stehende Idee einer interdisziplinären und sektorenverbindenden Versorgung an einem Ort sinnvoll und mehr denn je zeitgemäß“, so die BÄK. „Mittlerweile hat jedoch eine Entwicklung eingesetzt, die sich immer weiter von der eigentlich bezweckten Verbesserung der medizinischen Versorgung entfernt hat. Auch wurde mit dem Aufkommen von MVZ die Hoffnung verbunden, ärztliche Tätigkeit in ländlichen und unterversorgten Regionen attraktiver gestalten zu können. Allerdings entstanden MVZ zu 85 Prozent in Kernstädten, Ober- und Mittelzentren. Nur 15 Prozent der MVZ befinden sich in ländlichen Gemeinden (Quelle: KBV; MVZ Aktuell zum 31.12.2021).“



Kritisch wird es, wenn das primäre Ziel nicht mehr die Patientenversorgung, sondern die Maximierung der Rendite ist.

Dies sei teilweise auch den gesetzlichen Änderungen geschuldet, die seit der Einführung der MVZ vorgenommen wurden, maßgeblich die Ermöglichung fachgleicher MVZ, die zu einer deutlichen Zunahme der Gründungen von – zumeist fachgleichen – MVZ geführt habe, die sich auf einzelne, lukrative Leistungen ihres Fachgebietes beschränkten, anstatt sämtliche Kernleistungen ihres Fachgebietes zu erbringen, schildert die BÄK in ihrer Positionierung die Problemlage. „Für Finanzinvestoren wie Private Equity Gesellschaften sind MVZ eine attraktive Geldanlage, da die Erlöse durch die Finanzierung aus der Sozialversicherung praktisch abgesichert sind. Private, fachfremde Träger können, trotz der mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) eingeführten Beschränkung der Gründungsvoraussetzungen, Krankenhäuser kaufen, die als gründungsberechtigt gelten. Dabei sind ihnen derzeit keine Beschränkungen auferlegt, sie können über ihr Krankenhaus bundesweit und in allen Fachgebieten MVZ betreiben“, verdeutlicht die BÄK die besorgniserregende Vorgehensweise. Eine der Kernforderungen der BÄK ist der verpflichtende örtliche und fachliche Bezug des Gründungs-Krankenhauses zu seinem bzw. seinen MVZ. Nur so sei der Bezug zum Leistungsspektrum und zur ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus und damit der Nutzen für die Patientinnen und Patienten vor Ort erkennbar – die interdisziplinäre und sektorenverbindende Versorgung aus einer Hand und an einem Ort.

Rendite-Maximierung setzt Ärzt:innen unter Druck

Investitionen in das Gesundheitssystem seien grundsätzlich positiv zu bewerten, insbesondere, da in einigen Fachgebieten die medizinische Technologie kaum noch durch einen einzelnen Vertragsarzt finanziert werden könne, greift die BÄK die Diskussionslage auf. „Problematisch wird es, wenn das primäre Ziel nicht mehr die qualitativ hochwertige und zugewandte Patientenversorgung, sondern die Maximierung der Rendite ist. Es hat sich gezeigt, dass der mit der Kommerzialisierung von MVZ einhergehende (Rendite-)Druck so groß sein kann, dass ihm nicht allein mit der berufsrechtlichen Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten begegnet werden kann, die Behandlung allein am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten. Vielmehr bedarf es einer Anpassung der Rahmenbedingungen für die Zulassung und die ärztliche Tätigkeit in MVZ.“ Hiermit entkräftet die BÄK die Positionierung des

oben zitierten BMG-Gutachtens, das, wie erwähnt, die dominante Rolle der ärztlichen Leitung in den MVZ heraushebt.

Eine ergänzende Stellungnahme „Positionen der Bundesärztekammer: Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren“ ist im April 2023 erschienen. In ihren nachfolgend zitierten Kernaussagen werden wesentliche Forderungen aus der Ärzteschaft angesprochen, die aus den Erfahrungen mit der Entwicklung der investorenbetriebenen MVZ in den vergangenen Jahren resultieren:

- Medizinische Versorgungszentren als Organisationsform können eine sinnvolle Ergänzung der ambulanten Versorgungslandschaft sein, insbesondere, wenn sie interdisziplinäre und/oder sektorenübergreifende Versorgung erleichtern, Ärztinnen und Ärzte von organisatorischen Aufgaben entlasten, ihnen bedarfsgerechte Arbeits- und Arbeitszeitmodelle ermöglichen oder neuen Versorgungsformen einen Rahmen bieten.
- Handlungsbedarf besteht explizit bezüglich der dynamischen Entwicklung investorenbetriebener medizinischer Versorgungszentren (iMVZ). Dies wird trotz der sehr unterschiedlichen Interessenlagen und Perspektiven von keiner Seite prinzipiell bestritten.
- Die hohe Dynamik bei der Gründung von iMVZ sowie iMVZ-Ketten erfordert eine zeitnahe entschiedene Anpassung der Rahmenvorgaben für den Betrieb von MVZ, um die Vorteile von MVZ weiter nutzen zu können und gleichzeitig das kommerzielle Gebaren von iMVZ zu erschweren.
- Die mangelnde Transparenz und die großen Hürden bei der Ermittlung von Eigentümerverhältnissen der iMVZ beeinträchtigen die Evidenzlage zu Zahl und Ausbreitung von iMVZ. Die aktuell verfügbaren Daten sind veraltet, aufgrund der geringen ermittelbaren Fallzahl in ihrer Analysekraft deutlich beschränkt und können das wirkliche Geschehen nicht abbilden.
- Aus Sicht der Bundesärztekammer ergibt sich der Handlungsbedarf bezüglich der iMVZ aus dem im ärztlichen Gelöbnis und der ärztlichen Berufsordnung verbrieften Primat des Patientenwohls und muss drei wesentliche Ziele verfolgen:
- die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gegenüber kommerziellen Fehlanreizen muss strukturell besser abgesichert werden,
- einer Fokussierung des Versorgungsangebotes auf besonders lukrative Leistungen, die sich zulasten einer patientenzentrierten und zueinanderorientierten Versorgung auswirken würde, muss entgegengewirkt werden,
- die aus Solidarbeiträgen aufgebrauchten Mittel für die Patientenversorgung müssen vor einem Abfluss in internationale Finanzmärkte geschützt werden.
- Die Bundesärztekammer hat am 9. Januar 2023 ein Positionspapier zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der MVZ-Übernahme durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung veröffentlicht. Zu diesen Positionen stehen wir uneingeschränkt.“

Ein diesem Grundansatz folgender Antrag der Länder Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein zur stärkeren Regulierung von Medizinischen Versorgungszentren ist im Bundesrat gestellt worden. Dieser fordert die Bundesregierung zu einer entsprechenden Gesetzgebung auf. Nun bleibt abzuwarten, ob Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach Wort hält und ein MVZ-Regulierungs-Gesetz im Herbst vorlegt. Dies wäre zum Wohle der Patientinnen und Patienten dringend geboten.

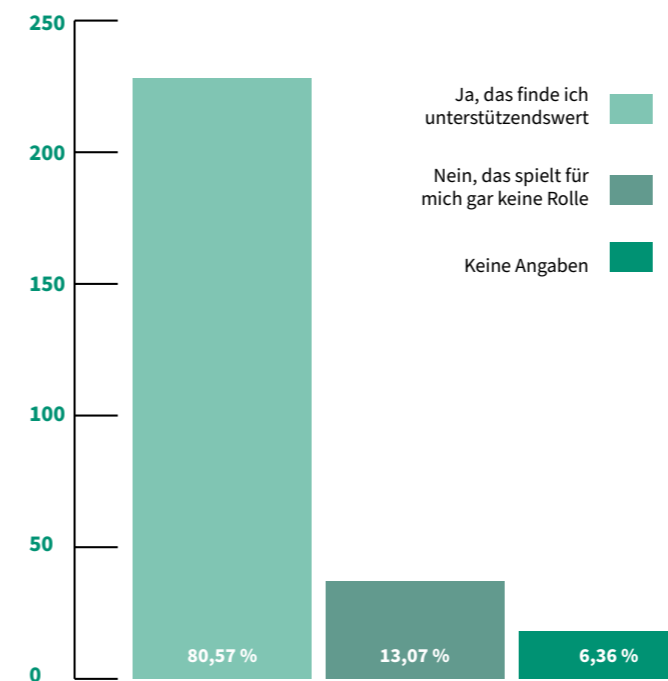
Umfrage des Arbeitskreises Assistenzärztinnen und Assistenzärzte

Wie wichtig sind Green Hospitals auf dem Arbeitsmarkt?

Der Arbeitskreis Assistenzärztinnen und Assistenzärzte des Hartmannbundes (AK V) hat in diesem Jahr das Thema der vergangenen Hauptversammlung aufgegriffen und sich intensiv mit Klimaschutzmaßnahmen und der klimapolitischen Verantwortung des Gesundheitssektors beschäftigt. In diesem Zusammenhang ist auch die Umfrage zu Green Hospitals entstanden, in der 283 Ärzt:innen in Weiterbildung die Nachhaltigkeitsbemühungen ihrer Arbeitgebenden und ihrer Kolleg:innen bewertet sowie über die eigenen Bemühungen reflektiert haben.

Die Umfrage hat gezeigt, dass 43 Prozent der Befragten immer klimabewusste Entscheidungen treffen, wenn dies möglich ist und 42 Prozent zumindest meistens den Klimaschutz in ihre Entscheidungsfindung einbeziehen. Das bedeutet, dass für mehr als vier Fünftel der Ärzt:innen in Weiterbildung die Eindämmung des Klimawandels eine elementare Rolle spielt. Gleichwohl gehen sie davon aus, dass dies nur für 62 Prozent ihrer Kolleg:innen gilt. Hier zeigt sich eine klare Inkongruenz zwischen gefühlter und tatsächlicher Realität: Es sind deutlich mehr Menschen um den Klimaschutz bemüht, als es vielleicht manchmal den Anschein hat.

Als die größten Klimasünden im Krankenhaus nehmen die Befragten (86 Prozent) den Materialverbrauch, zu 63 Prozent das Wärme(miss)management und zu 61 Prozent das Abfall(miss)management wahr. Insgesamt 77 Prozent der Befragten betrachten ihren Arbeitgebenden als nicht nachhaltig in Bezug auf Umweltfaktoren. Für 90 Prozent der Umfrageteilnehmenden wäre es wichtig, sich im Arbeitsalltag klimafreundlicher verhalten zu können.



Ca. 81 Prozent der Befragten geben an, dass sie sich bei gleichen Rahmenbedingungen für einen klimabewussten Arbeitgebenden entscheiden würden. Für 13 Prozent spielt das keine Rolle.

Allerdings unterstützen die Arbeitgebenden dies zu 58 Prozent nicht ausreichend, weil sie den Arbeitnehmenden nicht genügend Freiraum geben, um aktiv zu werden und zusätzlich auch die Strukturen klimafreundlichen Handelns nicht unterstützen. Um im Arbeitsalltag für mehr Klimaschutz aktiviert zu werden, bräuchten 58 Prozent der Befragten bessere Gestaltungsoptionen, 63 Prozent mehr Zeit und 51 Prozent mehr Hintergrundwissen. Tatsächlich haben 81 Prozent der Befragten angegeben, sich eher für einen Arbeitgebenden zu entscheiden, der Wert auf Klimaschutz legt.

Auch in Bezug auf die Versorgungswerke wünschen sich die jungen Ärzt:innen eine Berücksichtigung der Klimaaspekte. Etwa 70 Prozent wünschen sich klimaschonende Anlagestrategien, weitere 24 Prozent teilen diesen Wunsch, solange die Rendite darunter nicht leidet. Für 85 Prozent wäre eine höhere Transparenz der Versorgungswerke in Bezug auf die Anlagestrategien relevant. Aus diesem Grund wird der AK V seine Bemühungen um die Nachvollziehbarkeit der Rentenanlagen der Ärzteschaft fortsetzen und sich an die Ständige Konferenz der Ärztlichen Versorgungswerke wenden, um über die ESG-Kriterien zu sprechen und auf die festgestellten Lücken in der Nachvollziehbarkeit der Anlagestrategien hinweisen.

Insgesamt geben 37 Prozent der Ärzt:innen in Weiterbildung an, bereits Kontakt zu klimaassoziierten Erkrankungen gehabt zu haben. Weitere 27 Prozent sind sich unsicher, ob nicht ggf. der Klimawandel die behandelte Erkrankung begünstigt haben könnte. Da aber 49 Prozent angeben, dass ihnen keine Kompetenzen in Sachen Klimaschutz vermittelt wurden, ist dies nicht überraschend. Weitere 34 Prozent beziehen ihr entsprechendes Wissen aus ihrer Schulzeit und nur 12 Prozent wurden im Studium entsprechend geschult. In der Weiterbildung sind es sogar nur 5 Prozent. Hier besteht dringender Nachholbedarf!

Die Umfrageteilnehmenden kommen zu 53 Prozent mit dem Rad oder zu Fuß zur Arbeit, zu 16 Prozent mit dem ÖPNV und zu 27 Prozent mit dem Auto. Wer mit dem Auto fährt, tut dies entweder weil der Arbeitsplatz zu weit weg oder weil er zu schlecht angebunden ist. Insgesamt lässt sich also auch hier eine große Bereitschaft zum Klimaschutz erkennen. Dennoch haben nur 30 Prozent über den Arbeitgebenden ein Jobticket und 18 Prozent ein Jobrad. Auf Seiten der Arbeitgebenden ist hier also noch viel Verbesserungspotential möglich und der AK V wird sich dafür einsetzen, dass dieses Potential auch aktiviert wird.



Foto: Auttapon Wongtakaew/shutterstock.com

Kritisch wird es, wenn das primäre Ziel nicht mehr die Patientenversorgung, sondern die Maximierung der Rendite ist.

Primärversorgungszentren in Baden-Württemberg Vorbild für Gesundheitsversorgung auf dem Land?

In Zusammenhang mit der Krankenhausreform wird zwischen Bund und Ländern auch über Öffnungsklauseln für die Länder diskutiert, damit bereits begonnene Reformschritte in das Konzept integriert werden können. Hier könnten auch die 2022 in Baden-Württemberg gestarteten Modellprojekte zu „Primärversorgungszentren und -netzwerke“ – eine Form von lokalen Gesundheitszentren – gehören.

Denkbar wäre, aufgrund ihrer Konstruktion, auch eine noch zu definierende enge Kooperation dieser Zentren mit den Krankenhäusern der untersten Versorgungsstufe. Eine geregelte gesetzliche Grundlage dieser Modellprojekte könnte mit dem so genannten Versorgungsgesetz I erfolgen, das nun nicht mehr parallel zur Krankenhausreform beraten wird. In den Primärversorgungszentren sollen unterschiedlichste Gesundheitsberufe – wie Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter, Pflegefachpersonen – eng zusammenarbeiten und Bürgerinnen und Bürgern eine „umfassende Betreuung“ bieten. Dadurch sollen Krankenhäuser entlastet und die Gesundheitsversor-

gung gerade in ländlichen Regionen gesichert werden. Insgesamt zehn Millionen Euro hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration von Baden-Württemberg dafür 2022 zur Verfügung gestellt.

Die Ampelregierung strebt ebenfalls laut ihrem Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ den Ausbau „multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren“ an, um „eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung“ zu sichern. Bundesgesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD) kündigte bereits ein „Gesundheitsversorgungsstär-

kungsgesetz I“ an, eben jenes erwähnte Versorgungsgesetz I, das unter anderem Regelungen zur Etablierung von Gesundheitskiosken, eine Stärkung von Gesundheitsregionen und Gesundheitszentren sowie eine Erleichterung für die Gründung von kommunalen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) beinhalten soll.

Michael Weller, Leiter der Abteilung 2 „Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung“ im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), erklärte auf dem Abschlusspodium des BMC-Kongresses am 19. April 2023, dass die im kommenden Versorgungsgesetz beinhalteten Regelungen zu Gesundheitskiosken und Gesundheitsregionen Keimzellen für innovative regionale Versorgungslösungen darstellen könnten – ebenso wie die Umsetzung der Kommissionspläne für Level-1i-Krankenhäuser (Krankenhäuser der untersten Versorgungsstufe ohne Notfallversorgung). Das ursprünglich für das erste Halbjahr 2023 geplante Versorgungsgesetz I dürfte sich wohl mit dem Start der parlamentarischen Beratungen bis in den Herbst 2023 verschieben. Es wird aber fleißig daran gearbeitet, einzelne Regelungen befinden sich schon in der Frühabstimmung wie man aus dem BMG hört.

Gesundheitsversorgung aktiv mitgestalten

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration in Baden-Württemberg hatte bereits in den Jahren 2019 und 2020 zwei Förderaufrufe zu Primärversorgungszentren und -netzwerken veröffentlicht. Da die bisherigen Förderaufrufe dem Ministerium zufolge „mit großem Interesse“ aufgenommen wurden und sich die daraus entstandenen Projekte etabliert hätten, startete es 2022 einen erneuten Aufruf. Seit Juli 2022 werden nun zehn Projekte zu Primärversorgungszentren (PVZ) in Baden-Württemberg mit Beträgen zwischen 150.000 und 300.000 Euro gefördert. Elf weitere Projekte kamen im September 2022 dazu – mit Beträgen zwischen 150.000 und 260.000 Euro. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die sich der Versorgung chronisch Kranker und/oder multimorbider Personen sowie der Versorgung psychisch erkrankter Personen widmen. „Die Landschaft der Gesundheitsversorgung ist zurzeit stark im Wandel – diesen wollen wir aktiv mitgestalten. Bislang wenden sich die Menschen bei gesundheitlichen Anliegen vor allem an ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt. Diese Rolle nehmen künftig auch die Primärversorgungszentren ein“, erklärte der baden-württembergische Sozial- und Gesundheitsminister Manne Lucha. Die Evaluation der Projekte soll neue Erkenntnisse liefern, wie Primärversorgungszentren und -netzwerke zukünftig in Baden-Württemberg flächendeckend ausgestaltet werden könnten.

Die Primärversorgungszentren sollen laut dem baden-württembergischen Sozial- und Gesundheitsministerium eine „leicht zugäng-



Foto: Panchenko Vladimirshutterstock.com



Foto: Sozialministerium Baden-Württemberg

Manne Lucha

Minister für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

liche Anlaufstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Anliegen und Problemen“ darstellen. Sie sollten, einem gemeindenahen und quartiersbezogenen Ansatz folgend, gut in die örtlichen Strukturen eingebunden sein. Neben einer Erstberatung und medizinischer Grundversorgung sollen auch präventive, gesundheitsfördernde, kurative, pflegerische, rehabilitative oder palliative Angebote geboten werden. „Eine Kontinuität in der Versorgung ist hierbei wesentlich und bezieht sich nicht nur auf einzelne Gesundheitsprofessionen, sondern muss auch hier sektorenübergreifend gewährleistet sein“, so das Sozial- und Gesundheitsministerium.

Im Gegensatz zu Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), in denen Ärztinnen und Ärzte einer Fachrichtung oder auch fachübergreifend zusammenarbeiten, sollen in Primärversorgungszentren Ärztinnen und Ärzte mit Fachkräften aus anderen Gesundheitsberufen im Team zusammenarbeiten. „Es können dort beispielsweise weitere Fachärztinnen und Fachärzte arbeiten, therapeutische Angebote sind möglich (etwa Physio-, Ergo-, Logotherapie) und weitere Angebote wie eine Apotheke, Pflegestützpunkte und Nachsorgeeinrichtungen (wie eine Kurzzeitpflege) sind integrierbar“, wird erläutert. Möglich sei auch die Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus, wenn dieses in der Nähe liege.

Vermeidung von Doppeluntersuchungen

Kernpunkt des Primärversorgungszentrums soll das sogenannte „Case-Management“ sein. Es vermittelt Patientinnen und Patienten die passenden Versorgungsangebote, leitet sie an andere Gesundheitsprofessionen weiter und hat den Überblick über den gesamten Behandlungsverlauf. Damit leistet das Case-Management einen Beitrag für eine Versorgung aus einer Hand. Und vor allem: Patientinnen und Patienten haben dauerhaft nur einen Ansprechpartner, von dem sie kontinuierlich versorgt werden.

Durch die Zentren soll nach Ansicht des Ministeriums eine kontinuierliche Behandlung mit längeren Öffnungszeiten ermöglicht und Wartezeiten sowie Doppeluntersuchungen vermieden werden. „Die Menschen werden immer älter und haben mehr chronische Erkrankungen – dafür braucht es die Zusammenarbeit der verschiedenen Facharzt-Disziplinen“, begründete Lucha die Förderung. „Genau das geschieht in solchen Zentren, in denen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte keine Einzelkämpfer sind. Und das ist auch das, was die Menschen brauchen, wenn sie von Medizin vor Ort reden.“ Gerade in ländlichen Regionen sicherten sie damit die Gesundheitsversorgung und entlasteten gleichzeitig Krankenhäuser. „Unser Ziel ist es, dass jede und jeder künftig möglichst nah am Wohnort ein passendes Angebot finden kann“, bekräftigte der baden-württembergische Sozial- und Gesundheitsminister.

WORLD HEALTH ORGANIZATION

Eine gestärkte WHO könnte für ein effizienteres globales Pandemiemanagement sorgen.

Internationaler Pandemievertrag und Stärkung der Weltgesundheitsorganisation One Health-Ansatz in der Pandemievorsorge

Die Covid-19-Pandemie hat einige Herausforderungen der internationalen Pandemiebekämpfung aufgezeigt. Die Haupteckpunkte lauten: In jedem Fall sollten die Länder auf künftige Pandemien besser vorbereitet sein. Um während des gesamten Erkennungs-, Warn- und Reaktionszyklus noch koordinierter zu handeln, haben die Führungsspitzen der Europäischen Union (EU) vereinbart, im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation – WHO) einen internationalen Pandemievertrag, den „WHO CA+“, zu schließen. Sämtliche WHO-Mitglieder haben sich auf die Aushandlung eines solchen Übereinkommens geeinigt.

In dessen Vorbereitung haben die Gesundheitsminister:innen der G7-Staaten einen Pakt zur Bekämpfung von Pandemien beschlossen. Ziel ist es, bis 2024 den internationalen Pandemievertrag zu verabschieden. Der Deutsche Bundestag hat am 12. Mai 2023 einen Antrag der Ampel-Fraktionen zur Stärkung und Reform der WHO gebilligt (Bundestagsdrucksache 20/6712). Während der Covid-19-Pandemie sei erneut deutlich geworden, dass der WHO die Fähigkeiten fehlten, ihr Mandat vollumfänglich zu erfüllen, heißt es darin.

Die Idee des internationalen Pandemievertrags geht auf einen Vorschlag des Präsidenten des Europäischen Rates, Charles Michel, zurück, den er im November 2020 auf dem Pariser Friedensforum unterbreitete. Infolgedessen vereinbarte der Europäische Rat am 25. Februar 2021 seine Erarbeitung. Zuvor beschloss schon am 1. Dezember 2021 das sogenannte World Health Assembly der WHO, diese Vereinbarung im Rahmen der WHO-Satzung zur Stärkung der Pandemieprävention, Pandemievorsorge und Pandemiereaktion zu treffen. Dem World Health Assembly gehören Delegationen aller 194 Mitgliedsstaaten an. Ein Gremium, genannt Intergovernmental Negotiating Body (INB), ist zuständig für dessen Ausformulierung. Bis Mai 2024 soll der Pandemievertrag ausgehandelt sein.

Krankheitsausbrüche international besser überwachen

Die Gesundheitsminister:innen der G7-Staaten haben im Mai 2022 einen Pakt zur Bekämpfung von Pandemien beschlossen, den „G7-Pact for Pandemic Readiness“. „Wir müssen mit einer stetig zunehmenden Pandemiegefahr in den nächsten Jahrzehnten rechnen“, bekräftigte Bundesgesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD) auf einer Pressekonferenz am 20. Mai 2022 in Berlin im Anschluss an das G7-Gesundheitsminister:innen-Treffen. Er mahnte, dass auch der Klimawandel das Risiko von Pandemien erhöhe. Mit internationalen Gesundheitsexpert:innen konferierte Lauterbach außerdem am 23. Mai in Genf über den Pakt. Das Ziel sei es, Krankheitsausbrüche international besser zu überwachen und gezielter zu reagieren. „Wir haben derzeit viele Bemühungen Pandemic Readiness vorzubereiten; wer das machen soll und wie die Ausbildung stattfinden soll, ist weniger bekannt und daran arbeiten wir.“ Er habe mit WHO-Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus gesprochen, der Lauterbach zufolge, diese Maßnahme „voll unterstützt“.

Mit dem internationalen Übereinkommen sollen die Ziele und Grundprinzipien festgelegt werden, um die notwendigen kollektiven Maßnahmen zur Bekämpfung von Pandemien zu strukturieren.

ren. „Konkret kann ein solches Instrument die internationale Zusammenarbeit in einer Reihe vorrangiger Bereiche wie Überwachung, Warnungen und Reaktion, aber auch allgemein das Vertrauen in das internationale Gesundheitssystem stärken“, erläutert der Rat der Europäischen Union auf seiner Webseite. Hervorgehoben wird in diesem Zusammenhang auch das damit verknüpfte Konzept „Eine Gesundheit“ (One Health), bei dem die Gesundheit von Menschen, Tieren und dem Planeten miteinander verbunden werden.

Laborkapazitäten sollen erweitert werden

Für die Prävention künftiger Pandemien von entscheidender Bedeutung sind, laut dem Europäischen Rat, die Überwachung von Risiken und insbesondere der Wissensaustausch über neue Infektionskrankheiten, die von Tieren auf den Menschen übertragen werden. So soll es erhöhte Labor- und Überwachungskapazitäten zur Ermittlung von Tierseuchen in allen Ländern geben. Die Einführung von mehr Warnstufen, die dem Ausmaß der Gesundheitsbedrohungen entsprechen, würde nach Ansicht des EU-Rats ermöglichen, dass Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit präziser kommuniziert würden. Mit digitalen Technologien und innovativen Instrumenten für die Erfassung und den Austausch von Daten sowie mit Vorhersageanalysen könnten die Echtzeit-Kommunikation sowie Frühwarnungen unterstützt werden, was wiederum eine raschere Reaktion ermöglichen dürfte.

Die Widerstandsfähigkeit gegenüber, sowie die Reaktion auf künftige Pandemien, soll insbesondere durch Gewährleistung eines universellen und gleichberechtigten Zugangs zu medizinischen Lösungen wie Impfstoffen, Arzneimitteln und Diagnostika, gefördert werden. „Ein weltweit koordiniertes Vorgehen für die Erforschung, Entwicklung und Bereitstellung wirksamer und sicherer medizinischer Lösungen wie Impfstoffe, Arzneimittel, Diagnostika und Schutzausrüstungen würde der gemeinsamen Gesundheitssicherheit zugutekommen“, betont auch der Europäische Rat. „Die Fähigkeit, medizinische Ausrüstung und hochqualifizierte internationale medizinische Teams vor Ort einzusetzen, wäre ebenfalls ein Fortschritt für die globale Gesundheitssicherheit.“ Das Übereinkommen soll auf den Erfahrungen mit dem Zugang zu Instrumenten für die Bekämpfung von COVID-19 (ACT-Accelerator), der COVAX-Fazilität und anderen seit Beginn der COVID-19-Pandemie entwickelten Instrumenten aufbauen, um bei künftigen Pandemien eine ausgewogenere Reaktion auf die globalen Bedürfnisse zu gewährleisten.

Kooperationsförderung der Forschungszentren

Die COVID-19-Pandemie habe gezeigt, wie wichtig es sei, dass die Wissenschaftsgemeinschaft schnell handelt und die Industrie ihre Produktionskapazitäten rasch ausbauen könne. Die Zusammenarbeit zwischen Forschungszentren soll daher weltweit



verbessert werden. Den G7-Gesundheitsminister:innen zufolge sollen mehr Expert:innen ausgebildet und trainiert werden, die sich in Netzwerken zusammenschließen, um Ausbrüche früh zu erkennen und zu begrenzen.

Der Europäische Rat betont zudem, dass der Pandemievertrag die Grundlage für eine bessere Kommunikation und Information gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern schaffen würde. „Falschinformationen untergraben das Vertrauen der Öffentlichkeit und stellen eine Bedrohung für die Reaktionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit dar“, mahnt er. Um das Vertrauen der Bevölkerung zurückzugewinnen, sollten konkrete Maßnahmen vorgesehen werden, mit denen der Fluss zuverlässiger und genauer Informationen gefördert und Falschinformationen weltweit bekämpft werden sollen.

Stärkung der WHO

Ein Kernelement des Abkommens soll die Stärkung der WHO sein. Schon bisher hat die WHO durch die „International Health Regulations“ von 2005 das Recht und die Pflicht, eine „gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite“ zu erklären. Diese kann mit Empfehlungen – nicht Weisungen – für restriktive Maßnahmen verbunden sein. Von diesem Recht hat die WHO bei der Covid-19-Pandemie Gebrauch gemacht. Am Ende entschieden aber die Mitgliedsstaaten über Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung. Der Status der Corona-Pandemie als internationaler Gesundheitsnotstand ist erst kürzlich von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) am 5. Mai 2023 aufgehoben worden. Der WHO-Chef betonte, dass Covid-19 nun ein etabliertes und anhaltendes Gesundheitsproblem sei, „das keinen internationalen Gesundheitsnotstand mehr darstellt“.

Der Deutsche Bundestag hatte sich, wie erwähnt, Mitte Mai für eine Reform der WHO ausgesprochen. Eine gestärkte WHO könne für ein effizienteres und gerechteres globales Pandemiemanagement sorgen, heißt es in dem genannten Antrag. Um den internationalen Erwartungen an die Organisation gerecht zu werden, brauche es politische, personelle und finanzielle Unterstützung. Die Abgeordneten fordern die Bundesregierung unter anderem dazu auf, die geplante Anhebung der Pflichtbeiträge auf einen Anteil von 50 % des Kernbudgets der WHO bis spätestens 2030/2031 zu unterstützen. Ferner sollten Reformen der WHO vorangetrieben werden, um ihre Governance, Effizienz, Unabhängigkeit, Kapazität, Rechenschaftspflicht und deren Durchsetzungsfähigkeit von Regeln zu stärken. Die Zusammenarbeit mit globalen Partnern sollte vertieft sowie die Regionen innerhalb der WHO finanziell und strukturell gestärkt werden. Außerdem müsse die WHO bei ihren Bemühungen unterstützt werden, sich auf die gesundheitlichen Auswirkungen der Klimakrise vorzubereiten und darauf zu reagieren.

Europäischer Gesundheitsdatenraum in der Kritik

Das Arzt-Patienten-Verhältnis und die kommerzielle Nutzung von Gesundheitsdaten

Die Themen zur Errichtung eines Europäischen Gesundheitsdatenraum (European Health Data Space - EHDS) sind zu konfliktbehaftet um schon im Sommer dieses Jahres den Abschluss des im Mai 2022 von der Europäischen Kommission (EU-Kommission) auf den Weg gebrachten Gesetzgebungsverfahrens auf europäischer Ebene für eine EHDS-Verordnung zu erreichen. Das übergeordnete Ziel, das Potenzial im Bereich digitaler Gesundheit und Gesundheitsdaten voll auszuschöpfen, ist in entscheidenden Begrifflichkeiten unbestimmt gefasst und widerspricht teilweise auch der bisherigen Konstruktion der elektronischen Patientenakte (ePA) in Deutschland.

Eine breite Allianz aus Heilberufsorganisationen, so auch die Bundesärztekammer (BÄK), mahnten im April 2023 in einem Schreiben an die politisch Verantwortlichen die Beachtung des Vertrauensverhältnisses und der heilberuflichen Schweigepflicht an, die nicht aufgeweicht werden dürften. Ebenso forderten sie die Hoheit der Patienten über ihre Daten zu wahren.

Der EHDS soll laut EU-Kommission neben der Primärnutzung durch Patientinnen und Patienten eine Sekundärnutzung der Gesundheitsdaten regeln. Mit dem EHDS soll ein gesundheitsspezifischer Rahmen für den Datenaustausch gesetzt werden, der klare Regeln, gemeinsame Standards und Verfahren, Infrastrukturen und einen Governance-Rahmen für die Nutzung elektronischer Gesundheitsdaten festlegt. In Bezug auf eine institutionelle Nutzung soll der EHDS zum einen dem Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Gesundheitsdienstleistern innerhalb der Länder sowie über die Grenzen hinweg dienen. Die Mitgliedstaaten sollen sicherstellen, dass Patientenakten, elektronische Verschreibungen, Bilddaten und Bildberichte, Laborergebnisse und Entlassungsberichte in einem gemeinsamen europäischen Format erstellt und akzeptiert werden. Zum Zweiten sollen Forschende, Regulierungsbehörden, politische Entscheidungsträger wie auch die Industrie („Innovatoren“, „die Branche“) über eine Datenzugangsstelle für bestimmte Zwecke Zugriff auf pseudonymisierte oder anonymisierte Daten der EU-Bürgerinnen und Bürger erhalten.

Der Zugang zu den elektronischen Patientenakten soll über von den Mitgliedstaaten einzurichtende Zugangspunkte bei der jeweils noch zu schaffenden nationalen digitalen Gesundheitsbehörde erfolgen. Sie werden durch zwei grenzüberschreitende dezentrale digitale Infrastrukturen für den Austausch von Gesundheitsdaten auf europäischer Ebene miteinander verbunden. Für die Primärnutzung trägt die grenzüberschreitende Infrastruktur den Namen „MyHealth@EU“, für die Sekundärnutzung „HealthData@EU“. Für den Datenzugang durch Forschende, Unternehmen oder Einrichtungen ist eine Genehmigung der nationalen Zugangsstelle erforderlich.

Neuer Ausschuss soll über Anwendung wachen

Es soll ein neuer Ausschuss für den europäischen Raum für Gesundheitsdaten eingerichtet werden, der sich aus Vertreterinnen und Vertretern der digitalen Gesundheitsbehörden und neuen Zugangsstellen für Gesundheitsdaten aus allen Mitgliedstaaten, der Kommission und Beobachtern zusammensetzt. Er soll zu einer einheitlichen Anwendung der Vorschriften in der gesamten EU beitragen.



Mit dem EHDS soll ein gesundheitsspezifischer Rahmen für den Datenaustausch gesetzt werden.

Nicht nur ärztliche oder psychotherapeutische Organisationen, auch andere Institutionen wie die Deutsche Sozialversicherung, also die gemeinsame europäische Interessenvertretung Sozialversicherungen, wie auch die Konferenz der unabhängigen Datenschutzaufsichtsbehörden des Bundes und der Länder (DSK) üben teils massive Kritik an dem Gesetzentwurf. Eine grundsätzliche Kritik, wohl auch aus dem Bundesministerium für Gesundheit, lautet, die EU-Kommission würde sich über die rechtliche Konstruktion viele Freiräume zur Gestaltung des EHDS ohne Mitspracherechte einräumen.

Die DSK moniert unter anderem, die Verarbeitung der Gesundheitsdaten unterliege nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) einem hohen Schutzbedarf, der in den technischen

und organisatorischen Maßnahmen umzusetzen sei. Dazu gehörten auch die Ende-zu-Ende-Verschlüsselung, die Pseudonymisierung bzw. die Anonymisierung sowie ein wirksames Löschkonzept. Der EHDS-Entwurf lasse bisher eine rechtsklare Regelung vermissen. Die datenschutzrechtlichen Grundsätze, wie der Grundsatz der Datenminimierung, der Datenrichtigkeit, der Speicherbegrenzung, der Integrität und Vertraulichkeit und das Erforderlichkeitsprinzip müssten gewährleistet werden. Gerade bei besonders schützenswerten Gesundheitsdaten dürfen die grundrechtlich garantierten und in der DSGVO vorgesehenen Betroffenenrechte nicht entwertet werden. Dies gilt auch für die Sekundärnutzung von elektronischen Gesundheitsdaten; hier ist bisher nicht erkennbar, ob und, wenn ja, inwieweit nach dem Regelungsentwurf den Betroffenen überhaupt Rechte zustehen

enthalten) befüllt werden und darüber hinaus auch beispielsweise mit Daten digitaler Gesundheitsanwendungen bis hin zu Wellness Apps. Nach dem Grundsatz „Viel hilft viel“ zu befüllen, ist für die gesundheitliche Versorgung nicht zweckgemäß, urteilt die Deutsche Sozialversicherung. „Aus diesem Grund gelangen in Deutschland nur definierte Datenobjekte in die nationale ePA. Die Versicherten entscheiden selbstständig darüber, welche Daten in ihrer ePA verwaltet und freigegeben werden“, bezieht die Deutsche Sozialversicherung Position. Die DSK erklärt unter anderem zu diesem Themenkomplex: Die Datensätze, insbesondere die Wellness-Anwendungen, böten „voraussichtlich nicht die erforderliche Richtigkeitsgewähr und Qualität und können zugleich mit einer hohen Eingriffsintensität hinsichtlich des Verhaltens der betroffenen Personen verbunden sein. Die Aufnahme von Daten zu gesundheitsrelevanten Faktoren, einschließlich sozialer, umweltbedingter und verhaltensbezogener Gesundheitsfaktoren, Lebensstil, Wohlbefinden und Verhaltensdaten, ist ebenfalls kritisch zu sehen. Ihre Verarbeitung sollte nur für näher zu bestimmende Zwecke zugelassen werden. Die Regelung zur Bereitstellung von persönlichen Genomdaten greift in den intimsten Bereich der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen ein und ist daher von Grundrechts wegen zu streichen.“

Auch die sogenannten EHR-Systeme, also die Speichergeräte oder die Speichersoftware für elektronische Patientenakten müsse von einer unabhängigen Stelle unter Beteiligung der Datenschutz-Aufsichtsbehörden zugelassen werden, um die nötigen hohen Anforderungen an die Sicherheit und die Ausgestaltung der Datenverarbeitung erfüllt sind – laut Entwurf reicht eine „Selbst-zertifizierung“, mit anderen Worten, eine entsprechende Erklärung seitens der Hersteller.

Rechtsverhältnisse der Dateninhaber unklar

Nicht zuletzt steht auch der Begriff des „Dateninhabers“ im EHDS-Entwurf in der Kritik. Denn Dateninhaber sind gemäß Entwurf verpflichtet, den EHR für die Sekundärnutzung zur Verfügung zu stellen und müssen mit den zuständigen Stellen entsprechend zusammenarbeiten, andernfalls drohen Bußgelder. Damit wären beispielsweise alle Krankenhäuser erfasst, nach derzeitigem Stand müssten sie wohl beispielsweise die Klardaten der Patientinnen und Patienten an die Zugangsstelle melden. Dieser Begriff müsse klargestellt und begrenzt werden, heißt es seitens der DSK. „Dabei sind auch die Rechtsverhältnisse der Dateninhaber mit den jeweiligen betroffenen Personen und die sich aus entsprechenden Vertrauensverhältnissen ergebenden Schweigepflichten wie Arztgeheimnis, Berufsgeheimnis, Sozialgeheimnis, aber auch Geschäftsgeheimnisse zu berücksichtigen.“

Der Vizechef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. Stephan Hofmeister kommentierte auf dem Deutschen Ärztetag in Essen Mitte Mai 2023: „Was die EU-Kommission da betreibt, ist beängstigend. Ich hatte im März Gelegenheit, bei einer von der KBV gemeinsam mit der Bundesärztekammer ausgerichteten Veranstaltung in Brüssel direkt mit Vertretern des Parlaments, der Kommission und der Patientenorganisationen zu diskutieren. Dabei wurde für mich deutlich, dass insbesondere die potenziellen Auswirkungen der geplanten Verfügbarkeit und kommerziellen Nutzung von Gesundheitsdaten auf das Arzt-Patienten-Verhältnis kaum gesehen werden. Besonders erschreckend fand ich, dass selbst die anwesende Patientenvertreterin von persönlichen Gesundheitsdaten als „öffentlichem Gut“ sprach, „das nutzbar gemacht werden sollte“.

Viel hilft nicht immer viel

Unbestimmt und der deutschen Gesetzgebung in diesem Bereich nahezu zuwiderlaufend ist die Bestimmung des Begriffs EHR (electronic health records) auf europäischer Ebene, also der ePA bzw. auf europäischer Ebene „den“ elektronischen Patientenakten. Seitens der EU-Kommission soll die EHR mit Gesundheitsdaten aus der gesamten medizinischen Behandlungsdokumentation sämtlicher Leistungserbringer („den“ Pati-

Die „KLIMA-Limette“ – ein klimawandelspezifisches Simulationstraining Medizinstudierende der Uni Münster entwickeln Lehr-Konzept

Was der Klimawandel auch mittelbar an gesundheitlichen Risiken birgt, ist kaum Teil der gesellschaftlichen Debatte – und wird auch im Medizinstudium bislang nicht vermittelt, heißt es eingängig auf der Homepage der Medizinischen Fakultät der Universität Münster (Westfälischen Wilhelms-Universität Münster - WWU). Medizinstudierende der Uni Münster, organisiert in der Gruppe „Health for Future“ (HFF), haben ein „klimawandelspezifisches“ Simulationstraining auf den Weg gebracht und das Konzept erfolgreich erprobt – das nun Teil des Lehrplans wird.

Fünf Studierende unter der Leitung von Kyra Lilier und Co-Leitung von Franziska Köster hatten sich in einem Team zusammengefunden, um den Klimawandel in die universitäre Lehre zu integrieren. Sie entwickelten die Idee, sich eine Einrichtung für Simulationstrainings der WWU, die „Limette“, nutzbar zu machen. In der „Limette“ begegnen Studierende in definierten Konzeptionen klinischen Fällen aus dem jeweiligen Fachbereich. Sie führen Gespräche mit Simulationspatienten und untersuchen diese, arbeiten an Simulatoren oder treffen Entscheidungen anhand der Aktenlage. Aufgrund der Initiative der fünf Studierenden wurde nun die „KLIMA-Limette“ ins Leben gerufen. „Neben zwei „papiernen“ Fällen und fünf Simulationsszenarien entstanden interaktive Online-Module, in denen die Teilnehmenden nicht nur neue Krankheitsmuster im Kontext des Klimawandels kennenlernen, sondern auch wichtige hitzeassoziierte Notfallsituationen und die komplexen Zusammenhänge zwischen Klimawandel und Ernährung, Psyche und Migration“, erläutert die WWU auf ihrer Homepage.

Kyra Lilier ist für den Hartmannbund keine Unbekannte. Sie wurde für ihren herausragenden Einsatz für globale Gesundheit und Global Health-Themen im Rahmen ihres Medizinstudiums mit dem Hartmannbund-Stipendium 2023 ausgezeichnet. In einem Interview mit dem HB-Magazin gibt sie Auskunft über die „KLIMA-Limette“:

Wie kam die Idee zum Projekt auf?

> Die Idee, Planetary Health mehr in die Lehre zu bringen, haben wir als Studierende der Gruppe „Health For Future Münster“ schon länger verfolgt. Bisher haben wir ein klinisches Wahlfach zum Thema angeboten, wollten jetzt aber eine Lehrveranstaltung entwickeln mit dem Ziel, sie in die curriculare Lehre zu integrieren. Unter meiner Leitung hat sich daher ein Team von motivierten Medizinstudierenden zusammengefunden. Die „Limette“ ist an der Uni Münster

Kyra Lilier

ist auch Hartmannbund-Stipendiatin.

bereits ein etabliertes Format, und da uns insbesondere die Praxisnähe (Fälle mit Schauspielpatient:innen) sehr angesprochen hat, haben wir die Veranstaltung für dieses Format entwickelt.

Wer war beteiligt?

> Eine Hand voll Studierende, die sich in der Gruppe „Health For Future Münster“ ehrenamtlich engagieren, sowie Helmut Ahrens, ärztlicher Leiter der „Limette“ und sein Team für die pädagogische und methodische Expertise.

Wie wurde das Projekt durchgeführt?

> Die Initiative, Organisation und Konzeption, inhaltliche Themenwahl, Ausgestaltung der Schauspielfälle und des E-Learnings haben wir als Health For Future Gruppe unter meiner Leitung umgesetzt, unter zu Hilfenahme der aktuellen Forschung. Bei der Erarbeitung der Schauspielfälle hat uns Helmut Ahrens durch einen 2-tägigen Workshop methodisch und konzeptionell unterstützt, um die Lehrmöglichkeiten der „Limette“ optimal zu nutzen. Zusammen mit Jan Siedenbrock, dem Trainingsleiter für die Schauspielpatient:innen haben wir am Feinschliff bei der Umsetzung gearbeitet. Das fertige Lehrkonzept haben wir dann den beteiligten Instituten vorgestellt (Umweltmedizin, Mikrobiologie, Epidemiologie, Ethik, Allgemeinmedizin), um ihr inhaltliches und methodisches Feedback einzuarbeiten. Beim Probedurchlauf haben dann Dozierende der Institute die Fallbeobachtung zusammen mit einem Mitglied unserer Gruppe übernommen und wir haben den Durchlauf zusammen evaluiert. Die „KLIMA-Limette“, wie sie heute existiert, stellt daher ein studentisches Projekt dar, das durch Unterstützung verschiedener Institute ermöglicht wurde. In Zukunft soll das Projekt an die Institute übergeben und in interdisziplinärer Partnerschaft getragen werden.

Wie lange wurde das Projekt durchgeführt?

> Das Projekt wurde im letzten Dezember als Pilot durchgeführt und wird in diesem Semester nochmals als Probe laufen, danach soll es curricular integriert werden und dauerhaft durchgeführt werden, als Einzeltermin im 9. Semester.

Planen oder wünschen Sie sich für die Zukunft weitere Projekte zum Thema „gesundheitliche Folgen des Klimawandels“?

> Die langfristige Implementierung der „KLIMA-Limette“ war von Anfang an unser Ziel. Zwar decken wir in der Veranstaltung viel ab, da aber für einen guten Lernerfolg auch die semesterübergreifende Lehre entscheidend ist, wäre es natürlich schön, wenn auch andere Fachbereiche die Klimafolgen in ihrem Gebiet lehren. Wir hoffen auch, dass wir als Beispiel für andere Unis dienen können.

Haben Sie Vorstellungen, wie das Thema besser in das Curriculum des Medizinstudiums verankert werden könnte?

> 2021 haben wir als Gruppe die „Planetary Health Report Card“ (<https://phreportcard.org/>) durchgeführt, eine Evaluation der bisherigen Lehre, mit der wir Lücken und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen. Das Projekt zeigt auch Beispiele aus anderen Ländern, sodass es an Ideen nicht mangelt. Für Münster wäre die Etablierung der „KLIMA-Limette“ ein sehr großer Schritt in die richtige Richtung und zusammen mit einer semesterübergreifenden Lehre könnte die Uni hier eine Vorreiterrolle einnehmen. Mit der neuen Approbationsordnung für 2025 und dem dazugehörigen Lernzielkatalog

„NKLM 2.0“ sollen viele dieser Themen verpflichtend ins Curriculum aufgenommen werden, sodass auch andere Unis ihre Curricula updaten müssen.

Die Folgen des Klimawandels sind so vielfältig, sodass ich mir sicher bin, dass jeder Fachbereich seinen Beitrag leisten kann, diesen interdisziplinär abzubilden. Eine Vorlesung dazu in jedem Fach wäre sicher ein einfach umzusetzender Anfang, da vielleicht nicht jede Uni die Möglichkeiten hat, ein Training mit Schauspielpatient:innen umzusetzen. Auch ein Seminar oder vergleichbares wäre schon eine gute Basis.

Neues Angebot für Studierende

Erster Hartmannbund-Sonokurs am Standort Bonn

Das Medizinstudium ist zweifellos eine anspruchsvolle akademische Reise, die angehende Ärzt:innen auf ihre zukünftige Karriere im Gesundheitswesen vorbereiten soll. Neben dem Erwerb von theoretischem Wissen ist es jedoch gleichermaßen wichtig, praktische Fähigkeiten zu erlernen und einzuüben. Mit dem Ultraschallkurs für Medizinstudierende in Bonn setzt sich der Hartmannbund aktiv für die Förderung der praktischen Lehre im Studium ein.



v.l.n.r. Julia Gieffers-Löwen, Viviane Geißler, Jennifer Walter, Jessica Sternke, Tamer Uerten, Kimberley Gärtner (Univertreterin) und Johannes Sieprath (Univertreter)

Im Mai fand im Eltern-Kind-Zentrum des Universitätsklinikums Bonn ein aufregender und informativer Ultraschallkurs statt, der speziell für studierende HB-Mitglieder organisiert wurde. Der Kurs bot die Möglichkeit, Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich des Ultraschalls weiterzuentwickeln. Herzlich begrüßt wurden die Teilnehmer:innen von Ultraschall-Experten Dr. med. Muhammed Muazzam und Kursorganisatorin Kimberley Gärtner. Die kinder-kardiologische Ambulanz stellte die idealen Räumlichkeiten und Geräte zur Verfügung, wodurch eine angenehme Lernatmosphäre geschaffen wurde. Die Anwesenden waren Medizinstudierende unterschiedlicher Semester, die ihre Neugier und das Interesse für die Ultraschalldiagnostik teilten.

Der Kursbeginn wurde zunächst mit einer theoretischen Einführung eingeleitet – mit einem umfassenden Überblick über die

physikalischen Prinzipien des Ultraschalls, die verschiedenen Anwendungsgebiete und die Gerätetechnik. Es wurden auch wichtige Sicherheitsaspekte und ethische Überlegungen besprochen. Dr. med. Muazzam präsentierte das Wissen auf anschauliche und empathische Weise und stand für Fragen und Diskussionen jederzeit zur Verfügung. Danach folgte die Praxis: Es wurden verschiedene Szenarien simuliert, wie z. B. die Untersuchung des Bauch- und Brusttraums mit Grundlagen der Echokardiographie sowie die Darstellung von Gefäßen und das Üben der FAST-Sonographie in Notfallsituationen. Erlernt wurde, wie man Ultraschallbilder richtig interpretiert, zudem gab es wertvolle Tipps zur Verbesserung der Technik und dem Handling mit dem Ultraschallkopf. Besonders beeindruckend war die enge Zusammenarbeit aller Teilnehmer:innen. Sie tauschten ihr Wissen aus, diskutierten schon gesehene interessante Fälle und halfen sich gegenseitig bei der Verbesserung ihrer Fähigkeiten. Die Bedeutung des Ultraschalls in der medizinischen Praxis kann nicht genug betont werden. Mit deren Einsatz können frühzeitig Diagnosen gestellt, Behandlungsverläufe überwacht und Interventionen präziser durchgeführt werden. Daher ist es von großer Bedeutung, dass man bereits während des Studiums eine fundierte Ausbildung im Umgang damit erhält.

Der Hartmannbund hat mit diesem Kurs den Bedarf an einer spezifischen Ausbildung im Bereich der Ultraschalldiagnostik erkannt und darauf reagiert. Der Erfolg des ersten Ultraschallkurses am Standort Bonn bestätigt die Relevanz und den Bedarf an solchen Lehrangeboten. Die positiven Rückmeldungen und der Wunsch nach weiteren Kursen unterstreichen ebenfalls den Mehrwert. Weitere Kurse befinden sich in Planung. Die Medizinstudierenden können also gespannt sein!

Umfrage der Studierenden zu Rassismus, Sexismus und Diskriminierung an der Uni

Respekt ist wichtig – auch gegenüber Studierenden!

Der Ausschuss der Medizinstudierenden im Hartmannbund hat in diesem Frühjahr eine Umfrage unter 1201 Studierenden durchgeführt, in der speziell nach dem Verhalten der Dozierenden gegenüber ihren Schutzbedürftigen gefragt wurde. Die teilweise doch erschreckenden Ergebnisse werden hier dargestellt:

Rassismus, Sexismus und Diskriminierung sind ein Problem an den Universitäten. Davon sind ca. 34 Prozent der Medizinstudierenden überzeugt.

R

„Malen Sie vier Kreise an die Tafel. So und das ist der Herd und da gehören Sie hin.“**

E

Etwa 45 Prozent haben bereits herablassendes Verhalten von Dozierenden erlebt.

Sexismus macht einen entscheidenden Teil der Herablassungen aus. 12 Prozent gaben an, dass die Kommentare der Dozierenden in diesen Fällen auf ihr Geschlecht abzielten.

S

„Ich operiere nicht mit Frauen am Tisch. Da sind die Brüste im Weg.“**

Alle [Frauen] werden Internistinnen oder Gynäkologinnen.“**

P

Pampige Kommentare richten sich oft allgemein gegen Studierende der Modellstudiengänge – nicht gegen das System, sondern den Intellekt der angehenden Mediziner:innen.

Einschüchterungsversuche durch Auslachen oder Anschmauen bei falschen Antworten scheinen im Unterricht verbreitet zu sein, wie die Umfrage zeigt.

E

„Ist doch schön, wenn junge hübsche Mädchen den Patienten untersuchen.“**

K

Kritik durch Herablassung zu vermitteln, ist nie der richtige Weg und ein solches Verhalten sagt mehr über die betroffenen Dozierenden aus als über die Opfer.

Traut euch in so einem Fall für eure Kommiliton:innen einzutreten!

T

„Frauen können die Männer ruhig etwas vortreten lassen, damit sie mehr sehen... in der Küche braucht man das Anatomie-Wissen ja später nicht so sehr wie die Herren im OP.“**

**Kommentare aus den Freitextantworten zu besonders unangenehmen Äußerungen von Dozierenden gegenüber Studierenden.

Niederlassung oder Nachfolgersuche für die eigene Praxis



Die Praxisbörse der apoBank bringt seit zehn Jahren Abgeber und Gründer zusammen

Für viele Ärztinnen und Ärzte sind ihre Praxen ihr Lebenswerk. Diese nach vielen Jahren der Arbeit und Mühe abzugeben ist nicht immer einfach - und je nach Lage, Fachrichtung oder Ausstattung fällt es schwer, einen entsprechenden Nachfolger oder eine Nachfolgerin zu finden. Aber auch diejenigen, die sich niederlassen möchten, sind für den Start in die eigene Selbstständigkeit häufig auf der Suche nach etablierten Praxen. Um Abgeber und Gründer zusammenzubringen und beiden Seiten den beruflichen Schritt zu erleichtern, wurde vor zehn Jahren bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) die Praxisbörse gegründet.

Benjamin Lehnen, Leiter der Praxisbörse bei der apoBank, berichtet über die Anfänge und die Entwicklung der größten Vermittlungsplattform für Arztpraxen bundesweit.

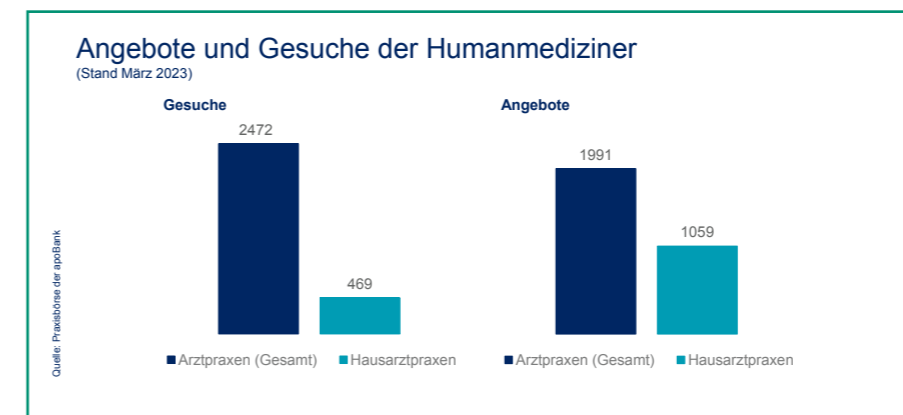
2013 saßen wir erstmal mit einer groben Idee vor einem leeren Blatt und haben händisch Gesuche und Angebote gesammelt, um Ärztinnen und Ärzten passende Nachfolger oder Praxen anbieten zu können. Zunächst war die Börse ausschließlich den Kunden und Kundinnen der apoBank zugänglich. Dies änderte sich in den nächsten Jahren: 2016 entwickelten wir daraus eine digitale Plattform und öffneten sie für alle Interessierten. Seitdem ist eine kostenlose Registrierung für jede Ärztin und jeden Arzt möglich. Rückmeldungen von Kunden und Kundinnen halfen, die Inserate immer weiter zu verfeinern, so dass Abgeber und Suchende möglichst passgenau zusammengeführt werden können. Heute verzeichnet die Börse rund 2000 Praxisangebote und knapp 2500 Gesuche von Ärztinnen und Ärzten. Sinkendes Interesse an Niederlassung können wir also nicht feststellen. Im Gegenteil, wie unsere Zahlen zeigen, sind bundesweit mehr Ärzte und Ärztinnen auf der Suche nach einer eigenen Praxis als Abgebende auf dem ambulanten Gesundheitsmarkt.

Unterschiede zwischen Anforderungen und Angebot Obwohl so viele angebotene Praxen und noch mehr Gesuche sich gegenüberstehen, ist ein passendes „Match“ nicht immer leicht zu finden. Das liegt vor allem daran, dass es große Unterschiede zwischen den Vorstellungen der Suchenden und den Angeboten am Markt gibt. An Praxen werden Anforderungen gestellt, die oft nicht erfüllt werden. Beispielsweise sind mehrere Behandlungszimmer, Barrierefreiheit und eine Stadtlage für viele Ärztinnen und Ärzte wichtig. Bei Praxen auf dem Land mit niedrigen Umsätzen, kleinen Räumlichkeiten oder Renovierungsstau kann es durchaus vorkommen, dass kein Nachfolger gefunden wird. Wir nutzen die Börse dafür auch proaktiv und gehen auf mögliche Interessenten zu, jedoch können wir nicht immer helfen. Besonders schwer haben es grundsätzlich Hausarztpraxen, das spiegelt auch unsere Börse wider: Der Überhang ist hier anders gelagert, und den gut 1.000 Angeboten stehen nur knapp 500 Gesuche gegenüber. Ganz anders dagegen sieht es bei Facharztpraxen aus: Sie sind deutlich beliebter, und in den Fachrichtungen Radiologie oder Augenheilkunde kommt es häufig vor, dass sie kurz nach der Einstellung des Inserats vergriffen sind.

Mehrwert: Diskretion, Information, Reichweite Durch eine einfache Handhabung, stetige Weiterentwicklung und auf Wunsch eine persönliche Betreuung konnte die Praxisbörse in den letzten Jahren fast 400 Ärztinnen und Ärzten bei der Abgabe oder Gründung helfen. Detaillierte Angaben im Angebot des Abgebers und Nachfolgers führten zu Hunderten vermittelten Praxen. Ganz wichtig dabei ist die Diskretion, die für viele Nutzer oft an erster Stelle steht. Sowohl der Abgeber, als auch der Nachfolger möchten sich vertraulich informieren, ohne das Arbeitgeber oder Patienten direkt davon erfahren. Zusammenfassend ist es das richtige Maß zwischen Diskretion und Information, aber auch eine kritische Menge an Inseraten, die die Börse der apoBank ausmachen.

Gründung und Abgabe mit Experten Da das Interesse an der digitalen Vermittlung in den letzten Jahren stetig gestiegen ist, wurde die Börse durch Dienstleistungen, wie die digitale Standortanalyse oder Praxiswert-Ermittlung ergänzt. Häufig zeigt sich jedoch, dass sowohl der Gründungs- als auch der Abgabeprozess langwierig und herausfordernd sein kann. Wer auf diesem Weg erfahrene Experten an seiner Seite haben möchte, kann auf die individuelle Betreuung spezialisierter Praxisberater und -beraterinnen der apoBank zurückgreifen. Sie verfügen über entsprechendes Know-how, ein großes Netzwerk an nötigen Ansprechpartnern in steuerlichen und rechtlichen Fragen und können in allen beruflichen Lebensphasen unterstützen.

Mehr Informationen gibt es auf den Internetseiten der apoBank: www.apobank.de Direkt zu Praxisbörse:



Entscheidung über die Krankenversicherung Stress schon vor dem Studium?



Die Berufswahl „Arzt“ ist getroffen? Das Abi in der Tasche? Numerus Clausus erreicht? Studienstandort gewählt? Die Bewerbung für das Studium rechtzeitig abgegeben? Alles erledigt? Es folgt das bange Warten auf die Nachricht der Uni, ob die Zulassung zum Medizinstudium klappt – dann endlich liegt die erlösende Zusage der Uni vor. Dem Start ins Studium steht somit nichts mehr im Wege – oder?

Es ist fast geschafft, aber für die Immatrikulation ist ein Krankenversicherungsnachweis erforderlich – eine weitere Entscheidung steht somit an. Für Studierende besteht grundsätzlich eine Krankenversicherungspflicht – egal ob man vor dem Studium privat oder gesetzlich krankenversichert war.

Mit Einschreibung hat der Studierende erstmals die Chance, sich zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) eigenständig zu entscheiden. Dabei hängt die Wahl des passenden Krankenversicherungsschutzes von der individuellen Situation sowie den persönlichen Bedürfnissen und Wünschen ab: Wo sind die Eltern krankenversichert? Wie wird das Studium finanziert? Ist ein längerer Auslandsaufenthalt geplant? Welche Gesundheitsleistungen sind dem Studierenden wichtig? Gibt es Bafög und somit einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag?

Sofern die Eltern in der GKV versichert sind, ist in der Regel eine beitragsfreie Familienversicherung für Studierende bis zum 25. Geburtstag möglich. Voraussetzung: Der Studierende darf während des Studiums in der Regel bis zu 20 Stunden pro Woche arbeiten und die Einkommensgrenze von 485 Euro im Monat (2023) nicht überschreiten. Arbeitet er mehr, wird in der GKV ein eigener Beitrag fällig. Die Beiträge in der GKV (mit den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen) und PKV (mit ihren Jugend- und Ausbildungskonditionen) liegen meist auf einem vergleichbaren Niveau. Hier lohnt ein Vergleich der Leistungen von GKV und PKV, z.B. bei Vorsorgeuntersuchungen, Bonuszahlungen oder Beitragsrückerstattungen, die den Beitrag reduzieren können.

Fällt die Entscheidung zu Beginn des Studiums auf die PKV, dann bleibt der Studierende mindestens bis zum Ende des Studiums, teilweise auch darüber hinaus, unter bestimmten Voraussetzungen in der privaten Krankenversicherung.

Ist die Entscheidung auf die GKV gefallen, muss der Studierende bei Vollendung des 25. Lebensjahres gegebenenfalls aktiv werden. Denn durch den Wegfall der Familienversicherung kann sich der Studierende erneut für die GKV oder PKV entscheiden. Sowohl in der GKV wie auch in der PKV muss dann ein eigenständiger Beitrag gezahlt werden. Spätestens jedoch mit dem 30. Lebensjahr endet die Pflichtversicherung in der GKV für Studierende. Sie können sich dann entweder freiwillig in der GKV – zu einem höheren Beitrag – oder auch in der PKV versichern. Auch hier sollte individuell geprüft werden, welcher Krankenversicherungsschutz passt.

Ein Tipp: Das Leben steckt voller Überraschungen und keiner weiß, wie es sich entwickeln wird. Gerade während der Studienzeit fällt es jungen Menschen oft schwer, eine Entscheidung bzgl. ihrer Kran-

kenversicherung zu treffen. Aus diesem Grund sollten sich GKV-Versicherte alle Möglichkeiten offenhalten – egal ob sie ggf. zu einem späteren Zeitpunkt in die private Krankenversicherung wechseln oder ihren GKV-Schutz durch private Zusatzversicherungen ergänzen möchten. Mit einem sogenannten Optionstarif „friet“ man den aktuellen Gesundheitszustand ein und kann sich somit die Eintrittskarte in die private Krankenversicherung zu vielen verschiedenen Zeitpunkten sichern.

Beim Thema Krankenversicherung – egal ob GKV oder PKV – gibt es keine generelle Empfehlung, welche Versicherung die Richtige ist. Für die Entscheidung spielen viele Faktoren eine Rolle, deshalb ist eine individuelle Beratung umso wichtiger. Dabei und bei vielen weiteren Fragen rund um das Studium und den Berufsstart hilft Ihnen die Deutsche Ärzte Finanz gerne weiter, um so die optimale Lösung für Sie zu finden.



Foto: mentalmind/shutterstock.com



Stress im Klinikalltag?

Jetzt den Sprung in die Niederlassung wagen

Hohe Arbeitsbelastung und Wochenarbeitszeiten von mehr als 50 Stunden machen Ärztinnen und Ärzten im Klinikalltag immer mehr zu schaffen. Auch die zunehmende Bürokratie und die dadurch fehlende Zeit für die Patientinnen und Patienten verursachen Stress und Unzufriedenheit. Hinzu kommt die insgesamt fehlende Wertschätzung für den ärztlichen Beruf und den Arzt als Mensch. Viele Gründe also, warum ein Viertel der deutschen Klinikärztinnen und Klinikärzte über einen Berufswechsel nachdenkt.



Foto: LightFieldStudio/Gettyimages

Wenn nicht mehr genügend Zeit für Patientengespräche bleibt und auch der tägliche Bürokratieaufwand immer mehr Raum einnimmt, dann bleibt die ärztliche Arbeit über kurz oder lang auf der Strecke. Genau das wollen Ärztinnen und Ärzte nicht. Sie sind top ausgebildet, brennen für ihren Beruf, wollen sich mit ihren Fähigkeiten und ihrem Können verwirklichen und sie wollen – und das gilt nicht nur für Ärztinnen – ihren Beruf mit ihrem Privatleben vereinbaren können.

Anstellung oder Niederlassung – das ist hier die Frage!

Die Freiheit in der Berufsausübung ist das stärkste Argument für die Gründung einer eigenen Praxis, dies ergeben regelmäßig durchgeführte Studien. Weitere wichtige Kriterien für eine Niederlassung sind die vielen Gestaltungsmöglichkeiten, die Chancen zur Selbstverwirklichung und die therapeutische Selbstbestimmung. Doch auch die Aussichten auf ein gutes Einkommen und die flexible Ar-

beitszeitgestaltung verstärken den Wunsch nach selbstbestimmtem Arbeiten ebenso wie ein enges Verhältnis zu den Patientinnen und Patienten. Ein Blick auf die Details zeigt zudem, dass gerade für Ärztinnen und Ärzte die Selbständigkeit eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben bietet – etwas, das mit Schichtdiensten in der Klinik nur schwer möglich ist.

Im Umkehrschluss sprechen gegen die Anstellung aus Sicht der bereits Niedergelassenen vor allem vier Kriterien: Weisungsgebundenheit, geringere Vergütung, vorgeschriebene Arbeitszeiten und hierarchische Strukturen.

Niederlassung ist anspruchsvoll – aber sie lohnt sich. Das Wichtigste vorab: Fachärztinnen und Fachärzte, die sich niedergelassen haben, sind mit ihrer Entscheidung zufrieden: 93 Prozent würden den Schritt in die Selbständigkeit erneut gehen¹. Die Freiheit in der Berufsausübung ist ein hohes Gut und auch die Möglichkeit, ein höheres Einkommen zu erzielen, machen eine Niederlassung attraktiv.

Und: Die Zeiten waren nie so günstig wie heute! Derzeit gibt es nicht genügend Nachfolgerinnen und Nachfolger für die zur Abgabe stehenden Praxen. Es bieten sich also viele Möglichkeiten, den Traum von der eigenen Praxis jetzt zu verwirklichen.

Wenn Ihre Entscheidung zur Niederlassung ansteht. Wichtig für eine erfolgreiche Niederlassung ist die optimale Vorbereitung auf die unternehmerischen Aspekte und eine persönliche Beratung und Begleitung durch ein Expertennetzwerk. Eine Praxis übernehmen oder neugründen, in eine bestehende Praxis einsteigen als Teilhaberin oder Teilhaber, eigene finanzielle Entscheidungen treffen, der eigene Chef oder die eigene Chefin werden – wenn der Schritt in die ambu-

lante Versorgung für Sie denkbar ist, dann starten Sie jetzt mit dem ersten Schritt und informieren Sie sich in den kostenfreien Niederlassungsseminaren der Expertinnen und Experten der Deutschen Ärzte Finanz. Sie bieten eine gute Möglichkeit, sich unverbindlich über die verschiedenen Aspekte der Niederlassung zu informieren, Expertentipps zu bekommen und sich mit Kolleginnen und Kollegen auszutauschen.

In den kostenfreien Niederlassungsseminaren erfahren Sie unter anderem,

- wie Sie die für Sie richtige Praxis finden.
- was bei der Finanzierung zu beachten ist.
- wie Sie Ihre Praxis betriebswirtschaftlich gut und erfolgreich führen.
- was rechtlich und steuerrechtlich zu beachten ist.
- wie Sie Ihre Praxis gut absichern können.

Die Veranstaltungen finden vor Ort oder digital statt. Die Niederlassungsexpertinnen und -experten der Deutschen Ärzte Finanz informieren gemeinsam mit verschiedenen Netzwerkpartnern wie Steuerberatern oder Rechtsanwälten.

Alle Informationen zu den Niederlassungsseminaren sowie Orte und Anmeldemöglichkeiten finden Sie hier: <http://bitly.ws/EHLL>

Wünschen Sie unabhängig von den angebotenen Niederlassungsseminaren eine persönliche Beratung zu den Themen Niederlassung und Existenzgründung?

Sprechen Sie mit Ihrer Beraterin oder Ihrem Berater der Deutschen Ärzte Finanz und vereinbaren Sie einen persönlichen Beratungstermin. Weitere Informationen erhalten Sie auch über service@aerztefinanz.de oder unter der Telefonnummer 0221 – 148 32323.

¹ Studie „Niederlassen oder lieber lassen?“ der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank), 2022.

Fünf Fragen an

Dr. med. Nawid Salimi, Medical Director bei AMBOSS



Notwendigkeit und Nutzen von Fortbildungen sind unumstritten, doch vielen Ärzt:innen fehlt dazu die Zeit



Nawid Salimi
Medical Director bei AMBOSS

Nawid Salimi, Medical Director bei AMBOSS, spricht im Interview über die Herausforderungen von Ärzt:innen, im klinischen Alltag am Ball zu bleiben und sich fortzubilden.

Die Ergebnisse der dritten Studie aus der AMBOSS-Studienreihe zum Thema „Fortbildung im ärztlichen Alltag“, die in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse (ggma) entstanden ist, zeigen Defizite bei den Fortbildungsangeboten auf. Vor allem Frauen und jüngere Ärzt:innen stehen dem Status quo kritisch gegenüber und wünschen sich mehr Online-Kurse sowie On-Demand-Formate. Wie bewerten Sie die Unzufriedenheit der Studienteilnehmer:innen?

In der Studienreihe beschäftigten wir uns mit den Gewohnheiten und Herausforderungen von Ärzt:innen im klinischen Alltag, weil wir ihre Bedürfnisse sichtbar machen und sie mit AMBOSS bestmöglich unterstützen möchten. Bereits die ersten beiden Studien haben gezeigt, dass viele Ärzt:innen auf digitale Unterstützungssysteme zurückgreifen, um Unsicherheiten bei der Patientenbehandlung vorzubeugen. Infolge dieser Ergebnisse hat unser Team letztes Jahr z.B. eine Online-Fortbildung zur Antibiotikatherapie entwickelt.

Die neue Studie zeigt nun deutlich, welche Rolle Fortbildungen im ärztlichen Alltag spielen. Etwa drei Viertel der Teilnehmenden sehen positive Effekte von Fortbildungen in der klinischen Arbeit. Allerdings haben die wenigsten genügend Zeit, um sich fortzubilden. Auch die mangelnde Flexibilität von Fortbildungsangeboten wurde von fast der Hälfte der Befragten angeprangert.

Die Studie bestätigt damit unsere Vermutung, dass die Fortbildungslandschaft noch ausbaufähig ist. Hier setzen wir mit AMBOSS an und legen in diesem Jahr vermehrt den Fokus auf zeit- und ortsunabhängige Fortbildungen, um die vorhandenen Angebote zu ergänzen.

Welche konkreten Fortbildungsformate wünschen sich Ärzt:innen, um ihr Fachwissen zu aktualisieren und zu vertiefen?

Bei der Frage nach den gewünschten Fortbildungsformaten nannten 71% der befragten Ärzt:innen Online-Kurse zur Auffrischung des Wissens.

Da fast zwei Drittel die zeitliche Flexibilität als wichtigen Aspekt einstufen, wollen wir Angebote schaffen, die diesem Wunsch gerecht werden und sich in den hektischen Alltag von Ärzt:innen integrieren lassen.

Richten sich die Fortbildungen von AMBOSS auch an Fachärzt:innen?

Ja. Wir haben mittlerweile 60 verschiedene pharmaanabhängige Kurse in die Plattform integriert – sowohl fachübergreifende Refresher-Kurse mit Basiswissen als auch fachspezifische Intensivkurse diverser Fachrichtungen.

Sie haben die mangelnde Zeit der Ärzt:innen angesprochen. Wie bringt man Fortbildungen im Schichtdienst auf Station oder vollen Terminplan in der niedergelassenen Praxis unter?

Die Kurse in AMBOSS werden online im Selbststudium absolviert. Dies haben wir

selbst für die aufwändigen Formate der Strahlenschutzkurse realisiert. Lediglich ein abschließender Teil findet aufgrund der Vorgaben als Online-Live-Termin statt, an dem aber bequem von zu Hause teilgenommen werden kann.

Damit die investierte Zeit als Fortbildungszeit anerkannt wird, kann man mit den Kursen CME-Punkte erwerben.

Was ist der Unterschied zwischen den CME-Kursen, die allen AMBOSS-Nutzer:innen kostenlos zur Verfügung stehen, und den zusätzlich buchbaren Fortbildungen?

Die buchbaren Fortbildungen mit bis zu 28 CME-Punkten sind inhaltlich viel umfangreicher. Bei einigen Themen haben wir renommierte Spezialist:innen als Fortbildungspartner ins Boot geholt, die die Inhalte besonders praxisnah und tiefgreifend vermitteln. Das Seminar zur Antibiotikatherapie beinhaltet beispielsweise eine Online-Live-Diskussion mit dem erfahrenen Referenten Prof. Dr. med. Timo Brandenburger.

Gerade neu entwickelt wurden die Fortbildungen Sonografie und Psychiatrische Notfallsituationen.

Zur vollständigen Studie:

go.amboss.com/studie2023

Zum Kursangebot:

go.amboss.com/fortbildungen-hb

Hartmannbund-Mitglieder können AMBOSS 3 Monate kostenfrei testen.

Danach gibt es das AMBOSS-Jahresabo mit einem dauerhaften Preisvorteil von 10%. Aktivierung des Mitgliedervorteils unter go.amboss.com/hartmannbund.

Zusätzlich erhalten **Hartmannbund-Mitglieder exklusiv bis 31.07.2023 ein Guthaben von 20 €**, das sie zum Buchen einer Online-Fortbildung einlösen können. Dazu vor dem Kauf folgenden Code im eigenen AMBOSS-Account unter „Account – Guthaben“ eingeben: **AMBOSS-HB23-TJKD-BNMA**.



Steuertipps.de

Die Steuererklärung für Selbstermächtigter

Sie nehmen ihr Leben gerne selbst in die Hand und das gilt auch für die steuerliche Angelegenheiten? Mit der richtigen Unterstützung gelingt Ihnen das garantiert.

Erstellen Sie schnell, leicht verständlich und mit maximaler Steuererstattung Ihre Steuererklärung 2022. Die Software führt Sie im Frage-Antwort-Stil durch die Steuererklärung und das ganze fehlerfrei ohne Steuerwissen. Mit der SteuerSparErklärung werden jährlich mehr als 1 Million Steuererklärungen erstellt. Profitieren Sie von über zwei Jahrzehnten Softwareentwicklung.

Holen Sie jetzt schnell und einfach mehr aus Ihrer Steuererklärung 2022 heraus! Profitieren Sie von zahlreichen Steuertipps und automatischen Optimierungsmöglichkeiten. Kostenlose Updates halten Sie steuerrechtlich immer auf dem aktuellen Stand.

Sicherheit für Ihre Daten. Ihre sensiblen Daten sind bei Ihnen am besten aufgehoben. Die Daten werden nur auf Ihrem PC oder Mac gespeichert und verschlüsselt übertragen.

Steuererklärung jetzt auch mit der Steuertipps App Starten Sie kostenlos Ihre



Steuererklärung mit der Steuertipps App und tragen sie Ihre Einnahmen und Ausgaben ein. Erst wenn Sie sich zur Abgabe der Erklärung entscheiden, fallen einmalig 34,99 € an. Die Steuertipps App ist ideal geeignet für Steuerklasse 1: Berufseinsteiger, Ledige, Auszubildende, Kinderlose und Personen, die noch keine Steuererklärung abgegeben haben. In Kürze kann auch die Steuererklärung für die Steuerklassen 3, 4 und 5 mit der Steuerapp erledigt werden.

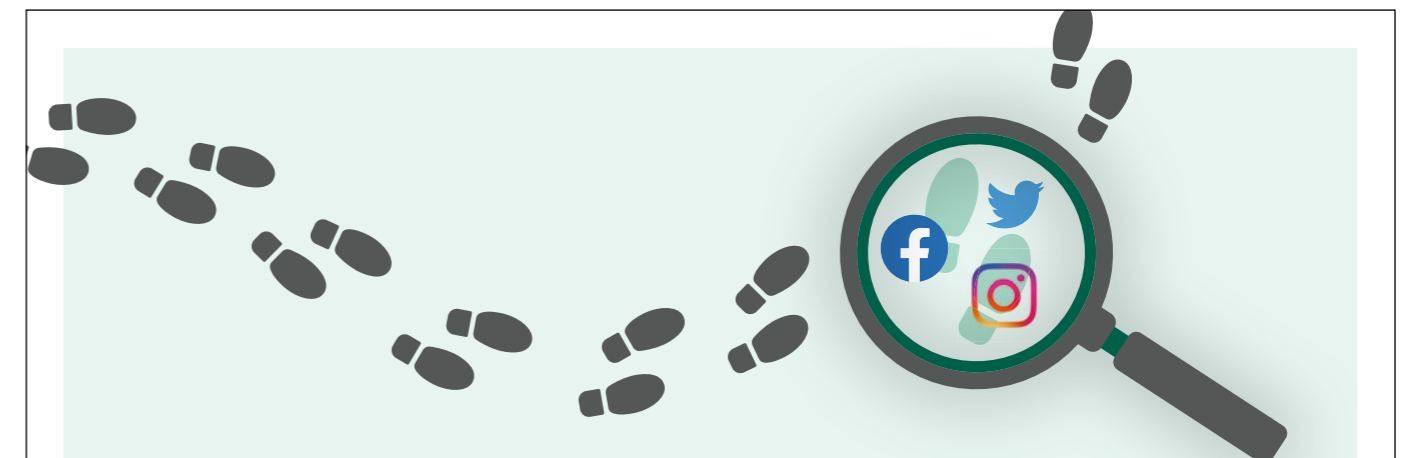
Mit der Steuertipps Steuerapp springen Sie spielerisch von Level zu Level durch die Steuererklärung. Intuitiv und auf spielerische

Steuertipps

Art und Weise werden Sie durch Bubbles durch die Steuererklärung geleitet. Steuer-Komplexität? Nicht mit Steuertipps. Die Steuer-App passt sich Ihrem Leben an. Mit dem aktuellen Highscore haben Sie die genaue Berechnung der Erstattung im Blick. Und die digitale Übermittlung an das Finanzamt ist natürlich auch dabei.

Mehr Informationen zur App finden Sie hier: <https://app.steuertipps.de>

Jetzt die App herunterladen und die App kostenlos und mach die Steuererklärung einfach selbst machen!



FOLGEN SIE UNS AUF SOCIAL MEDIA!

Sie finden uns auf Instagram, Facebook und Twitter



Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.



10 Jahre Medizin-Studienplätze mit MediStart

Über 12.000 Studienberatungen, über 90% Erfolgsquote und 10% Jubiläums-Rabatt:
NC-frei Medizin studieren in Deutschland und Europa ab Herbst 2023

„MediStart hat mich erfolgreich ins Humanmedizin-Studium gebracht: Ich habe binnen weniger Monate einen Studienplatz im Fach Humanmedizin in Rijeka an der kroatischen Adria-Küste erhalten“, sagt Anna Fleischmann. Sie ist eine von vielen tausend Abiturientinnen und Abiturienten, die kein Spitzenabitur geschafft und daher auch keinen Studienplatz über Hochschulstart in Deutschland bekommen haben.

Seit dem Jahr 2013 hilft die Agentur MediStart, trotzdem das Wunschstudium zu beginnen und Medizin, Zahnmedizin oder Tiermedizin zu studieren. Sie vermittelt in **deutsch- und englischsprachige Studiengänge ohne Noten-NC und Hochschulstart**, die stattdessen Aufnahmetests, Motivationsinterviews oder eine Kombination aus beidem als Aufnahmeverfahren anbieten. MediStart bereitet hierauf gezielt vor und organisiert viele Aufnahmeverfahren auch in Deutschland oder komplett online. Neben Spanien, Griechenland, Kroatien, Polen und Litauen sind auch **Studienorte in Deutschland** möglich.

Anerkennungssicherheit und Ausbildungsqualität sind für die MediStart-Studienberater wichtig, zusammen mit der hohen Zufriedenheit der Studierenden: **Ansprechpartner vor Ort** kümmern sich um die MediStart-Studierenden während des gesamten Studiums. Wohnungssuche, Verwaltungsangelegenheiten und die Vernetzung mit deutschen Abiturientinnen und Abiturienten, die schon länger dort sind, sind nur einige Beispiele der Betreuung vor Ort. Das Beratungskonzept von MediStart ist durch deutsche Rechtsanwältinnen mitentwickelt. Einige Universitäten haben MediStart sogar als einzige Agentur mit der Studienplatzvermittlung betraut, so z.B. für den einzigen deutschsprachigen Studiengang in Kroatien. Auch den UMCH in Hamburg-Altona, der ein englischsprachiges Medizinstudium mit deutschen Lehrkrankenhäusern anbietet, vertritt MediStart als offizielle Agentur. Für Vilnius/Litauen und Rijeka/Kroatien organisiert MediStart Teile der Lehre am Krankenbett ebenfalls in deutschen Krankenhäusern.

Mit dem Wahlspruch „Sicher, seriös, erfolgreich“ hat MediStart in den letzten zehn Jahren nicht nur tausende Eltern und Studienbewerber, sondern auch Landkreise und Kliniken überzeugt, die über MediStart ihren ärztlichen Nachwuchs ausbilden und Stipendien ausloben.

Für den Studienbeginn Herbst 2023 bietet MediStart derzeit einen Jubiläumsrabatt von 10% auf das Erfolgshonorar an, damit es ab Herbst 2023 wieder heißt: Statt Warten lieber studieren, wo andere Urlaub machen.

Der Jubiläumsrabatt ist kombinierbar mit dem Rabatt, den Hartmannbund-Mitglieder für ihre Kinder und Enkel aufgrund der Kooperation erhalten.

Aufnahmetests und entsprechende Vorbereitungskurse werden von MediStart in Berlin, Düsseldorf, Frankfurt, Hamburg und München sowie vollständig online von zu Hause aus angeboten. Die Beratung auf den Online-Infoabenden, per Video-Beratung und Telefon ist kostenfrei.



Info-Blätter und persönliche Info-Termine können reserviert werden unter www.medistart.de/kontakt oder Telefon 030-544538871.

Kontakt für Hartmannbund-Mitglieder ist:
Karina Krasnicka, MediStart-Geschäftsführerin
MediStart | Medizin-Studienplätze ohne Hochschulstart-NC & Wartezeit in Deutschland & im EU-Ausland
Friedrichstr. 95
D-10117 Berlin, Deutschland
Telefon 030-544538871
Telefax 030-544538872
eMail: info@medistart.de
Internet: www.medistart.de



Gute Gründe, ein Auto oder einen Transporter bei Europcar zu mieten



Ihr Nr. 1 Mobilitätsanbieter in Europa

Als Europas führender Autovermieter bieten wir Ihnen weit mehr als ein Fahrzeug auf Zeit. Sie profitieren vom Know-how eines internationalen Unternehmens mit fast 100 Jahren Mobilitätserfahrung in Deutschland. Freuen Sie sich bei jeder Buchung auf eine moderne Fahrzeugflotte, professionelle Beratung und einen Service, der Ihre individuellen Mobilitätswünsche in den Mittelpunkt stellt.

Ob für einen Tag, eine Woche oder mehrere Monate: Die Europcar Long-Term Solutions bieten für jeden Mobilitätsbedarf ab 1 Monat+ die richtige Lösung. Von der flexiblen täglichen Kündigung bis hin zur Kosteneffizienz bei längerer Nutzungsdauer. Und sogar mit der Option, ein zweites Fahrzeug für 2 x 2 Tage pro Monat hinzuzumieten - alle Kosten sind im Preis inbegriffen.

Ganz neu: Transporter & LKW im Flex-Abo! Ob für kleine Kurierfahrten oder große Transportaufträge - wir haben das richtige Fahrzeug für Sie! Ergänzt wird dieses Fahrzeugangebot durch eine große Auswahl an Zubehör wie Zurrgurte, Packdecken, Kuppelungen und Sackkarren.

Darüber hinaus bieten wir Ihnen in speziell auf Geschäftskunden ausgerichteten Transporter- & LKW-Stationen eine Beratung von Profi zu Profi durch unsere geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Durch unser dichtes Stationsnetz sind wir überall dort für Sie da, wo Sie uns privat oder geschäftlich brauchen. Unsere vielfältige Flotte bietet Ihnen eine attraktive Auswahl vom klassischen Pkw über sportliche Coupés bis hin zu geräumigen Transportern und Lkw. Und wenn Sie einmal ein Elektro-

fahrzeug ausprobieren möchten, sind Sie bei uns ebenfalls an der richtigen Adresse.

Jedes Unternehmen ist anders. Mit persönlicher Beratung und unserem umfassenden Portfolio an Business-Services schnüren wir Ihnen ein Paket, das zu Ihnen passt. Firmenkunden bieten wir moderne Mobilitätskonzepte zu attraktiven Konditionen mit flexiblen Verträgen und individuellen Services, um die Geschäftsreisen komfortabel und die Reiseplanung für das Travelmanagement effizient zu gestalten. Dazu zählen Langzeitmieten, Poolfahrzeuge, Carsharing-Lösungen, Flottenmanagement und individuelle Buchungstools. Weitere Informationen dazu finden Sie unter: europcar.de/business

MOVE YOUR WAY, MOVE WITH EUROPCAR

Praxisnahe Online-Seminare im Club



Die neue Online-Seminarreihe im MEDI PROFESSIONAL Club bietet eine breitgefächerte Palette an Fortbildungsmöglichkeiten: Erfahrene Dozierende liefern wertvolle Einblicke sowie praktische Tipps, um den beruflichen Alltag erfolgreicher zu bewältigen, Kompetenzen gezielt zu erweitern und sich auf besondere berufliche Situationen besser vorzubereiten.

Das Seminar „**herzkurven® EKG BASIC**“ erklärt Grundlagen der EKG-Interpretation, während „**Kindernotfälle**“ Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen fit für Notfälle bei Kindern macht. In „**Fit für den Dienst**“ werden junge Mediziner:innen auf ihren ersten Nachtdienst in der Klinik vorbereitet. „**Erste-Hilfe-Maßnahmen im Alltag**“ bereitet Einsteiger:innen auf lebensbedrohliche Situationen außerhalb ihrer Fachrichtung vor. Eine klare Struktur für eine fundierte Behandlung von Notfällen vermittelt sehr praxisnah das Seminar „**Strukturierte Patientenversorgung in der Notaufnahme**“. In „**Kochrezepte**“ wird ein 10-Punkte-Plan zur Bewältigung von Massenankäufen von Verletzten erläutert. „**Warum Psychiatrie so spannend ist**“ gibt einen Einblick in ein oft verkanntes

Fachgebiet. Das Seminar „**Pocketcards, Apps und Co.**“ behandelt verschiedene Produkte, die komprimiertes Wissen und Unterstützung für den Klinikalltag bieten. In „**Mein erster Tag auf dem NEF**“ erhalten angehende Notärztinnen und Notärzte wichtige Tipps für ihre ersten Einsätze. Den Praxisalltag von erfahrenen Hausärztinnen und Hausärzten schildert „**Fit für die Hausarztpraxis**“. Die Seminare „**Mein erster Tag auf Intensiv**“ und „**Mein erster Tag im OP**“ bereiten auf den Einsatz in diesen anspruchsvollen Bereichen vor.

Weitere Seminare: „Mein Patient versteht mich nicht“, „Kommunikation in kritischen Situationen“, „Mein Patient stirbt und der darf das ...“, „Oh Gott, ich werde Führungskraft“.

Mehr Info:
www.medi-learn.de/seminare

Der MEDI PROFESSIONAL Club ist ein Gemeinschaftsprojekt von MEDI-LEARN und Deutscher Ärzte Finanz mit dem Hartmannbund als Partner.



Foto: franz12/adobestock.com

Ansprechpartner für Mitglieder

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



Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Frances Camin
Tel.: 030 206208-31

Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt
Tel.: 030 206208-15

Ärztliche Weiterbildung

Ina Reiber
Tel.: 030 206208-24

Ausbildung/Medizinstudium

Ina Reiber
Tel.: 030 206208-24

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt
Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung

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

Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46

Digital Health

Frances Camin
Tel.: 030 206208-31

Fortbildungen/Seminare

Johanna Heinrichs
Tel.: 030 206208-53

GKV-Vertragsrecht

Frances Camin
Tel.: 030 206208-31

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Frances Camin
Tel.: 030 206208-31

Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46

Rechtsberatung Krankenhaus

Axel Barenhoff
Tel.: 030 206208-58

Rechtsberatung Niederlassung

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

Sektorübergreifende Versorgung und Krankenhausstrukturen

Petra Meiners
Tel.: 030 206208-27

Regional

Regionalreferat Nord

(Landesverbände Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein)

Heike Ortlieb
Tel.: 030 206208-65

Regionalreferat Ost

(Landesverbände Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen)

Philipp Hoffmann
Tel.: 030 206208-41

Regionalreferat West

(Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen)

Jeannette Hristov
Tel.: 030 206208-62

Regionalreferat Süd

(Landesverbände Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz, Saarland)

Sara Daub
Tel.: 030 206208-18

© burak cakmak - fotolia.com

Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos*

Engagierte(r) Nachfolger(in) für große Kinderarztpraxis gesucht! (Regensburg)

Meine Facharztpraxis für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Asthma ist zentral in einem großen Regensburger Ärztehaus mit exzellenter Infrastruktur gelegen. Sie wurde 1993 gegründet und seither mehrfach erweitert und modernisiert (zuletzt 2016 vollständig renoviert). Die Praxis verfügt auf ca. 260 qm über 2 Warte- und 7 Behandlungszimmer sowie über ein Labor. Seit nunmehr 30 Jahren kümmere ich mich zusammen mit angestellten Kollegen/-innen mit sehr viel Herzblut um meine kleinen Patienten.

Aus Altersgründen möchte ich mein Lebenswerk jetzt in ebenso engagierte Hände übergeben! Der Zeitpunkt der Übernahme kann individuell vereinbart werden, eine vorherige Mitarbeit bzw. Anstellung in der Praxis ist nicht zwingend. Genauere Informationen zu wirtschaftlichen Daten und die Höhe des Kaufpreises können gerne im Rahmen eines persönlichen Gesprächs erörtert werden. Kontakt: info@renate-eichhorn.de

Instrumente aus gyn. Praxis zu verkaufen

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

Zwischenvermietung Wohnung in Berlin (1. Juli 2023 bis Ende Juni 2024)

Wo: 10115 Berlin Mitte, Chausseestraße (Vorderhaus, 3. Etage ohne Fahrstuhl)
Angaben zur Wohnung: 55–73 qm je nach Absprache, voll möbliert, künstlerisch gestaltet
Zeitraum: Vom 1. Juli 2023 bis Ende Juni 2024 (ggfs. länger) zwischenzuvermieten wegen Auslandsprojekt.
Preis: mtl. 1.400 Euro
Kontakt: m.t. 0172.4248590

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.

DIE HARTMANNBUND-APP

DIGITALISIERUNG MUSS ALLEN NUTZEN

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

DIAGNOSE: NÜTZLICH



Hartmannbund

STARK FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE.



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 02/2023 von:
Aileen Hohnstein

Verlag:

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

Anzeigenverwaltung:

Rohat Akarcay, Köllen Druck+Verlag GmbH

Satz & Gestaltung:

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

Druck & Vertrieb:

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

Erscheinungsort:

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

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

Titelbild: kmls/shutterstock.com

Icons: © venimo – adobe.stock.com

Deutscher Ärztetag in Essen Reinhardt bleibt Präsident

Der alte Präsident ist auch der neue. Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, hat sich beim Deutschen Ärztetag in Essen mit 125 zu 122 Stimmen gegen die Vorsitzende des Marburger Bundes, Dr. Susanne Johna, durchgesetzt und wird weitere vier Jahre an der Spitze der Bundesärztekammer stehen. Reinhardt hatte in seiner Bewerbungsrede an die Herausforderungen der Corona-Pandemie erinnert – auch für die Bundesärztekammer. Eindringlich mahnte er einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik an. Weg vom Staatsdirigismus der kleinteiligen Vorgaben, weg von der Misstrauenskultur und hin zu einer von Verantwortung getragenen Kultur der Freiberuflichkeit. Die Praxen müssten gestärkt, Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken von patientenfeindlichem Kostendruck befreit werden. Reinhardt appellierte für noch mehr ärztlichen Konsens als Basis für die notwendige Kraft zur Durchsetzung eigener Interessen. Zu Reinhardts Vertreterinnen haben die Delegierten Dr. Ellen Lundershausen und Dr. Susanne Johna gewählt. Auf den zwei Sitzen als weitere Ärztin/weiterer Arzt im Vorstand zogen Christine Neumann-Grutzeck und Dr. Andreas Botzlar in den Vorstand der BÄK ein.



Viel haben die 250 Delegierten an vier Tagen geschafft – Anträge zu Themen wie Digitalisierung über Klimaschutz bis zur Weiterbildung wurden engagiert und sachkundig diskutiert. In einem mit großer Mehrheit gefassten Beschluss hat der Ärztetag den Gesetzgeber aufgefordert, wichtige Reformen im Gesundheitswesen jetzt umzusetzen. Deutschland brauche eine ganzheitliche und nachhaltig ausgerichtete Gesundheitspolitik, in deren konzeptioneller Ausgestaltung der medizinisch-fachliche Sachverstand und das Versorgungswissen der Ärzteschaft einbezogen werden müsse.

Eine bundesweite Strategie zur Gesundheitsbildung an Schulen war zentrales Thema. Mit großer Sorge blickt die Ärzteschaft auf die gesundheitlichen Folgen von Bewegungsmangel, Übergewicht oder Drogenkonsum bei Kindern und Jugendlichen. Der Ärztetag hat deshalb mit überwältigender Mehrheit nachhaltige Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsbildung junger Menschen gefordert. Die Bundesregierung müsse zudem eine nationale Arzneimittelreserve für versorgungskritische und versorgungsrelevante Arzneimittel einrichten. Das haben die Abgeordneten angesichts anhaltender Lieferengpässe von Arzneimitteln gefordert. Auch müssten Anreize geschaffen werden, die Produktion von Arzneimitteln in europäische Länder zurückzuführen.

Der Ärztetag hat sich ebenfalls intensiv mit der ärztlichen Freiberuflichkeit und den zentralen Herausforderungen für die freiheitliche ärztliche Berufsausübung befasst. Freiberuflichkeit beruhe auf Faktoren wie ärztlichem Berufsethos, Gemeinwohlorientierung und spezifisch ärztlicher Fachkompetenz. Daraus würden sich Therapiefreiheit und Weisungsunabhängigkeit bei ärztlichen Entscheidungen, aber auch eine hohe Verantwortung für diese Entscheidungen ableiten.

Eine Übersicht über die Anträge aus den Reihen der Hartmannbund-Delegierten finden Sie unter www.hartmannbund.de/daet2023.

Jetzt Mitglied werden!

Austausch mit anderen Studierenden und Assistenzärzt:innen

rechtliche Beratung

interessante Veranstaltungen

Vernetzung

Schon früh wissen, wo es langgeht. Dafür habe ich mein Netzwerk – der Hartmannbund für Medizinstudierende und Ärzt:innen in Weiterbildung.“



www.hartmannbund.de



Hartmannbund
STARK FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE.

Praxis oder Zeit
mit der Familie?
Besser beides.

Was ist wichtig in Ihrem Leben?

Was immer Sie beschäftigt, sprechen Sie mit uns.

 apobank.de/die-zeit-ist-jetzt

 **apoBank**
Bank der Gesundheit