

03/2023



Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund Magazin



Die Zukunft der Versorgung

**Technologie und Faktor Mensch –
Die Grenzen werden verschmelzen**



Besondere Vorteile
für Mitglieder im
Hartmannbund!

Wir halten
Ihnen den
Rücken frei!

Wenn einmal Unvorhergesehenes passiert, steht die Deutsche Ärzteversicherung hinter Ihnen – mit maßgeschneiderten Finanz-, Versicherungs- und Vorsorgelösungen.

Wie etwa bei **Schadensersatzansprüchen**. Hier bietet Ihnen unsere Berufshaftpflichtversicherung in jeder Berufsphase umfassende Leistungen, die Sie vor den finanziellen Folgen schützen.

So können Sie stets entspannt nach vorn blicken!

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

 Deutsche
Ärzteversicherung

Editorial

*Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen*

die Krankenhäuser zwischen (bisher noch immer unklarer) Strukturreform und drohender Pleitewelle, ein mehr als enttäuschender Honorarabschluss für die Praxen, der für viele Kolleginnen und Kollegen die Frage nach der Wirtschaftlichkeit ihres Tuns aufwirft, noch immer viele unbeantwortete Fragen im Zusammenhang mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens... Eine Liste, die sich (mindestens gefühlt) endlos fortsetzen ließe. Jedenfalls ist viel Unruhe im System, die auch dadurch befeuert wird, dass der Bundesgesundheitsminister den betroffenen Akteuren nicht den Eindruck vermittelt, als nähme er ihre Sorgen – geschweige denn ihre Expertise – auch nur annähernd ernst. Was am Ende für viele Kolleginnen und Kollegen in Kliniken und Praxen bleibt, sind Frust und Unsicherheit mit Blick auf die Zukunft. Dabei sind gerade Planbarkeit und der Blick nach vorn entscheidende Voraussetzungen dafür, dass die richtigen Entscheidungen getroffen werden können – sei es für die eigene Praxis und erst recht mit Blick auf die großen Weichenstellungen für das Gesundheitssystem von morgen.

Aber: Wie in vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen wird auch im Gesundheitswesen seit langer Zeit nur noch auf Sicht gefahren. Dass die Reformen immer häufiger wie ein hektischer Reparaturbetrieb und nicht wie ein wohl durchdachter Gestaltungsprozess daherkommen, ist damit auch Ausdruck der Versäumnisse vergangener Jahre und Jahrzehnte. Daraus müssen alle Beteiligten ihre Lehren ziehen.

Die äußeren Voraussetzungen dafür sind denkbar gut. Wir können sehr präzise Voraussagen dazu machen, wie es in 30 oder 40 Jahren im Gesundheitssystem aussieht – oder zumindest aussehen könnte. Wie können Digitalisierung und die Nutzung großer Datenmengen Versorgung verändern? Was können Künstliche Intelligenz und neue Technologien in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts leisten? Was wird Prävention leisten können (und müssen)? In welchem Maße wird es gelingen, auf der Grundlage von Gentechnologie Krankheiten zu verhindern, statt sie anschließend (mühsam) heilen zu müssen? Auf Grundlage daraus resultierender Prognosen können und müssen wir schon heute Antworten auf zentrale Fragen der Zukunft entwerfen: Was bedeuten diese möglichen Entwicklungen für die Strukturen und die Akteure des Systems? Was für das Arzt-Patientenverhältnis? Welche ethischen Grenzen müssen wir mit Blick auf künftige medizinische und technische Möglichkeiten ziehen? Und schließlich: Welchen Einfluss können Ärztinnen und Ärzte auf die Entwicklung nehmen?

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, mit diesen Fragen beschäftigt sich nicht nur dieses Magazin, sondern damit werden wir uns auch auf unserer Hauptversammlung im November auseinandersetzen. Nur, wenn wir uns als Ärzteschaft selbst fit für die Zukunft machen, können wir auch unseren Anspruch als kompetente Mit-Gestalter des Gesundheitssystems von morgen geltend machen.

Mit kollegialen Grüßen,

Klaus Reinhardt



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

DIE HARTMANNBUND-APP



Hartmannbund



DIGITALISIERUNG MUSS ALLEN NUTZEN

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



Hartmannbund

STARK FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE.

DIAGNOSE: NÜTZLICH

Inhalt

Technologie und Faktor Mensch – Die Grenzen werden verschmelzen

Die meisten Prognosen für das Gesundheitswesen gehen davon aus: Die Menschen werden immer länger und gesünder leben. Krankheiten können durch den medizinischen Fortschritt immer früher erkannt und besser behandelt beziehungsweise sogar verhindert werden. Patient:innen, ihre individuellen Bedürfnisse und Ansprüche werden das Gesundheitswesen zentral beeinflussen, sie werden ihre Gesundheit aktiver als heute managen und mehr Mitbestimmung erfahren. Digitalisierung und künstliche Intelligenz (KI) werden zum entscheidenden Stellhebel des Wandels. Dieser Wandel wird schon bald einsetzen – und Prognosen gehen davon aus, dass er im Gesundheitswesen deutlich ausfallen wird. Das heißt, unser Gesundheitssystem wird künftig anders aussehen und all seine Akteur:innen müssen sich mit einem Bedeutungswechsel ihres Berufsbildes auseinandersetzen, wollen sie dieses auch weiterhin erfolgreich ausüben.

6

20
Viel Streit um Erhebliches beim geplanten Digitalgesetz
E-Rezept, Videosprechstunden und „assistierte Telemedizin“ in Apotheken



24
Bittere Zeiten und massiver Protest
Finanzielle und strukturelle Sorgen



26
Ein umstrittenes Unterfangen
Digitale Instrumente als Schwerpunkt der avisierten Notfallreform



28
Die veränderte Rolle der Pflegeberufe
Delegation und Heilkundeübertragung in verschiedenen Reformvorhaben

30
Gesundheitskompetenz in Deutschland liegt im Argen
Nachholbedarf in früher, gesundheitlicher Bildung



32
Ein Anfang ist gemacht
Frauen in Führungspositionen

34
Jetzt aber: Endlich kommt die neue Approbationsordnung... , also vielleicht...
Humanmedizinstudium

36 HB-Intern
37 Service Kooperationspartner
44 Ansprechpartner
46 Impressum

Weg vom Reparaturbetrieb! Zukunft erkennen und gestalten!

Keine Frage: Der permanente Reformbedarf des Gesundheitswesens ist ganz unterschiedlichen Parametern geschuldet: Dem rasanten medizinischen Fortschritt, gesellschaftlichen Veränderungen, der fehlenden Reflexion mit Blick auf die Inanspruchnahme oder auch Erbringung medizinischer Leistungen, der demographischen Entwicklung oder auch der (damit einhergehenden) Erosion finanzieller und personeller Ressourcen. Dass Reformen allerdings immer häufiger wie ein hektischer Reparaturbetrieb und nicht wie ein wohl durchdachter Gestaltungsprozess daher kommen, ist vor allem auch Ausdruck der Versäumnisse vergangener Jahre und Jahrzehnte. Wie in vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen wird auch im Gesundheitswesen seit langer Zeit viel zu häufig auf Sicht gefahren. Dabei lässt sich (nicht erst seit) heute bereits weit in die Zukunft schauen. Wir können sehr präzise Voraussagen machen – auch dazu, wie es in 30 oder 40 Jahren im Gesundheitssystem aussieht – oder zumindest aussehen könnte. Wie können Digitalisierung und die Nutzung großer Datenmengen Versorgung verändern? Was kann Künstliche Intelligenz in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts leisten? Was wird Prävention leisten können (und müssen)? Was für das Arzt-Patientenverhältnis (und müssen)? Welche ethischen Grenzen müssen wir mit Blick auf künftige medizinische und technische Möglichkeiten ziehen? Vor allem aber: Wie müssen wir uns auf diese Zukunft vorbereiten?

Foto: greenbutterfly/shutterstock.com

Die Zukunft des Gesundheitswesens hat längst begonnen! Technologie und Faktor Mensch – Die Grenzen werden verschmelzen

Die meisten Prognosen für das Gesundheitswesen gehen davon aus: Die Menschen werden immer länger und gesünder leben. Krankheiten können durch den medizinischen Fortschritt immer früher erkannt und besser behandelt beziehungsweise sogar verhindert werden. Patient:innen, ihre individuellen Bedürfnisse und Ansprüche werden das Gesundheitswesen zentral beeinflussen, sie werden ihre Gesundheit aktiver als heute managen und mehr Mitbestimmung erfahren. Digitalisierung und Künstliche Intelligenz (KI) werden zum entscheidenden Stellhebel des Wandels. Dieser Wandel wird schon bald einsetzen – und Prognosen gehen davon aus, dass er im Gesundheitswesen deutlich ausfallen wird. Das heißt, unser Gesundheitssystem wird künftig anders aussehen und all seine Akteur:innen müssen sich mit einem Bedeutungswechsel ihres Berufsbildes auseinandersetzen, wollen sie dieses auch weiterhin erfolgreich ausüben.

Gesundheitsdaten – personalisiert und in Echtzeit

Gesundheitsdaten am laufenden Band, personalisiert und in Echtzeit erhoben. Wie hat sich mein Blutzuckerwert seit letztem Monat verändert, welches Schlafmuster habe ich und wie sieht mein Puls gerade aus? Das sind nur einige der Werte, die schon mit dem ersten Wisch am Morgen auf dem Handydisplay aufgerufen werden können. Nach dem Gang auf die Toilette geht es weiter – ein

Diagramm zeigt die Zusammensetzung des Mikrobioms, es weicht deutlich vom optimalen Wert ab. Nur Sekunden später landet eine Ernährungsempfehlung für die nächsten Tage im E-Mail-Fach, damit das Optimum wieder angenähert wird. Am Nachmittag gibt es einen Warnton über die Smartwatch: Das Gangbild hat sich in den vergangenen Wochen merklich verschlechtert. Es wird Zeit, etwas gegen den Knieschmerz zu unternehmen, um einer Arthrose vorzu-

beugen. Eine Liste mit Ärzt:innen in der Nähe und freie Terminvorschläge werden gleich mitgeschickt.

Die Patient:innen der Zukunft wollen mehr über ihren Gesundheitsstatus wissen und messen verschiedene Vitalparameter über sogenannte Wearables – kleine Computer, die direkt am Körper getragen werden und über Sensoren verschiedene Aktivitätsmessungen vornehmen können. Welche Daten sie in ihrer elektronischen Akte speichern und welche Ärzt:innen diese einsehen dürfen, entscheiden die Patient:innen selbst. Aus einer Vielzahl von Gesundheitsdaten können Ärzt:innen dann mit Hilfe eines KI-Systems rasch eine Diagnose stellen und eine Therapie – inklusive individuell dosierter Medikamente – empfehlen. Das Arztgespräch findet regelmäßig auch per Videosprechstunde statt. Der Erfolg der Therapie wird durch die kontinuierlich von zuhause aus erhobenen Daten überwacht und bei Bedarf angepasst.

Daten und KI – in vielen Zukunftsprognosen werden sie als größte Hebel für die Umstrukturierung des Gesundheitssystems identifiziert. Gesund bleiben statt krank zu werden – so könnte die Maxime der Zukunft lauten. Vorherzusagen, welche gesundheitlichen Risiken für Patient:innen bestehen und dann gezielte Maßnahmen dagegen zu ergreifen, das wird nicht nur durch medizinischen Fortschritt, sondern auch durch umfassende Informationen über den Gesundheitsstatus von Patient:innen erleichtert. Aber wie realistisch ist das eingangs beschriebene Szenario? Prof. Bert Arnrich sieht darin ein großes Potenzial für eine bessere medizinische Ver-



Foto: bmc

Johanna Nüsken ist sicher: „Die menschliche Komponente in der Versorgung wird entscheidend, das Gesundheitspersonal wird zum Coach – und kann somit zum Kern seiner Berufung zurückkehren.“

sorgung. Arnrich leitet den Fachbereich Digital Health – Connected Healthcare an der gemeinsamen Digital Engineering Fakultät des Hasso Plattner Instituts und der Universität Potsdam. Seit 25 Jahren ist er im Bereich digitale Gesundheit tätig und stellt eine zunehmend positive Einstellung dazu fest – gerade bei Ärzt:innen. Diese wollen mit den zahlreichen Patientendaten, die zur Verfügung stehen, effektiver arbeiten. „Wir hören von Mediziner:innen aus allen Bereichen, dass sie ihre Patienten zu wenig kennen. Sie sehen diese im Schnitt zweimal im Jahr. Dann können sie zwar sehr genau messen und schauen, wie es ihren Patienten zu diesem Zeitpunkt – also in der Regel, wenn sie krank sind – geht, aber für das restliche Jahr sind keine Informationen vorhanden“, erklärt er. Wie ging es den Patient:innen vor der Erkrankung, wie schlägt die Therapie an? Das alles wäre für die behandelnden Ärzt:innen hilfreich zu wissen.

An dieser Stelle könnten digitale Gesundheitsanwendungen eine gute Lösung sein. „Wir sprechen seit vielen Jahren sehr viel über elektronische Gesundheitskarten, in denen wir die Daten von den Kliniken und den Hausärzten speichern und interoperabel machen wollen. Wir sprechen aber überhaupt nicht über all die Gadgets, die es jetzt schon gibt und die in Zukunft noch zahlreicher werden, die gesundheitsrelevante Daten aus dem Alltag aufzeichnen und die wir mit den medizinischen Daten aus Kliniken oder Arztpraxen zusammenbringen könnten.“ In den vergangenen Jahren habe es auch auf technischer Seite eine enorme Entwicklung gegeben, was die Qualität von KI, Sensorik und digitaler Gadgets betrifft. Zwar gibt es im privaten Bereich, anders als im medizinischen Setting, keine standardisierten, kontrollierten Bedingungen für die Datenaufzeichnung, um eine möglichst exakte Messung zu erzielen. Doch dieser Umstand wird durch die hohe Anzahl der aufgenommenen Daten ausgeglichen. Selbst, wenn die Daten nie so genau wie bei einem medizinischen Test ausfallen, ließen sich daraus gesundheitsrelevante Aspekte ableiten, die eine einzelne Messung in der Klinik so nie abbilden könnte. Denn diese stellt immer nur eine Momentaufnahme dar, während die Datenmessung im Alltag einen längeren Zeitraum abbildet.

Auf die Nutzung relevanter Daten nicht vorbereitet

Eine Hürde gibt es allerdings: Unser Gesundheitssystem ist aus strukturellen Gründen auf die Nutzung von gesundheitsrelevanten Daten, die im privaten Bereich aufgezeichnet wurden, noch nicht vorbereitet. Auch, weil es sich bei den meisten der digitalen Anwendungen nicht um Medizinprodukte handelt, sondern um Lifestyle-Geräte. Arnrich ist überzeugt, dass sich das in Zukunft ändert: Es wird mehr digitale Medizinprodukte geben, die für die Datenaufzeichnung im Alltag zugelassen sein werden. Wenn es nach Bert

Arnrich geht, könnten in Zukunft idealerweise elektronische Daten von Smartphone oder Smartwatch direkt an die elektronische Patientenakte gesendet werden. Dabei betont er aber auch, dass eine Datenflut vermieden werden müsse, damit Ärzt:innen die Informationen überhaupt noch bewältigen könnten. Allein der Beschleunigungs-Sensor im Smartphone erfasst zum Beispiel pro Sekunde einige hundert Messwerte. Daraus werden die einzelnen Schritte beim Laufen erkannt und die Anzahl der zurückgelegten Schritte berechnet. Statt also viele tausend Rohdaten in der Patientenakte zu speichern, genüge in der Regel der einzelne Wert „Schritte pro Tag“. Es braucht ein schlüssiges Konzept dafür, welche Daten verwendet werden sollten und wo bei Bedarf Rohdaten für Forschungszwecke oder für weitergehende Analysen gespeichert werden können – damit Patient:innen und Ärzt:innen nicht überfordert und das volle Potenzial der Gesundheitsdaten tatsächlich ausgeschöpft werden kann.

„Das Tor zur Versorgung wird das Smartphone – und das trägt man bekanntlich in der Hosentasche“, sagt Johanna Nüsken, Geschäftsführerin des Bundesverbands Managed Care (BMC) dazu. Der Arztbesuch ist künftig nicht mehr nur an Praxen oder Krankenhäuser gebunden, sondern wird zunehmend durch digitale Alternativen ermöglicht. Wie genau das die Gesundheitsversorgung der Zukunft verändern wird und welche weiteren neuen technologischen Entwicklungen sinnvoll für Patient:innen und Gesundheitspersonal sein können, bearbeitet der BMC in seiner AG Zukunftstechnologie: „Dort erörtern wir, wie neue Technologien Versorgung verändern und wie sich wiederum die Versorgung verändern muss, um neuen technischen Möglichkeiten in die Umsetzung zu helfen“, sagt Nüsken.

„Healthcare is coming home“, so können wir die Entwicklung, die gerade erst begonnen hat, sicherlich überschreiben. DiGA, Telemedizin, Online-Hautarzt-Apps sind nur einige Beispiele“, sagt Johanna Nüsken. Ebenso kämen komplexere Versorgungsangebote auf den Markt, die nur mit entsprechender Sensorik und bestimmten Monitoringdevices funktionierten. Exemplarisch nennt Nüsken erste Anbieter von „virtual wards“. Die „virtuellen Krankenstationen“ ermöglichen es beispielsweise im englischen National Health Service, dass Patient:innen in ihrem gewohnten Umfeld – zu Hause oder in ihrer Pflegeeinrichtung – mit Hilfe von technischen Hilfsmitteln täglich auf Krankenhaus-Niveau betreut werden können. Über die verwendeten Technologien ist es dem Krankenhauspersonal möglich, im selben Umfang Gesundheitsdaten zu erfassen, als wenn die Patient:innen vor Ort wären. Das bietet verschiedene Vorteile: Neben einem höherem Wohlbefinden und Zeitersparnis für Patient:innen werden auch Krankenhausbetten für die Personen freigehalten, die tatsächlich eine stationäre Versorgung benötigen. Gerade in der angespannten

Lage in vielen Krankenhäusern könnten solche digitalen Lösungen für mehr Handlungsspielraum in der Versorgung führen.

Versorgungsstrukturen werden infrage gestellt

„Das stellt natürlich auch Versorgungsstrukturen infrage. Aber



Foto: Ethikrat

Prof. Alena Buyx: „Je präventiver und digitaler wir arbeiten, desto besser

werden Patienten mehr von dem übernehmen können, was heute die Experten im Gesundheitssystem machen“



Wo liegen die Grenzen der Technologie, wann braucht es den Faktor Mensch?

die Grundsätze, nach denen unsere Versorgung jahrzehntelang organisiert waren, geraten auch ohne den Blick auf technologische Neuerungen ins Wanken“, betont Johanna Nüsken. Die aktuellen Herausforderungen wie zunehmende Spezialisierung der Medizin, eine älter werdende Bevölkerung mit einer steigenden Zahl an Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie Multimorbidität macht die Versorgungsbedarfe komplexer. Gleichzeitig fehlt es an Personal. Viele Krankenhäuser arbeiten nicht mehr rentabel, Niedergelassene finden keine Nachfolger:innen mehr. „Die klassischen Formen der Versorgung geraten an ihre Grenzen. Wir sind also auf neue technologische Möglichkeiten und Versorgungsformen angewiesen“, kommentiert Nüsken diese Entwicklung. KI und Algorithmen, Wearables, Robotik und Assistenzsysteme sowie Spracherkennungssoftware werden immer mehr Raum einnehmen und können so die Arbeit in Praxen und Krankenhäusern erleichtern, Gesundheitspersonal von Routineaufgaben befreien und in Entscheidungsfindungen unterstützen.

Dieser immer größere Einsatz von neuen Technologien erfordert auch mehr Auseinandersetzung auf ethischer und gesellschaftlicher Ebene: Wo liegen die Grenzen der Technologie, wann braucht es den Faktor Mensch? „Das ist die Frage, der wir uns in der Transformation der Versorgung immer wieder stellen müssen. Wissen und Wissenstransfer unterliegen einem Paradigmenwechsel. Künstliche Intelligenz unterstützt menschliches Faktenwissen. Gleichzeitig steigt die Bedeutung von Erfahrungswissen und sozialen Komponenten“, fasst das Johanna Nüsken zusammen und sieht das durchaus positiv. Ein Überhandnehmen der Technologien befürchtet sie nicht: „Die menschliche Komponente in der Versorgung wird entscheidend, das Gesundheitspersonal wird zum Coach – und kann somit zum Kern seiner Berufung zurückkehren.“

Die Nutzung neuer Technologien erfordert allerdings auch neue Vergütungsmodelle. „Hier werden insbesondere ergebnisabhängige Vergütungskomponenten, also Value Based Care, an Bedeutung gewinnen. Wer durch den Einsatz neuer Technologien nachweislich dazu beiträgt, stärker integrierte Versorgungsketten zu schaffen sowie den Fokus der Versorgung auf Gesunderhaltung zu richten, schafft eine effizientere und somit langfristig günstigere Versorgung“, sagt Johanna Nüsken. Eine Vergütung von Outcomes fördere nach Ansicht der BMC-Geschäftsführerin überdies die Zusammenarbeit im Team und über Berufs- und Sektorengrenzen hinweg.

Auch im Trendreport „Gesundheitswelt 2049 – ein Navigator für die Zukunft“, 2020 vom Zukunftsinstitut veröffentlicht, wird die Digitalisierung als Chance gesehen. Es fällt die Aussage, dass in gut einem Vierteljahrhundert über Digitalisierung nicht mehr nur gesprochen, sondern selbstverständlich damit gelebt und gearbeitet wird. Das macht dann sowohl für Patient:innen als auch Ärzt:innen die Gesundheitsversorgung einfacher – und wird die Gesundheitskompetenz sowie Verantwortung der Patient:innen für die eigene Gesundheit stärken.

Durch digitale Tools können Krankheiten noch vor dem Auftreten der ersten Symptome erkannt und therapiert werden. Die Rolle von KI-Systemen wird immer größer, weil Daten von diesen häufig präziser analysiert und zusammengestellt werden können. Medizin und Informationstechnologie verschmelzen immer mehr miteinander, Diagnostik und Therapie erfolgen datenbasiert. Prof. Alena Buyx, Vorsitzende des Deutschen Ethikrats, spricht daher von der „neuen Triade Patient-Arzt-KI-System“ und mahnt sogleich an, dass für diese Art der Zukunftsmedizin die Verantwortlichkeiten geklärt werden müssen:

Verantwortlichkeiten und Rollen müssen geklärt werden

Damit Patient:innen Assistenzsystemen vertrauen können, müssen sie diese auch verstehen. Die Bezeichnung „digital self care“ nennt Alena Buyx ebenfalls – die Patient:innen selbst sollen zum Teil des Gesundheitsmanagements werden. „Je präventiver und digitaler wir arbeiten, desto besser werden Patienten mehr von dem übernehmen können, was heute die Experten im Gesundheitssystem machen“, wird Buyx im Trendreport zitiert.

Genomsequenzierungen, personalisierte Medizin und damit auch individualisierte Medikamente werden zum Standard und Betroffene dadurch effizienter und schonender behandelt. Über Apps und Sensoren können Patient:innen auch von Zuhause aus ihre Gesundheitsdaten aufnehmen, überprüfen und – wenn sie es möchten – ihren Ärzt:innen übermitteln. Diese erhalten durch solch ein kontinuierliches Monitoring viel mehr Informationen als es heute der Fall ist und können deutlich früher auf Veränderungen reagieren und Maßnahmen für die Gesunderhaltung treffen beziehungsweise Therapien für eine Linderung von Symptomen einleiten. „Eine bessere Gesundheit durch bessere Daten“, heißt es dazu im Trendreport.

Datenschutz kontra Datenschatz!?

Wenn es um Digitalisierung im Gesundheitswesen geht, treffen oft zwei Fronten aufeinander: Datenschützern geht der Hunger nach Gesundheitsdaten oft zu weit. Akteur:innen des Gesundheitswesens hingegen führen oft an, dass zu viel Datenschutz Leben kostet – weil im Notfall oft keine wichtigen Informationen über Patient:innen vorliegen. Die Hoffnung ist, dass die Einführung der elektronischen Patientenakte Abhilfe schafft. Fakt ist: Wissenschaftlicher Fortschritt benötigt eine große Menge an Gesundheitsdaten. Nur so können KI-Systeme trainiert werden, um zuverlässig in Patienten:innendaten Muster zu erkennen, die beispielsweise auf Krankheiten hindeuten. Dieser Datenschatz müsse gehoben werden, heißt es oft. Damit Diagnostik, Therapie und Prävention für alle besser werden kann: Gesundheitsrisiken für Einzelne sind besser einzuschätzen, wenn Gesundheitsdaten mit Tausenden anderen verglichen werden können.

Um Gesundheitsdaten besser nutzen zu können, braucht es aber auch deutschlandweit einheitliche Standards bei der Datenerhebung. Aktuell ist es unter Umständen schon in einem einzelnen Krankenhaus schwierig, zwischen einzelnen Stationen Daten auszutauschen – weil Daten von teils nicht kompatiblen Systemen erhoben und gespeichert werden. Werden Patient:innen in mehreren Häusern behandelt, wird der Datenaustausch noch komplizierter. Es ist wichtig, dass die Datenhoheit bei den Patient:innen selbst liegt, wer ihre Daten einsehen darf oder ob sie ihre Daten in anonymisierter Form an die Wissenschaft spenden möchten, entscheiden sie. Es muss transparent gezeigt werden, was mit den Daten passiert und gleichzeitig müssen ihre Daten vor dem Zugriff nicht autorisierter Dritter geschützt sein. Durch das Gesundheitsdatennutzungsgesetz sollen Gesundheitsdaten für die Forschung nun leichter erschlossen werden.

Das alles wird nicht nur das Arzt-Patienten-Verhältnis verändern, sondern auch das Rollenverständnis aller Akteur:innen des Gesundheitswesens. Ärzt:innen werden bald nicht mehr auf Entscheidungsunterstützungs-Systeme verzichten können, weil KI die Datenberge schneller und präziser auswertet und immer über den aktuellsten medizinischen Wissensstand verfügt. In Zukunft liegt die Datensammlung, -auswertung und -interpretation nicht mehr nur in den Händen von Mediziner:innen – Patient:innen, oder wie es in Zukunftsstudien heißt: Gesundheitskonsumenten, selbst werden über die größte Menge an Gesundheitsdaten verfügen und darüber entscheiden, welche Therapie für sie die beste ist. Ist diese Aussicht eine mit negativem Beigeschmack? Wenn es darum geht, das beste Outcome für Patient:innen zu erzielen, möglicherweise nicht. Denn wo es heute im Gesundheitswesen an Zeit und Ressourcen mangelt, könnte es morgen mit Unterstützung von KI zu ausgiebigen Gesprächen zwischen Patient:innen und Ärzt:innen kommen. Wie sehen die nächsten Behandlungsschritte genau aus, welcher Trainingsplan oder welche Diät sollte präventiv am besten eingesetzt werden? KI wird Ärzt:innen nicht ersetzen, aber es wird ihre Rolle verändern – hin zu Berater:innen in Gesundheitsfragen.

Und in der nächsten Ausgabe:

Damit Menschen länger und gesünder leben können, braucht es neben Daten und KI natürlich auch neue Ansätze in der Wissenschaft. In der nächsten Ausgabe des Hartmannbund Magazins wollen wir deshalb vorstellen, wie Forschende von heute die Medizin von morgen neu gestalten möchten – und welche Auswirkungen das für Patient:innen und Ärzt:innen haben könnte. Mit Hilfe von Genomanalyse, Gentherapie und Genschere erschließen sich neue Möglichkeiten, Krankheiten in ihrem Ursprung zu stoppen statt lediglich ihre Symptome zu behandeln. Sind Nanotechnologien in der Lage, Diagnose und Behandlung von Krankheiten zu revolutionieren? Und wie steht es eigentlich um das Verständnis gesundheitswahrender molekularer Prozesse, was macht Gesundheit aus? Die Medizin, wie wir sie kennen, hat überwiegend Krankheiten im Blick: Wie entstehen sie und wie können sie geheilt werden? Wissenschaftler:innen wollen künftig die Gesundheit mehr in den Mittelpunkt rücken und daran forschen, wie man gesund bleiben kann. Die Zukunft der Medizin wird spannend – lesen Sie mehr darüber im Hartmannbund Magazin.

Zukunftsforscher Sven Gábor János im Interview

Es braucht ein vernünftiges, ein wahrscheinliches Zukunftsbild in den Köpfen der entscheidenden Menschen

In die Zukunft kann niemand sehen – auch Zukunftsforscher:innen nicht. Wie kommen Sie zu Ihren Prognosen?

Wir haben weder Visionen noch sind wir kreativ. Wissenschaftliche Zukunftsforscher nutzen Methoden, die ungefähr seit den 1960er-Jahren weltweit in Universitäten in den Studienfächern Zukunftsforschung angewendet werden. Wir befragen in Tiefeninterviews die wenigen Personen in der Welt, die mit ihren heutigen Entscheidungen die Zukunft mehr beeinflussen als andere Personen. Wenn es beispielsweise um Technologien der Zukunft geht, dann sind die Strategiechefs, die Innovations- und Technologiechefs der großen trendprägenden Unternehmen in der Welt unsere Ansprechpartner. Für jede Branche haben wir ein dichtes Netzwerk, führen regelmäßig Interviews und extrahieren aus diesen unsere Prognosen. Alles, was wir prognostizieren, kommt also aus den Köpfen dieser Experten. Wir sind in diesem Prozess die neutrale Wissenschaft, die alles zusammenträgt. Eine ethische oder moralische Wertung spielt nicht in unsere Prognosen hinein.

Welche Relevanz hat für Sie das Gesundheitswesen oder allgemein die Gesundheit?

Für uns ist das einer der wichtigsten Bereiche. Warum? Weil es bereits heute medizinische Technologien gibt, die in den nächsten zehn Jahren in die Welt kommen werden. Und wenn das geschieht, wird die Lebenserwartung der Menschen in der Generation meiner Kinder dra-

matisch steigen. Menschen können dann bis zu 120 Jahre leben. Das wiederum hat riesige Auswirkungen auf andere Branchen. Einerseits ist es natürlich ein großes Geschäftsmodell, Menschen ein gesünderes, mobiles Leben zu verschaffen: Menschen wollen länger leben, die Zielgruppe ist enorm. Andererseits hat eine längere Lebenserwartung auch große gesellschaftliche Auswirkungen. Man kann nicht davon ausgehen, dass man mit 60 Jahren in Rente geht, wenn man 120 Jahre alt werden kann. Ebenso werden Fragen zur Überbevölkerung und Alterung der Gesellschaft eine Rolle spielen. Die größte Triebkraft für medizinischen Fortschritt ist die Technologieentwicklung – und die wird immer schneller und besser. Das führt dazu, dass Technologiefirmen wie beispielsweise Microsoft nicht mehr nur einen Chief Medical Officer haben, sondern einen auf jedem Kontinent und demnächst in jedem Land. Sie sagen sich: ‚Unsere Technologie hat so einen großen Einfluss auf das Gesundheitswesen und wird einen Wandel herbeiführen, dass es ohne uns nicht mehr gehen wird‘. Zum Teil werden diese Unternehmen zu einer Medizincompany werden.

Welche neuen Technologien werden denn in Zukunft großes Veränderungspotenzial für das Gesundheitswesen haben?

Die Genanalyse, also die Analyse des individuellen menschlichen Genoms, gibt es schon seit einiger Zeit. Im Augenblick betragen die Kosten etwa 400 Euro pro Untersuchung. Das wird bereits in den nächsten zwei bis drei Jahren auf unter 100 Euro fallen. Das heißt, wir liegen

damit in einem Bereich, den die Krankenkassen bezahlen. Im Prinzip wird dann jeder Mensch eine Genanalyse machen können. In etwa zehn Jahren werden Erkenntnisse aus der Epigenetik wichtiger werden, die das Zurückdrehen des Alterungsprozesses in Zellen ermöglichen. Auch das gibt es schon, die Behandlung ist aber momentan sehr kostspielig. Die Prognose lautet, dass in den nächsten zehn Jahren die Kosten dafür so fallen werden, dass sich das jeder Mensch leisten kann. Mehr als zehn Jahre wird es dauern, bis zum Beispiel die Genschere und damit das Herausschneiden von Mutationen aus der DNA, die zum Tode oder zu chronischen Erkrankungen führen, in der Medizin regulär angewendet werden.

Gentechnologie, präventive statt kurativer Medizin, Digitalisierung und KI sind nur ein paar Schlagworte, die mit der Zukunft des Gesundheitswesens assoziiert werden. Was meinen Sie, was wird die Arbeit von Ärzt:innen am deutlichsten verändern?

Das Wichtigste ist der Trend hin zur präventiven Medizin. Wobei ich glaube, dass wir Zukunftsforscher im Augenblick eine andere Vorstellung von „präventiv“ haben als das Gesundheitswesen – das Anbieten von Sportkursen hat mit Prävention nichts zu tun. Ich habe folgendes Szenario vor Augen: In ein paar Jahren analysiert ein Mensch sein Genom. Dabei kommt erstens heraus, welche Krankheiten er in sich trägt. Diese können dann mit Hilfe der Genschere herausgeschnitten werden. Die Genanalyse liefert aber auch eine zweite wesentliche Aussage: Wie sollte der Bakterienmix, also das Mikrobiom, im Darm aussehen?

Warum ist das denn wichtig?

Die größte Korrelation, ob eine Krankheit ausbricht oder nicht, besteht zum Bakterienmix im Darm. Jeder Mensch hat einen individuell idealen Bakterienmix. Wenn ich also meinen idealen Bakterienmix mein Leben lang erhalten kann, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ich gesund bleibe. Und wie kann das erreicht werden? Die Antwort ist ganz einfach. Das aktuelle Mikrobiom im Darm muss regelmäßig gemessen werden. Es wurden schon erste Toiletten mit entsprechenden Sensoren entwickelt. Werden diese Toiletten genutzt, dann erhalte ich den Ist-Zustand meines Mikrobioms und den Null-Zustand, also wie er eigentlich sein sollte. Vielleicht stelle ich dann eine Abweichung von 18 oder 23 Prozent fest. Und wie korrigiere ich diese Abweichung? Da kommen Nahrungsmittel ins Spiel. Wir bezeichnen diesen Trend als Medical Food. Das Ziel ist es, dass Menschen das, was aktuell im Mikrobiom fehlt, hineinkochen werden. Dafür wird es Technologien geben, die sie darin unterstützen. Zum Beispiel 3 D-Drucker, die Essen drucken.

„*Wenn man von der Wahrscheinlichkeit bestimmter technologischer Entwicklungen ausgeht, dann müsste man eigentlich zu völlig anderen Entscheidungen kommen als zu denen, die heute in der Gesundheitspolitik getroffen werden.*“

Was hat das mit den Ärzt:innen zu tun?

Präventive Medizin ist für uns Zukunftsforscher das Korrigieren von Abweichungen vom Idealzustand, jeden Tag dreimal durchs Essen. Das hat mit Ärzten nichts mehr zu tun. Es sei denn, der Arzt ist derjenige, der die Datenanalyse durchführt oder mir zum Beispiel die Handy-Apps empfiehlt, die für die Analyse wichtig sind.

Aber diese geplanten Analysen, die kann dann nicht nur ein Arzt übernehmen, sondern auch Google oder Microsoft, genauso eine Krankenkasse oder vielleicht sogar ein Toilettenhersteller. Es ist noch nicht entschieden, wer diese wichtige Rolle an diesem Knotenpunkt, an dem all diese Daten zusammenlaufen, einnehmen wird.

Also müssten Ärzt:innen sich mehr Gedanken darüber machen, wie sie selbst aktiv die Zukunft des Gesundheitswesens beeinflussen können, um das Feld nicht anderen Playern zu überlassen?

Exakt. Das veröffentlichen wir in unseren Studien schon seit Jahren. Ich warte aber noch auf den Zeitpunkt, an dem die Ärzte sagen, jetzt schauen wir uns das nicht mehr nur an, sondern machen mal was.

Was müsste sich denn ändern, um das Gesundheitswesen fit für die Zukunft zu machen? Muss die Digitalisierung mehr forciert werden, braucht es politische Rahmenbedingungen?

Als Allererstes braucht es ein vernünftiges, ein wahrscheinliches Zukunftsbild in den Köpfen der entscheidenden Menschen. Wenn ich von entscheidenden Menschen rede, meine ich sowohl Ärzteverbände als auch Gesundheitspolitik sowie Krankenkassen und alle, die in diesem Gesundheitswesen eine Rolle spielen.

Was verstehen Sie unter einem vernünftigen Zukunftsbild?

Ich rede nicht davon, dass sich jeder etwas wünschen darf. All die Entscheidungsträger müssen sich endlich damit auseinandersetzen und darüber reden, was technologisch in den nächsten Jahren wirklich passieren wird und welche Auswirkungen das auf das System hat. Wenn man von der Wahrscheinlichkeit bestimmter technologischer Entwicklungen ausgeht, dann müsste man eigentlich zu völlig anderen Entscheidungen kommen als denen, die heute in der Gesundheitspolitik diskutiert und getroffen werden.

Der Gesundheitspolitik mangelt es an einem Zukunftsbild?

Unser gesamtes Gesundheitswesen inklusive der Abrechnungssysteme, über die es jedes Jahr immer wieder einen riesigen Streit gibt, basieren auf einer völlig falschen Zukunftsannahme. Nämlich, dass der Mensch, wenn er krank ist, ein Patient ist. Patient zu sein bedeutet: Ich habe keine Ahnung, was mit mir los ist. All das Wissen, all die Kom-



petenz, all die Daten hat ein Arzt und nur dieser kann feststellen, was mit dem Patienten los ist. Dafür wird er durch ein Umlagesystem bezahlt. Das wird sich ändern, sobald meine Gesundheitsdaten, meine Diagnose und Therapie, in meiner Hand – genauer gesagt in meinem Handy – liegen und nicht mehr in der von Ärzten.

Wie groß ist denn die Wahrscheinlichkeit, dass das tatsächlich so eintrifft?

Das wird ohne Zweifel so weit kommen, bei einigen einfachen Krankheiten ist es schon heute der Fall. Wenn ich über meine eigene Gesundheitsversorgung bestimmen kann, bin ich kein Patient mehr, sondern ein Konsument. Dann suche ich eigenverantwortlich das Produkt oder die Therapie, von der ich denke, dass sie mir am besten hilft. Nicht der Arzt trifft die Entscheidung, sondern ich als Konsument. Deshalb reden wir in unseren Studien auch von Gesundheitskonsumenten und nicht von Patienten. Sobald dieser Zeitpunkt erreicht sein wird, gibt es einen Tipping Point. Dann werden wir mit all den Antworten, die wir heute für unser Gesundheitssystem haben, egal ob das den Datenschutz, das Finanzierungssystem oder die Krankenkassen betrifft, an ein Ende kommen.

Sie hatten davon gesprochen, dass Prävention auch ohne Ärzt:innen möglich sein wird. Welche Rolle werden sie in 30, 40 Jahren denn einnehmen?

Ärzte werden eine Coaching-Funktion haben. Es geht dann in den meisten Fällen nicht mehr darum, viel zu wissen und als Experte Diagnosen zu treffen oder Therapien vorzuschlagen. Das kann die KI in Zukunft besser. Aber es wird so sein, dass Menschen sich durch einen Arzt begleiten, sich motivieren lassen werden für den Prozess des Gesundwerdens und des Gesunderhaltens. Diese zwischenmenschliche, nicht mehr unbedingt wissensbasierte Komponente wird das Berufsbild der Ärzte verändern.

Also wird es nur noch Gesundheitscoaches, keine Ärzt:innen mehr geben?

Es wird weiterhin Ärzte geben, die chirurgische Eingriffe vornehmen. Und natürlich wird es Ärzte geben, die sich um die Folgen von Unfällen kümmern, ob das nun Verbrennungen oder Brüche sind. Unfälle kann eine KI nicht verhindern. Aber die Zahl der Ärzte, die sich mit den üblichen Krankheiten von Erkältung über Herzkrankungen bis Übergewicht herumschlagen, wird deutlich niedriger sein. Auch, weil diese Erkrankungen seltener auftreten werden. Für die Menschheit ist das etwas Positives, aber die Ärzte werden sich an die Situation anpassen müssen.

Wie sind denn die Reaktionen darauf, wenn Sie als Redner davon sprechen, dass die Funktion von vielen Ärzt:innen wohl die von Gesundheitscoaches sein wird?

Es gibt zwei Arten von Reaktionen. Die einen kommen nach so einem Vortrag auf mich zu und sind ganz wissbegierig und versuchen, das Gehörte auf ihre Situation zu adaptieren. Was muss ich jetzt tun, damit ich da mitmachen kann? Und dann gibt es ein paar, die versuchen, mich davon zu überzeugen, dass die kommenden Veränderungen, von denen ich geredet habe, sehr schlecht sind. Dass künstliche Intel-

ligenz nicht besser als die Erfahrung eines Arztes oder einer Ärztin sein kann – obwohl ein Computer natürlich viel mehr Fakten und Daten verarbeiten kann. Die gesellschaftliche, öffentliche Meinung äußert sich oft als Wunschziel, dass die zunehmende Digitalisierung aufhören sollte und man sich wieder mehr auf Menschlichkeit konzentrieren sollte. Provokant formuliert sind das für mich nur Wunschbilder von Menschen, die sich nicht ernsthaft mit Zukunftsentwicklungen auseinandersetzen und zurück in die Vergangenheit wollen.

Sie sehen die Medizin der Zukunft positiv – man wird länger und gesünder leben können. Wenn man sich aktuell im Gesundheitswesen umschaute, begegnet man schnell negativen Aspekten wie Personalmangel, Kliniksterben, zu wenig Geld, zu viel Bürokratie. Wird es das in ein paar Jahrzehnten gar keine Rolle mehr spielen, weil es das Gesundheitssystem von heute mit all seinen Problemen gar nicht mehr geben wird?

Ja, das wird so sein. Die Experten, mit denen wir aus dem Gesundheitsbereich reden, kommen beispielsweise aus den USA. Amerika hat natürlich ein anderes Gesundheitssystem. Aber dort wird damit gerechnet, dass Krankenhäuser sich künftig reduzieren auf Notfallaufnahme und Chirurgie. Alles andere wird nicht mehr in Krankenhäusern stattfinden. Aber all die negativen Punkte, die Sie gerade aufgezählt haben, gibt es nur, weil das heutige System so nicht mehr funktioniert. Es wird ein neues System geben. Und dieses neue System wird, und da bin ich tatsächlich sehr optimistisch, ein besseres sein. Sowohl für die Gesundheitskunden als auch für alle, die darin arbeiten.

Es wird häufig die Sorge geäußert, dass es eine Zweiklassen-Versorgung geben wird, in dem sich nicht alle die optimale Gesundheitsversorgung leisten können. Stimmen Sie dem zu?

Das Grundlegende ist, dass alle Menschen eine bessere Versorgung, eine bessere Medizin erhalten. Egal, ob sie viel Geld haben oder nicht. Dadurch steigt im Endeffekt die Lebenserwartung

bei allen Menschen. Dass es Menschen gibt, die sich bestimmte Dinge eher kaufen können als andere, war immer so. Das wird auch durch das heutige System nicht verhindert. Die Zukunft wird aber gerade auch für Menschen mit weniger Geld eine deutliche Verbesserung der Versorgung bringen. Therapien, die heute noch zwei Millionen Euro kosten, werden kostengünstiger werden, so dass Krankenkassen dafür auch zahlen können. Deshalb sehe ich eher, dass der technologische Fortschritt die Schere zwischen Arm und Reich mehr schließen wird.

Unterscheiden sich die Zukunftsbilder in verschiedenen Ländern? Sind die USA oder China da schon weiter als wir in Deutschland, wo wir zum Beispiel mit der Digitalisierung zurückliegen und auch der Datenschutz großgeschrieben wird?

Inhaltlich gibt es keine großen Unterschiede. Der große Unterschied ist, wie zentrale Akteure mit den Prognosen umgehen, ob sie diese glauben und ob sie als Basis für Strategieplanungen dienen – sowohl in der Politik als auch im Unternehmensbereich. Diese Prognosen, über die wir hier reden, stehen in den USA und in China in den Zeitungen, die werden auf Ärztekongressen diskutiert. Und zwar nicht nur

als Science-Fiction-Spinnerei, sondern als Basis der Zukunftsplanung. Während bei uns mal Zukunftsforscher auf Konferenzen eingeladen werden, um zu sehen, was sie zu erzählen haben. Aber eigentlich sind diese Zukunftsprognosen dann nicht weiter wichtig. Der Experte, der in einem unserer Interviews gesagt hat, es wird künftig nur noch Krankenhäuser mit Notaufnahmen und OP-Sälen geben, ist Berater des amerikanischen Präsidenten. Suchen Sie mal in Deutschland einen Berater von Bundeskanzler Scholz, der so etwas sagt. Da gibt es keinen.

Sie hatten es bereits erwähnt: Der technologische Fortschritt schreitet immer schneller voran. Ist das Wissen, das Ärzt:innen in den Universitäten erwerben, dann überhaupt noch im Berufsalltag aktuell?

Wir haben in unseren Studien festgestellt, dass in allen Bereichen, in denen sich Technologie besonders schnell entwickelt, das gilt besonders für die Medizin, auch entsprechend regelmäßig das Wissen aktualisiert werden muss. Gut fünf bis zehn Jahre nach dem Studium müsste man dann wieder zurück in die Universität oder in die Einrichtung, in der man ausgebildet wurde. Ich rede nicht von zwei oder fünf Weiterbildungstagen im Jahr, sondern tatsächlich von bis zu einem halben Jahr. Warum? Weil sich in diesen fünf bis sieben Jahren die Technologie so weiterentwickelt, dass das, was ich damals gelernt habe, mit den neuen Technologien nicht mehr anwendbar oder sogar falsch ist. Wir haben in den letzten Jahren schon viel über lebenslanges Lernen geredet. Das war bisher immer eine Floskel. Aber es wird nicht mehr so sein können, dass man etwas lernt, das bis zum Ende des Lebens Bestand haben wird. Aber ich wüsste nicht, warum diese Anpassung an die Entwicklungsgeschwindigkeit der Technologie negativ sein sollte.



Foto: Privat

Sven Gábor Jánoszy

Sven Gábor Jánoszy war zuerst als Journalist tätig, bevor er das Feld der Zukunftsforschung für sich entdeckte. Vor 22 Jahren gründete er in Leipzig das Institut 2b AHEAD Think Tank GmbH, das sich selbst als Europas größtes unabhängiges Zukunftsforschungsinstitut bezeichnet. Jánoszy ist heute Geschäftsführer von 2b AHEAD. Sein aktuelles Buch heißt „2030: Wie viel Mensch verträgt die Zukunft“. Am Institut ist im Laufe der Jahre eine kleine Unternehmensgruppe entstanden – insgesamt ist es an 33 Unternehmen weltweit beteiligt, zumeist sind es Technologie-Startups. Unter anderem handelt es sich um ein israelisches Unternehmen, das 2019 den ersten 3D-Drucker für Fleisch vorstellte. In den USA wird er an Colleges zum Einsatz kommen, damit Studierende sich die Inhaltsstoffe ihrer Burger individuell zusammenstellen können. Ein weiteres Startup hat Jánoszy in Brighton, England, an der University of Sussex mitgegründet: Universal Quantum baut die ersten zwei Quantencomputer in Deutschland, die von der Bundesregierung für 2026 in Auftrag gegeben wurden.



Member of  MEDICAAlliance

DÜSSELDORF
GERMANY

13–16
NOVEMBER
2023

Gemeinsam die
Zukunft
erleben.

Entdecke
die fünf
Erlebniswelten
der MEDICA.



Messe
Düsseldorf

Prof. Dr. Jochen A. Werner, Vorstandsvorsitzender
und Ärztlicher Direktor der Universitätsmedizin Essen

Die Krankenhäuser und Praxen von heute sind Reparaturbetriebe – die von morgen begleiten Menschen von der Geburt bis zum Tod

Natürlich können wir alle nicht vorhersehen, wie es in den kommenden 30, 40 Jahren aussehen wird, aber was versprechen Sie sich? Was wird es nicht mehr geben, was wird zur „neuen“ Realität im Gesundheitswesen?

Ich bin überzeugt davon, dass die Medizin von morgen mithilfe digitaler Lösungen und durch den Einsatz von KI eine qualitativ bessere wird. Dank KI-Lösungen wird die Diagnostik, in den einzelnen Disziplinen, aber auch interdisziplinär, deutlich präziser und zuverlässiger. Wir werden dadurch einen echten Quantensprung erleben, auch was die individualisierte Therapie und die Patientensicherheit angeht. Zudem werden Ärzte und medizinisches Personal von administrativen Tätigkeiten entlastet werden und wieder mehr Zeit für den direkten Patientenkontakt haben. Die Frage kommt auf, ob die freiwerdende Zeit dann tatsächlich am Patienten eingesetzt wird. Von allein passiert da gar nichts. Auch hierfür braucht man Konzepte. Nicht zuletzt durch den Einsatz von KI ist zudem ein echter Fortschritt im Hinblick auf das Thema Prävention zu erwarten – ein immer wichtiger werdendes Gebiet, das aktuell noch stiefmütterlich behandelt wird. Betrachtet man die Gesamtausgaben für das Gesundheitssystem, ist der Anteil für Vorsorgemaßnahmen noch verschwindend gering – dies muss und wird sich ändern.

In der Vergangenheit hat medizinischer Fortschritt die Gesundheitsversorgung entscheidend geprägt, sei es die Entdeckung der Röntgenstrahlung, die Anwendung von Antibiotika, Diabetesbehandlung mit Insulin, MRT... Sprechen Sie der Digitalisierung und/oder der KI eine ähnliche oder noch stärkere disruptive Kraft zu?

Selbstverständlich kann ich die Skepsis in Teilen nachvollziehen. Datenschutz ist enorm wichtig. Aber er darf doch zugleich den medizinischen Fortschritt nicht verhindern und erst recht keine erfolgversprechende Therapie. Datenschutz wird in Bezug auf Gesundheitsdaten häufig missverstanden. Viele haben das Gefühl, es würde Persönlichkeitsrechte berühren, wenn man Gesundheitsdaten für die Forschung freigibt. Dabei werden solche Daten in der Wissenschaft nur datenschutzkonform, also anonymisiert, behan-



Prof. Dr. Jochen A. Werner:

Wenn mir aktuell etwas Sorgen bereitet, dann ist es ganz bestimmt nicht der medizinische Fortschritt – ganz im Gegenteil. Es ist viel eher der unaufhaltsame demografische Wandel, und es sind die veralteten Strukturen unseres Gesundheitswesens, die ihn nicht abfangen werden können. Wir brauchen eine General-Überholung des gesamten Gesundheitswesens.“

Muss sich auch die Ärzteschaft ändern bzw. aufgeschlossener gegenüber neuen Technologien (KI) zeigen, um die bestmögliche Medizin der Zukunft zu ermöglichen? Wird es in Zukunft überhaupt möglich sein, ohne KI optimal medizinisch arbeiten zu können? Wenn zum Beispiel eine Medizinstudentin heute in der Uni lernt, ist dann morgen im Krankenhaus ihr Wissen mit Blick auf die immer schnellere Datenverarbeitung oder das immer schnellere Erzielen neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse überhaupt noch aktuell bzw. umfassend genug?

Alle 73 Tage hat sich das medizinische Wissen allein im Jahr 2020 verdoppelt. Damit sind vor allem die Quantität an neuen Daten und Ergebnissen gemeint. Auch wenn er lebenslang lernt, ist der Mensch und Mediziner allein durch seine limitierten kognitiven Fähigkeiten schon lange nicht mehr fähig, den medizinischen Fortschritt vollumfänglich zu verfolgen, zu verarbeiten und einzusetzen. Hierin liegen die Stärken der Künstlichen Intelligenz. Noch ist gar nicht absehbar, wie genau Künstliche Intelligenz (KI) die Medizin von morgen beeinflussen wird. Generative KI-Technologien wie ChatGPT etwa verstehen Texte und sind damit in der Lage, eine Vielzahl an medizinrelevanten Informationen zusammenzutragen,

delt. Sie werden nach Einverständnis der Patienten für gesundheitsbezogene Forschung, die den Menschen zugutekommt, genutzt werden. Wenn Patienten das verstehen, sind sie in der Regel sofort einverstanden mit der Nutzung ihrer Daten. Irgendwie gelingt es uns in Deutschland einfach nicht, diesen Nutzen entsprechend zu kommunizieren.

Die Krux ist doch: Internationale Tech-Konzerne setzen aktuell die technologischen Maßstäbe. Über kurz oder lang werden die deutschen Unternehmen auf sie zurückgreifen müssen, wenn es keine europäischen Alternativen gibt. Das ist tatsächlich das Bedenkliche, weil wir in Deutschland und in der EU eben auf andere Werte setzen und andere Maßstäbe beim Datenschutz haben. Eine wesentliche Voraussetzung, um das zu verhindern, ist deshalb eine Novelisierung des Datenschutzes.

in Beziehung zu setzen und neue Muster zu erkennen. ChatGPT generiert also neue Erkenntnisse aus vielfältigen medizinischen Informationen. Ich würde mir wünschen, dass viel mehr dieses Potenzial und die damit verbundenen Chancen für eine bessere Medizin gesehen werden als ihre Risiken, die es zweifelsohne auch gibt. Die gute Nachricht ist zugleich: Es gibt immer mehr Mediziner, die genau so denken, sich öffnen und mit gutem Beispiel vorangehen.

Im Gespräch mit einem Zukunftsforscher zeigte sich dieser überzeugt davon, dass sich das Gesundheitswesen der Zukunft stark verändern wird. Weil viele Menschen schon heute z. B. Smartwatches nutzen, um ihre Gesundheit zu optimieren. Sehen Sie das ähnlich? Und wenn sich das Gesundheitssystem ändern wird - wie wichtig werden dann noch Krankenhäuser/Praxen sein?

Die Krankenhäuser und Praxen von heute sind Reparaturbetriebe, die von morgen begleiten Menschen von der Geburt bis zum Tod, werten Vitaldaten aus und tragen im besten Fall dazu bei, dass Krankheiten gar nicht erst entstehen. Medizin findet zugleich nicht mehr nur in Praxis und Krankenhaus statt. Eine wesentliche Rolle werden beispielsweise Sportstudios und andere Fitnesseinrichtungen spielen, aber auch Smartphones, die Informationen wie Puls, Blutdruck, Sauerstoffsättigung oder andere Vitaldaten an Hausärzte übertragen oder im Notfall von Notärzten direkt abgerufen werden können. Kombiniert mit einer am Menschen orientierten Forschung, die auch die Vielzahl der aktuell immer noch ungenutzten Daten einbezieht, bekommen Menschen im Fall der Fälle frühzeitig wichtige Hinweise für ein gesundheitsbewusstes Leben. Auf Künstlicher Intelligenz beruhende Systeme analysieren diese Informationen fortlaufend, setzen sie in Beziehung zu persönlichen Parametern und zu Vergleichsdaten der jeweiligen Altersgruppe, und schlagen bei Abweichungen Alarm. Auf diese Weise können gesundheitliche Probleme sehr frühzeitig erkannt und behandelt werden. Das enorme Potential dieser künftigen Ausrichtung der Medizin – präventiv und personalisiert – kann nur durch intensive Einbindung der Datenwissenschaft abgerufen werden.

In Essen gehen Sie mit dem Smart Hospital mit großen Schritten in die Zukunft. Wie weit sind Sie heute schon gekommen, wo soll es in Zukunft hingehen? Braucht es viel Überzeugungsarbeit bei Patienten/Ärzten, um mehr Digitalisierung zuzulassen?

Ganz zentral ist bis heute für uns, dass wir konsequent den Menschen in den Mittelpunkt unserer Digitalisierungsstrategie stellen. Die Menschen müssen von der Digitalisierung konkret profitieren. Das ist uns schon in vielen Bereichen gelungen – die elektronische Patientenakte, unsere digitalisierte Notaufnahme sowie der Bau eines volldigitalen OP-Zentrums sollen hier beispielhaft als Großprojekte erwähnt werden. Mit unserem Institut für Künstliche Intelligenz in der Medizin sind wir im Hinblick auf die Entwicklung von KI-Lösungen sehr gut aufgestellt. Aktuell kommt KI bei uns zur

Vorhersage von Metastasierungen oder zur Bewertung des Augenhintergrunds zum Einsatz, ebenso übernimmt KI bei uns bereits die Segmentierung von Spenderlebern in der Transplantationsmedizin – um nur einige Beispiele zu nennen.

Wo es noch hingehen soll? Das wissen wir gar nicht, weil die Dynamik der Entwicklung rasant ist. Wir wollen aber an der Spitze der technologischen Entwicklung stehen, wenn es darum geht, KI-Anwendungen in die konkrete Krankenversorgung zu übersetzen. Auch bei der Umsetzung des Smart Hospitals wollen wir flexibel auf Entwicklungen reagieren und unsere Digitalisierungsstrategie kontinuierlich weiterentwickeln. Für uns ist der Weg zum Smart Hospital ein nicht endender Transformationsprozess. Wir haben die Mitarbeitenden von Beginn an mit einbezogen und sie motiviert, Digitalisierungspotenziale in ihrem Arbeitsalltag aufzuzeigen und konkrete Projekte zu erarbeiten. Für viele der digitalen Anwendungen, die heute im Einsatz sind, haben also die Mitarbeitenden selbst die Idee, zumindest aber einen konkreten Beitrag geliefert. Sie haben im praktischen Alltag Herausforderungen gesehen, die sich mithilfe digitaler Prozesse lösen lassen. Damit stand der spürbare Nutzen einer digitalen Lösung immer automatisch im Vordergrund, und das hat aus meiner Sicht ganz entscheidend zur Akzeptanz beigetragen.

Haben Sie als Arzt Sorge, dass durch mehr Digitalisierung das Berufsbild sich verändert bzw. die Rolle des Arztes eine andere wird? Verändert sich die Arzt-Patienten-Beziehung? Ist KI eine Konkurrenz zum Arzt?

Ich denke, Ärzte werden sich ganzheitlich um die Menschen kümmern, als Gesundheitspartner, in guten und in schlechten Zeiten, die auch das aktuell vollkommen unbestellte Feld der Prävention abdecken. Fokussieren sie aktuell doch primär auf die Pathogenese, also die Krankheitsentstehung, so wie sie es im Studium gelernt haben. Viel wichtiger aber wird der Fokus auf die Salutogenese, also auf den Entwicklungs- und Erhaltungsprozess von Gesundheit. Entsprechend verändert sich die Rolle der Ärzteschaft, die Patienten dann seltener aus dem reißenden Fluss ziehen müssen und sie stattdessen zu besseren Schwimmern machen. Die Diagnostik wird sich immer stärker in den maschinellen Bereich verlagern.

Sehen Sie positiv in die Zukunft oder haben Sie auch einige Sorgen, was der medizinische Fortschritt mit sich bringt?

Ich bin generell ein sehr zuversichtlicher Mensch. Wenn mir aktuell etwas Sorgen bereitet, dann ist es ganz bestimmt nicht der medizinische Fortschritt – ganz im Gegenteil. Es ist viel eher der unaufhaltsame demografische Wandel, und es sind die veralteten Strukturen unseres Gesundheitswesens, die ihn nicht abfangen werden können. Wir brauchen eine General-Überholung des gesamten Gesundheitswesens und ich sehe nicht, dass die dafür erforderlichen Schritte – allen voran eine massive Finanzierungsinitiative, begleitet von einer verbindlichen bundesweiten Digitalisierungsstrategie – seitens der Politik eingeleitet werden.

Beispiel Kardiologie

Künstliche Intelligenz entscheidet nicht, aber sie gibt unverzichtbare Entscheidungshilfen

Künstliche Intelligenz wird in Zukunft den Alltag für Ärzt:innen erleichtern und die Möglichkeiten der Medizin verbessern, davon sind Prof. Michael Guckert und Prof. Till Keller überzeugt. In gemeinsamen Projekten arbeiten sie daran, durch KI die Versorgung von Herzpatienten zu optimieren. „Unser Anspruch ist es, Facharztwissen in die Breite zu bringen“, sagt Prof. Dr. Till Keller.

Für den Kardiologen und Professor für Biomarkerforschung an der Justus-Liebig-Universität Gießen (JLU) ist dafür Künstliche Intelligenz (KI) der richtige Weg. Denn: In der Kardiologie steht zwar eine große Menge an diagnostische Rohdaten zur Verfügung, diese werden aber aktuell noch nicht umfänglich genutzt. „Wie können wir die Informationen, mit denen wir Aspekte des menschlichen Körpers quantifizieren, in klinische Entscheidungsfindungen übertragen? Diese Informationen werden immer komplexer, immer multimodaler, immer breiter – wie können wir das für uns erfassbar machen?“, beschreibt er die Situation. Es besteht großes Potenzial, Diagnostik und Therapien weiter zu verbessern. Das wäre gerade in Kellers Fachgebiet ein Gewinn. Nach wie vor sind Herz-/ Kreislaufkrankungen die häufigste Todesursache in Deutschland. Das Statistische Bundesamt erhob für das Jahr 2021, dass gut ein Drittel – das sind 340.619 – aller Sterbefälle darauf zurückzuführen sind. Um den noch ungenutzten Datenschatz zu heben, ist maschinelles Lernen für Keller unverzichtbar. „Wir müssen dem gegenüber offen sein und das in unsere Abläufe integrieren.“

Den passenden Projektpartner für sein Anliegen fand er in Prof. Dr. Michael Guckert. Guckert, der seit 20 Jahren Professor für Wirtschaftsinformatik an der Technischen Hochschule Mittelhessen (THM) ist, hat bereits in den 1990er-Jahren an KI-Systemen gearbeitet. Damals war das noch ein exotisches Fachthema, das kaum im Bewusstsein der Öffentlichkeit stand. Mittlerweile hat KI einen Boom erlebt, die Rechner sind leistungsfähiger geworden, es können mit Hilfe maschineller Lernverfahren immer größere Datenmengen verarbeitet werden. Gemeinsam begannen Guckert und Keller damit, Informationen von Elektrokardiogrammen mit KI-Methoden zu analysieren. Der Grund: EKGs sind preiswert, überall verfügbar und eine bessere Analyse der verfügbaren Daten kann eine große Wirkung erzielen – Ärzt:innen, die in der Auswertung von EKG-Daten nicht so geübt sind, erhalten auf diese Weise wesentlich mehr Informationen.

Trainiert wurde das KI-Modell mit diagnostizierten EKGs

An diesem Punkt setzt ihr Projekt „RisKa“ an, das vom Land Hessen gut 740.000 Euro Förderung erhalten hat. Mit Hilfe von KI soll aus den Daten von Elektrokardiogrammen das Risiko für Herzkrankungen bestimmt werden können. Das verwendete Deep Learning-Verfahren ist in der Lage, große Datenmengen auszuwerten. Trainiert wurde das KI-Modell mit diagnostizierten EKGs, um spezifische Muster erkennen zu können, wie sie bei Veränderungen im Herzmuskel auftreten. Gerade in frühen Stadien zeigen sich Er-

krankungen des Herzens häufig nur durch subtile unspezifische Veränderungen im EKG. Von spezialisierten Kardiologen sind diese sicher zu erkennen. Doch auch dann ist meist noch eine weiterführende, kostenintensive Diagnostik erforderlich, um den Nachweis der Erkrankungen des Herzens zu erbringen. Das RisKa-System soll künftig bei der Unterstützung der Diagnose helfen und dadurch zusätzliche Diagnostik reduzieren, knappe Ressourcen schonen sowie invasive Untersuchungen vermeiden.

Mit dem Projekt wird zudem die Gründung eines Startups angestrebt, das am Ende das klinische Entscheidungsunterstützungssystem auf den Markt bringen soll. Jetzt steht noch eine Arbeitsgruppe namens CardioIQ hinter dem Projekt, bestehend aus einem Medizinstudenten der JLU sowie einem Doktoranden und einem Mitarbeiter der THM. „Ich finde es wichtig, dass wir auch akademische Projekte haben, die an KI-Lösungen arbeiten und das Feld nicht einfach den großen Firmen und somit dem komplett kommerziellen Bereich überlassen wird“, sagt Keller. Das Problem der starken Zentralisierung, was die Entwicklung von KI-Systemen betrifft, sieht auch Michael Guckert: „Man muss froh sein über jedes kleine Unternehmen, das es in diesem Bereich schafft. Denn diese Konzentration von Innovationen auf die großen Firmen ist durchaus problematisch, weil dadurch völlig neue Abhängigkeiten entstehen.“

Entwickelt wird nun eine Software, die aus einem Analyseapparat besteht und dazu noch eine innovative Benutzeroberfläche anbietet, wie Guckert erläutert. Dadurch ist eine Interaktion möglich – die Anwender:innen können sehen, welche Muster im EKG entdeckt wurden, welche kritischen Bereiche von Bedeutung sind und welche Schlüsse daraus gezogen werden könnten. Als Zielgruppe werden Allgemeinmediziner:innen gesehen. „Wenn man sich eine strukturschwache Gegend vorstellt, mit langen Anfahrtswegen bis zu einer Klinik mit entsprechenden kardiologischen Abteilungen, dann ist es natürlich interessant, wenn in jeder Hausarztpraxis schon solch angereicherte Informationen genutzt werden können“, sagt Michael Guckert. Personalisierte Medizin und Prävention – das sind Schlagworte, wenn es um die Medizin der Zukunft geht. Gerade in der kardiovaskulären Medizin kann sehr viel erreicht werden, wenn frühzeitig Erkrankungen erkannt und dadurch schneller interveniert werden kann. „Unser Gesundheitssystem ist sehr gut, aber in der Breite ist Prävention nicht zu leisten und ist auch nicht finanzierbar. Es ist daher gut vorstellbar, dass KI-Elemente wie unser Risikostratifizierungsalgorithmus auf EKGs den Aspekt Präven-

tion durchaus verbessern können“, findet Till Keller. Für ihn ist das „ein kleiner Baustein in der Verbesserung der Prävention“.

Im Notfall, wenn jede Minute zählt, könnte KI am EKG zum Lebensretter werden

Ein ähnliches Prinzip wird in ihrem zweiten Projekt „HERMIQS“ verfolgt, das ebenfalls vom Ministerium für Digitale Strategien und Entwicklung mit gut 481.000 Euro gefördert wird. Hier soll die Software vor allem der Notfallmedizin zugutekommen. Statt der Risikoprädiktion, also dem Versuch, mittels EKG-Daten asymptomatische oder präklinische Patienten zu identifizieren, steht hier das rechtzeitige Erkennen von akuten kardiovaskulären Ereignissen wie Lungenembolien, Dissektionen oder Herzinfarkten im Fokus. „Die großen Kardionotfälle sind in vielen Fällen gar nicht so offensichtlich. Wenn in solchen Situationen Zusatzinformationen zur Verfügung gestellt werden können, kann das Prozesse beschleunigen“, sagt Till Keller. Das sei zum Beispiel hilfreich bei der Entscheidung, ob ein Notarzt hinzugerufen werden muss oder welche Zielklinik die geeignete ist – muss man das weiter entfernte Herzkatheterlabor anfahren oder genügt das nächste städtische Krankenhaus? Im Notfall, wenn jede Minute zählt, könnte KI am EKG also zum Lebensretter werden.

KI wird in Zukunft nicht mehr wegzudenken sein, vor allem nicht in der Medizin. Davon sind Keller und Guckert überzeugt. Guckert ist Gründungsmitglied bei hessian.AI, dem hessischen Zentrum für künstliche Intelligenz, dessen Ansinnen es ist, die Forschung rund um KI voranzutreiben. Hessen will Vorreiter auf diesem Gebiet werden. Andere Bundesländer haben ebenfalls dieses Ziel für sich ausgerufen. Auch das zeigt, welche Bedeutung KI für die Zukunft beigemessen wird. Im Alltagsleben sind Algorithmen und KI-Modelle unverzichtbar geworden. Systeme, die Informationen verdichten und aufbereiten, werden täglich genutzt. Im Gesundheitswesen tut man sich noch ein wenig schwer damit. Keller und Guckert nehmen es als schleichenden Prozess wahr, dass KI-basierte Anwendungen dort ankommen und an Akzeptanz gewinnen. Dabei würden diese

bereits heute in vielen Situationen im Krankenhaus angewendet, um die Arbeitsverdichtung und die immer zahlreicheren und präziseren Informationen durch Vorverarbeiten und Aggregieren besser bewältigen zu können, erzählt Till Keller. „Wir kommen möglicherweise schon viel häufiger mit KI in Berührung, als uns bewusst ist. Das hat damit zu tun, dass wir dabei nicht immer mit einem Chatbot interagieren“, sagt er.

Im Medizinstudium sind die theoretischen Aspekte von KI überhaupt nicht vertreten

Für Michael Guckert hat das Zögern gegenüber KI-Systemen auch damit zu tun, dass diese im Moment nicht nur als Chance, sondern auch als Bedrohung wahrgenommen werden. Systeme wie ChatGPT, die mit Sprache arbeiten und zum Beispiel selbstständig Texte verfassen, tragen besonders zu dieser KI-Panik bei, wie es Guckert ausdrückt. Weil Sprache ein Grundpfeiler unseres Lebens ist, über Sprache drücken wir uns aus, sie hält unsere Gesellschaft zusammen. „Was wir in der Medizin sehen, ist aber etwas völlig Anderes. Unsere Überzeugung ist: Wir bauen keine Systeme, die Diagnosen erstellen. Wir liefern Informationen, die der Mensch als Teil dieses Gesamtsystems nutzen kann, um dann eine Entscheidung mit Hilfe angereicherter Informationen treffen zu können“, erklärt er. Guckert ist davon überzeugt, dass solche Systeme in der Medizin zum Standard gehören werden – und Erleichterung schaffen.

Um Vorbehalte gegenüber diesen neuen Möglichkeiten aufzulösen, muss sich für Till Keller allerdings noch die medizinische Ausbildung ändern: „Im Medizinstudium sind die theoretischen Aspekte von KI überhaupt nicht vertreten. Es ist wichtig, auch auf theoretischer Ebene Verständnis für die Stärken und auch Limitationen von KI frühzeitig in die Ausbildung zu integrieren.“ Letztlich sind KI-Modelle für ihn Werkzeuge, die es ermöglichen, sich in komplexen Situationen wieder mehr auf den Patienten konzentrieren zu können. „KI ist ein Tool, das man einsetzt, das aber nie ersetzen soll“, so Keller. „Meine Message ist: Man soll keine Angst davor haben.“

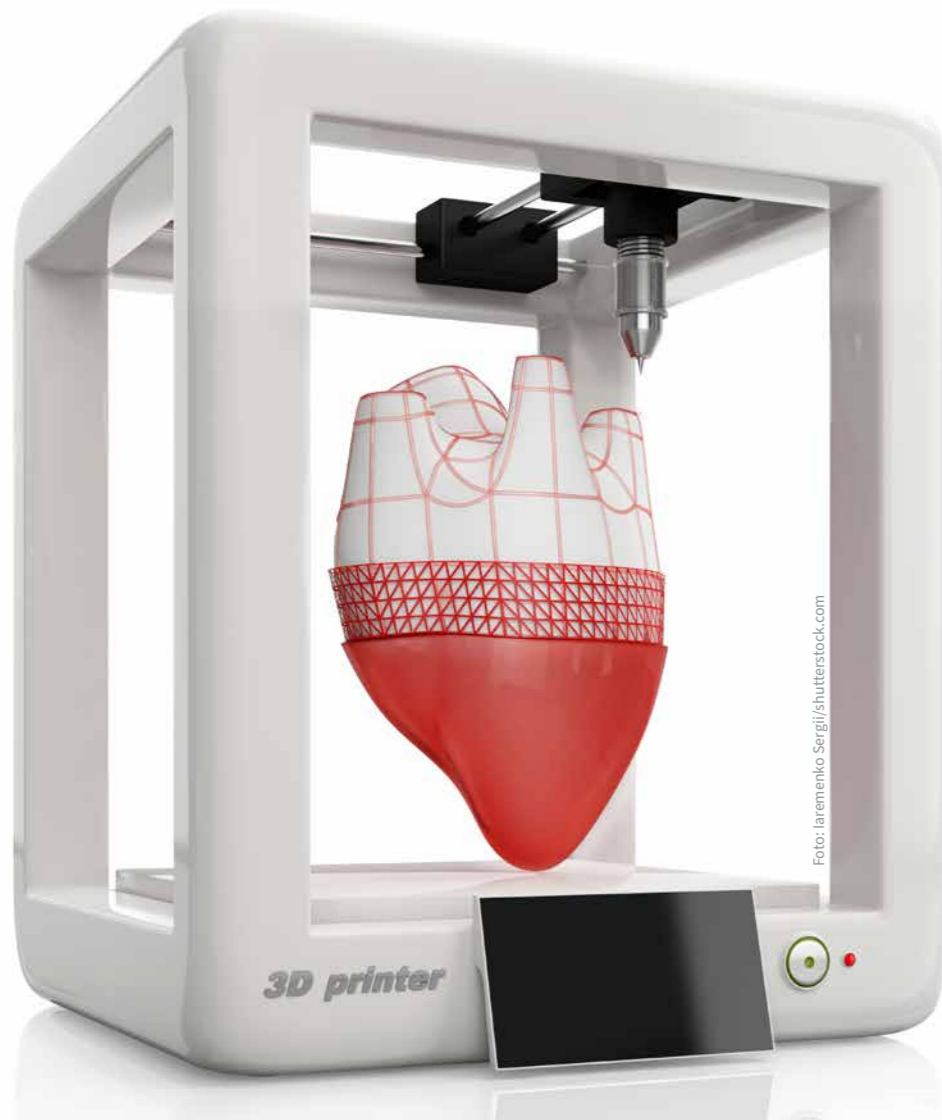


Foto: cono0430/shutterstock.com

Bis zum Bioprinting von Organen ist es noch ein weiter Weg, aber:

Irgendwann wird es normal sein, dass biologische Implantate für Menschen gedruckt werden

Die Hoffnung ist groß, dass der Mangel an Spenderorganen bald zur Vergangenheit angehört. Die Nachbildung von menschlichem Gewebe mit Hilfe von 3D-Druck soll dafür einen Ausweg bieten. Das sogenannte Bioprinting gilt als eine der Zukunftstechnologien mit großem Potenzial, die Gesundheitsversorgung zu verändern. Das Berliner Start-up Cellbricks will dazu beitragen, dieses Ziel tatsächlich zu erreichen – und gleichzeitig unrealistische Zukunftsprognosen entschärfen.



Organe, die im Labor hergestellt werden und als Transplantate Leben retten können? Sogar ohne gesundheitliches Risiko durch eine Abstoßung, weil die Zellen dieser Organe von den Patient:innen selbst stammen? Das wird es in Zukunft geben – daran hat Dr. Lutz Kloke keinen Zweifel. Der Biotechnologe beschäftigt sich schon seit Jahren mit dem Thema. In seiner Doktorarbeit entwickelte er eine Technologie, mit der lebendes Gewebe gedruckt werden kann. 2016 gipfelte diese Arbeit schließlich in der Gründung des Berliner Start-ups Cellbricks. Mittlerweile haben sie in Berlin eine patentierte Drucktechnologie im Einsatz, besitzen Patente für den dazugehörigen Prozess sowie verschiedene Produkte und behaupten sich in einem Bereich, der sich weltweit im Aufbruch befindet. Der

Bedarf ist groß. Allein in Deutschland standen im vergangenen Jahr 8.500 Menschen auf der Warteliste für ein Organtransplantat – 2.853 Patient:innen erhielten letztlich ein oder mehrere Organe durch Spenden. Im Vergleich zum Vorjahr war die Spendenbereitschaft erneut gesunken.

Eine medizinische Lösung könnte in Zukunft Bioprinting bieten. Darunter versteht man ein Teilgebiet der regenerativen Medizin. Das Ziel dieser noch jungen Forschungsrichtung ist es, beschädigtes Gewebe oder ganze Organe zu reparieren beziehungsweise in einem funktionsfähigen Zustand zu erhalten. Dafür sollen künftig Organe mit Hilfe von 3D-Biodruck nach einem digitalen Modell Schicht für Schicht mit lebenden menschlichen Zellen und Biomaterialien nachgebaut werden. Die dafür benötigten Zellen, die aus Biobanken stammen, müssen dafür zuerst vermehrt werden. Damit die Zellen aber auch in einer bestimmten Form bleiben, braucht es die sogenannte Biotinte. Diese hält die Zellen wie ein Klebstoff zusammen. Das ist auch im natürlichen Vorbild nicht anders – Biotinten bestehen aus Biopolymeren, die im menschlichen Körper bereits existieren. Diese extrazelluläre Matrix kann aus Materialien wie Kollagen oder Hyaluronsäure bestehen, die durch chemische Veränderungen druckfähig gemacht wird. Sind Zellen und Biotinte miteinander vermischt, kann der Druckvorgang beginnen, der je nach Größe des Objekts nur wenige Minuten dauert. Nach dem Druck wird das Modell kultiviert, das Gewebe muss erst noch reifen. Es ist ein komplizierter Vorgang, um ein komplexes, dreidimensionales lebendes Gerüst bauen zu können.

Organe aus dem Drucker, titeln Medienberichte seit Jahren euphorisch – so weit ist man dann aber doch noch nicht. Auch, wenn 2019 israelische Forscher ein Miniherz aus menschlichem Gewebe gedruckt und damit für ein großes PR-Gewitter gesorgt hatten. Der

Aufbau des Organs entsprach zwar dem Original, doch die Funktion – das synchrone Zusammenziehen aller Zellen – war nicht gegeben. Es wird noch dauern, bis Herzen erzeugt werden können, die tatsächlich als Transplantat geeignet sind. „Um das Thema Bioprinting besteht aktuell noch ein Hype. Aber wir bewegen uns langsam in eine Richtung, in der sich anfangs überhöhte Vorstellungen und der reale Stand der Technik etwas annähern“, sagt Lutz Kloke. So einfach, wie es in Science-Fiction-Filmen aussieht, lassen sich die Ergebnisse von ein paar Millionen Jahre Evolution nicht im Labor imitieren. Selbst mit neuester Technologie, die in den vergangenen zehn Jahren immer ausgefeilter geworden ist, stößt man noch an Grenzen. Der Aufbau von Organen ist sehr komplex und es ist noch immer nicht vollständig verstanden, wie verschiedene Zelltypen zusammenwirken. Ebenso stellen die Versorgung der Gewebe mit Blutgefäßen und die Vernetzung mit Nervenzellen eine große Herausforderung dar. Aber Kloke sagt auch: „Gedruckte Organe sind durchaus etwas, das am Ende der Entwicklung von Bioprinting stehen soll. Es ist nur noch ein weiter Weg bis dahin.“ Viele Zwischenschritte seien notwendig, die mit der Nachbildung einfacherer Gewebe wie Weichteilgewebe, Knorpel oder Haut beginnen. Entstehen bei diesem Prozess Implantate, sind diese zwar für Patient:innen nicht lebenserhaltend, können aber dennoch die Lebensqualität verbessern – und bilden sozusagen die Lernkurve bis zum funktionsfähigen Organ ab.

„So einfach, wie es in Science Fiction-Filmen aussieht, lassen sich die Ergebnisse von ein paar Millionen Jahre Evolution nicht im Labor imitieren.“

Bei Cellbricks wird gerade überprüft, wie erzeugte Gewebe von Tierkörpern angenommen werden. „Wir wollen zeigen, dass die Technologie sicher ist und dass sie mittelfristig auch für Menschen genutzt werden kann“, erklärt Kloke. Bis allerdings Implantate beim Menschen eingesetzt werden können, muss noch viel Wissen erlangt und die bestehende Technologie weiterentwickelt werden. Denn in der Praxis ist Bioprinting noch nicht angekommen. Das heißt aber nicht, dass der Druck von lebenden Zellen nur eine Laborspielerei ist. Sogenannte Organoide – also Miniorgane, die in der

Petrischale nachgebaut werden – liefert Cellbricks für Forschungszwecke an Kooperationspartner, die damit beispielsweise Arzneimittel testen oder Grundlagenforschung betreiben. So wurden für eine Arbeitsgruppe der Charité beispielsweise Tumore nachgebaut, um eine Krebstherapie vor der Anwendung im Labor zu testen. Mit Wissenschaftler:innen des Berlin Institute of Health in der Charité entwickelte das Start-up im vergangenen Jahr einen 3D-Drucker, mit dem ein biologischer Wundverschluss hergestellt werden kann. Ein passgenaues Pflaster aus Gelatine und Hautzellen macht es möglich, großflächige Wunden abzudecken und somit einen Ersatz für Eigenhauttransplantation zu bieten.

Muskeln, Knorpel, Teile von Haut und Leber kann das Team von Cellbricks schon drucken.

Aktuell ist das Berliner Start-up dabei, Weichteilgewebe zu erzeugen. Dieses könnte perspektivisch dafür eingesetzt werden, um Brustgewebe, beispielsweise nach einer Mammakarzinom-Resektion, zu rekonstruieren. „Ich glaube, dass Bioprinting zum Kanon der Medizin wird“, schätzt Kloke. 30 bis 40 Jahre werde es wohl dauern, dann könnten erste lebenserhaltende Funktionen im menschlichen Organismus durch gedruckte Gewebe ersetzt werden. „Es wird normal sein, dass biologische Implantate für Menschen gedruckt werden. Tierisches Material als Organersatz, wie es heute üblich ist, wird dann eher mit Befremden betrachtet werden.“



Foto: Cellbricks GmbH/ Philipp Arnoldt

Dr. Lutz Kloke

E-Rezept, Videosprechstunden und „assistierte Telemedizin“ in Apotheken Viel Streit um Erhebliches beim geplanten Digitalgesetz

Der Gesetzentwurf für das geplante Digitalgesetz (DigiG) hält einschneidende Veränderungen für die Vertragsärzt:innen bereit. Sie werden u. a. zur Nutzung des elektronischen Rezepts (E-Rezepts) ab 1. Januar 2024 verpflichtet. Zu ihrem Ärgernis tritt die geplante Regelung ohne das ursprünglich vereinbarte stufenweise Rollout in Kraft und enthält einen Sanktionsmechanismus bei Nichterbringung des Nachweises über die technische Befähigung zur elektronischen Verordnung.

Für die Videosprechstunde soll mit dem DigiG die Begrenzung auf 30 Prozent je Quartal entfallen, außerdem wird die Leistungserbringung für die Vertragsärzt:innen gewissermaßen ortsungebunden. Obwohl nicht nur Ärzteschaft und Krankenkassen, sondern sogar die ABDA selbst erhebliche Einwendungen gegen die „assistierte Telemedizin“ in Apotheken vorgebracht haben und diese ablehnen, hält der Bundesgesundheitsminister an diesem definitorisch unklaren neuen Vorhaben im DigiG-Entwurf fest.

Das E-Rezept hätte nach dem ursprünglichen Beschluss der für die Telematikinfrastruktur verantwortlichen Gesellschaft gematik stufenweise erprobt werden sollen: Zunächst in Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe (Stufe 1), später nach Erreichung bestimmter Qualitätsregionen zusätzlich in weiteren sechs Regionen (Stufe 2) und in Stufe 3 hätte es in allen Bundesländern genutzt werden sollen. Schon Mitte des Jahres 2023 hatte die Mehrheit der Gesellschafter der gematik, u. a. gegen die Stimmen der Ärzteschaft, die verbindliche Einführung des E-Rezepts ab 1. Januar 2024 beschlossen, dies erfährt mit dem DigiG nun eine Bestätigung durch den Gesetzgeber. Der Vorwurf seitens der Ärzteschaft steht im Raum, mit der verpflichtenden Einführung des E-Rezepts fände eine massenweise Erprobung auf Weisung des Gesetzgebers in ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen statt, immerhin handelt es sich um bis zu 500 Millionen Rezepte pro Jahr.

Der Bundesgesundheitsminister hatte hingegen argumentiert, seit Mitte des Jahres stünde eine komfortable Handhabung des E-Rezepts zur Verfügung. Ärzt:innen übertragen die Verordnung mit ihrem elektronischen Heilberufeausweis über ihren Praxiscomputer in die sichere Telematikinfrastruktur („digitale Signatur“), die Apotheker:innen rufen das Rezept via elektronischer Gesundheitskarte ohne PIN ab – das war zuvor nicht möglich.

Integration einer E-Rezept-App in die ePa

Weiterhin gibt es die Möglichkeit für die Patient:innen über die E-Rezept-App der Gesellschaft für Telematik das E-Rezept einzulösen – Versicherte können die App auf ihr Smartphone herunterladen. Dazu ist allerdings eine NFC-fähige eGK und eine PIN zum Freischalten erforderlich, die die Versicherten über ihre Krankenkasse erhalten. Mit dem DigiG soll es noch eine weitere Möglichkeit geben: Die E-Rezept-App der Gesellschaft für Telematik soll auch mittels der elektronischen Patientenakte (ePA) nutzbar werden. Auch digitale Identitäten, NFC-fähige elektronische Gesundheitskarten (eGK) sowie dazugehörige PINs, die man beispielsweise zum Einlösen des E-Rezepts benötigt, sollen laut dem DigiG-Entwurf künftig aus der E-Rezept-App heraus bei der Krankenkasse beantragt werden können. Digitale Identitäten können die Authentifizierung durch

die eGK ersetzen. Die Kassen werden verpflichtet, ihre Versicherten über das E-Rezept zu informieren. Analog wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, die Vertragsärzt:innen über die elektronischen Verordnungen zu informieren, damit diese ihren Verpflichtungen ab 1. Januar 2024 nachkommen können.

Eine auch ärztlicherseits eher kritisch bewertete Regelung stellt die mit dem DigiG geplante Möglichkeit für die Krankenkassen dar, den Versicherten eine eigene App für elektronische Verordnungen mit eigener Benutzeroberfläche anzubieten, die aber in allem dieselben technischen und Datensicherheitsvorgaben erfüllen muss, wie die gematik-App. Diese „kassenseitige“ E-Rezept-App soll von den Krankenkassen in der von ihnen angebotenen elektronischen Patientenakte integriert sein.

Trotz dezidiert wiederholter Widersprüche seitens der ärztlichen Institutionen und Verbände ist Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach MdB (SPD) nicht davon abgerückt, eine Sanktionierung von einem Prozent der GKV-Vergütung für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte vorzusehen, sollten sie zum 1. Januar 2024 nicht den Nachweis erbringen, elektronische Verordnungen durchführen zu können. Damit werden die Praxisinhaber:innen für einen reibungslosen technischen Ablauf haftbar gemacht, so die Kritik, den sie gegebenenfalls gar nicht in der Hand haben, wenn das Praxisverwaltungssystem Probleme bereitet. Hier würden „die Fehler der Vorgängerregierung wiederholt“, rügt die Bundesärztekammer diese Regelung in ihrer Stellungnahme zum DigiG-Referentenentwurf.

Videosprechstunden

Laut dem DigiG-Entwurf sollen insbesondere Videosprechstunden noch umfassender eingesetzt und leichter genutzt werden können. „Dazu wird die bisher geltende Begrenzung der Videosprechstunden in einem ersten Schritt aufgehoben. Zugleich wird die ärztliche Vergütung künftig stärker an Qualitätsmerkmalen orientiert.“ Um den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten „mehr Flexibilität“ zu geben, können Videosprechstunden laut DigiG zukünftig auch außerhalb des Vertragsarztsitzes, also in Zweigpraxen, ausgelagerten Praxisräumen oder auch in der Häuslichkeit des Vertragsarztes erbracht werden. Hier handele es sich um eine „bereichsspezifische Ausnahme von der Verpflichtung zur Leistungserbringung am Ort des Vertragsarztsitzes“, „die gleichrangig neben § 24 Absatz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte“ steht. Besagter Paragraph regelt die Zulässigkeit und Bedingungen vertragsärztlicher Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes. „Flexiblere Arbeitsmodelle für Ärzt:innen tragen zu einer besseren Vereinbarkeit von beruflicher Tätigkeit und privaten Leben bei und können so auch die

Foto: Chinnapong/shutterstock.com



KBV und GKV-Spitzenverband sollen die Vorgaben für die Sicherung der Versorgungsqualität von telemedizinischen Leistungen aushandeln.

Attraktivität der vertragsärztlichen Tätigkeit steigern. Videosprechstunden außerhalb des Vertragsarztsitzes können die vertragsärztliche Leistungserbringung sinnvoll ergänzen. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten vor Ort soll weiterhin gewährleistet bleiben. Die Erbringung von Videosprechstunden an einem anderen Ort als dem Vertragsarztsitz wird daher auf die Zeiträume außerhalb der weiterhin am Vertragsarztsitz durchzuführenden Mindestsprechstundenzeiten und offenen Sprechstundenzeiten begrenzt“, heißt es erläuternd im DigiG-Entwurf. Die rechtlichen Voraussetzungen zur Erbringung von Videosprechstunden seien aber auch hier einzuhalten.

KBV und GKV-Spitzenverband sollen die Vorgaben für die Sicherung der Versorgungsqualität von telemedizinischen Leistungen, die durch Videosprechstunden oder Konsilien erbracht werden, aushandeln. Hier wird auch ausgeführt, was mit der angesprochenen „stärkeren Orientierung an Qualitätsmerkmalen“ gemeint ist. Insbesondere soll nämlich im Zusammenhang mit Videosprechstunden geregelt werden: 1. die Berücksichtigung der elektronischen Patientenakte in der Versorgung, 2. die Berücksichtigung des elektronischen Medikationsplans in der Versorgung, 3. die Berücksichtigung elektronischer Arztbriefe und sicherer Übermittlungsverfahren (nach § 311 Absatz 6) in der Versorgung, 4. die Berücksichtigung elektronischer Programme für eine standardisierte Ersteinschätzung, 5. die Gewährleistung des gleichberechtigten Zugangs zur Videosprechstunde und 6. die strukturierte Anschlussversorgung bei Videosprechstunden. Diese Vorgaben muss der Bewertungsausschuss in seinen Verhandlungen berücksichtigen.

Der Bewertungsausschuss soll laut DigiG-Gesetzentwurf zudem kontinuierlich überprüfen, in welchem Umfang Leistungen als Videosprechstunde erbracht werden können. Das Bundesministerium für Gesundheit kann ihm hier im Rahmen der Rechtsaufsicht Fristen für die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses setzen. Dieser Punkt dürfte zu Diskussionen führen, ob das BMG nicht damit seine Kompetenzen gegenüber der Selbstverwaltung überschreitet und wieder ein Stück in Richtung „Staatsmedizin“ lenkt. Der Bewertungsausschuss kann laut dem Gesetzentwurf auch

arztgruppendifferenzierte Regelungen für die Videosprechstunde treffen. „So kann der Bewertungsausschuss beispielsweise die Auswirkungen einer vermehrten Erbringung von Videosprechstunden auf die lokal erreichbare Versorgungsstruktur und das angebotene Leistungsspektrum in seine Überlegungen einbeziehen“, erläutert der DigiG-Gesetzentwurf.

Die Entwicklung qualitativ hochwertiger telemedizinischer Versorgungsangebote solle laut geplantem DigiG „für die Versorgung nachhaltige Mehrwerte schaffen“ und sei „von zentraler Bedeutung für den Erfolg der Telemedizin und die wirtschaftliche Verwendung der Mittel“. Damit sollten „perspektivisch solche telemedizinischen Versorgungsangebote besser vergütet werden, die strukturierte Versorgungsprozesse beinhalten, gut in die übrigen Versorgungsprozesse eingebunden sind und dazu die elektronische Patientenakte und weitere digitale Anwendungen und Dienste der Telematikinfrastruktur einbeziehen.“

„Assistierte Telemedizin“ in Apotheken

Der DigiG-Gesetzentwurf hält im Rahmen der Regelungen zur Telemedizin gesundheitspolitischen Sprengstoff bereit: „Um die Inanspruchnahme der telemedizinischen Versorgungsangebote zu heben, die Chancengleichheit im Bereich der Versorgung zu stärken und die Potenziale der Telemedizin etwa bei der Entlastung von Arztpraxen oder bei der Gewährleistung eines guten Zugangs zur Versorgung auch in strukturschwachen ländlichen Gegenden zu stärken, werden neue und niederschwellige Zugänge zu telemedizinischen Angeboten geschaffen.“ Die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten im Wege der Telemedizin würden „um die begleitende Versorgung und Unterstützungsleistungen durch Apotheken ergänzt“. Ziel sei es dabei, „die Apotheken in die Bereitstellung des Zugangs zu einer flächendeckenden und leistungsfähigen telemedizinischen Versorgungsstruktur einzubeziehen und die Ärztinnen und Ärzte zum Wohle der Versicherten zu entlasten“. Apotheken könnten daher „Maßnahmen der assistierten Telemedizin anbieten“. Folgende beispielhafte Maßnahmen werden im Gesetzentwurf DigiG genannt:



Foto: Natali_Mis/shutterstock.com

- die Beratung zu der Möglichkeit einer Versorgung einfacher Erkrankungen unter Einsatz ambulanter telemedizinischer Leistungen
- die konkrete Unterstützung bei der Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen mittels einer in den Apotheken in geeigneter Weise bereitgestellten technischen Ausstattung
- einfache medizinische Routineaufgaben. „Diese werden anlässlich einer telemedizinischen Leistung beispielsweise einer Videosprechstunde erbracht.“

GKV-Spitzenverband und Deutscher Apothekerverband (DAV) sollen „geeignete Behandlungsszenarien und Sachverhalte definieren, bei denen eine Versorgung mit Leistungen der assistierten Telemedizin in Apotheken erfolgen soll“. Zusätzlich müsse gewährleistet werden, dass die Zuweisungs-, Absprache- und Makelverbote eingehalten würden. GKV-SV und DAV sollen alles weitere wie die Inhalte der Maßnahmen, die räumlichen und technischen Voraussetzungen der Apotheken zur Durchführung der Maßnahmen, zur Berücksichtigung der Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur, zur Vergütung der erbrachten Maßnahmen und zu deren Abrechnung, vereinbaren. Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Verband der Privaten Krankenversicherung werden lediglich ins „Benehmen“ gesetzt, also informiert.

Diese geplante komplexe Regelung hatte schon im Vorfeld des Gesetzentwurfs zu heftiger Kritik seitens der Ärzteschaft geführt, aber auch GKV-Spitzenverband und ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände lehnen diese rundweg ab. Keinem der Beteiligten oder Betroffenen (Vertragsärzte) ist offenbar verständlich, was der Gesetzgeber erreichen will, die derzeitigen Formulierungen widersprechen wohl in Vielem zudem geltendem Recht.

Die ABDA bezeichnete in ihrer Stellungnahme zum Referententwurf DigiG die geplanten Regelungen als „unausgereift“. Beim Bereitstellen technischer Ausstattungen zur Inanspruchnahme telemedizinischer Leistungen in der Apotheke schaffe der Gesetzgeber „erstmalig die Situation, dass ein Arzt gewissermaßen in einer Apotheke praktiziert“. Dies widerspreche geltendem Recht, das eine bauliche Trennung der Apothekenbetriebsräume von anderweitig gewerblich oder beruflich genutzten Räumen verlange. Die Trennung der ärztlichen und apothekerlichen Berufe werde relativiert „mit der gesteigerten Gefahr eines nicht vorrangig am

Patientenwohl orientierten, kollusiven Zusammenwirkens“. Die zu gewährleistenden Zuweisungs-, Absprache und Makelverbote böten „unter diesen faktischen Gegebenheiten keinen ausreichenden Schutz“. Die ABDA sieht es als „naheliegende Gefahr“, ob nicht den vorhandenen Arztpraxen eine institutionelle Konkurrenz überregionaler (auch ausländischer) Anbieter telemedizinischer Leistungen einen auskömmlichen Betrieb zusätzlich erschwere „und das Versorgungsangebot vor Ort weiter ausgedünnt zu werden droht“. „Verschärft würde dies, wenn die vorgesehene Regelung als Einstieg in Angebote medizinischer Callcenter genutzt würde, die außerhalb der Regelungshoheit des deutschen Gesetzgebers betrieben und in Strukturen eingebunden werden, die wesentliche Bereiche der Gesundheitsversorgung an sich ziehen.“

„Assistierte Telemedizin“ muss definiert werden

Bei „einfachen medizinischen Routineaufgaben“ stellten sich Fragen zum Arztvorbehalt, so die ABDA zu gegebenenfalls erforderlichen Einbindung in einen Behandlungsvertrag, den resultierenden Haftungsfragen etc., die auch in der zu schließenden Vereinbarung zwischen dem DAV und dem GKV-SV nicht gelöst werden könnten, sondern gesetzlicher Regulierung bedürften. Außerdem stelle sich die Frage, welche Funktion der Apotheke und ihrem Personal in rechtlicher Hinsicht hier zugewiesen werde. Es könnte sich um eine Delegation ärztlicher Leistungen handeln (zum Beispiel diagnostische Leistungen). In Ermangelung einer Definition der „assistierten Telemedizin“ könne es sich im Wortsinne um Assistenzleistungen handeln, die unter Verantwortung des Arztes vergleichbar mit Leistungen des Praxispersonals des Arztes ausgeübt werden. Es könne sich aber auch um Dienstleistungen der Apotheke handeln, die im Zuge einer telemedizinischen Behandlung ausgelöst und sodann in eigener Verantwortung und auf eigene Rechnung der Apotheke erbracht würden.

Insofern der Gesetzgeber die Idee einer kombinierten Leistung durch Ärzt:innen und Apotheker:innen verfolge, seien im Gesetz bereits Festlegungen über die jeweiligen Aufgaben und ihre Vergütung zu treffen. Erst auf der Grundlage dieser wesentlichen gesetzlichen Festlegungen könnten nähere Ausgestaltungen an die Selbstverwaltung – gegebenenfalls unter Einbezug der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – delegiert werden, so die ABDA. Nach ihrer Auffassung bedarf es außerdem einschränkender Kriterien wie unter anderem:

- lokale Beschränkungen auf unterversorgte Regionen,
- personelle Einschränkungen auf am Vertragsarztsystem teilnehmende Ärzt:innen,
- möglicherweise nur Ärzt:innen aus einem zu definierenden regionalen Umfeld,
- Zulässigkeit nur für Folgebehandlungen nach erstmaliger Vorstellung des Patient:innen in der ambulanten Praxis eines Vertragsarztes,
- Callcenter nur in der Trägerschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Erbringung assistierter Telemedizin durch Apotheken, sei nicht geeignet, vertragsärztliche Praxen zu entlasten, so der GKV-Spitzenverband unter anderem. Vielmehr seien „weitere Unterbrechungen in der Behandlungskontinuität und zusätzliche unnötige Arztkontakte durch Videosprechstunden mit unbekanntem Ärzt:innen zu erwarten“. Eine Klarstellung der Begrifflichkeiten sei in dem geplanten Gesetz notwendig in Bezug auf pharmazeutische Dienstleistungen, Leistungen, welche bereits von der Vergütung nach der Arzneimittel-Preisverordnung erfasst seien, ärztliche Behandlungsleistungen oder auch die Leistungserbringung durch weitere Akteure, z. B. angeleitete Logopädie. Fraglich sei zudem, wie eine Beratung zu telemedizinischen Leistungen und eine Anleitung zur Inanspruchnahme von Telemedizin aussehen könne und welchen Mehrwert dies für die Patient:innen hätte. In dieser Form seien diese Leistungen nicht geeignet, vertragsärztliche Praxen zu entlasten. Ein wichtiger Aspekt wäre auch der Umgang mit der ärztlichen Schweigepflicht, wenn Apothekenpersonal in der Videosprechstunde mit anwesend sei. In den Regionen mit geringer Ärzte-

dichte ergebe sich auch eine tendenziell geringere Apothekendichte. Telemedizinische Leistungen müssten in Apotheken aber „ortsfest“ erbracht werden, damit sei die Gewährleistung eines vereinfachten Zugangs zu Leistungen des Gesundheitssystems fraglich. Auch der GKV-SV sieht in der möglichen wirtschaftlichen Verflechtung von Ärztinnen und Ärzten einerseits sowie Apotheken andererseits durch die Integration ärztlicher Leistungen in Apotheken die Gefahr von Interessenskonflikten in Bezug auf eine Therapie- oder Arzneimittelauswahl sowie die freie Apothekenwahl. Ohne eine Konkretisierung der Begrifflichkeit bzw. ohne Abgrenzungskriterien bestünde außerdem die Gefahr, dass unwirtschaftliche Doppelstrukturen aufgebaut würden, moniert der GKV-SV.

Die Erbringung telemedizinischer Leistungen durch Apotheken wird durch die KBV ebenfalls grundsätzlich abgelehnt. Ausführung und Beratung zur Telemedizin seien vertragsärztliche Leistungen, weil es hierbei um die Ausübung der Heilkunde gehe. Auch seien Vorteile für Patient:innen aus dieser Regelung nicht ersichtlich. Falls keine Streichung der vorgesehenen Regelung erfolge, „sollte im weiteren Gesetzgebungsprozess zumindest klargestellt werden, dass es sich bei den telemedizinischen Leistungen der Apotheken um Leistungen handelt, die mit dem ggf. um pharmazeutische Beratungen erweiterten Leistungsspektrum der Apotheken korrespondieren. Soweit die Regelungen auf solche Tätigkeitsbereiche abzielen, die den Versorgungsauftrag der Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen berühren, ist festzustellen, dass hierfür kein Bedarf besteht. Die hierzu getroffenen Regelungsbestandteile, die auf ‚medizinische Routineaufgaben‘ abstellen, sind daher zwingend zu streichen“, so die KBV.

Anzeige

LET'S TALK
PVS-NETZWERK-TREFFEN

DER START IN DIE EIGENE PRAXIS

4. November 2023 // ab 10:00 Uhr bei Ihrer PVS in Mülheim

RUND UM DIE NIEDERLASSUNG IN DIE EIGENE PRAXIS:

- » Das gesamte Spektrum der Niederlassung: von Architektur über Finanzierung bis zum Praxismarketing
- » Get Together in der Mittagspause mit Getränken und Snacks
- » Möglichkeit zum weiteren Austausch mit Experten und Kollegen

WIE WIRD DER SCHRITT IN DIE SELBSTÄNDIGKEIT ZUM ERFOLG?

JETZT KOSTENLOS ANMELDEN!
ihre-pvs.de/lets-talk-praxisstart

PVS holding
ABRECHNUNG IM GESUNDHEITSWESEN

bayern
berlin-brandenburg-hamburg
rhein-ruhr



Foto: Production Perig/Shutterstock.com

Die Beteiligten zeigen sich kritisch gegenüber dem geplanten Krankenhaustransparenzgesetz.

Finanzielle und strukturelle Sorgen

Bittere Zeiten und massiver Protest

Große Gesetzgebungen in der Digitalisierung und im Krankenhausbereich bestimmen den gesundheitspolitischen Herbst. Doch Krankenhäuser und Vertragsärzteschaft sind vor allem in Aufruhr über ausbleibende Regelungen für eine auskömmliche Finanzierung und Hilfen für Umstrukturierungen. Noch dazu sind Praxen wieder von Sanktionen bedroht. Der Herbst steht deshalb im Zeichen von Protesten.

Die Krankenhausreform ist nach Einschätzung der Gesundheitsexperten das wichtigste Vorhaben von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach MdB (SPD) in dieser Legislaturperiode. Da die Gesetzgebung in Zusammenarbeit und nur mit Zustimmung der Bundesländer erfolgt, dürfte dem Inkrafttreten zum 1. Januar 2024 nichts im Wege stehen, auch wenn der ursprüngliche Zeitplan zwischendurch einmal hakt. Ohne Zweifel gibt es einen breiten Konsens der Regierenden in Bund und Land über die Parteigrenzen hinweg. Ein Finanzierungs-Mix aus künftiger Vorhaltefinanzierung von 60 Prozent für Leistungsgruppen der Krankenhäuser, die durch die Planungsbehörden der Länder zugewiesen werden und bei denen sie mit Ausnahmen die bundesweiten Qualitätskriterien erfüllen müssen und den so genannten „Rest-DRGs“ (r-DRGs), also restlichen Fallpauschalen von 40 Prozent, soll künftig die Finanzierungsgrundlage der Krankenhäuser bilden.

Der gesundheitspolitische Fokus der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und weiterer Verbände liegt aber im Herbst auf der vom Bundesgesundheitsminister bislang strikt verweigerten Forderung nach einer Brückenfinanzierung bis die Häuser nach der Übergangsphase und Umstrukturierungsprozessen in der neuen Krankenhauswelt angekommen sind. Die DKG und viele Verbände befürchten mit den im Vergleich zu den Vorjahren schon überproportional zunehmenden Krankenhausinsolvenzen den „kalten Strukturwandel“. Die Krankenhäuser gehen deshalb mit Protestveranstaltungen in die Offensive. Ob manche Bundesländer dem dadurch entstandenen politischen Druck nicht doch so weit nachgeben, dass sie über Solidaritätsbekundungen hinaus in Berlin intervenieren, ist noch offen.

Der von Bundesfinanzminister Christian Lindner verfügte Ausgaben-Stopp betrifft verschiedenste Bereiche, so dass die regierungsintern jeweils neu auszutarierende „Forderungs-Hierarchie“ kaum zu

überblicken ist. Die Abwehr von Länderforderungen nach mehr Geld in manchen Bereichen des Gesundheitswesens durch den Bundesgesundheitsminister wird zudem vom Bundesrechnungshof (BRH) inhaltlich sekundiert, der zum wiederholten Male und in diesem Jahr sehr nachdrücklich in seinem Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestags an die finanzielle Verantwortung der Länder erinnert, der sie insbesondere im Krankenhausbereich durch die fehlenden Investitionen immer weniger nachkämen. Der BRH hat den Bund sogar wegen seines finanziellen Engagements gerügt, unter anderem seien bundeseitig während der Pandemie Kosten übernommen worden, die in den Zuständigkeitsbereich der Länder gefallen wären.

Rechtliche Probleme sorgen für Kritik

Im Zuge der Krankenhausreform hat der Bundesgesundheitsminister inhaltlich das Vorhaben eines Krankenhaustransparenzgesetzes entwickelt, das er zügig verabschieden will. Der von den Regierungsfractionen vorgelegte Entwurf plant die Veröffentlichung von Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland ab April 2024 durch das BMG. Patient:innen sollen erkennen können, welches Krankenhaus in ihrer Nähe welche Leistungen anbietet und wie diese Klinik im Hinblick auf Qualität sowie ärztliche und pflegerische Personalausstattung abschneidet. Die Krankenhäuser werden verpflichtet, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) künftig folgende ergänzende Angaben zu übermitteln: Zuordnung von Leistungen zu Leistungsgruppen, Standortbezug bei Diagnosen und Prozeduren, Daten zum Pflegepersonal sowie Daten zum ärztlichen Personal. Das InEK soll die bei ihm vorhandenen Daten sowie Auswertungen an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) übermitteln. Das IQTIG wertet diese Daten zusammen mit den bei ihm vorhandenen Qualitätsdaten aus und übermittelt die Auswertungen an das BMG zur Veröffentlichung.

Die Beteiligten zeigen sich kritisch bis vehement ablehnend gegenüber dem geplanten Gesetz. Die Qualitätsberichterstattung sei grundlegende Aufgabe der Selbstverwaltung, ein entsprechender Gesetzauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wäre ebenfalls in Kürze realisiert worden. Zudem hätte das BMG die beabsichtigten Informationszuflüsse auch dem G-BA ermöglichen können. Darüber hinaus kritisieren die Beteiligten die Vereinnahmung des IQTIG durch das BMG, die angesprochenen rechtlichen Probleme reichen hier von der Zweckentfremdung von Versicherungsgeldern, die das IQTIG finanzieren, bis hin zu haftungsrechtlichen Fragen bei möglichen Klagen von Krankenhäusern gegen das Verzeichnis. G-BA, DKG und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) lehnen das geplante Gesetz ab, hingegen der GKV-Spitzenverband zwar die erwähnten Punkte kritisch sieht, dennoch auch viele Vorteile des Verzeichnisses hervorhebt.

Hauptaugenmerk auf Bürokratie und Patientenschutz

Die in dieser Ausgabe angesprochenen Vorhaben zur Notfallreform und ebenfalls eine Gesetzgebung zum Rettungsdienst füllen des Weiteren die gesundheitspolitische Agenda des 2. Halbjahres. Darüber hinaus befinden sich die beiden Digitalisierungsgesetze im Gesetzgebungsverfahren. Mit dem geplanten Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG) ist vorgesehen, die elektronische Patientenakte (ePA) flächendeckend in die Versorgung zu integrieren (Opt-out), das E-Rezept verbindlich einzuführen, digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) besser in der Versorgung nutzbar zu machen, digitale Versorgungsprozesse in strukturierten Behandlungspro-

grammen zu ermöglichen, Interoperabilität zu verbessern und Cybersicherheit zu erhöhen sowie den Innovationsfonds zu verstetigen und weiterzuentwickeln. Die KBV fürchtet die einseitige und strukturelle Benachteiligung der niedergelassenen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen, da inklusive Sanktionsandrohungen an die Praxen detailliertere und schärfere Anforderungen bei der Datensicherheit gestellt würden, als beispielsweise an Krankenhäuser. Ebenso fehle die angekündigte Nutzerorientierung. Die DKG steht dem geplanten Gesetz grundsätzlich positiv gegenüber, warnt aber vor zu viel Bürokratie. Krankenhäuser und Vertragsärzt:innen fordern einen ausreichenden Datenschutz für die Patient:innen. Das avisierte Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) mit Möglichkeiten Gesundheitsdaten für die Forschung und die Gesundheitsversorgung besser nutzbar zu machen wird sowohl von den Vertragsärzt:innen wie auch den Krankenhäusern grundsätzlich begrüßt. Ebenfalls die Bürokratie, aber auch der Patientenschutz, insbesondere vor dem Zugriff durch Krankenkassen, steht im Fokus von kritischen Einlassungen.

Seitens der gesetzlichen Krankenkassen hagelt es heftige Kritik am Bundesgesundheitsminister und damit indirekt am Bundesfinanzminister wegen ausbleibender auskömmlicher Finanzierungen. Trotz Versprechen im Koalitionsvertrag gebe es keinen dynamisierten Steuerzuschuss in der GKV, kein Wort mehr sei von höheren Beiträgen für Empfangende von Bürgergeld aus Steuergeldern zu hören, beklagen die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen unisono. Die diesjährige GKV-Finanzierungslücke wird voraussichtlich eine durchschnittliche Zusatzbeitragssatzerhöhung zum 1. November durch den Bundesgesundheitsminister zwischen 0,2 bis 0,4 Prozentpunkten bedeuten, derzeit beträgt der Zusatzbeitragsatz 1,6 Prozent.

Neutralitätsgebot in Gefahr

Die Kassenärzt:innen sind ebenfalls erbost über die Gesundheitspolitik. Das BMG ist Mitte August in die Honorarverhandlungen hineingegrätscht mit einem an die Presse verteilten Hintergrundpapier über die vermeintlich exorbitante Umsatzentwicklung der Arztpraxen im Rahmen der diesjährigen Honorarverhandlungen zwischen Ärzt:innen und Krankenkassen. Zum einen habe das BMG nicht die Tatsache berücksichtigt, dass Umsatz nicht mit Gewinn zu verwechseln sei, auch sei in dem Papier beispielsweise die Entwicklung des Patientenaufkommens nicht ins Verhältnis gesetzt worden, kritisierten die KBV wie auch die Ärzterverbände. Ungleich schwerer in der Kritik wiege aber, dass diese Form der Einmischung einen klaren Verstoß gegen das staatliche Neutralitätsgebot darstelle. Dieses Vorgehen des BMG hatte dann auch ein Schreiben an Bundeskanzler Olaf Scholz zur Folge.

Das Klima zwischen BMG und Vertragsärzt:innen ist darüber hinaus stark eingetrübt. Mit einem einstimmigen Votum hat die ambulante Ärzte- und Psychotherapeuteschaft auf einer Sondersitzung am 16. August unter der vielsagenden Überschrift „Praxis-Kollaps“ einen gesundheitspolitischen Forderungskatalog verabschiedet. Die Kernforderungen lauten u. a. eine tragfähige Finanzierung in der ambulanten Gesundheitsversorgung, unter Berücksichtigung der Inflation und Kostensteigerung; die Entbudgetierung der Leistungen; die Ambulantisierung von Leistungen mit gleichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und Praxen; eine sinnvolle Digitalisierung mit nutzerfreundlicher und funktionstüchtiger Technik mit entsprechender Finanzierung; Entbürokratisierung der Gesetze im Sozialgesetzbuch V und Beachtung bei neuer Gesetzgebung. Die Vertragsärzt:innen machen ebenfalls durch weitere Protestveranstaltung und Protesttage auf ihren Unmut und ihre Forderungen aufmerksam.

Digitale Instrumente als Schwerpunkt der avisierten Notfallreform

Ein umstrittenes Unterfangen

Das Notfallwesen besteht in Deutschland aus einem komplexen Gebilde aus Notaufnahmen in den an der Notfallversorgung teilnehmenden Kliniken, der ambulanten Notfallversorgung mit Zuständigkeit durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (ärztlicher Bereitschaftsdienst und Portalpraxen im Umfeld von Krankenhäusern) sowie dem Rettungsdienst, der Notfallrettung mit Zuständigkeit der Länder. Die Finanzierung dieser verschiedenen Institute ist deshalb ebenfalls heterogen und bewegt sich entlang der verschiedenen Verantwortlichkeiten. Patient:innen suchen vermehrt und teilweise aus medizinischer Sicht ungerechtfertigt die stationäre Notaufnahme auf.

Fachkräfte- und Arbeitskräftemangel, demografische Entwicklung, die Notfallversorgung strukturschwacher Gebiete, Finanzierungsproblematiken sowie Steuerungsfragen und damit einhergehend die Über- und Fehlbelastung von Personal und Strukturen drängen hin zu einer „Notfallreform“. Die Entwicklung hinsichtlich der Inanspruchnahme der Notaufnahmen ist bemerkenswert. Die Gesamtzahl der durch den Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und in den Notaufnahmen der Krankenhäuser behandelten Notfallpatient:innen (ambulant oder mit stationärer Aufnahme) nahm von 24,9 Millionen im Jahr 2009 auf 27,8 Millionen im Jahr 2019 zu, das ist ein Plus von zwölf Prozent. Dem gegenüber hat die Anzahl der beim KV-Bereitschaftsdienst Hilfesuchenden um zwölf Prozent abgenommen. Die Zahl der vom Krankenhaus behandelten Notfallpatient:innen hat um 28 Prozent zugenommen. Die Zahl der in den Kliniken ambulant behandelten Hilfesuchenden ist von 2009 auf 2019 um 24 Prozent gestiegen (von 8,3 Millionen auf 10,3 Millionen), die der stationär aufgenommenen Hilfesuchenden um 33 Prozent (von 6,6 Millionen auf 8,8 Millionen). Der Anteil der demografischen Entwicklung zeigt sich zunehmend: Von 2018 auf 2019 gibt es einen Anstieg der eine Notaufnahme aufsuchenden über 80-Jährigen um sechs Prozent gegenüber drei Prozent bei den jüngeren Gruppen. Während der Pandemie wurde weiterhin ein Anstieg bei den Älteren beobachtet, während bei den Jüngeren die Zahlen zum Teil deutlich rückläufig waren.

Rettungsdienst sinnvoll integrieren

Der Sachverständigenrat Gesundheitswesen (SVR Gesundheitswesen) hat in seinem Gutachten 2018 einen grundlegenden Aufschlag auch für die gegenwärtig angestrebten Reformansätze geliefert. Er hat sowohl die Einrichtung einer Integrierten Leitstelle (ILS), die telefonisch eine qualifizierte Ersteinschätzung (Triage) vornehmen soll, als auch die Errichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ), also einem von der zuständigen KV und dem Krankenhaus gemeinsam betriebenen „Tresen“ in Krankenhäusern empfohlen, an dem ebenfalls eine Triage vorgenommen werden soll. Ebenso plädiert der Sachverständigenrat für eine sinnvolle Integration des Rettungsdienstes in die Abläufe des Notfall-Geschehens. Außerdem sprach sich der SVR für eingeschränktes Dispensierrecht für Ärzt:innen im Notdienst, insbesondere in strukturschwachen Gebieten, aus. Der SVR hat zwar auch auf die notwendige kommunikative Vernetzung der betreffenden Institute hingewiesen, die Digitalisierung nimmt hier aber noch keine herausragende Rolle ein.

In 2015 hat der Gesetzgeber eine grundlegende Strukturierung der stationären Notfallversorgung durch einen Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf den Weg gebracht. Der G-BA hat dann ein gestuftes System der Notfallstrukturen an

Krankenhäusern entwickelt, auf dessen Basis Zu- bzw. Abschläge zur Vergütung festgelegt werden sollen. Die Zuordnung zu den jeweiligen Stufen orientiert sich an Mindestvorgaben, u. a. zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen, eine Stufe für Nichtteilnahme wurde ebenfalls festgelegt. Das Konzept des G-BA, sieht dabei drei Stufen der Notfallversorgung vor: die Basisstufe, die erweiterte Notfallversorgung sowie eine umfassende Notfallversorgung mit zusätzlichen speziellen Angeboten wie beispielsweise die Schwerverletztenversorgung in Traumazentren oder Schlaganfallversorgung. Außerdem gibt es eine Öffnungsklausel, die es den Ländern erlaubt, auch Krankenhäuser, welche die Vorgaben des Beschlusses nicht erfüllen, als Notfallkrankenhäuser (ohne Zuschläge) festzulegen.

Vernetzung aller Beteiligten

Die von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) eingesetzte Regierungskommission Krankenhaus hat im Februar 2023 eine empfehlende Stellungnahme zur „Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland – Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen“ vorgelegt. Sie folgt damit auch dem Koalitionsvertrag der Ampel: „Die Notfallversorgung soll in integrierten Notfallzentren in enger Zusammenarbeit zwischen den KVen und den Krankenhäusern (KH) erfolgen. Wir räumen den KVen die Option ein, die ambulante Notfallversorgung dort selbst sicherzustellen oder diese Verantwortung in Absprache mit dem Land ganz oder teilweise auf die Betreiber zu übertragen. Durch eine Verschränkung der Rettungsleitstellen mit den KV-Leitstellen und standardisierten Einschätzungssystemen (telefonisch, telemedizinisch oder vor Ort) erreichen wir eine bedarfsgerechtere Steuerung. Wir nehmen das Rettungswesen als integrierten Leistungsbereich in das SGB V auf und regeln den Leistungsumfang der Bergrettung sowie die Verantwortung für Wasserrettung jenseits der Küstengewässer.“

Die Regierungskommission empfiehlt die digitale Vernetzung aller beteiligten Notfall-Institutionen mit Echtzeitübermittlung der medizinischen Daten aus einer elektronischen Behandlungsakte. Gemeint sein dürfte eine sogenannte Patientenkurzakte, die übrigens auch auf EU-Ebene eingeführt werden soll. In der Akte sollen erforderliche Vorinformationen und Vorbefunde verfügbar sein. Die Regierungskommission empfiehlt den Aufbau eines verpflichtenden einheitlichen Terminbuchungssystems für die Zuweisung oder Weiterleitung von Hilfesuchenden durch integrierte flächendeckend aufgebaute Leitstellen (ILS). Die ILS sollen an alle an der Notfallversorgung Teilnehmen verweisen können. Nach telefonischer

oder telemedizinischer Ersteinschätzung sollen die ILS die Betroffenen in die für sie am besten geeignete Notfallstruktur zuweisen.

Um die Notaufnahmen zu entlasten sollen die KV-Notdienst-Praxen nach den Vorstellungen der Regierungskommission täglich bis hin zu 24 Stunden im Betrieb sein. Die Leitstellen mit den Rufnummern 112 (Rettungsdienst) und 116 117 (KV) sollen miteinander verbunden werden. Zum Leistungsangebot durch medizinisch qualifizierte Fachkräfte in den ILS gehören: telemedizinische Beratung, Verordnung von Notfallmedikamenten, kombiniert mit einem Botendienst für Arzneimittel oder Verweis auf eine Vorstellung in einer der nachfolgenden Strukturen. Die Daten von der ILS übertragen und ein verbindlicher Termin wird gebucht: in die reguläre (KV-)Praxis zu Öffnungszeiten, in die KV-Notdienstpraxis, in die INZ/Notaufnahme, die Entsendung eines aufsuchenden Dienstes, insbesondere für immobile Patientinnen und Patienten, vulnerable Gruppen und zeitkritische Notfälle. Je nach Fall wird der KV-Bereitschaftsdienst, eine pflegerische Notfallversorgung, ein Krankentransport, eine Notfallrettung/Notarztärzt:innen aktiviert sowie spezielle Dienste für vulnerable Gruppen (bspw. sozialer Krisendienst). Leitstellen müssen eine leistungsfähige, rund um die Uhr erreichbare allgemeinärztliche und kinderärztliche telemedizinische Beratung bzw. Videosprechstunde einrichten. Für Menschen, die keinen eigenen Zugang zu Videotelefonie haben soll eine Videokommunikation in Apotheken erwogen werden.

Die Vergütung des Rettungsdienstes, so eine weitere Stellungnahme der Regierungskommission soll von den Krankenkassen übernommen werden – das würde rechtlich eine Verankerung im Sozialgesetzbuch V bedeuten. Damit sollen u.a. die derzeitigen Fehlanreize gestoppt werden, eine eventuell sogar abschließende

Versorgung von Patienten vor Ort deshalb nicht durchzuführen, da „Leerfahrten“ der Rettungsdienste oftmals nicht vergütet werden. Außerdem soll die Notfallsanitäterausbildung weiter in Richtung eines Studiums ausgebaut werden, damit diese, ggfls. sogar mit ärztlicher Videounterstützung, noch mehr heilkundliche Aufgaben übernehmen können.

Kritik von der KBV

INZ sollen in allen Krankenhäusern der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2; gut 260 Krankenhäuser in Deutschland) und umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3; gut 160) aufgebaut werden. Wo regional notwendig soll es auch Basisversorger mit Notaufnahme geben („Level 1n“). Ein INZ besteht aus der Notaufnahme des Krankenhauses, einer KV-Notdienstpraxis im oder direkt am Krankenhaus und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle („Tresen“). Über die Leitung des INZ führen die zuständige KV und das Krankenhaus eine Einigung herbei. Kommt keine Einigung zustande, leitet das Krankenhaus das INZ.

Die KBV hat unter anderem kritisiert, die Vorstellungen der Regierungskommission seien „vom grünen Tisch aus“ umzusetzen konzipiert. Die KBV hält es für opportun, bestehende Strukturen zu optimieren und Versorgungslücken zu schließen. Auch die mögliche Leitung des INZ durch Krankenhäuser lehnt die KBV ab. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hingegen hat die Vorschläge vom Grundsatz her begrüßt. Die Bundesärztekammer wie auch die KBV mahnen, durch die Reform keinesfalls einen Dritten Versorgungsbereich zu etablieren. Auch eine erweiterte Heilkundeübertragung auf Notfallsanitäter dürfte zu kritischen Diskussionen führen.

Die Zahl der Notfallpatient:innen hat in den vergangenen Jahren zugenommen.





Struktur-Probleme in Kliniken hängen auch mit fehlenden Fachkräften zusammen.

Foto: sfam_photo/shutterstock.com

Delegation und Heilkundeübertragung in verschiedenen Reformvorhaben

Die veränderte Rolle der Pflegeberufe

Der Koalitionsvertrag der Ampelparteien (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP) verspricht die Stärkung der Pflege und Pflegeberufe um ihre Attraktivität zu steigern und ihre Rolle in der medizinischen Versorgung aufzuwerten. Dazu gibt es nicht erst seit dieser Legislaturperiode gesundheitspolitische Bestrebungen, die Kompetenzen der Pflegeberufe auszuweiten bis hin zu Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten. Die derzeitige Regierungskoalition forciert diese Zielsetzungen in Gesetzesvorhaben.

Das Thema „Fachkräftemangel im Gesundheitswesen“ ist ausgesprochen facettenreich und steht in engem Zusammenhang mit den angestrebten Veränderungen bei den Pflegeberufen. Aus Sicht der politisch Verantwortlichen bereitet insbesondere der zunehmende Hausärztemangel in strukturschwachen Gebieten noch dazu vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung erhebliche Sorgen hinsichtlich der flächendeckenden medizinischen Versorgung. Die Diskussion über die Krankenhausreform hat ebenfalls gezeigt, dass Struktur-Probleme der Krankheitslandschaft teilweise auch mit fehlenden Fachkräften zusammenhängen, insbesondere der Pflegekraftmangel wird hier angeführt. Notwendige stationäre Versorgung könne auch deshalb nicht oder zukünftig nicht mehr geleistet werden, konstatieren viele Experten. Schon lange gibt es deshalb in der Gesundheitspolitik, ursprünglich mehr forciert von der SPD und Bündnis 90/Die Grünen, die Zielsetzung, Pflegefachpersonen mehr Verantwortung und auch heilkundliche Aufgaben zu übertragen. Daneben verspricht

man sich davon auch eine Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes.

Noch unter der Vorgängerregierung mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn fand mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) eine Regelung den Weg ins Bundesgesetzblatt (§ 64 d SGB V), nach der die modellhafte Erprobung der Wahrnehmung von bisher ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen mit einer Zusatzqualifikation (nach § 14 Pflegeberufegesetz) für jedes Bundesland Pflicht wird. Mindestens ein Modellvorhaben soll jedes Bundesland spätestens ab 2023 durchführen. Hierbei handelt es sich um die selbstständige, also weisungsungebundene Ausübung von Heilkunde durch Pflegefachpersonen, inklusive der fachlichen, wirtschaftlichen und rechtlichen Verantwortung. Gegenstand der Modellvorhaben sollen zunächst die Module „Diabetes mellitus“, „chronische Wunden“ und „Demenz“ sein. Es gibt zwar im SGB V schon eine ähnliche Modell-Regelung, die aber freiwillig war und deshalb kaum umgesetzt wurde.

Interprofessionelle Zusammenarbeit auf dem Prüfstand

Die Modellvorhaben sollen evaluiert werden und es soll Transferempfehlungen für die Regelversorgung geben. Bei der selbständigen Ausübung von ärztlichen Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen ist die Kooperation mit weiteren an der Versorgung Beteiligten, insbesondere von Ärzt:innen, wichtig, wird in dem Rahmenvertrag zu den Modellvorhaben betont, den der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene im Juni 2022 geschlossen haben. Daher sollen in den Modellvorhaben auch für die interprofessionelle Zusammenarbeit Erkenntnisse gewonnen und Standards entwickelt werden.

Mit dem Versorgungsgesetz I, das im Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) als Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz betitelt wird, soll den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bei den Richtlinien und Beschlüssen über die Qualitätssicherung sowie bei weiteren Aufgabenbereichen des G-BA, die die Berufsausübung der Pflegeberufe betreffen, eingeräumt werden. Zudem soll laut Entwurf ein Einvernehmenserfordernis, also ein Zustimmungserfordernis der Beteiligten, bei Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss bestehen. Darüber hinaus soll die Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe zur Wahrnehmung der erweiterten Beteiligungsrechte im G-BA finanziell unterstützt werden.

Der angesprochene Entwurf enthält auch die von der Ärzteschaft sowie einigen Kassenverbänden ausgesprochen kritisch bewertete Regelung zur Errichtung von Gesundheitskiosken, also „niedrigschwellige Beratungsangeboten von Krankenkassen und Kommunen über medizinische Behandlung und Prävention in Bedarfsregionen“ wie der Entwurf definitorisch formuliert. Die Leitung der Gesundheitskioske soll laut Entwurf „eine Pflegekraft (Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerin oder Altenpfleger oder Pflegefachfrau oder Pflegefachmann) übernehmen, die gemeinsam mit weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen zur medizinischen, präventiven und sozialen Bedarfsermittlung erbringt. Perspektivisch sollen insbesondere Pflegefachkräfte mit Heilkundekompetenz im Sinne von community health nursing die Leitung der Gesundheitskioske übernehmen.“

Karriere-Förderung soll Attraktivität steigern

Während in der Aufbauphase die Beratungsaufgaben des Gesundheitskioskes im Mittelpunkt stehen und bei Bedarf medizinische Routineaufgaben durch qualifiziertes Personal im Rahmen ärztlicher Delegation durchgeführt werden können, sollen in den Gesundheitskiosken perspektivisch auch Aufgaben der ergänzenden Primärversorgung wahrgenommen werden, heißt es erläuternd im Entwurf. Dies solle insbesondere der Entlastung von Ärzt:innen dienen und einen Beitrag dazu leisten, die Versorgung bei einem absehbaren Hausarztmangel auch langfristig sicherzustellen. Voraussetzung hierfür sei, „dass für die konkreten Tätigkeiten gezielt qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung steht“. Gleichzeitig eröffneten diese neuen Tätigkeiten für Pflegefachpersonen auch neue Entwicklungs- und Karrierechancen und könnten zu einer Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes beitragen.

Denkbar sind in diesem Zusammenhang zum Beispiel die Durchführung von Testungen auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, Blutdruck und Blutzucker messen, Verbandswechsel, Wundversorgung und subkutane Injektionen, heißt es erklärend in dem Entwurf. Voraussetzung bei delegierbaren Leistungen sei, dass diese Leistungen von Ärzt:innen veranlasst und verantwortet würden. Dies könne sowohl durch Ärzt:innen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, als auch durch Mediziner:innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) geschehen. Denkbar sei auch, dass zukünftig qualifiziertes Pflegepersonal Folgeverordnungen für Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie Häusliche Krankenpflege und Überweisungen an Fachärzt:innen ausstelle. Und zu guter Letzt schließt sich in dem Entwurf der Kreis zu den oben erwähnten verpflichtenden Modellvorhaben der Bundesländer: „Als erster Anknüpfungspunkt könnte der Katalog übertragbarer ärztlicher Tätigkeiten und therapeutisch-pflegerischer Aufgaben des Rahmenvertrags zu den verpflichtenden Modellvorhaben nach § 64d SGB V herangezogen werden“, heißt es in dem Entwurf.

Auch die durch die Ampelkoalition zusammen mit den Ländern avisierte Reform der stationären Versorgung sieht eine Kompetenzerweiterung für Pflegekräfte vor: Im Zuge der gegenwärtigen Krankenhausreform kann zur Führung der Geschäfte eines sektorenübergreifenden Versorgers („Level 1i-Krankenhäuser“) eine pflegerische Leitung vorgesehen werden – darauf haben sich Bund und Länder (außer Bayern) geeinigt. Fachlich-medizinische Entscheidungen sollen jedoch ausschließlich ärztlich verantwortet werden; seitens der pflegerischen Leitung soll keine fachliche Weisungsbefugnis gegenüber dem ärztlichen Personal bestehen.

Erhöhung von Studienplätzen

Und ein weiteres Gesetz soll die Attraktivität des akademischen Pflegeberufs erhöhen: Mit dem ab Januar 2020 geltenden Pflegeberufegesetz wurde nicht nur die fachberuflichen Pflegeausbildung reformiert, gleichzeitig wurde eine bundesgesetzliche Grundlage für eine primärqualifizierende hochschulische Pflegeausbildung mit Bachelorabschluss geschaffen. Im Gegensatz zur beruflichen Pflegeausbildung habe sich die Nachfrage nach einer primärqualifizierenden hochschulischen Pflegeausbildung seit ihrer Einführung sehr verhalten entwickelt, heißt es allerdings im aktuellen Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Pflegestudiumsstärkungsgesetz. Der Wissenschaftsrat fordere in seinen Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen eine Akademisierungsquote von zehn bis 20 Prozent, im Jahr 2021 habe sich diese lediglich auf 0,82 Prozent belaufen.

Zur Lösung der Problematik wird insbesondere auf die Notwendigkeit hingewiesen, die finanzielle Situation von Pflegestudierenden sowie die Finanzierung des praktischen Teils der Studiengänge zu verbessern. Mit der „Ausbildungsoffensive Pflege (2019 – 2023)“ im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege sei vereinbart worden bis Ende 2023 die Anzahl der Studienplätze für eine hochschulische Pflegeausbildung bundesweit deutlich zu erhöhen und genügend Plätze für die Praxiseinsätze der Studierenden in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen vorzuhalten sowie den Studierenden attraktive Bedingungen zu bieten, heißt es in dem Gesetzentwurf. Es bedürfe weiterer Anstrengungen, um dieses Ziel zu erreichen. Insbesondere sei es Aufgabe der Länder, die entsprechenden Studienplatzkapazitäten zu schaffen. Das Pflegestudium solle mehr Personen mit Hochschulzugangsberechtigung dazu bewegen, eine hochschulische Pflegeausbildung zu absolvieren.

Nachholbedarf in früher, gesundheitlicher Bildung

Gesundheitskompetenz in Deutschland liegt im Argen

„Die Gesundheitskompetenz der Menschen in unserem Land ist eher rückläufig“, mahnt Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) und zugleich Vorsitzender des Hartmannbundes, in einem Interview mit dem Deutschlandfunk. Die Ausbildung von Gesundheitswissen und die daraus resultierenden Handlungskompetenzen zählen aus Sicht der BÄK zu einer der zentralen bildungspolitischen Aufgaben, um verantwortungs- und gesundheitsbewusstes Verhalten zu stärken.

Der 126. Deutsche Ärztetag hatte sich bereits 2022 in verschiedenen Anträgen für eine Stärkung der Gesundheitskompetenz – insbesondere im Kindes- und Jugendalter – ausgesprochen. Auf dem diesjährigen 127. Deutsche Ärztetag bekräftigte der BÄK-Präsident, dass es zukunftsweisend wäre, bundesweit, an allen Schulen, Gesundheitsthemen fächerübergreifend zu vermitteln. Konkret forderte der Ärztetag die Kultusministerkonferenz (KMK) auf, eine länderübergreifend abgestimmte Strategie zu entwickeln, mit der die Förderung der Gesundheitskompetenz von Erziehungs- und Bildungseinrichtungen nachhaltig verankert werden kann.

Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, sich über Fragen zur Gesundheit zu informieren und gesundheitsförderliche Entscheidungen treffen zu können, erklärt die BÄK. Der vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) geförderte und im Februar 2021 publizierte zweite Health Literacy Survey Germany (HLS-GER 2) zeigt eine Verschlechterung der Gesundheitskompetenz in Deutschland. Verfügten 2014 noch 54,3 % der Bevölkerung über eine geringe Gesundheitskompetenz, so ist der Anteil 2020 auf 58,8 % angestiegen. Während der Corona-Pandemie ist der Anteil geringer Gesundheitskompetenz zwar um drei Prozentpunkte zurückgegangen (Befragungszeitraum August und September 2020), jedoch sei „nach wie vor“ geringe Gesundheitskompetenz „kein Problem einer Minderheit, sondern der Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland“, wird im Bericht zum HLS-GER 2 gewarnt.

Bewegungsmangel und falsche Ernährung im Fokus

Die Auswirkungen von unzureichend ausgeprägter Gesundheitskompetenz seien laut BÄK auch in der ärztlichen und medizinischen Versorgung spürbar: „Die gesundheitlichen Folgen beispielsweise von Bewegungsmangel, Fehlernährung und Suchtverhalten können gravierend sein, wie nicht zuletzt die hohe und steigende Zahl chronischer Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und der Atemwege sowie von Diabetes- und Krebserkrankungen im Erwachsenenalter zeigt.“

Mit dem Ziel der nachhaltigen Verbesserung der Gesundheitskompetenz wurde 2017 die Allianz für Gesundheitskompetenz unter Federführung des damaligen Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe (CDU) gegründet. Die BÄK ist seit Gründung der Allianz Mitglied in der Steuerungsgruppe des BMG. Zu den Partnern der Allianz zählen neben dem BMG, die Gesundheitsministerkonferenz der Länder, der Patientenbeauftragte, der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege sowie 14 Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitswesens. Alle Mitglieder haben sich dazu verpflichtet, neue Projekte für eine bessere

Gesundheitskompetenz zu entwickeln. Drei übergreifende Themenfelder stehen dabei im Vordergrund: mehr allgemeine Gesundheitsbildung (z. B. in Schulen, Betrieben etc.), besser verständliche und zugleich wissenschaftlich fundierte Gesundheitsinformationen (vor allem auch im Internet) und eine bessere Kommunikation zwischen Ärzt:innen, den Gesundheitsberufen und Patient:innen („sprechende Medizin“).

Im Anschluss an die Gründung der „Allianz für Gesundheitskompetenz“ wurde von der Universität Bielefeld und der Hertie School

of Governance im Jahr 2018 ein „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ erarbeitet. Er enthält 15 Empfehlungen in vier Handlungsfeldern:

- Die Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten fördern
- Das Gesundheitssystem gesundheitskompetent und nutzerfreundlich gestalten
- Gesundheitskompetent mit chronischer Erkrankung leben
- Gesundheitskompetenz systematisch erforschen

Ziel sei, die Vorschläge des Aktionsplans so breit wie möglich in der Praxis zu verankern und über Workshops und Strategiepapiere alle maßgeblichen Organisationen und Verantwortlichen im Gesundheitswesen dafür zu gewinnen, die Empfehlungen des Aktionsplans aufzugreifen und umzusetzen. „Bislang wurden fünf Expertenworkshops und ein internationales Symposium durchgeführt und sieben Strategiepapiere erarbeitet“, berichtet das BMG.

Gesundheitsportal in der Kritik

Das BMG hat im September 2020 als einen Beitrag in der Allianz ein „Nationales Gesundheitsportal“ „www.gesund.bund.de“ entwickelt. Es soll ein „verlässliches und zugleich verständliches Informationsangebot für alle Bürgerinnen und Bürger“ bieten, da unter anderem in der HLS-GER 2-Studie von den Befragten als ein wesentlicher Grund für den Anstieg der geringen Gesundheitskompetenz die Zunahme der „Menge, Vielfalt und auch Widersprüchlichkeit der (zunehmend digitalen) Informationen sowie darin, dass auch Falsch- und Fehlinformationen zu Gesundheitsthemen“ ange-

geben wurde. Jedoch hat im Juni 2023 das Landgericht Bonn einer Klage des Wort & Bild Verlags gegen den Betrieb des Nationalen Gesundheitsportals stattgegeben und eine Verletzung der Pressefreiheit aufgrund eines Verstoßes gegen das Gebot der Staatsferne der Presse festgestellt. Mit dem Betrieb des Gesundheitsportals gesund.bund.de überschreite das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) aus Sicht des Gerichts den Umfang zulässiger staatlicher Öffentlichkeitsarbeit. Dies war jedoch nicht das erste Mal, dass ein Gericht in Bezug auf das Gesundheitsportal einer Klage gegen das BMG stattgegeben hatte: 2021 hatte das Landgericht München untersagt, dass Inhalte dieses Portals nach Vereinbarung mit Google in deren Suche bevorzugt angezeigt würden. Dies verstöße gegen das Kartellverbot.

Die BÄK plädiert insbesondere für eine frühe, gesundheitliche Erziehung von Kindern und Jugendlichen. „Das Bildungssystem könne sicher nicht alle Fehlentwicklungen stoppen. Dennoch wäre es zukunftsweisend, bundesweit an allen Schulen, Gesundheitsthemen fächerübergreifend zu vermitteln“, so Reinhardt auf dem 127. Deutschen Ärztetag. Die BÄK übersendete im Mai 2023 einen Entwurf für einen Nationalen Aktionsplan „Neue Chancen für Kinder in Deutschland“ an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Im beigefügten Schreiben erklärt Reinhardt, dass die Ärzt:innen mit Sorge auf die verbreiteten gesundheitlichen Probleme blicken, die in der jungen Generation z. B. im Zusammenhang mit Bewegungsmangel, Übergewicht, psychischen Belastungen und/oder Drogenkonsum beständen. Kinder und Jugendliche benötigten Wissen und Kompetenzen, um gesundheitsförderlich und präventiv handeln zu können.

Ärzt:innen in Lehre einbinden

Der 127. Deutsche Ärztetag hat sich dafür ausgesprochen, dass die Kultusministerkonferenz eine länderübergreifend abgestimmte Strategie entwickelt, mit der die Förderung von Gesundheitskompetenz in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen nachhaltig verankert werden könne. Neben Fortbildungen für das Schulpersonal seien Mustercurricula und fächerübergreifende Lehr- und Unterrichtsmaterialien notwendig. Darüber hinaus sollten Themen wie Bewegung und Ernährung, Sexualität, psychische Gesundheit und Stärkung der Resilienz, Mediennutzungsverhalten, Verhalten im Notfall und Erste Hilfe, Klimawandel und Gesundheit in den Lehr- und Lernplänen verbindlich verankert werden. Die Expertise der Ärzteschaft sei bei der Erarbeitung der Inhalte und der Schulungsmaßnahmen für Lehrkräfte einzubinden. Das Thema „gesunde Ernährung“ müsse spätestens ab der fünften Klasse bundesweit fest im Lehrplan des Sachkundeunterrichts verankert werden.

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach MdB (SPD) sagte im Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt am Rande des 127. Deutschen Ärztetages, dass bei der Vermittlung von Gesundheitskompetenz in Schulen die USA als Vorbild dienen könnte. Es werde auf schulischem Niveau viel über Vorbeugung, gesunde Ernährung und die Bedeutung von Sport berichtet. Die Schüler nähmen dabei sehr viel mit. Auf die Frage, ob Gesundheitskompetenz ein Schulfach in Deutschland werden sollte, erklärte er, dass er sich dazu nicht äußern könne, weil er dafür nicht zuständig sei. Aber, wenn man hierzulande eine größere Gesundheitskompetenz hätte und auch mehr Vorbeugemedizin, wäre das „sehr sinnvoll“.



Foto: Chimnapong/shutterstock.com

Frauen in Führungspositionen

Ein Anfang ist gemacht

Eine Regelung des im Jahr 2022 beschlossene Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes (KHPfLEG) sieht eine paritätische Besetzung der Vorstandsämter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der 17 Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) vor. Nun sind die Wahlen der Vorstände und Vertreterversammlungen von KBV, KZBV und den KVen und KZVen für die Amtsperiode 2023 bis 2028 abgeschlossen. Die Bilanz ist laut dem Verein Spitzenfrauen Gesundheit „ernüchternd“.

Der stetig wachsende Anteil der Frauen in der ärztlichen Versorgung, der teilweise bereits bei 50 % liege, spiegele sich in keiner Weise in den ärztlichen bzw. zahnärztlichen Gremien der Selbstverwaltung wider. Gefordert wird ein Umdenken in der Selbstverwaltung und mehr Unterstützung vom Gesetzgeber. „Noch immer überwiegt der Anteil der Männer in Führungspositionen in einer von Frauen dominierten Branche. Das geht noch viel besser“, so die Spitzenfrauen Gesundheit.

Mit der Einführung der paritätischen Beteiligung von Frauen in den Vorständen der KBV, KZBV und den KVen und KZVen, sofern diese mehrköpfig sind (§ 79 Abs. 4 SGB V) soll eine „angemessene Repräsentanz“ von Frauen und Männern in den Vorständen sichergestellt werden, begründet der Gesetzgeber die Regelung. Nach Abschluss der Wahlen für die Amtsperiode 2023 bis 2028 sind von 43 Vorstandsämtern bei den KZVen elf von Frauen besetzt, bei den KVen sind es neun von 40 Vorstandsämtern. Acht von 17 KVen und acht von 17 KZVen haben keine Frau im Vorstand. Bis ganz oben an die Spitze der Organisationen habe es laut dem Verein Spitzenfrauen Gesundheit nur ein Bruchteil der Frauen geschafft: vier Frauen bei den KVen und eine Frau bei den KZVen sind Vorstandsvorsitzende. Auch in den Vertreterversammlungen der KVen und KZVen seien die Frauen in der Minderheit. Die Spitzenämter (Vorsitz/Stellvertretung) seien mehrheitlich von Männern besetzt. Bei den KVen sind sechs der 35 Spitzenämter und bei den KZVen acht der 37 Spitzenämter von Frauen besetzt. Der Anteil der Frauen bei den Mitgliedern der Vertreterversammlungen liegt durchschnittlich bei einem Drittel.

Maßnahmen gegen Unterrepräsentanz

Die KZBV wies schon vor in Kraft treten des KHPfLEG in einer Stellungnahme darauf hin, dass sich das vom Gesetzgeber verfolgte Ziel nicht innerhalb der verbleibenden Zeit von weniger als zwei Monaten realisieren lasse. Sie stütze die Bestrebungen der Ampel, hielt den Zeitpunkt allerdings für verfrüht. Der Gesetzgeber berücksichtige nicht, dass in einigen KZVen die Vorstandsmitglieder für die nächste Legislaturperiode (2023 bis 2028) bereits gewählt seien und in anderen KZVen, in denen noch nicht gewählt worden sei, die für die Vorstandswahl vorbereitenden Maßnahmen abgeschlossen seien. Sie forderte deshalb vergeblich den Gesetzgeber auf, den Geltungszeitpunkt der geplanten Regelung auf den 1. Januar 2029 zu verschieben.

Laut der Gesetzesbegründung stehen die Wahlen, die vor dem 3. Dezember 2022 stattgefunden und keinen paritätischen Vorstand haben, wie beispielsweise die KV Hessen und die KV Saarland, unter Bestandsschutz. Wahlen nach dem 3. Dezember 2022 müssen das Kriterium erfüllen. Juristisch trat das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz allerdings erst zum 1. Januar 2023 in Kraft, erklärten

die Spitzenfrauen Gesundheit.

Das Problem sei seit vielen Jahren bekannt, so die Spitzenfrauen Gesundheit in einer Stellungnahme zum KHPfLEG. „Nachdem lange auf Appelle und teilweise auf Eigeninitiative gesetzt wurde, gibt es seit einigen Jahren auch konkrete gesetzliche Maßnahmen.“ Ausgehend von einer Kleinen Anfrage im Jahr 2018 (Bundestags-Drucksache Nr. 19/725), welche die „eklatante Unterrepräsentanz von Frauen“ dokumentierte, habe der Deutsche Bundestag in verschiedenen Gesetzen Maßnahmen ergriffen: Unter anderem wurde mit dem im April 2020 in Kraft getretene „Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz“ (GKV-FKG) eine entsprechende Mindestbeteiligung von einer Frau und einem Mann für den Vorstand des GKV-Spitzenverbandes sowie für mehrköpfige Krankenkassenvorstände gesetzlich festgelegt. Das MDK-Reformgesetz, das am 1. Januar 2020 in Kraft trat, sieht eine Geschlechterquote bei der Listenaufstellung im Rahmen der Sozialwahlen vor, damit soll eine angemessene Repräsentanz von Frauen und Männern in den Verwaltungsräten der Krankenkassen erreicht werden. Mit einer Regelung des im Februar 2021 in Kraft getretenen „Gesetzes digitale Rentenübersicht“ soll der Frauenanteil in der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger erhöht werden. Im Jahr 2021 wurde mit dem Zweiten-Führungspositionen-Gesetz (FüPoG-II) auch eine Vorgabe für die Geschlechterrepräsentanz in den Vorständen der Sozialversicherung geschaffen. „Zu diesem Zeitpunkt wäre es bereits naheliegender gewesen, eine gleichlautende Regelung für die Körperschaften der vertragsärztlichen Selbstverwaltung zu treffen“, so die Spitzenfrauen Gesundheit.

Nachteile erschweren ehrenamtliches Engagement

Auch der 125. Deutsche Ärztetag 2021 forderte in einem Beschluss die Landes- und den Bundesgesetzgeber dazu auf, die rechtlichen Grundlagen für eine geschlechterparitätische Besetzung der Organe und ehrenamtlichen Gremien der ärztlichen Selbstverwaltungen zu schaffen und effektive gesetzliche Vorgaben zur paritätischen Besetzung der Leitungspositionen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens und für deren Führungsgremien zu machen. Die bisherigen Aktivitäten des Bundesgesetzgebers seien unzureichend.

Strukturell bedingte Nachteile würden das ehrenamtliche Engagement für Frauen schwieriger machen, erläuterten die Spitzenfrauen Gesundheit in einem Artikel für den „Observer Gesundheit“. So sei es unter anderem schwieriger für Frauen in die Lebensplanung zu integrieren, „solange es in erster Linie Frauen sind, die neben ihrer Erwerbstätigkeit für die Sorgearbeit zuständig sind“. Hinzukomme, dass in den Selbstverwaltungsstrukturen die Meinungsbildungsprozesse und die Rituale auf männliche Lebenswelten zugeschnitten seien und deshalb für Frauen weniger attraktiv



Rund 170 Mitglieder zählt das Netzwerk Spitzenfrauen Gesundheit. Ende Juni wurde der neue Vorstand gewählt. Auch Themen wie der Strukturwandel im Gesundheitswesen, familienfreundliche und gesunde Arbeitsbedingungen sowie Gendermedizin verfolgen die Spitzenfrauen mit Nachdruck.

und weniger realisierbar seien. „Man denke an langandauernde Sitzungsabende.“ Außerdem würden Geschlechter-Stereotype bis heute die Wahlchancen von Frauen mindern. „Zum Teil bei den Frauen selbst, da sie vor klassisch Männern zugeschriebenen Aufgaben einen allzu großen Respekt haben“, insbesondere jedoch, „weil Geschlechter-Stereotypen ihre individuellen Fähigkeiten überschatten, dass diese den Wählenden gar nicht bewusst werden.“

Die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung werde „zu einem ganz erheblichen Teil“ durch Ärztinnen und Zahnärztinnen sichergestellt, betonten die Spitzenfrauen Gesundheit: „Als Vertragsärztinnen und Psychotherapeutinnen besetzen sie rund die Hälfte der Sitze. In der zahnärztlichen Versorgung lag der Frauenanteil in 2021 bei 44,5 Prozent. Mehr als die Hälfte der angestellten Mediziner:innen sind Frauen, mit weiterhin steigender Tendenz. Praxisangestellte sind zu mehr als 80 Prozent weiblich.“ Außerdem sei es wissenschaftlich erwiesen, dass gemischte Führungsteams effektivere Ergebnisse erzielten. Mit Blick auf den großen und weiterhin wachsenden Fachkräftemangel im Gesundheitswesen sei es zudem erforderlich, mehr Frauen in diesen Berufen zu halten und die Arbeitsbedingungen für Frauen attraktiv zu gestalten. „Dies wird nur gelingen, wenn Frauen dort auch in den Führungsetagen sichtbar sind und gestaltend Einfluss nehmen können. Sie erfüllen damit auch eine wichtige Vorbildfunktion für die Vereinbarkeit von Führungspositionen und Care-Verpflichtungen“, mahnte der Verein.

Die Spitzenfrauen Gesundheit forderten konkret:

- Bei der Nachbesetzung von Ämtern in Vorständen, in denen es derzeit keine Frau gibt, muss mindestens mit einer Frau besetzt werden.

- Die gesetzliche Regelung für Vorstandsämter muss ab der kommenden Amtsperiode auch für die Spitzenpositionen in den Vertreterversammlungen gelten.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind aufgefordert, mehr Frauen in die Gremienarbeit der Vertreterversammlungen einzubeziehen. Ziel sollte die Parität in den Vertreterversammlungen und Ausschüssen sein. Bei Nachbesetzung von VV- und Ausschussmitgliedern sollten Frauen bei gleicher Eignung bevorzugt werden.
- Die aufzustellenden Wählerlisten für die kommende Amtsperiode (2029 bis 2034) sollten paritätisch besetzt sein, um den wachsenden Frauenanteil in der ambulanten Versorgung realistisch abzubilden.

Zum Vorstand der Spitzenfrauen Gesundheit gehören: Co-Vorsitzende Dr. Rebecca Otto (Präsidentin Dentista) und Cornelia Wanke (Geschäftsführerin Wanke Consulting und Gesellschafterin FemaleForward), Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat (stellv. Bundesvorsitzende Hartmannbund), Prof. Dr. Nicola Buhlinger-Göpparth (stellv. Bundesvorsitzende Deutscher Hausärzterverband), Antje Kapinsky (stellv. Leiterin Politik Verband der Ersatzkassen), PD Dr. Barbara Puhahn-Schmeiser (Vizepräsidentin Deutscher Ärztinnenbund) und Karen Walkenhorst (Vorständin Techniker Krankenkasse).

Humanmedizinstudium

Jetzt aber: Endlich kommt die neue Approbationsordnung... , also vielleicht...

Konkrete Pläne für eine neue Approbationsordnung der Humanmedizin bestehen schon seit 2013. Im damaligen Koalitionsvertrag wurde eine grundlegende Reformierung des Medizinstudiums beschlossen. Maßgeblich vorgebracht wurde die Reform von dem damaligen Bundesminister für Gesundheit, Hermann Gröhe (CDU), und der Bundesministerin für Bildung und Forschung, Johanna Wanka (CDU). Sie veranlassten 2015 eine Konferenz, deren Ziel die Ausarbeitung eines Masterplans Medizin 2020 (MM2020) war. Diese Konferenz, die BundLänder AG, setzte sich aus den Wissenschafts- und Gesundheitsministerien der Länder zusammen und sah auch die Beteiligung der Verbände vor.



Auch, wenn die Ziellinie scheinbar erreicht ist, kann es bis zum „Erfolg“ noch dauern. Verfrühter Jubel ist fehl am Platze.

Etwa zwei Jahre später konnte dann der Masterplan 2020 verabschiedet werden. Er schlug 37 Maßnahmen zur Anpassung des Medizinstudiums vor und sollte bis 2020 umgesetzt werden. Aufgrund der vermuteten Kosten von 300 Mio. Euro im Jahr stand die Umsetzung des Plans aber unter Finanzierungsvorbehalt. Eine Expertenkommission formulierte deshalb Vorschläge für eine Änderung der ärztlichen Approbationsordnung. Ihr Gutachten, das 2018 veröffentlicht wurde, beinhaltete konkrete Vorschläge für einen wirksamen Finanzierungsschlüssel.

Erster Arbeitsentwurf Ende 2019

Ende 2019 veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit einen ersten Arbeitsentwurf für eine neue Approbationsordnung. Nachdem zahlreiche Akteure ihre Kritik in Stellungnahmen äußerten – auch die Studierenden des Hartmannbundes – erarbeitete das Ministerium einen Referentenentwurf, der kurz vor Weihnachten des folgenden Jahres erschien. Wieder bezogen die Länder, der Medizinische Fakultätentag (MFT) und viele Verbände Stellung, ebenso wie unser Studierendenausschuss. Und dann... passierte nichts. Die Kombination aus Pandemie und Regierungswechsel legte den Re-

formprozess erstmal lahm. Trotz der dringenden Notwendigkeit einer Neuerung vergingen 2,5 Jahre bevor sich das Bundesgesundheitsministerium wieder zum Thema äußern sollte. Kurz vor dem Deutschen Ärztetag dieses Jahres wurde auf einmal ein Zwischenstand des Referentenentwurfs zur neuen Approbationsordnung unter der Hand herumgegeben. Zwei Monate später stellte das Ministerium dann den offiziellen Referentenentwurf zur Verfügung, der unter anderem das geplante Inkrafttreten der neuen Approbation von 2025 auf 2027 verschob. Auch darüber hinaus stellten die Medizinstudierenden viele Kritikpunkte fest:

- Die Abstimmung von Gegenstandskatalog und Nationalem Kompetenzbasierten Lernzielkatalog (NKL) wird zwar festgeschrieben, aber kein Zeitrahmen definiert.
- Die Kürzung der Famulatur von 16 auf 12 Wochen stellt in Kombination mit der Kürzung der stationären Blockpraktika um je eine Woche eine elementare Reduzierung des praktischen Unterrichts dar.
- Trotz der gekürzten Praxisanteile soll sich der Arbeitsaufwand des Medizinstudiums von 6244 Unterrichtsstunden auf 6683 Unterrichtsstunden erhöhen.
- Die starke Varianz der Leistungsnachweise innerhalb der einzel-

nen Studienabschnitte macht eine Vergleichbarkeit zwischen den unterschiedlichen Fakultäten ausgesprochen schwierig und erschwert den Universitätswechsel für die Studierenden.

- Die Einführung der universitären Parcourprüfungen nach dem 4. und 10. Semester sollen die im MM2020 ursprünglich angedachten OSCE-Prüfungen, die Teil der Staatsexamina sein sollten, aus Kostengründen ersetzen. Damit würde sich jedoch die Prüfungsmenge erhöhen.
- Die wissenschaftliche Arbeit, die in das Studium integriert werden soll, muss sinnvoller in das Studium eingebunden werden, als der Entwurf es vorsieht. Das bedeutet, sie sollte vor Beginn einer etwaigen Dissertation liegen, damit die Studierenden das erlernte wissenschaftliche Arbeiten auch auf ihre Doktorarbeiten anwenden können. Als Prüfungsleistung am Ende des Vertiefungsbereichs, also des 10. Semesters, bietet sie sich nicht an. Sie sollte stattdessen bereits bis zum Ende des 6. Semester erfolgen.
- Für das PJ ist nach wie vor keine verpflichtende Aufwandsentschädigung festgeschrieben. Außerdem fehlt eine vernünftige Fehltageregulierung, die Krankheits- von Urlaubstagen trennt. Spinde und Umkleieräume auf Station sollten auch für die Studierenden garantiert werden.
- Der allgemeinmedizinische Anteil des dritten Staatsexamens, der festgeschrieben werden soll, beschneidet die durch die Aufteilung des PJs in Quartale entstehende Wahlfreiheit. Indem Allgemeinmedizin feststehender Prüfungsbestandteil ist, werden die Studierenden in ein allgemeinmedizinisches Quartal gedrängt bzw. riskieren einen Prüfungsnachteil, wenn sie sich für ein anderes Fach entscheiden.
- Die momentane Form der Innovationsklausel lässt curriculare Innovationen, die lediglich den Studiengang der Humanmedizin betreffen, außen vor. Eine inhaltliche Umstrukturierung des Studienganges im Sinne einer Weiterentwicklung (ähnlich der Erprobung der Modellstudiengänge in der momentanen Approbationsordnung) sollte weiterhin möglich sein. Nur wenn die Studienstruktur regelmäßig an neue Lehr- und Lernbedingungen angepasst wer-

den kann, wird die Medizin mit dem Fortschritt mithalten können. Außerdem muss ein Wechsel des Studienstandortes und damit ggf. ein Wechsel zwischen Innovationsstudiengang und klassischem Medizinstudiengang möglich sein, damit die Innovation keinen Nachteil für die Studierenden bedeutet.

Möglichkeiten des Ministeriums sind begrenzt

Diese und weitere Punkte machten die Studierenden nicht nur in ihrer Mitte August eingereichten Stellungnahme deutlich, sondern auch im direkten Gespräch mit dem Gesundheitsministerium Ende Juli. Hier jedoch wurde klar, dass das Ministerium selbst gar keine so große Handhabe besitzt, den Entwurf nachhaltig zu verändern. Die unterschiedlichen Akteure, allen voran die Länder und der MFT, blockieren die Neuerung gegenseitig. Die Finanzierungsfrage ist nach wie vor ungeklärt und schränkt alle Reformbemühungen ein, auch wenn der Referentenentwurf von 2023 sich gegenüber dem Entwurf von 2020 um Einsparungen bemüht. Auf Seiten der involvierten Gesundheitsministeriumsmitarbeiter war im Gesprächsverlauf eine große Frustration wahrnehmbar. Zwar hatten sie Verständnis für viele der von den Studierenden vorgebrachten Kritikpunkte, doch verwiesen sie in den meisten Fällen auf die Kosten, die Interessen der Fakultäten oder den Rahmen des MM2020, um ihre Ohnmacht zu unterstreichen.

Für die Studierenden war das Gespräch insgesamt sehr ernüchternd. Auch wenn die Reform das Studium verändern und sicherlich auch in einigen Aspekten modernisieren wird, ist von den großen Plänen des Masterplans nicht mehr viel übrig. Für die Studierenden ist nun entscheidend, dass die neuen Approbationsordnung auch wirklich zum 1. Oktober 2027 – sieben Jahre nach dem ursprünglich geplanten Datum - zustande kommt und nicht am Finanzierungsvorbehalt scheitert. Auch wenn die angedachten Neuerungen inzwischen keinen revolutionären Charakter mehr haben, stellen sie, zumindest überwiegend, dennoch eine Verbesserung des Status quo dar und das ist für die angehenden Mediziner:innen das Wichtigste.

Zahnmedizinstudium

Papier ist geduldig, Studierende eher nicht

Die neue Approbationsordnung der Zahnmedizinierenden ist bereits im Oktober 2021 in Kraft getreten. Damit sind jedoch längst nicht alle Probleme gelöst. Eher im Gegenteil: Viele Studierende wünschen sich die alte Approbationsordnung zurück, vor allem, weil die Fakultäten sich mit der Umsetzung der Neuerung schwertun.

Eine Umfrage unter den Zahnmedizinierenden der Vorklinik im Hartmannbund zeigt die erheblichen Mängel auf. So gibt es offenbar bei neun Prozent der Befragten Schwierigkeiten bei der Ableistung des Pflegepraktikums, weil in der eigentlich unterrichtsfreien Zeit, in der das Pflegepraktikum absolviert werden soll, parallel Unterricht stattfindet. Zwar klingt die Zahl der Betroffenen erstmal gering, aber wenn man davon ausgeht, dass über die Hälfte der Studierenden das Pflegepraktikum schon vor Beginn des Studiums absolviert haben, verändert das die Relation. Noch dramatischer verhält es sich mit der Zulassung zum Physikikum. Diese ist für weniger als 40 Prozent der bisher nach neuer Approbationsordnung Studierenden möglich

gewesen. Teilweise scheint dies organisatorische Gründe zu haben. So wurde zum Beispiel an einem Standort versäumt, einen Anatomiekurs während des Semesters anzubieten, teilweise werden die Prüfungen gemeinsam mit den Humanmedizinierenden geschrieben, die aber im Vorhinein andere Seminare besucht haben oder Vorlesungsfolien sind noch nicht an die Ansprüche der neuen Approbationsordnung angepasst. Sollten Studierende in einer Prüfung durchfallen, bedeutet das oft eine Verlängerung des Studiums um ein Jahr, weil zurzeit kein zweiter Prüfungstermin in einem absehbaren Zeitraum angeboten wird.

Entsprechend groß ist der Druck, unter dem die Zahnmedizinierenden stehen. Insgesamt scheint es noch viele Defizite in der Umsetzung zu geben. Noch ist die neue Approbationsordnung keine Erfolgsstory und es geht der Appell an die Verantwortlichen, hier dringend nachzubessern, damit ein qualitativ hochwertiges Zahnmedizinstudium in Deutschland weiterhin möglich ist.



Weiterbildung ist kammerabhängig

Wenn Teilzeit Vollzeit bedeuten kann

Ärzt:innen in Weiterbildung fühlen sich, gerade wenn es um die Anmeldung zur Facharztprüfung geht, bisweilen der Willkür ihrer zuständigen Landesärztekammer ausgeliefert. Dieses Gefühl wird nochmals verstärkt, wenn innerhalb der Weiterbildungszeit nicht nur ein Arbeitgeberwechsel, sondern auch ein umzugsbedingter Kammerwechsel stattgefunden hat.

Eines der Probleme: Je nachdem in welchem Bundesland die jungen Kolleg:innen tätig sind oder waren, kann auch unterschiedlich viel Arbeitszeit für die Weiterbildung angerechnet werden kann. So gilt momentan beispielsweise in Sachsen-Anhalt eine 35-Stunden-Woche als Vollzeitweiterbildung, auch wenn dafür kein Vollzeitarbeitsvertrag nötig ist. Andere Kammern definieren eine Vollzeitweiterbildung als 38,5- oder 40 Stunden-Woche. Insofern ist es in einigen Kammerbereichen möglich, Teilzeit zu arbeiten und trotzdem die Weiterbildung in dem angegebenen Mindestweiterbildungszeitraum zu absolvieren, während Teilzeit anderswo eine Verlängerung der Weiterbildungszeit bedeutet. Der Arbeitskreis Weiterbildung (AKIV) im Hartmannbund kritisiert: Das bedeutet fehlende Planungssicherheit und ist ein unnötiges Hindernis auf dem Weg zum Facharztstatus.

„In der Weiterbildungsordnung heißt es, die Weiterbildung wäre ganztätig durchzuführen. Der Stundenumfang, den ganztätig umfasst, ist allerdings unklar. Das kann doch, gerade in einem so bürokratisch organisierten Land wie unserem, nicht angehen – zumal, wenn dadurch Nachteile für unsere Weiterzubildenden entstehen“, erklärt Klaus-Peter Schaps, Vorsitzender des Arbeitskreis IV. Des-

halb hat der Arbeitskreis sich beim Deutschen Ärztetag in diesem Jahr für eine bundeseinheitliche Vollzeitdefinition eingesetzt, die in den Weiterbildungsordnungen aller Landesärztekammern berücksichtigt werden soll. Die entsprechend Resolution wurde mit 161 Ja-Stimmen sehr deutlich angenommen. Hinterher gab es viel Lob für diesen Vorstoß von den Justiziar:innen unterschiedlicher Ärztekammern und auch das Deutsche Ärzteblatt hat berichtet. „Es wurde sehr deutlich, dass dieses Problem viele Leute in ganz unterschiedlichen Positionen schon lange beschäftigt hat. Dass sich jetzt endlich etwas ändert, ist gut und dringend erforderlich,“ so der Arbeitskreis. Schaps stellt klar: „Wir sind sehr gespannt, welche Definition die Bundesärztekammer nun beschließen wird und wie die einzelnen Kammern diesen Beschluss umsetzen werden. Sollten einzelne die Bundeseinheitlichkeit gefährden oder es zu Verzögerungen im Prozess kommen, werden wir wieder aktiv.“

Check-up Versicherung und Finanzen

Prüfen Sie jetzt Ihren Versicherungsschutz!

Es müssen nicht immer die großen Karriereschritte sein, die einen veränderten Bedarf ergeben. Ihre persönliche Situation ändert sich und damit auch Ihr Versicherungsbedarf. Damit Ihre Absicherung und Ihre Finanzen auf einer gesunden Basis stehen, sollten Sie Ihren Versicherungsschutz einem jährlichen Check-up unterziehen.

Direkt nach seinem Sommerurlaub, Anfang September, blockt sich Dr. Tom Ahlemann einen halben Nachmittag in seinem Terminkalender. Die Zeit nutzen er und seine Frau Inga, um ihren Versicherungsordner einem Check-up zu unterziehen. Dass der Versicherungsschutz immer der aktuellen Lebenssituation entspricht, ist Tom Ahlemann sehr wichtig – aus gutem Grund: 2018 erlitt er bei einem Autounfall schwere Verletzungen und konnte fast ein halbes Jahr lang nicht arbeiten. Zwar bekam er in dieser Zeit das Krankentagegeld von seiner PKV. Aber die Höhe des Krankentagegeldes hatte er seit dem Berufsstart von fast 20 Jahren nicht mehr angepasst. Daher reichte das Geld bei Weitem nicht aus, um den Lebensstandard seiner inzwischen vierköpfigen Familie zu halten und die Kosten für das Eigenheim zu decken. „Wir mussten uns massiv einschränken und unser Ersparnis angehen“, erinnert sich der 47-jährige Zahnarzt.

Das Leben ändert sich laufend, privat wie beruflich. Oft geht es dabei gar nicht um große Umwälzungen, sondern um ganz alltägliche Entwicklungen: Menschen geben ihr Singleleben auf, ziehen mit Partnerin oder Partner in eine gemeinsame Wohnung und gründen eine Familie. Statt in die nächste Mietwohnung zieht man irgendwann ins eigene Haus oder in die Eigentumswohnung. Wer als Ärztin oder Arzt in der Weiterbildung gestartet ist, steigt die Karriereleiter im Krankenhaus hinauf oder lässt sich mit einer eigenen Praxis nieder. Nach der Berufstätigkeit geht es dann in einen aktiven Ruhestand, in dem alte Pläne und neue Ziele verwirklicht werden können. Das ganz normale Leben also, das immer neue Herausforderungen und damit einen veränderten Versicherungs- und Finanzbedarf mit sich bringt.

Risiken absichern, Ziele erreichen

Ärztinnen und Ärzte sollten vor allem regelmäßig prüfen, ob die Berufshaftpflichtversicherung noch ihrer ärztlichen Tätigkeit entspricht. Ein Oberarzt hat andere Aufgaben als ein Arzt in Weiterbildung und ist



Behalten Sie Ihre Versicherungen im Blick

damit auch höheren Haftungsrisiken ausgesetzt. Wurde die Berufshaftpflichtversicherung länger nicht angepasst, besteht die Gefahr, dass die aktuell durchgeführten Tätigkeiten nicht vom Versicherungsschutz gedeckt sind und in einem Schadensfall hohe Kosten drohen.

Wichtig ist auch ein Blick auf die Anwartschaftsmitteilung des Versorgungswerks, die Ärztinnen und Ärzte einmal im Jahr erhalten. Sind die hier avisierten Altersbezüge ausreichend, um im Ruhestand den gewohnten Lebensstandard zu halten? Wenn nicht, ist eine private ergänzende Rentenversicherung wichtig.

Auch eine Immobilie oder die eigene Praxis sind wichtige Bausteine im persönlichen Lebens- und Vorsorgekonzept. Was oft übersehen wird: Große Ziele wie diese müssen langfristig geplant werden. Wann welcher Schritt notwendig ist, damit der Traum von der Niederlassung, dem Eigenheim oder der Fernreise im Ruhestand Realität wird, das sollten Sie mit Ihrer Beraterin oder Ihrem Berater besprechen. Gemeinsam mit Ihnen prüfen sie, wo Handlungsbedarf besteht. So haben Sie die Sicherheit, dass Ihre Bedarfssituation richtig erfasst und ihr Versicherungsschutz aktuell ist.



So behalten Sie Versicherungen und Finanzen ganz einfach im Griff

Prüfen Sie Ihre Versicherungsunterlagen regelmäßig und teilen Sie aktuelle Veränderungen Ihrer Beraterin oder Ihrem Berater mit. Dabei muss es aber nicht nur um den Versicherungsschutz gehen. Typische Fragen und Anliegen sind:

- Meine Anschrift und Kontaktdaten haben sich verändert.
- Meine berufliche Situation ist anders geworden.
- Müssen meine bestehenden Versicherungen angepasst werden?
- Ich habe Fragen zu meinem Versorgungswerkbescheid.
- Ich möchte mich demnächst niederlassen und brauche eine Beratung.
- Welche Praxisversicherung benötige ich?
- Ich möchte eine Immobilie als Kapitalanlage erwerben.
- Welche ETF-/Fondssparpläne sind für mein Portfolio sinnvoll?
- Wie gestalte ich meine Altersvorsorge am besten?
- Wo finde ich eine gute Finanzierung?
- Ich brauche Beratung zu Privathaftpflicht-/Hausrat- oder Wohngebäudeversicherung.
- Welche Krankenversicherung ist die richtige für mich?

Sprechen Sie mit Ihrer Beraterin oder Ihrem Berater bei der Deutschen Ärzte Finanz und prüfen Sie gemeinsam, wo Handlungsbedarf besteht. So haben Sie die Sicherheit, dass Ihre Bedarfssituation richtig erfasst und Ihr Versicherungsschutz aktuell ist.

Weitere Informationen erhalten Sie über service@aerzte-finanz.de oder unter der Telefonnummer 0221 - 148 32323.

Ernährung und Planetary Health Der Globus auf dem Teller

Lebensgefährliche Hitze in Südostasien, Millionen toter Fische an der amerikanischen Küste, extreme Regenfälle in Italien – die Auswirkungen der globalen Erwärmung sind ebenso bekannt wie erschreckend. Obwohl die Folgen des Klimawandels immer stärker unser Leben bestimmen, werden viele der Ursachen noch zu wenig beachtet – gerade, wenn es um die zunächst „weniger offensichtlichen“ Faktoren geht, wie das Thema Ernährung.

Dabei zeigt sich an kaum einem anderen Beispiel so klar, wie eng individuelles Verhalten mit weltweiten Klima- und Umweltauswirkungen zusammenhängt und wie direkt **individuelle und globale Gesundheit verknüpft sind**: Etwa 30 % der globalen Treibhausgasemissionen sind nahrungsbedingt. Wie viel CO₂ bzw. CO₂-Äquivalente der Konsum von je 1 kg Rindfleisch, Butter, Reis oder Fisch kostet, kann mittlerweile in allerlei Publikationen nachgelesen werden, oft nebst

Hinweisen zu den individuellen Gesundheitseffekten bestimmter Nahrungsbestandteile. Dass eine pflanzenbasierte im Vergleich zu einer fleischlastigen Ernährungsweise z. B. das Schlaganfall- und KHK-Risiko deutlich senkt, ist mittlerweile bekannt. Dass eine solche Ernährung zudem auch den Planeten schützt, ist dagegen oft weniger bewusst.

Um diese Zusammenhänge klarer aufzuzeigen und gleichzeitig einen konkreten „Speiseplan“ zu erarbeiten, der individuelle und planetare Gesundheit gemeinsam und nachhaltig berücksichtigt (Planetary Health), wurde die EAT-Lancet-Kommission ins Leben gerufen.

Empfehlungen der EAT-Lancet-Kommission: Im Rahmen der im Januar 2019 veröffentlichten Empfehlungen wurde die sog. Planetary Health Diet präsentiert: Sie hat neben der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention auch die Ernährungssicherheit einer wachsenden Weltbevölkerung sowie die Schonung natürlicher Ressourcen und eine effektive Senkung der globalen Treibhausgasemissionen, z. B. durch eine nachhaltigere Lebensmittelproduktion und eine Reduktion der Lebensmittelabfälle, zum Ziel. Konkret könnte die Anwendung dieser Ernährungsform bis 2030 weltweit etwa 11 Mio. Todesfälle verhindern und die vorzeitige Sterblichkeit um 19 % verringern. Gleichzeitig ließe sich u. a. eine globale Reduktion der Treib-

hausgasemissionen um ca. 54 % und des Frischwasserverbrauchs um 11 % erreichen. Hier zeigt sich, welch großes Potenzial in einer nachhaltigen Transformation des Ernährungssektors steckt.

Aber wie sieht die Planetary Health Diet denn nun konkret aus? Die im Folgenden genannten Werte beziehen sich auf eine empfohlene Energieaufnahme von 2500 kcal/Tag und sollten individuell angepasst werden. Eine große Rolle spielen insbesondere Vollkornprodukte, die mit etwa 800 kcal/Tag fast ein Drittel des Kalorienbedarfs decken sollten. In Deutschland wird momentan nur etwa ein Viertel dieses Anteils durch Vollkornprodukte erreicht.

Einen weiteren prominenten Aspekt stellen die Proteinquellen dar: Zwar sinkt der Fleischkonsum in Deutschland, er liegt aber trotzdem noch um ein Vielfaches über der von der Kommission empfohlenen Menge von knapp 50 g/Tag.

Empfohlen wird, den Großteil des Proteinbedarfs mit Nüssen und Hülsenfrüchten zu decken (je knapp etwa 300 kcal/Tag). Auch dem Verzehr von nachhaltig gefangenem Fisch sollte eine größere Rolle zukommen (etwa 40 kcal/Tag).



Online-Live-Seminar: Planetary Health
Am 21. November 2023 (18:30–20:00 Uhr)

Veranstaltet vom Hartmannbund und AMBOSS

Kostenfrei anmelden:
go.amboss.com/hartmannbund-planetary



Bei Fetten, soweit sie nicht bereits in anderen Nahrungsmitteln enthalten sind, sollte die Aufnahme bevorzugt in Form ungesättigter Fettsäuren, wie sie z. B. in Oliven-, Soja- oder Erdnussöl vorkommen, erfolgen. Darüber hinaus wird der regelmäßige Verzehr von Früchten und Gemüse empfohlen.

Natürlich muss eine Ernährungsform, wenn sie nachhaltig und praktikabel sein soll, an lokale Gegebenheiten angepasst werden. Dies ist auch von der EAT-Lancet-Kommission explizit mitbedacht worden. Insofern sind die oben genannten Werte nicht als fixe Vorgaben, sondern als mögliche Punkte auf einem Spektrum zu verstehen. Weitere Daten und exakte Grenzwerte dazu bietet der Bericht „Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems“. Verschiedene Ernährungsformen wie etwa die mediterrane, die nordische oder vegetarische/vegane Ernährung berücksichtigen bereits einige der Prinzipien.

Um jedoch zu einer Ernährungsweise zu gelangen, die gleichermaßen die Gesundheit der Menschen und den Planeten schützt, bedarf es viel weitreichenderer Umstellungen. Und dies geschieht zuallererst im Kopf: Solange die Bedeutung von Ernährung für die persönliche Gesundheit und gleichermaßen für den Klima- und Umweltschutz nicht erklärt und verstanden wird, kann keine wissenschaftliche Empfehlung positive Veränderungen bewirken.

Weiterführende Links:

- AMBOSS-Kapitel „Planetary Health“: go.amboss.com/ph-kapitel
- EAT-Lancet-Kommission: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31788-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31788-4)

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

RINGHOTELS
Echt HeimatGenuss erleben

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

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

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

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

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

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

Lassen Sie sich ein maßgeschneidertes Angebot erstellen oder nutzen Sie die persönliche Beratung des Ringhotels Servicebüros. Kontaktieren Sie uns unter sales@ringhotels.de oder 089 45 87 03 – 28.

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

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



Wunderbar erholt in einen neuen Tag starten



Gönnen Sie sich mit Ringhotels eine Auszeit vom Alltag



Erleben Sie Natur – z. B. mit dem Rad, beim Golf oder Wandern



Echt HeimatGenuss erleben mit Ringhotels

Schon als Berufseinsteiger:in die richtigen Fragen stellen!

Beiträge im Alter bezahlbar?

Der medizinische Fortschritt ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Versicherte erhalten so Zugang zu einer immer besseren medizinischen Versorgung, was wiederum Auswirkungen auf die Kosten hat. Sie steigen sowohl in der Gesetzlichen (GKV) als auch in der Privaten Krankenversicherung (PKV). Unter anderem ist es deshalb in der Vergangenheit in beiden Systemen zu Beitragsanpassungen gekommen. Umso verständlicher, dass sich viele (junge) Mediziner:innen mit der Frage beschäftigen, ob sie ihre Krankenversicherungsbeiträge im Rentenalter noch zahlen können.

Wie sieht es mit den Beiträgen in der privaten Krankenversicherung aus? Die AXA Krankenversicherung gibt hierzu folgende Informationen:

Kosten für jüngere und zumeist gesündere Versicherte sind in der Regel niedriger als für ältere Versicherte. Deswegen zahlen Versicherte in jungen Jahren etwas mehr ein, als zur Deckung der Gesundheitskosten notwendig wäre. Jeder Versicherte baut damit eine sogenannte Alterungsrückstellung auf, damit sie im Alter weniger zahlen als sie müssten. Ein Teil des Beitrages wird somit als Vorsorgepolster angespart und im Alter sukzessive aufgelöst. Die Rückstellungen werden dabei verzinslich angelegt. Die daraus resultierenden Gewinne, die über den garantierten Zins hinausgehen, werden in einer zusätzlichen Alterungsrückstellung angespart. Somit sorgt jeder PKV-Versicherte bereits heute schon für morgen vor.

Das ist jedoch noch nicht alles. Neben diesen Alterungsrückstellungen gibt es noch weitere Instrumente, die dafür sorgen, dass die Beiträge im Alter stabilisiert werden:

- Versicherte zahlen vom 20. bis zum 60. Lebensjahr einen sogenannten **gesetzlichen Zuschlag** in Höhe von 10% auf die Krankenvollversicherungstarife, der ab dem 65. Lebensjahr zur individuellen Beitragsstabilisierung eingesetzt wird.

- Zudem bieten viele PKV-Unternehmen die Möglichkeit, einen Tarif Beitragsentlastung im Alter abzuschließen, um die Beiträge im Alter bis zu 100% zu senken.

Das Gute für angestellte Mediziner:innen: Der Arbeitgeber bezuschusst diesen Tarif bis zu 50%.

Sowohl für GKV- wie auch für PKV-Versicherte gilt: Ärzte/Ärztinnen (ohne Rentenanspruch aus der deutschen Rentenversicherung) erhalten bei Rentenbezug **keinen Zuschuss zur Kranken- und Pflegeversicherung** aus dem ärztlichen Versorgungswerk. Umso sinnvoller ist der Abschluss einer Beitragsentlastung für das Alter.

- Schlussendlich entfällt i.d.R. auch der Beitrag für ein mitversichertes **Krankentagegeld**.

Somit gibt es viele Instrumente in der PKV, damit die Beiträge im Alter bezahlbar bleiben.

Wie sieht es mit den Beiträgen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus? Die HEK (gesetzliche Krankenversicherung) gibt hierzu folgende Informationen:

In der GKV gilt der Grundsatz des **Solidaritätsprinzips**. Das bedeutet, individuelle Beitragssteigerungen aufgrund von Krankheit oder Alter haben die Versicherten nicht zu befürchten. Die Gesunden helfen den Kranken und alle Versicherten erhalten die gleiche umfassende Versor-

gung. **Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko spielen bei der Beitragsberechnung keine Rolle.** Sofern die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt werden, ist in der GKV sogar die kostenfreie Familienversicherung von Angehörigen möglich. Dies bedeutet insbesondere im Rentenalter eine zusätzliche Entlastung.

Sobald eine Rentenzahlung von der Deutschen Rentenversicherung beantragt wird, setzt sich die Mitgliedschaft für langjährig gesetzlich Versicherte in der so genannten Krankenversicherung der Rentner (KVdR) fort. Sofern die Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt sind, oder kein Rentenanspruch aus der Gesetzlichen Rentenversicherung besteht, ist eine freiwillige Weiterversicherung in der GKV möglich. Im Gegensatz zur KVdR sind in der freiwilligen Versicherung alle Einnahmen beitragspflichtig und es gibt eine so genannte Mindestbemessungsgrenze.

Für beide Versicherungsarten aber gilt: Die Beitragserhebung erfolgt ausschließlich auf Basis der Einkommenshöhe. Natürlich nicht unendlich, sondern gedeckelt bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze (BBG). Was bedeutet das? Es gibt einen gesetzlich festgelegten Höchstwert, aus dem die Beitragsberechnung maximal vorgenommen wird (im Jahr 2023 = monatlich 4.987,50 Euro). Sofern die tatsächlich vorhandenen Einnahmen darüber liegen, werden aus dem übersteigenden Betrag keine Beiträge berechnet.

Zusammenfassend muss also niemand Sorge haben, dass die Beiträge in der GKV im Alter nicht zu bezahlen sind. **Die Beitragsberechnung ist an die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit angepasst, so dass niemand durch unverhältnismäßige Beitragsforderungen finanziell überlastet wird – auch nicht im Alter.**

Sie möchten beim Einkaufen sparen und von attraktiven Vorteilen profitieren?

BSW – Vorteilsprogramm seit über 60 Jahren

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

Eine kleine Auswahl Ihrer Vorteile im Überblick:

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

- Gemeinsam mehr sparen: Bei uns bekommen Sie für Ihre Familienmitglieder kostenlose Zusatzkarten, so sparen Sie gemeinsam mehr.
- Profitieren Sie außerdem von Gutscheinen zahlreicher Top-Marken im BSW-Gutscheinshop

Doch nicht nur auf die Vorteilsangebote, sondern auch auf unsere Service- und Beratungsleistung legen wir großen Wert. Unser Mitgliederservice steht Ihnen gerne bei allen Fragen zur Seite.

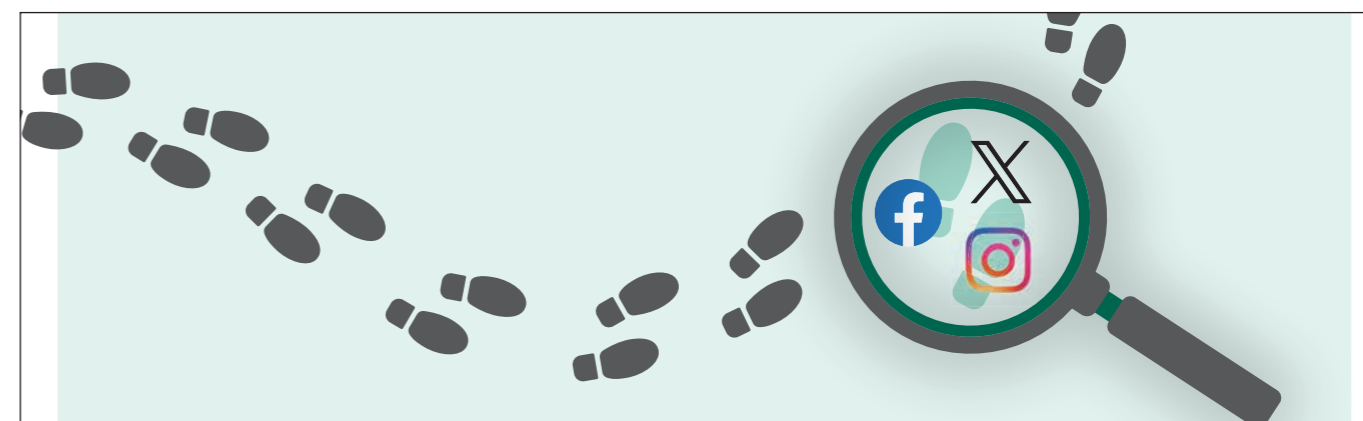
Unsere Sparhelfer

Sie wollen keine Angebote und Sonderaktionen verpassen? Wir bieten Ihnen

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

Exklusiv vergünstigter Mitgliedsbeitrag für Sie

Hartmannbund und BSW – eine Kooperation, die sich lohnt: Sie erhalten alle BSW-Leistungen zum Sonderbeitrag für nur 34,80 Euro/Mitgliedsjahr. Hier geht's zum Angebot: www.hartmannbund.de/bsw/



FOLGEN SIE UNS AUF SOCIAL MEDIA!

Sie finden uns auf Instagram, Facebook und X (vormals Twitter)



Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.



Discover the best variety!

Deutsche Hospitality bietet Sonderpreise für HB-Mitglieder

Der medizinische Fortschritt ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Versicherte erhalten so Zugang zu einer immer besseren medizinischen Versorgung, was wiederum Auswirkungen auf die Kosten hat. Sie steigen sowohl in der Gesetzlichen (GKV) als auch in der Privaten Krankenversicherung (PKV). Unter anderem ist es deshalb in der Vergangenheit in beiden Systemen zu Beitragsanpassungen gekommen. Umso verständlicher, dass sich viele (junge) Mediziner:innen mit der Frage beschäftigen, ob sie ihre Krankenversicherungsbeiträge im Rentenalter noch zahlen können.

Die Deutsche Hospitality vereint Gastlichkeit mit höchsten Standards, Tradition mit digitaler Technologie sowie internationales Wachstum mit deutschen Wurzeln. Das spiegelt sich in einem einzigartigen Portfolio von acht Marken in mehr als 160 Hotels weltweit wider. Steigenberger Icons, Steigenberger Porsche Design Hotels, Steigenberger Hotels & Resorts, House of Beats, Jaz in the City, MAXX by Deutsche Hospitality, IntercityHotel, Zleep Hotels – Unsere dynamische Markenfamilie ist ein Versprechen an alle unsere Gäste, ihre Erwartungen in jeder Hinsicht zu erfüllen.

• **Steigenberger Icons:** Hochwertiges Interieur, ungezwungener Stil, klares Design und ein Service, der seinesgleichen sucht. Unsere neuen Steigenberger Icons bringen den modernen Luxus der Einfachheit in die Welt der First-Class-Hotels.

• **Steigenberger Porsche Design Hotels:** Hier trifft die außergewöhnliche Designsprache der Kultmarke Porsche Design auf den einzigartigen Service von Steigenberger. Das Ergebnis ist ein einzigartiges, luxuriöses Erlebnis der Entspannung und Zeitlosigkeit.

• **Steigenberger Hotels & Resorts:** Mehr als 60 aufregende Hotels in pulsierenden Städten und idyllischen Landschaften, für ein unvergessliches Wohlfühlerlebnis. Hier trifft moderner Hotelkomfort auf erstklassigen Service und exklusive Spa-Erlebnisse.

• **House of Beats:** Hier verschmelzen Mode, Pop und Street Art mit Musik zu ei-

nem ganz besonderen Hotelenerlebnis. Das House of Beats wurde für junge, progressive, neugierige, kreative und kulturell interessierte Gäste konzipiert und bietet eine einzigartige Gelegenheit, den Beat der Stadt zu genießen.

• **Jaz in the City:** Es ist ausgefallen. Es ist urbanes Leben. Es hat den Finger am Puls der Zeit. Die Jaz in the City Hotels sind der Inbegriff des modernen Lebensstils. Streetwise-Zimmerdesign, die allerneuesten Essens- und Getränketrends sowie improvisierte Auftritte in der Lobby machen den Aufenthalt hier zu einem vielfältigen und lebendigen Erlebnis.

• **MAXX by Deutsche Hospitality:** Charmatisch, kreativ, auf das Wesentliche bedacht – das ist die Formel der MAXX-Hotels, die in zahlreichen lebendigen Städten mit Liebe zum Detail und einem Wohlfühl-Ambiente überzeugen, das sich mühelos an den jeweiligen Standort anpasst und doch immer sich selbst treu bleibt.

• **IntercityHotel:** Willkommen in mehr als 40 Stadthotels, allesamt modern eingerichtete Häuser in zentraler Lage, die in jeder Region einen authentischen Aufenthalt im Herzen der Stadt bieten. Sie bieten ein modernes Design in einladenden Farben und empfangen Sie mit Zimmern von unvergleichlichem Komfort, die alle dem gehobenen Mittelklassestandard entsprechen.

• **Zleep Hotels:** Superbequeme Matratzen in einer idealen Atmosphäre, um sich

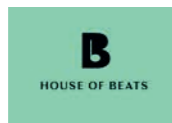


zu erholen und zu entspannen. Die Zleep Hotels sind unsere Antwort auf die einzigartige Gemeinschaft der Weltenbummler und legen den Schwerpunkt auf unkomplizierte Aufenthalte und eine komfortable Nachtruhe.

Verbandsmitgliedern bieten wir in allen Hotels der Deutschen Hospitality attraktive Raten. Neben der ganzjährig gültigen Vertragsrate in ausgewählten Hotels sparen Sie 15% off auf die BAR Rate in allen weiteren Hotels inklusive Frühstück und profitieren von kostenfreien Zusatzleistungen und einer kostenfreien Stornierung bis 18 Uhr.

Die Rate können Sie unter www.hrewards.com oder direkt in den Hotels ganz einfach mit dem Code CINV55 buchen.

STEIGENBERGER
HOTELS & RESORTS



Jaz
in the city
IntercityHotel

MaxX
by DEUTSCHE HOSPITALITY

Zleep
HOTELS

Eigene Praxis oder Anstellung:

Welche Vorzüge bieten die jeweiligen Modelle?

○ ○ Deutscher
● ○ Hausarzt Service

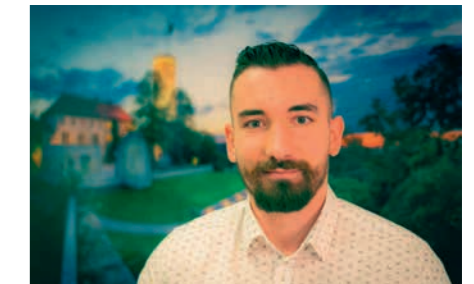
Viele Allgemeinmediziner:innen stehen im Verlauf der beruflichen Laufbahn an einem entscheidenden Punkt: Soll ich mich für eine Anstellung in einer etablierten Praxis entscheiden oder strebe ich die Leitung meiner eigenen Praxis an? „Beide Optionen haben ihre Vor- und Nachteile“, erklärt Alexander Schmidt, Teamleiter beim Deutschen Hausarzt Service. „Letztendlich hängt die Wahl vom persönlichen Bauchgefühl und der individuellen Lebensplanung ab.“ Dennoch lassen sich für beide Wege bestimmte Argumente finden, die die jeweilige Tendenz unterstützen können.

Lassen Sie uns zunächst einige Aspekte genauer betrachten, die für die Führung einer eigenen Praxis sprechen können. Besonders praktisch ist die Möglichkeit, eine bereits etablierte Praxis als Nachfolger:in zu übernehmen. „Die Vorteile liegen auf der Hand: Die Suche nach geeigneten Praxisräumen entfällt, das Inventar sowie medizinische Geräte sind bereits vorhanden, und Sie können zumeist mit einem eingespielten Praxisteam zusammenarbeiten sowie einen bestehenden PatientInnenstamm übernehmen, ohne sich zuvor einen Namen machen zu müssen. Auch finanziell gibt es weniger Einschränkungen als bei einer Anstellung“, erläutert Schmidt. Die Einarbeitungszeit beim bisherigen Praxisinhaber:in ermöglicht einen reibungslosen Übergang in die Selbstständigkeit.

Der Trend, sich als Allgemeinmediziner:in in einer Praxis oder einem MVZ anstellen zu lassen, steht hoch im Kurs. „Sie

ermöglicht Ärztinnen/Ärzte zum Beispiel, mehr Flexibilität in den Arbeitsalltag zu integrieren. Die Eingewöhnungsphase in der Praxis verläuft entspannt, da keine eigenen Investitionen in die Praxis getätigt werden müssen“, erläutert der Teamleiter des Deutschen Hausarzt Service. Angestellte Ärztinnen/Ärzte können sich auf die Krankenversorgung konzentrieren und müssen sich nicht gleichzeitig mit betriebswirtschaftlichen Aufgaben in der Praxis auseinandersetzen. Auf diese Weise können wertvolle Erfahrungen gesammelt werden, die bei Bedarf in der Zukunft, sollte der Wunsch nach einer eigenen Praxis später aufkommen, direkt angewendet werden können.

Dank der Hilfe des Deutschen Hausarzt Service stehen Ihnen beide Möglichkeiten offen: Das Team unterstützt Sie sowohl bei der Suche nach einer Anstellung in einer Praxis als auch bei der Übernahme einer Position als Nachfolger:in in einer bereits



etablierten Praxis. „Aber auch, wenn Sie als Praxisinhaber:in aktuell auf der Suche nach einem zusätzlichen Arzt/Ärztin oder Nachfolger:in sind, steht Ihnen das Team mit Unterstützung zur Seite“, erläutert Schmidt den Service. Wichtig sei, gerade im Bereich der Nachfolge schon früh mit der Suche zu beginnen. Weitere Informationen sind unter www.deutscherhausarztservice.de verfügbar.

Alexander Schmidt,
Teamleiter Deutscher Hausarzt Service

Anzeige

Jetzt neu auf hartmannbund.de

Ärztstellen – der Stellenmarkt des Deutschen Ärzteblattes



Auf der Suche nach neuen beruflichen Perspektiven?

Im Bereich Service sind ab sofort die Stellenangebote der führenden Stellenbörse für Ärztinnen und Ärzte in Deutschland zu finden. Jetzt erfolgreich online suchen!

ÄRZTESTELLEN
DER STELLENMARKT DES DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES

Deutscher
Ärzteverlag

Ansprechpartner für Mitglieder

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



© burak cakmak - fotolia.com

Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Frances Camin
Tel.: 030 206208-31

Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt
Tel.: 030 206208-15

Ärztliche Weiterbildung

Ina Reiber
Tel.: 030 206208-24

Ausbildung/Medizinstudium

Ina Reiber
Tel.: 030 206208-24

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

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

Berufsbezogene Rechtsberatung

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)
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)
Tel.: 030 206208-18

Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos*

Suche Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin in Niedersachsen

Aus Altersgründen ist eine Stelle als FA für Allgemeinmedizin zum 1.1.2024 frei werdend. In der großen Landarztpraxis (Niedersachsen) sind aktuell zwei Ärzte und eine Ärztin in Weiterbildung tätig. Die Arbeitszeit kann flexibel, auch in Teilzeit, gestaltet werden. Ausreichend Urlaub und Fortbildungstage sind vorgesehen. Bei Interesse kann neben dem gesamten allgemeinmedizinischen Spektrum zusätzlich die Versorgung von Palliativpatienten und die Substitution von chronisch mehrfach Abhängigen gemacht werden. Kontakt: kliem@praxis-kliem-austein.de

Weiterbildungsassistent:in für Kinderarztpraxis in Regensburg gesucht

Als große Facharztpraxis für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Asthma in Regensburg suchen wir zum nächstmöglichen Termin eine(n) Assistenzarzt/-ärztin in fortgeschrittener Weiterbildung zum Facharzt für Pädiatrie; mindestens bereits zwei Jahre Erfahrung in der allgemeinen Pädiatrie erwünscht; Vollzeit; unbefristet; Weiterbildungsermächtigung für 18 Monate vorhanden; langjährige Erfahrung in der Weiterbildung. Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung! Kontakt: info@renate-eichhorn.de

Verschenke voll funktionsfähiges Siemens Ultraschallgerät Prima SLC (Selbstabholer in Ulm)

Verschenke voll funktionsfähiges Siemens Ultraschallgerät Prima SLC mit 3,5 MHz Convex und 7,5 MHz Linear Sonden, sowie integrierter Sony-Printer, installiert auf Fahrgestell. KV-Zulassung für Baden-Württemberg für Kinderarztpraxis. Nur Abholung (Stadt Ulm/Donau). Kontakt: Dr. Wenzel +49 15734229909 oder erdmute.wenzel@t-online.de

KV-Sitz für Allgemeinmedizin in Berlin-Charlottenburg kostengünstig zu verkaufen

Praxisstz (1,0) für Allgemeinmedizin in Berlin Charlottenburg – nicht ausgeschrieben – zum 3 ten Quartal /24 kostengünstig zu verkaufen. Kontakt unter: euphrasiaoff@gmail.com oder per sms an: 0152 057 93838

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.

Biete WB Stelle als Assistenzarzt/-ärztin (m, w, d)

für Viszeralchirurgie und WB Stelle im Rahmen des Facharztes für Allgemeinmedizin als Assistenzarzt/-ärztin (m, w, d) für den chirurgischen Teil im Zentrum für Verdauungsorgane in der Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Eifelklinik – Haus mit Herz

Die Eifelklinik St. Brigida ist eine schnell wachsende Klinik innerhalb der Städteregion Aachen. Wir haben hohe Ansprüche an die Qualität unserer Arbeit und freuen uns, dass unsere Patientinnen und Patienten dies wertschätzen. Bei Patientenzufriedenheitsbefragungen belegt unser Haus regelmäßig Rang 1 in der Städteregion Aachen und ist unter den TOP 3 im Rheinland. Mit unseren Fachabteilungen für Innere Medizin, Zentrum für orthopädische Chirurgie, Zentrum für Venen- und Dermatochirurgie, Unfallchirurgie, Allgemein- Viszeral und Minimalinvasive Chirurgie, Anästhesiologie, Gynäkologie und Geburtshilfe stellen wir die Regelversorgung innerhalb der südlichen Städteregion Aachen sicher. Unser Team ist das, was uns erfolgreich macht! Und um dies auf allen Ebenen zu stärken bieten wir neben flachen Hierarchien und einer „Open-Door-Mentalität“ modernste Infrastrukturen und medizinische Geräte. Werden auch Sie Teil unseres Teams! Wir suchen zur Erweiterung unseres Teams im Rahmen des Zentrum für Verdauungsorgane eine/n Assistenzarzt/ärztin für die Chirurgie in Voll- oder Teilzeit. Grundsätzlich könnte auch für die weitere Weiterbildung eine Rotation in die Innere Medizin geplant werden.

Für weitere Informationen steht Ihnen Herr Dr. Marc Niewiera, Chefarzt der Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasiven Chirurgie, unter der Telefonnummer (02473) 89-2211 oder per E-Mail: marc.niewiera@artemed.de oder Herr Christian Blau, Chefarzt der Kardiologie, unter der Telefonnummer (02473) 89-2211 oder per E-Mail: christian.blau@artemed.de zur Verfügung.

Anzeige

ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

Steuerberatung mit dem 360°+
Blick auf Sie und Ihre Praxis

Speziell für Ärztinnen und Ärzte

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

Schon von unserem Podcast
HEALTHCARE TAX\$LAW gehört?



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:

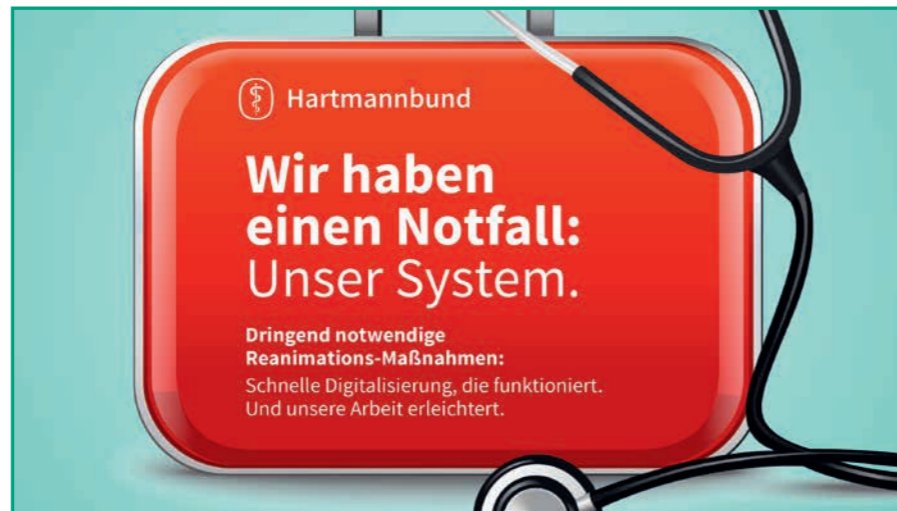
Bonn – 4 Ausgaben jährlich
Einzelheft 3,50 Euro
Jahresabonnement 12 Euro,
incl. 7 Prozent MwSt., zzgl. Versandkosten
ISSN: 0944-7369
Für Mitglieder des Hartmannbundes ist
der Bezugspreis durch die Mitgliedschaft
abgegolten. Nachdruck, Kopien, Aufnahme
in elektronische Medien (auch auszugs-
weise) nur 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:

Have a nice day Photo/shutterstock.com

Icons: © venimo – adobe.stock.com



Signale an die Politik!

Die anhaltende Ignoranz des Bundesgesundheitsministers gegenüber den Problemen der Praxen, ein enttäuschender Honorarabschluss und zuletzt ein arrogant vom Tisch gewischtes KBV-VV-Ultimatum (mit der Bitte um eine Stellungnahme des Ministers zu zentralen Forderungen der Ärzteschaft) haben deutlich gemacht, dass es weiterer Hinweise – auch der ärztlichen Basis – darauf bedarf, dass die Praxen in Not sind und die Versorgung damit gefährdet ist. Damit ein entsprechendes Signal an die Politik auch ankommt und wir unsere Patientinnen und Patienten „mitnehmen“ können, sollten unsere Maßnahmen bundesweit Wirkung zeigen. Es gibt es eine breite Übereinkunft ärztlicher Verbände – auch unter Beteiligung des Hartmannbundes – dass wir mit entsprechenden „Nadelstichen“ regelmäßig auf die schwierige Lage der Praxen hinweisen wollen.

Es gibt Kolleginnen und Kollegen, die wollen – abgestimmt zwischen den Verbänden – an bestimmten Tagen ihre Praxen aus Protest schließen (wie zuletzt am 2. Oktober), andere wollen ihre Patientinnen und Patienten auf die schwierige Lage ihrer Praxen in Gesprächen oder durch andere Informationen aufmerksam machen. Wir appellieren an Sie, sich an entsprechenden Aktionen zu beteiligen.



Unter diesem Link/QR-Code können Sie sich Plakate und eine Patienteninfo*
<https://www.hartmannbund.de/berufspolitik/news/protestaktion/>
herunterladen

*Nach dem Herunterladen speichern Sie die jeweilige Datei ab und drucken diese für Ihre Praxis aus

Einladung zur Hauptversammlung

Hauptversammlung des Hartmannbundes am 10./11. November

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

Sehr geehrte Mitglieder des Hartmannbundes,

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

Im Mittelpunkt des öffentlichen Teils der Sitzung (Freitag, 10. November) stehen Diskussionen und Beschlüsse zur aktuellen gesundheitspolitischen Lage sowie eine intensive Auseinandersetzung mit der Frage, wie medizinische Versorgung mit Blick auf die Möglichkeiten individualisierter Medizin, künstlicher Intelligenz, Digitalisierung und Prävention in 30 Jahren aussehen kann und welche Weichen wir auf Grundlage dieser Prognosen schon heute stellen können und müssen.

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

Satzungsänderung

Der Gesamtvorstand des Hartmannbundes – Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V. hat in seiner Sitzung vom 10. September 2022 eine Satzungsänderung zustimmend zur Kenntnis genommen, über welche die Hauptversammlung (HV) des Verbandes in ihrer Sitzung am 11. November 2023 satzungsgemäß zu beschließen hat.

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



*Reisekosten werden aufgrund dieser Einladung nicht erstattet

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

Was ist wichtig in Ihrem Leben?

Was immer Sie beschäftigt, sprechen Sie mit uns.

▷ apobank.de/die-zeit-ist-jetzt

 **apoBank**
Bank der Gesundheit