

04/2023



Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund Magazin

Zu oft verdribbelt, zu oft daneben

Zur Halbzeit im Rückstand



Ein (kritischer) Blick auf zwei Jahre
Rot-Grün-Gelbe Gesundheitspolitik

Editorial



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

liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

ob bei der Vertretung unserer ärztlichen Interessen, bei Hinweisen auf drohende Gefahren für die Versorgung oder bei der notwendigen Kritik am Umgang der Politik mit der ärztlichen Selbstverwaltung – den passenden Ton zu treffen und die angemessene Balance zu wahren zwischen konstruktivem Dialog, Druck und klarer Kante, das war wohl selten so schwierig, wie in den vergangenen Monaten und Wochen. Wo sollen wir diese Probleme einordnen inmitten zweier Kriege, kaum absehbarer wirtschaftlicher Herausforderungen und sich immer deutlicher abzeichnender gesellschaftlicher Friktionen?

Klar ist: Wir können und wir dürfen nicht innehalten. Wir dürfen nicht schweigen. Entscheidungen werden jetzt getroffen, Weichen jetzt gestellt. Denn auch in der Gesundheitspolitik stehen wir vor fundamentalen Umbrüchen. Eine Reform der Strukturen der Versorgung ist lange überfällig. Der wirtschaftliche Druck steigt, und damit schwindet der Spielraum, notwendige und sinnvolle Veränderungen angemessen finanziell zu flankieren. Der von uns erlebte Fachkräftemangel ist nur die Spitze des Eisberges dessen, was in der medizinischen Versorgung und insbesondere auch in der Pflege auf uns zukommen wird. Die Herausforderungen sind immens. Eben auch für uns Ärztinnen und Ärzte.

Worin besteht nun unsere Kraft, in dieser Situation Entwicklungen maßgeblich und sinnvoll zu beeinflussen? Ich bin noch immer zutiefst davon überzeugt, dass unsere größte Kraft in unserem Sachverstand liegt. In unserem Wissen darum, wie Versorgung an der Basis funktioniert – oder eben auch nicht. Wir müssen, und sei das Brett auch noch so dick, die Politik davon überzeugen, dass wir Lösungen parat haben, die die Versorgung von Patientinnen und Patienten sichern – zu Bedingungen, die unsere Freiberuflichkeit und unsere wirtschaftliche Existenz gewährleisten und die gleichzeitig volkswirtschaftlich tragbar sind. Und „Politik“ besteht für mich an dieser Stelle nicht nur aus einem Gesundheitsminister, der bisweilen beratungsresistent erscheint. Ich denke hier auch an Parteien, Fraktionen und Ausschüsse und auch an die Landesebene. Entscheidungen werden nicht nur im „BMG“ getroffen.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, zur angemessenen Balance gehört für mich aber auch, klare Kante zu zeigen, wenn man unsere Probleme demonstrativ ignoriert, unsere Argumente stoisch ausblendet und uns den sachlichen Dialog verweigert. Dann müssen wir die andere Seite unserer Kraft entfalten. Dann müssen wir unseren Protest „auf die Straße bringen“ – laut und deutlich – und zeigen, dass wir uns zu wehren wissen! Auch das gehört dazu.

Am Ende gilt, und ein Blick auf die Halbzeitbilanz der Gesundheitspolitik zeigt das überdeutlich: Die Politik wird ohne oder gar gegen uns keine zukunftsfähigen Lösungen finden. Aber, und auch das gehört zur Wahrheit: Ohne oder gar gegen die Politik werden auch wir die Zukunft der Versorgung nicht gestalten können. In diesem Sinne sollten wir alle Kräfte bündeln, um Versorgung und unsere ärztlichen Arbeitsbedingungen besser zu machen. Mit Sachverstand, Kreativität und mit der notwendigen Entschlossenheit, für den richtigen Weg auch Konflikte nicht zu scheuen.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen schöne Weihnachtstage und uns allen gemeinsam viel Kraft und Optimismus für das Jahr 2024.

Klaus Reinhardt

Mehr ist
möglich

Investieren Sie Geld – nicht Ihre Zeit.

Kümmern Sie sich um das, was Ihnen wichtig ist.
Und wir uns um Ihre Geldanlage.

► apobank.de/vermoegensverwaltung

 apoBank

Bank der Gesundheit

”

Stark für Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassung.“



Stark für Ihren Alltag.

- Sie sind niedergelassen oder angestellt in einer Praxis oder einem MVZ und suchen gezielte fachliche Unterstützung in rechtlichen oder wirtschaftlichen Fragen?
- Sie planen eine Kooperation und suchen Antworten im Dickicht von Berufs- und Vertragsarztrecht?
- Sie absolvieren Ihre Weiterbildung im ambulanten Sektor oder sind selbst Weiterbilder und suchen Rat?
- Sie haben sich noch nicht für Ihren beruflichen Weg entschieden und möchten sich über Optionen einer Tätigkeit im ambulanten Bereich informieren?
- Sie benötigen Hilfestellung bei Ihrem Honorarbescheid oder in einem Prüfverfahren?

Wir beraten Sie in jeder Phase Ihrer beruflichen Laufbahn. Individuell und zuverlässig. Immer dann, wenn Sie uns brauchen.

Wir informieren zu aktuellen Themen, liefern Hintergründe, kümmern uns um Ihre Fortbildung und bieten Ihnen ein großes kollegiales Netzwerk.

”

Stark für Ihre Zukunft.“

Jetzt Mitglied werden!



Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Umfassend beraten. Zielgenau und individuell.

Beim Hartmannbund finden Sie für Ihre Fragen rund um die ambulante Versorgung Ihre Ansprechpartner:innen.

RECHTSBERATUNG

Berufsrecht
Vertragsarztrecht
Arbeitsrecht

FORTBILDUNG/SEMINARE

Aktuelle berufspolitische Themen
Grundlegende Informationen für Ihren ärztlichen Alltag

VERSORGUNGSSPEZIFISCHE BERATUNG

Vertrags- und Vergütungssysteme
Abrechnungs- und Honorarfragen
Versorgungsformen und Kooperationsmöglichkeiten

WIRTSCHAFTLICHE BERATUNG

Praxisführung, Praxisabgabe und -übernahme
Praxisbewertung
Steuerberatung

INFORMATIONEN

Musterverträge, Merkblätter,
aktuelle Gesetzesänderungen
Rechtsprechung

SEKTORÜBERGREIFENDE VERSORGUNG

Ambulantisierung
Hybrid-DRGs

Inhalt



Lauterbachs Halbzeitbilanz – Zu eigensinnig, zu oft verdribbelt und zu oft daneben

Warmgelaufen hatte er sich lange genug, die eigenen Ziele waren hoch gesteckt, an Ambitionen hat es nicht gemangelt. Doch hat Professor Karl Lauterbach in der nun zu Ende gehenden ersten Halbzeit der Ampel-Regierung wirklich geliefert? Eher nicht. Zur Halbzeit liegt die Koalition (auch) gesundheitspolitisch im Rückstand, die Performance auf und neben dem Spielfeld ließ bisher deutlich Spielraum nach oben. Die Erwartungen der Ärzteschaft an den Minister waren von Anfang an verhalten – um es diplomatisch auszudrücken. Insofern hält sich die Enttäuschung in Grenzen, mit Wut und Ärger ist die Stimmung in Teilen der Ärzteschaft treffender beschrieben. An eine Auswechslung für die zweite Spielhälfte glaubt – zwischenzeitlichen Spekulationen zum Trotz – niemand. Wir schauen zurück, was sich hinsichtlich des Gesundheitssystems in der ersten Hälfte der Spielzeit getan hat und was für die zweite (wahrscheinlich) zu erwarten ist.

6

16

Kritik an aktueller Regierungspolitik und ein konstruktiver Blick in die Zukunft der Versorgung
Hauptversammlung des Hartmannbundes



18

Auf der Suche nach den Kängurus der Medizin
Heimat für „radikale Neudenker:innen“ – Bundesagentur will Innovationen auf die Sprünge helfen



20

„Die Praxis bleibt ein Zukunftsmodell – wenn man sich der Zukunft stellt“
Existenzgründung trotz Protest und Krise



23

Das lange Warten auf ein neues Organ
Zweite Charité-Staffel von Filmpreis-Gewinnern

24

Datensammelwahn und Patientennutzen
Auf dem Prüfstand: Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

26

Bei gesundheitspolitischen Reformen ärztliche Weiterbildung mitdenken!
Positionspapier zur ärztlichen Weiterbildung

27 HB-Intern

28 Service Kooperationspartner

36 Ansprechpartner

38 Impressum

Lauterbachs Halbzeitbilanz

Zu eigensinnig, zu oft verdribbelt und zu oft daneben

Warmgelaufen hatte er sich lange genug, die eigenen Ziele waren hoch gesteckt, an Ambitionen hat es nicht gemangelt. Doch hat Professor Karl Lauterbach in der nun zu Ende gehenden ersten Halbzeit der Ampel-Regierung wirklich geliefert? Eher nicht. Zur Halbzeit liegt die Koalition (auch) gesundheitspolitisch im Rückstand, die Performance auf und neben dem Spielfeld ließ bisher deutlich Spielraum nach oben. Die Erwartungen der Ärzteschaft an den Minister waren von Anfang an verhalten – um es diplomatisch auszudrücken. Insofern hält sich die Enttäuschung in Grenzen, mit Wut und Ärger ist die Stimmung in Teilen der Ärzteschaft treffender beschrieben. An eine Auswechslung für die zweite Spielhälfte glaubt – zwischenzeitlichen Spekulationen zum Trotz – niemand. Wir schauen zurück, was sich hinsichtlich des Gesundheitssystems in der ersten Hälfte der Spielzeit getan hat und was für die zweite (wahrscheinlich) zu erwarten ist.

Die erste „Ampel“-Bundesregierung ging nach den Bundestagswahlen Ende September 2021 am 8. Dezember 2021 an den Start. Bis zum Herbst 2022 stand die Pandemie im Vordergrund und führte größtenteils zu einer nahtlosen Fortsetzung der Politik der davor regierenden Großen Koalition von CDU/CSU und SPD. Erst ab Mitte 2022 setzte eine „eigenständige“ Gesundheitspolitik von Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach (SPD) ein, die aber bislang in ihrer Bilanz viele Kritikpunkte seitens der Ärzteschaft aufweist. Das dokumentiert sich auch in den Beschlüssen der Hauptversammlungen des Hartmannbundes aus diesen beiden Jahren.

Corona-Bekämpfer Lauterbach wird „aufgestellt“

Die gesundheitspolitische Welt diskutierte zu Beginn der Regierung der Ampelkoalition über das Gefährdungspotential der hoch ansteckenden Omikron-Variante, die in dieser Zeit in Deutschland Einzug hielt, während die Delta-Variante noch Schrecken verbreitete. Der zum Bundesgesundheitsminister ernannte Professor Karl Lauterbach (SPD) stieß

Für viele Pläne und Projekte gab es für den Gesundheitsminister die Rote Karte – ob aus dem ambulanten oder dem stationären Sektor.

in diesen Zeiten in seiner coronapolitischen Ausrichtung über das Ampel-Lager hinaus auch in Unionskreisen auf große Zustimmung. Der bayerische Ministerpräsident Markus Söder (CSU) gab drei Tage vor Lauterbachs Amtsantritt zu Protokoll er würde es begrüßen, sollte Lauterbach Bundesgesundheitsminister werden. Lauterbach hatte in den Pandemie Jahren als in den Medien vielgefragter Fachpolitiker die damalige Corona-Politik der Großen Koalitionen erklärend unterstützt, die weitgehend unter Führung der damaligen Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) unter politischer Einbeziehung der Ministerpräsidentenkonferenz in den Corona-Fragen eine All-Parteien-Koalition (ohne AfD) bildete – allerdings bei den Linken mehr auf Länderebene.

Auf weniger Zustimmung der Union und auch der meisten Ministerpräsidenten stieß das noch Ende November 2021 unter der dann nach der Bundestagswahl geschäftsführenden Bundeskanzlerin Angela Merkel administrierte erste „Ampel-Gesetz“. Die epidemische Lage nationaler Tragweite wurde, wohl vor allem auf Betreiben der FDP hin, nicht verlängert, aber gleichzeitig ein Katalog weiterhin anwendbarer Pandemiemaßnahmen gesetzlich verankert (Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite – Inkrafttreten 24. November 2021). Die Union, wie auch manches Land, sah den „Instrumentenkasten“ an möglichen Pandemie-Maßnahmen dadurch zu stark eingeschränkt.

Doch schon kurz darauf wurde die überparteiliche Koalition erneut zusammengeschweißt. Das in den November/Dezember-Wochen 2021 sich zunehmend problematischer abzeichnende Pandemie-Geschehen durch die Delta Variante und die Befürchtungen hinsichtlich

der neu auftretenden Omikron-Variante führten bei den Ampel-Gesundheitspolitikern zu einem erneuten Umdenken hinsichtlich schärferer Maßnahmen. Nicht zuletzt gab es mit dem ehemaligen GroKo-Bundesfinanzminister Olaf Scholz als Bundeskanzler einen in oberster Führungsverantwortung erfahrenen Pandemie-Bekämpfer, der die Corona-Politik der GroKo uneingeschränkt mitgetragen hatte. Mit den ehemaligen Oppositionsparteien hatten sich in GroKo-Pandemiezeiten viele coronapolitische Schnittmengen ergeben – bei den Grünen nahezu uneingeschränkt.

Die erst seit kurzem Regierungsverantwortung ausübende Ampel-Koalition kehrte deshalb in ihren Handlungsmustern größtenteils zum Vorgehen der vorherigen GroKo in der Pandemie-Bekämpfung zurück. Unter Zustimmung von Ampelkoalitionären und Unionspolitikern wurde das Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie (Inkrafttreten 12. Dezember 2021) verabschiedet. Neben erneuten Ausgleichszahlungen an notfallversorgende somatische Kliniken für frei gehaltene Betten zur potentiellen Versorgung von COVID-Patient:innen, wurden die Möglichkeiten der Länder, schärfere Pandemie-Maßnahmen zu verhängen, erweitert. Beispielsweise konnten Großereignisse wie Sportveranstaltungen untersagt werden.

Erste Risse zwischen Gesundheitsminister und Ärzteschaft

Für die ambulanten Vertragsärzte im Nachhinein betrachtet gesundheitspolitisch einschneidend und fragwürdig war dieses

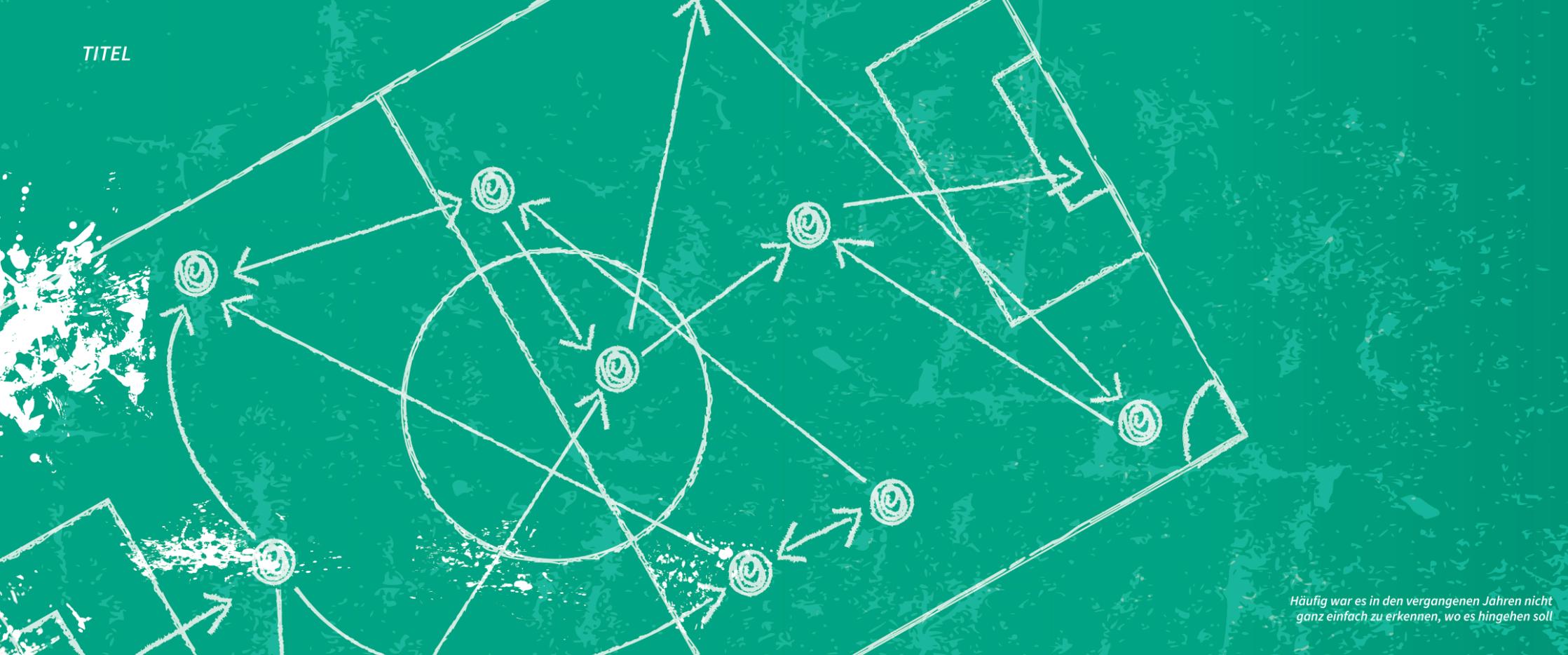
Gesetz aber unter einem anderen Gesichtspunkt: Wegen der Forcierung der Impfkampagne gegen COVID-19 erhielten Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker die Erlaubnis, nach entsprechender Schulung Impfungen gegen COVID-19 durchführen zu dürfen. Diese zunächst pandemiebedingte Ausnahme wurde im Mai 2022 im Rahmen des Pflegebonusgesetzes für die Apothekerschaft in eine regelhafte Leistung überführt. Dies betrifft nicht nur die COVID-19-Schutzimpfungen, sondern auch die Influenza-Impfungen. Letztere waren zuvor auf Modellregionen beschränkt. Hier zeigten sich auf der gesundheitspolitischen Ebene zum ersten Mal erheblichere Risse zwischen den Auffassungen von Bundesgesundheitsminister und der Vertragsärzteschaft.

Bis etwa Mitte des Jahres 2022 dominierte die Corona-Pandemie innenpolitisch das gesundheitspolitische Wirken der Regierungskoalition. Viele pandemiebedingte Verordnungen, wie die „Verordnung über von den Approbationsordnungen für Ärzte, für Ärztinnen, für Zahnärzte und Zahnärztinnen und für Apotheker abweichende Vorschriften im Rahmen der Bewältigung der Coronavirus-SARS-CoV-2-Pandemie oder ihrer Folgen“ oder die „Verordnung zu Beschaffung von Medizinprodukten und persönlicher Schutzausrüstung bei der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Epidemie“ wurden erlassen wie auch weitere Verordnungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser in der Pandemie.

Folgen des Ukraine-Konflikts: Rasant steigende Kosten

Für die Republik war die Diskussion um die Coronapolitik bis in den Sommer 2022 zwar noch ein maßgebliches Thema, doch am 24. Februar 2022 eröffnete Wladimir Putin den Angriffskrieg auf die Ukraine und beherrschte die Schlagzeilen. Die Bundesregierung wurde dadurch zusätzlich in besonderem Maße gefordert. Im Laufe der folgenden Monate erlebte Deutschland das Ende der Gaslieferungen aus Russland. Durch diese Geschehnisse und weitere damit zusammenhängende Ereignisse gab es schnell steigende Energiepreise und eine steigende Inflation. Davon waren auch Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und damit auch die Praxen besonders betroffen. Der Bundesgesundheitsminister aber, wie bis heute von der ambulanten Ärzteschaft kritisiert wird, setzte sich zur Abmilderung der dadurch rasant steigenden Kosten lediglich für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen ein und erreichte diesbezüglich gesonderte Unterstützungsleistungen.

Mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften (Inkrafttreten 19. März 2022) vollzog die Ampel-Koalition nach den Erfahrungen mit der Omikron-Variante, die seit Januar in Deutschland grassierte und die Delta-Variante nahezu verdrängt hatte, einen Swift in ihrer Corona-Politik hin zur Gewährleistung lediglich nur noch niedrigschwelliger Maßnahmen für die Länder. Die in diesem Gesetz implementierte Hot-Spot-Regelung sollte ihnen aber die Möglichkeit lassen, auf regionale Überlastungen durch die Pandemie weiterhin mit schärferen Maßnahmen reagieren zu dürfen, allerdings nur unter der Voraussetzung eines vorhergehenden parlamentarischen Beschlusses im betroffenen Bundesland. Dieses Gesetz kam wohl vornehmlich auf Intervention der FDP hin zustande. Vor allem die Grünen machten keinen Hehl daraus, dass sie auch noch länger mit dem vorhergehenden strengeren Pandemie-Regularium hätten leben können. Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion lehnte diesen Schwenk der Corona-Politik der Ampel im Deutschen Bundestag ab. Sie fürchtete negative Folgen zu frühzeitigen Lockerungen, ebenso die Länderkammer, die aber, trotz von den Länderspitzen geäußelter erheblicher Kritik, das Gesetz im Bundesrat passieren ließ.



Häufig war es in den vergangenen Jahren nicht ganz einfach zu erkennen, wo es hingehen soll

COVID-19-Impfpflicht erhitzt die Gemüter

Die Diskussion um eine allgemeine COVID-19-Impfpflicht war im Frühjahr 2022 ein die Gesundheitspolitik beherrschendes Thema. Führende Politiker der Ampel-Koalition vertraten die Auffassung, entweder aus Gründen der Pandemiebeendigung oder auch des Infektionsschutzes vulnerabler Gruppen (besonders Ältere) müsse eine COVID-19-Impfpflicht eingeführt werden. Die konkreten Positionen waren hier zwischen den Ampel-Fraktionen nicht scharf abgegrenzt, deshalb bestand kein Fraktionszwang bei der Abstimmung hinsichtlich der diesbezüglichen Gesetzesvorlagen im Bundestag. Sämtliche parteiübergreifenden Gesetzesanträge scheiterten aber im Bundestag, die, je nach Gesetzesvorlage, eine Impfpflicht ab verschiedenen Altersgrenzen vorsahen (ab 18, ab 50 oder ab 60). Auch ein von der Unions-Bundestagsfraktion gestellter Entschließungs-Antrag für ein Impfvorsorgegesetz, das keine unmittelbare Impfpflicht begründet hätte, sondern eine solche von der weiteren Pandemieentwicklung abhängig machte sowie für die Einführung eines Impfregisters plädierte, verfehlte die Bundestagsmehrheit.

Im Mai 2022 wurde das schon erwähnte Pflegebonusgesetz beschlossen mit Prämienzahlungen für außergewöhnliche Belastungen während der Pandemiezeit für das Pflegepersonal in Krankenhäusern (unmittelbar am Bett) und in der Langzeitpflege mit einem Volumen von insgesamt 1 Mrd. Euro. Bis heute monieren die Arztpraxen gegenüber dem Bundesgesundheitsminister, dass ihre medizinischen Fachangestellten hier nicht berücksichtigt wurden.

Über den Sommer 2022 gab es noch intensive Diskussionen in der Gesundheitspolitik über die angemessene „Corona-Vorbereitung“ auf den Herbst und Winter 2023. In der Replik betrachtet läutete nichtsdestotrotz die Omikron-Variante mit ihrem hohen Ansteckungspotential, aber den vergleichsweise sehr geringen Klinikeinweisungen und Todesraten, das allmähliche Ende der von der Bevölkerung wahrgenommenen Dramatik der COVID-19-Pandemie in den folgenden Monaten ein. Mit dem COVID-19 Schutz-Gesetz im September 2022, das u.a.

Regelungen für die erneute Forcierung der COVID-19-Impfkampagne und Hygienekonzepte enthielt, Impf- und Testnachweise regelte sowie auch Länderbefugnisse insbesondere über die Beauftragung der dafür extra honorierten Fachkräfte in Pflegeeinrichtungen zur Umsetzung von COVID-19-Hygienekonzepten vorsah, wurde das letzte große Pandemiegesetz der Ampel-Koalition verabschiedet. In nachhaltiger Erinnerung der Bevölkerung dürfte die bundesweite Maskenpflicht geblieben sein, die aber dann doch nicht in Flugzeugen galt. Es folgte noch ein weiteres Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes mit der Umsetzung einer EU-Trinkwasser-Richtlinie, das aber auch in der Gesundheitspolitik keine größere Rolle spielte.

Anders verhielt es sich insbesondere für Ärzt:innen in der stationären Versorgung auf intensivmedizinischen Stationen mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes. Hier wurden erstmals gesetzliche Regelungen zur Triage auf Intensivstationen getroffen. Der Gesetzgeber habe keine Vorkehrungen dazu getroffen, dass niemand bei einer Entscheidung über die Verteilung von pandemiebedingt knappen intensivmedizinischen Behandlungsressourcen aufgrund einer Behinderung benachteiligt werde und sei damit seinem Schutzauftrag nicht gefolgt, entschied das Bundesverfassungsgericht im Dezember 2021 und forderte sofortige Abhilfe. Selbst die Behinderntenbeauftragten aus Bund und Ländern übten aber Kritik an dem daraus resultierenden Gesetz, das Mitte Dezember 2022 in Kraft trat. Sie bezweifelten, ob damit dem Auftrag des Bundesverfassungsgerichts tatsächlich entsprochen worden sei. Mit dem mit diesem Gesetz erfolgten Verbot der sogenannten Ex-Post-Triage dürfe die Entscheidung über die Zuteilung von Behandlungskapazitäten nunmehr nur nach der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit der betroffenen Patient:innen getroffen werden, kritisierte die Bundesärztekammer. Die Entscheidung über die Zuteilung überlebenswichtiger intensivmedizinischer Ressourcen könnten Ärztinnen und Ärzte aber nur in jedem Einzelfall sorgfältig aufgrund medizinischer Kriterien treffen und diese Möglichkeit sei ihnen nun genommen.

Die Schilderung dieser noch stark von der Pandemie dominierten Regierungsmonate zwischen Oktober 2021 und dem Herbst 2023 illustriert nachdrücklich, dass die Ampel in ihrer ersten Amtszeit größtenteils die von Altbundeskanzlerin Merkel geschmiedete All-Parteien-Koalition (ohne AfD, die sich in Dauer-Opposition befand) aufrechterhielt. Und ebenfalls in der grundsätzlichen politischen Reaktion auf den russischen Angriffskrieg mit der uneingeschränkten politischen Unterstützung der Ukraine waren sich die Ampel-Koalition und die größte Oppositionsfraktion im Deutschen Bundestag ebenso einig wie auch weitgehend die Ministerpräsidentenkonferenz. Die Bundeskanzler-Ministerpräsidentenkonferenz hat übrigens seit der Pandemie bis dato an erheblichem politischem Einfluss auf Bundesebene gewonnen, der zuvor nicht derartig ausgeprägt war.

Neuer Fokus – eine moderne, bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Ab dem Frühjahr 2022 mehrten sich allerdings die Stimmen im Gesundheitswesen, die Bundesgesundheitsminister Lauterbach kritisierten, wertvolle Zeit verstreichen zu lassen, obwohl dringend notwendige gesundheitspolitische Vorhaben in Angriff genommen werden müssten. Der am 24. November 2021 vorgestellte Koalitionsvertrag der Ampel-Koalition war nämlich mit der ausschließlich auf die Pandemielage, den Angriff auf die Ukraine und damit zusammenhängend steigenden Energiepreisen und auf die merkliche Inflation fokussierten Politik zunächst im Gesundheitsbereich vollständig in den Hintergrund getreten. Die im Kapitel Pflege und Gesundheit formulierten Vorhaben waren liegen geblieben.

Im Mai 2022 erfolgte eine erste Zäsur hinsichtlich der einseitigen gesundheitspolitischen Ausrichtung auf die Pandemiepolitik. Bundesgesundheitsminister Lauterbach stellte die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ unter Leitung von Prof. Dr. Tom Bschor vor, Vorsitzender der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie und langjähriger Chefarzt

in einem Berliner Klinikum. Doch es sollte noch bis in den Dezember 2022 hinein dauern, bevor der Bundesgesundheitsminister tatsächlich Reformthemen mit konkreter Gesetzgebung verband. Die auf der Hauptversammlung des Hartmannbundes Anfang November 2021 in Beschlüssen ausgeführten Anliegen aus der ambulant und stationär tätigen Ärzteschaft an die Gesundheitspolitik lagen zusammen mit den diesbezüglichen Beschlüssen der Hauptversammlung des Hartmannbundes von Mitte November 2022 größtenteils undiskutiert auf Wiedervorlage.

Lauterbach meidet den Austausch

Ließ sich Lauterbachs „Dialogferne“ zu den ärztlichen Vertretern aus Institutionen und Verbänden im Gesundheitswesen in den ersten Monaten seiner Regierungszeit noch „pandemiebedingt“ erklären, offenbarten schon die Zusammensetzung der Regierungskommission, aber auch öffentliche Ankündigungen und Aussagen des Bundesgesundheitsministers – bis hin zu einem die ambulante Ärzteschaft im Mark treffenden Spargesetz, dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz im Herbst 2022 – einen erheblichen Dissens. In anderen Gesundheitsbereichen zeichnete sich ein ähnliches Bild der fehlenden Dialogbereitschaft des Bundesgesundheitsministers ab. Lauterbachs Erklärung für die Zusammensetzung der Regierungskommission führte nicht nur in der Ärzteschaft zu massiver Verärgerung: In dieser Kommission könnten Zukunftskonzeptionen für das Gesundheitswesen frei von hemmenden Einlassungen der „Lobbyisten“ entwickelt werden, worunter er die Selbstverwaltungsorgane und die Gemeinsame Selbstverwaltung ebenso subsummierte wie auch langjährig etablierte Verbände. Auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2023 deutete der Gesundheitsminister diese im Laufe der Zeit immer wieder öffentlich getätigte Äußerung über die „Lobbyisten“ zwar positiv um: Als Benennung von Verantwortlichen mit besonderem Einsatz für die von ihnen zu vertretende Sache. Trotzdem kritisierten Betroffene vehement den im Kontext unmissverständlich eher pejorativ zu verstehenden Zungenschlag des Bundesgesundheitsministers als Zeichen für mangelnde Anerkennung ihrer Institutionen sowie dezidierte Verweigerung von Dialog.

GKV-Lücke per Gesetz geschlossen

Die GroKo hatte während ihrer Amtszeit unter dem Rubrum der sogenannten „Sozialgarantie“ dafür Sorge getragen, die Sozialnebenkosten nicht über 40 Prozent steigen zu lassen, doch klaffte eine erhebliche Finanzierungslücke für das Jahr 2022. Mitte 2021 hatte der damalige Bundesfinanzminister Olaf Scholz zunächst 7 Mrd. Euro für das Jahr 2022 über die gesetzlich vorgesehenen 14,5 Mrd. Bundeszuschuss hinaus zusätzlich für die gesetzlichen Krankenversicherung als erweiterten Bundeszuschuss frei gegeben. Nach der Bundestagswahl fehlten dennoch weitere 7 Mrd., um die Sozialgarantie mittels desselben durchschnittlichen Zusatzbeitrags zur GKV wie in 2020 einzuhalten, der sich auf 1,3 Prozent belief. Noch bevor die Besetzung des Amtes des Bundesgesundheitsministers erfolgt war, einigten sich die damaligen Ampel-Koalitionäre auf einen erneuten erweiterten Bundeszuschuss von 7 Mrd. Euro für die gesetzliche Krankenversicherung für das Jahr 2022, so dass der von der GroKo sogar per Gesetz festgelegte durchschnittliche Zusatzbeitrag von 1,3 Prozent für das Jahr 2022 mit der dafür erforderlichen Finanzierung hinterlegt war.

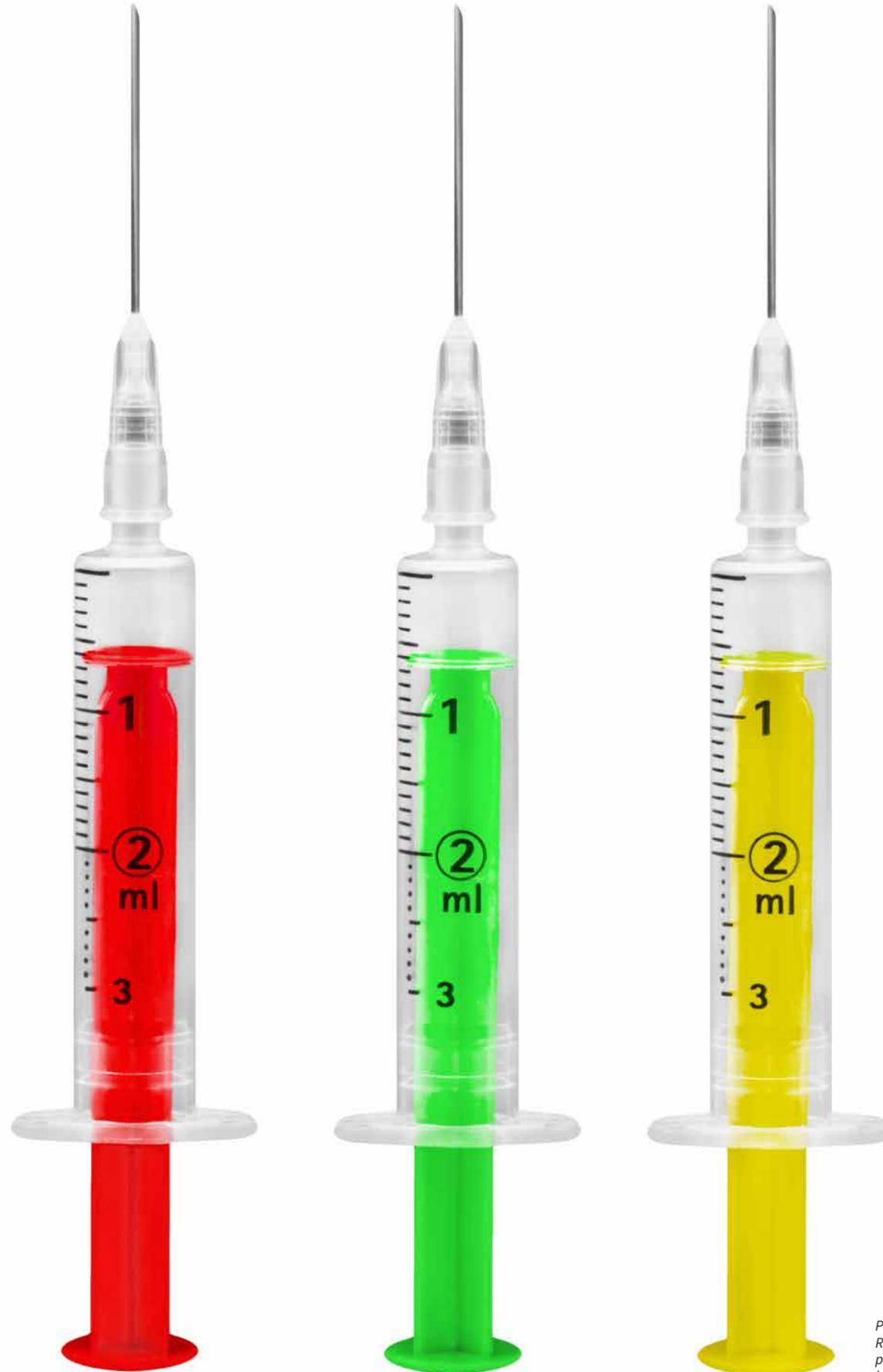
Ein im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstelltes IGES-Gutachten aus dem Jahr 2016 hatte ergeben, dass die GKV schon zum damaligen Zeitpunkt für die ALG-2-Empfänger (heute Bürgergeld-Empfänger) keine kostendeckenden Beiträge erhielt. Bereits zum Zeitpunkt des Gutachtens belief sich die errechnete Unterdeckung auf etwa 10 Mrd. Euro. Trotz entsprechender Erklärungen hatte die Union in ihrer Regierungszeit hier keine Abhilfe geschaffen. Die Am-

pelkoalition hat in ihrem Koalitionsvertrag sogar vereinbart, nicht nur die Beiträge für ALG-2-Empfänger aus Steuermitteln für die GKV kostendeckend zu finanzieren, sondern den Bundeszuschuss zur GKV „regelmäßig zu dynamisieren“. Bereits im Jahr 2022 sah sich Bundesgesundheitsminister Lauterbach in Hinblick auf die GKV-Finanzierung für das Jahr 2023 außer Stande, die genannte Koalitionsvereinbarung umzusetzen. Bundesfinanzminister Christian Lindner (FDP) war lediglich bereit, wegen der unsicheren Zukunft durch die Folgen des russischen Angriffskriegs und der Gemengelage mit hochschnellenden Energiekosten und steigender Inflation die Schatulle des Steuerzahlers mit nur weiteren 2 Mrd. Euro über den regulären Bundeszuschuss von 14,5 Mrd. Euro hinaus für die GKV zu öffnen. Außerdem erhielten die Kassen als Novität ein befristetes Bundesdarlehen in Höhe von einer Milliarde Euro. Zusätzlich betrafen weitere Regelungen die gesetzlichen Krankenkassen, unter anderem das weitere Abschmelzen von Kassenreserven. Der durchschnittliche Zusatzbeitragsatz wurde um 0,3 Prozentpunkte auf 1,6 Prozent angehoben. Für 2024 hat Bundesgesundheitsminister Lauterbach den durchschnittlichen Zusatzbeitrag um weitere 0,1 Prozentpunkte erhöht, ohne weitere Maßnahmen zu ergreifen. Die prognostizierte Lücke von 17 Mrd. Euro für die GKV in 2023 wurde vom Bundesgesundheitsminister durch ein Spargesetz geschlossen.

Sparen, sparen, sparen

Neben dem Abschmelzen von Rücklagen bei der gesetzlichen Krankenversicherung und Einsparungen bei den Apothekern, den Zahnärzten und der Pharmaindustrie wurde empfindlich und sogar strukturell in die Vergütung der Vertragsärzte eingegriffen. Die sogenannte Neupatientenregelung, die erst vor wenigen Jahren eingeführt worden war, damit neue Patient:innen schneller einen Termin bekommen, wurde wieder abgeschafft. Mit dieser Regelung wurden die Leistungen für die Behandlung zuvor in voller Höhe vergütet. Auf diese Weise sollte ein Anreiz für die durch Budgetierung und hohe Patientenzahlen ohnehin stark belasteten Praxen geschaffen werden, zusätzlich kurzfristige Termine anzubieten und neue Patient:innen aufzunehmen. „Es ist ja nicht nur so, dass durch den geplanten Wegfall der Neupatienten-Regelung rund 400 Millionen Euro in der Versorgung fehlen, es kommen ja zugleich noch ganz erhebliche Mehrkosten durch die steigenden Energiepreise und die galoppierende Inflation auf die Praxen zu. In Anbetracht dieser Belastungen reicht es nicht aus, nur den Krankenhäusern einen Finanzausgleich zu zahlen. Auch die Arztpraxen müssen unterstützt werden. Letztlich sind 650 Millionen Behandlungsfälle in der ambulanten Versorgung betroffen“, kritisierte damals der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Dr. Klaus Reinhardt, der zugleich Vorsitzender des Hartmannbundes ist. Für die Vertragsärzte war diese Regelung ein enormer Tiefschlag, die nach wie vor erhebliche Auswirkungen auf das Verhältnis zum Bundesgesundheitsminister hat, der zudem behauptete, es habe nach Einführung der Regelung keine positive Veränderungen für die Patient:innen gegeben sondern nur Einnahmeerhöhungen.

Bis zum November des Jahres 2023 ist Bundesgesundheitsminister Lauterbach einer grundlegenden Diskussion im Gesundheitswesen über die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgewichen, obwohl er angeblich ein Konzept innerhalb des Bundeskabinetts vorgelegt hatte. Aufgrund des Bundesverfassungsgerichtsurteils zur Schuldenbremse respektive dem 2. Nachtragshaushalt 2021 der Ampel-Koalition und weiteren Nebenhaushalten hat jedwede Diskussion über die Umsetzung der angesprochenen Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrags zunächst ein abruptes Ende gefunden. Die Politiker aus allen Parteien justieren ihre Positionierungen zu künftigen öffentlichen Ausgaben gegenwärtig neu, da das Bundesverfassungsgericht



Positive Wirkung gezeigt hat die Rot-Grün-Gelbe Gesundheitspolitik in der ersten Halbzeit bisher nur bedingt.

das Reißen der grundgesetzlich verbrieften Schuldenbremse des Kern-Haushalts durch überjährige Nebenhaushalte („Sondervermögen“) für nichtig erklärt hat.

Ein Bärenndienst: Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz

Im Frühsommer 2022 wandte sich der Bundesgesundheitsminister merklicher der Vorbereitung der eigentlichen Reformgesetzgebung zu. Ventiliert man den ob der Pandemie in seinen inhaltlichen Aussagen „liegen gebliebenen“ Leitantrag der Hauptversammlung des Hartmannbundes aus dem Jahr 2021, lassen sich durchaus große Übereinstimmungen mit grundlegenden Sichtweisen Lauterbachs auf die Ausrichtung der Gesundheitspolitik feststellen, die der Bundesgesundheitsminister ab dem Mai 2022 verstärkt gegenüber der Öffentlichkeit kommunizierte. Der Leitantrag des Hartmannbundes „Der Ökonomisierung im Gesundheitswesen Einhalt gebieten – Medizinisch notwendiges Handeln muss Maß der Dinge sein!“ forderte von der Gesundheitspolitik, klare Grenzen zu ziehen und ökonomische Übergriffe auf die Medizin und ärztliches Handeln zu verhindern. Auch der Bundesgesundheitsminister betont die von ihm in allen seinen Reformen angestrebte „Entökonomisierung“. Allerdings erwies er mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz für die Vertragsärzte diesem Grundgedanken einen Bärenndienst.

Die Regierungskommission Krankenhaus legte am 11. Juli 2022 ihre erste Stellungnahme mit „Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe“ vor. Die zweite Empfehlung der Regierungskommission „Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens“ wurde am 27. September 2022 vorgestellt und die dritte Empfehlung folgte am 6. Dezember 2022 zu einer „grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung“. Die Reformvorschläge der Kommission bilden für den Bundesgesundheitsminister nach eigenem Bekunden Grundlagen für Gesetzesvorhaben, in die sie aber nicht vollständig einfließen müssen.

Wohl auch die weiterhin bestehende Dialogverweigerung durch den Bundesgesundheitsminister führte im November 2022 zu einem einstimmig gefassten Beschluss der Hauptversammlung des Hartmannbundes: „Angesichts von Dringlichkeit, Umfang und Komplexität des notwendigen Korrektur- und Reformbedarfes im deutschen Gesundheitswesen brauche es – jenseits von bisher formal im Gesetzgebungsprozess festgelegten Verfahren – die Etablierung eines strukturierten Dialogs zwischen politischen Entscheidungsträgern und Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft.“ Nicht zuletzt die Bilanz des ersten Jahres der Ampel-Koalition habe gezeigt, dass insbesondere das Bundesgesundheitsministerium einer fachlichen Unterstützung für eine sachgerechte Umsetzung notwendigen gesundheitspolitischen Regierungshandelns bedürfe. „Bisherige Entscheidungen waren in Teilen unausgewogen (Corona-Bonus und Hilfspaket in der Energiekrise für Krankenhäuser aber nicht für Praxen), versorgungshemmend (Beschränkung der Finanzierung der offenen Sprechstunde), unpraktikabel (erzwungene Einführung unausgereifter TI-Anwendungen) oder entpuppten sich als toxische Mischung aus der Zerschlagung bewährter Strukturen (Neupatientenregelung) bei gleichzeitiger Verschleppung notwendiger Reformen (GOÄ).“

Diesem Ansinnen eines strukturierten Dialogs ist der Bundesgesundheitsminister nicht nachgekommen, obwohl beispielsweise das allseits geschätzte „Urgestein“ der Gesundheitspolitik, NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU), nicht müde wird, darauf hinzuweisen, dass das Gelingen großer Reformen im Gesundheitsbereich vor allem von der intensiven Einbindung der verantwortlichen Institutionen und Verbände abhängt. Mit der Regierungskommission

ist der Bundesgesundheitsminister aber genau den umgekehrten Weg gegangen. Die theoretischen Ausführungen der Regierungskommission werden nach und nach in teils sehr mühseligen Prozessen „praxistauglich“ gemacht.

Die „kleine“ und die „große“ Krankenhausreform

Lauterbach hat mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz, dessen Entwurf er im Oktober 2022 vorlegte und das am 29. Dezember 2022 in Kraft getreten ist, einen ersten tatsächlichen Reform-Aufschlag im stationären Bereich vollzogen, den er selbst euphorisch als „kleine Krankenhausreform“ bezeichnete, mit der auf diesem Sektor der „Beginn einer Revolution“ eingeläutet werde. Thematisch aufgegriffen hat die Ampel-Koalition mit diesem Gesetz unter anderem die erste und zweite Stellungnahme der Regierungskommission. Die pädiatrischen Fälle erhalten –aufsetzend auf das DRG-System und das pandemiefreie Jahr 2019 zur Grundlage nehmend – mittels prozentualer Zuschläge von jeweils jährlich 300 Millionen Euro ein garantiertes Erlösvolumen für die Jahre 2023 und 2024. Bedacht werden nicht nur die pädiatrischen Abteilungen und Krankenhäuser, sondern alle „pädiatrischen Fälle“.

Für die Jahre 2023 und 2024 werden auch zusätzlichen Mittel für Geburtshilfe in der stationären Versorgung von jeweils jährlich 120 Mio. Euro nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Bundesländer verteilt. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde legt bis zum 31. März der Jahre 2023 und 2024 jeweils die Höhe eines standortindividuellen Förderbetrages für Krankenhausstandorte fest, die eine Fachabteilung für Geburtshilfe oder eine Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe vorhalten und bedarfsnotwendig sind. Die Länder müssen hier am jeweiligen Krankenhausstandort bundesgesetzliche Vorgaben berücksichtigen (Vorhaltung einer Fachabteilung für Pädiatrie, Vorhaltung einer Fachabteilung für Neonatologie, den Anteil vaginaler Geburten, die Geburtenanzahl). Anlässlich der Diskussionen über die „große Krankenhausreform“ betont der Bundesgesundheitsminister immer wieder, dass diese Maßnahme entscheidend dazu beitragen würde, dass Pädiatrien und Geburtshilfen nicht in finanzielle Schwierigkeiten geraten, bevor die große Reform verabschiedet und eine Neuordnung der Krankenhauslandschaft eingeleitet ist. Im Bereich der Digitalisierung wurden mit diesem Gesetz u.a. einige sehr technische sinnvolle Regelungen umgesetzt.

Die zweite Stellungnahme der Regierungskommission aufgreifend wurden die Tagesbehandlung am Krankenhaus sowie die spezielle sektorengleiche Vergütung („Hybrid-DRG“) ebenfalls mit diesem Gesetz eingeführt. Die Tagesbehandlung erfordert einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patient:innen im Krankenhaus währenddessen überwiegend ärztliche und pflegerische Behandlungen zu erbringen sind. Die Dokumentationspflichten wurden reduziert. Neben Rettungsfahrten sind nun auch Krankenfahrten, die nach den Richtlinien des G-BA nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 auch zu ambulanten Behandlungen übernahmefähig wären, erstattungsfähig. Der Evaluationszeitraum beinhaltet 6 Monate und eine zweite Evaluation ist nach weiteren 12 Monaten vorgesehen.

Die Vertragspartner nach § 115b SGB V (Ambulantes Operieren, AOP) werden laut Gesetz beauftragt, bis zum 31. März 2023 eine spezielle sektorengleiche Vergütung sowie eine Auswahl von Leistungen des AOP-Katalogs zu vereinbaren, auf die die Vergütung angewendet wird. Soweit eine Einigung der Selbstverwaltungspartner ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande kommt, wird das BMG ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur speziellen sektorengleichen Vergütung sowie zur Auswahl von Leistungen zu erlassen. Die Vertragspartner nach § 115b erhalten den Auftrag, die Auswirkungen der speziellen sektorengleichen

Verordnung im Abstand von 18 Monaten, erstmals zum 1. April 2024, zu evaluieren und dem BMG darüber einen Bericht vorzulegen.

Ambulantisierung und Fachkräftemangel

Zwischen den Vertragspartnern von Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband konnte in der kurzen Zeit bis zum 31. März 2023 keine Einigung erzielt werden. Bei Redaktionsschluss dieses Beitrags lag ein Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministers vor, der laut Kritik der Vertragsärzte einen zu schmalen Katalog an Hybrid-DRG vorsieht. Die Auswahl der Leistungen soll außerdem laut Referentenentwurf vom AOP-Katalog entkoppelt werden. Im ambulanten Bereich wird seitens der Vertragsärzte die feste Inklusion der Sachkosten kritisiert – so seien die Hybrid-DRG nicht wirtschaftlich zu erbringen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hingegen kritisiert vornehmlich, die Hybrid-DRG müssten zunächst einmal eine ausschließliche Krankenhausleistung, auch mit dem entsprechenden Vergütungsanspruch bleiben, weil die vorgesehene Absenkung der neuen Fallpauschale für die Krankenhäuser nicht wirtschaftlich zu erbringen sei. Die Fallpauschale für eine Hybrid-DRG soll laut Gesetzesbegründung zwischen der bisherigen DRG und dem EBM liegen. Zu befürchten wären auch ambulante spezialisierte Operationszentren vor der Haustür von Krankenhäusern, so die DKG, die Fachärzte abwerben würden und so ein notwendiges stationäres Leistungsspektrum von Krankenhäusern gegebenenfalls nicht mehr erbracht werden könnte. Der Bundesgesundheitsminister verspricht sich von einer Ambulantisierung der Leistungen auch eine Entlastung der Pflegekräfte in der stationären Versorgung, gerade auch in Hinblick auf den virulent werdenden Fachkräftemangel.

Digitalisierung ohne Sanktionen!

Mit diesem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wurde außerdem die Finanzierung und Kostenerstattung, die den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern hinsichtlich der Ausstattungs- und Betriebskosten im Rahmen der Telematikinfrastruktur entstehen, auf eine sogenannte TI-Pauschale umgestellt. Diese Konstruktion wurde während des Gesetzgebungsverfahrens von der KBV als nicht kostendeckend kritisiert. Nachdem die vom Gesetz vorgesehene Einigung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband über diese Pauschale bis Ende März 2023 nicht zustande gekommen war, hat sie der Bundesgesundheitsminister per Rechtsverordnung festgelegt. Die Pauschale ist seit 1. Juli 2023 in Kraft. Laut BMG orientiert sich die Gesamtsumme der Ausgaben für die neue TI-Pauschale „an den Kosten gemäß der bisherigen Finanzierungsvereinbarungen, sodass einer Arztpraxis im Regelfall weiterhin alle Kosten des Anschlusses und des Betriebes der Telematikinfrastruktur erstattet werden“, erläutert nunmehr die KBV. Fehlt eine der vorgegebenen Anwendungen der TI, wird die Pauschale um 50 Prozent gekürzt. Bei mindestens zwei fehlenden Anwendungen wird nach den Vorgaben des BMG keine Pauschale gezahlt. Diese Regelung wird von der Ärzteschaft heftig kritisiert. Die Motivation von Ärzt:innen an der TI teilzunehmen, werde nicht dadurch gesteigert, dass sie möglicherweise sanktioniert würden, auch wenn sie die Ursachen gegebenenfalls gar nicht zu verantworten hätten, heißt es seitens der Vertragsärzte, eher das Gegenteil sei der Fall.

Außerdem hat das Gesetz Regelungen zu einem Personalbemessungsverfahren in Krankenhäusern getroffen, worauf auch der Hartmannbund sehr viel Wert zur Entlastung der Beschäftigten legt. Am 1. Januar 2023 sollte laut Gesetz die Erprobungsphase mit einem Praxistest gestartet sein. Die Testphase erfolgt in einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern. Auf dieser Basis werden in einer Rechts-

verordnung des Bundesgesundheitsministers im Einvernehmen mit dem Bundesfinanzminister und dem Bundesrat den Krankenhäusern Vorgaben für die Personalbemessung gemacht. Ab 2025 soll die Personalbemessung dann scharf gestellt und sanktioniert werden.

Die Überführung der Unabhängigen Patientenberatung in eine Stiftung ist noch nicht abgeschlossen, da deren Konstruktion erst zu Spannungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem BMG aufgrund ihrer Finanzierungsstruktur (Finanzierung durch die GKV, freiwillige Beteiligung der PKV) geführt hatte. Voraussichtlich muss der Personalstamm neu aufgebaut werden, die Stiftungsspitze muss noch eingerichtet werden, ein Start zum 1. Januar 2024, wie ursprünglich vorgesehen, dürfte nicht realisierbar sein. Für die Vertragsärzte hatte diese Gesetzgebung zur Stiftung Unabhängige Patientenberatung aus Mai 2023 eine sehr hohe Bedeutung, da in deren Rahmen über eine komplexe Konstruktion eine Endbudgetierung der vertragsärztlichen Leistung der Kinder- und Jugendärzte realisiert wurde und zwar „mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung“. Außerdem wurden ausgewählte Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie entbudgetiert. Damit hat der Bundesgesundheitsminister in einem ersten Ansatz eine langjährige Forderung der Vertragsärzteschaft und auch des Hartmannbundes realisiert. Wie im Koalitionsvertrag angekündigt, sollte auch zumindest die Entbudgetierung der Hausärzte in dieser Legislaturperiode geregelt werden, der Hartmannbund setzt sich für eine vollständige Entbudgetierung ein.

Leere Regale in den Apotheken

Ob das Lieferengpassgesetz, das im Juli 2023 in Kraft getreten ist, tatsächlich eine spürbare Wirkung entfaltet, wird von einigen Experten im Gesundheitswesen bezweifelt. Das Gesetz sieht unter anderem folgende Regelungen vor: Für Kinderarzneimittel werden die Preisregeln gelockert: Festbeträge und Rabattverträge werden abgeschafft. Die pharmazeutischen Unternehmer können ihre Abgabepreise einmalig um bis zu 50 Prozent des zuletzt geltenden Festbetrages bzw. Preisermittlungspreises anheben. Zukünftig dürfen keine Festbetragsgruppen mehr mit Kinderarzneimitteln gebildet werden. Antibiotika mit Wirkstoffproduktion in der EU und im Europäischen Wirtschaftsraum müssen bei Ausschreibungen von Kassenverträgen zusätzlich berücksichtigt werden. Die Anbietervielfalt wird erhöht. Statt heute 30 Prozent liegt die Zuzahlungsbefreiungsgrenze künftig bei 20 Prozent. Das bedeutet nach der Erläuterung des BMG: Liegt der

Preis mindestens 20 Prozent unter Festbetrag, kann der GKV-Spitzenverband Arzneimittel von der Zuzahlung freistellen. Der Preisdruck bei Festbeträgen werde dadurch gedämpft. Ist ein Arzneimittel nicht verfügbar, dürfen Apotheker:innen ein wirkstoffgleiches Arzneimittel abgeben. Für den Austausch sollen Apotheken und Großhändler einen Zuschlag erhalten.

Können die Arzneimittel nur noch in Kleinpackungen abgegeben oder muss aus einer Packung eine Teilmenge entnommen werden, wird die Zuzahlung für die Versicherten auf die abgegebene Menge begrenzt. Preisinstrumente für versorgungskritische Arzneimittel können im Fall einer Marktverengung gelockert werden. Gibt es bei wichtigen Arzneimitteln zu wenig Anbieter, können Festbetrag oder Preisermittlung einmalig um 50 Prozent angehoben werden. Pharmazeutischen Unternehmen wird für rabattierte Arzneimittel künftig eine sechsmonatige Lagerhaltung vorgeschrieben. Dies soll kurzfristigen Lieferengpässen vorbeugen und gesteigerte akute Mehrbedarfe ausgleichen. Auch Krankenhausapotheken und krankenhausesorgende Apotheken müssen ihre Vorräte bei parenteral anzuwendenden Arzneimitteln und Antibiotika zur intensivmedizinischen Versorgung aufstocken. Wenn bei Krebsarzneimitteln ein Engpass absehbar wird, gilt das auch für Apotheken, die daraus anwendungsfertige Zubereitungen herstellen. Darüber hinaus wird der Großhandel verpflichtet, die Bevorratung mit Kinderarzneimitteln auf vier Wochen zu erhöhen. Ein Frühwarnsystem zur Erkennung von drohenden Lieferengpässen wird eingerichtet.

Notfallsanitäter:innen können künftig Betäubungsmittel rechtsicher aufgrund standardisierter ärztlicher Vorgaben verabreichen, wenn dies im Notfall, z. B. zur akuten Schmerzbehandlung bei Unfällen, notwendig ist und kein Arzt oder keine Ärztin greifbar ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, telefonische Krankenschreibungen zu erlauben, wenn der Versicherte dem Arzt bekannt ist und es sich nicht um eine „schwere Symptomatik“ handelt. Es werden die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen, dass in den Bundesländern Modellvorhaben zu Drug-Checking durchgeführt werden können. Ziel der Maßnahme ist es, Drogennutzende besser aufzuklären und zu beraten, Schaden zu minimieren und einen besseren Überblick über das Geschehen vor Ort zu bekommen. Die Bundesländer sind für die weitere Umsetzung verantwortlich.

Mit dem Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz hat die Ampel-Koalition bei Kinderlosen oder Eltern mit einem Kind die 40-Pro-

Anzeige

Mitten im Markt
Messe Stuttgart

Fachmesse + Kongress
für die ambulante ärztliche Versorgung

Ideeller Träger und Kongressveranstalter

Die MEDIZIN ist Ihre Informations-, Fort- und Weiterbildungsplattform. Bringen Sie Ihre Praxis auf den neuesten Stand! Wir freuen uns auf Sie.

- + Profitieren Sie von einem umfangreichen Vortrags- und Seminarprogramm!
- + Erleben Sie den persönlichen Austausch und knüpfen Sie wertvolle Kontakte!
- + Nutzen Sie das vielfältige Angebot und sammeln Sie Fortbildungspunkte!
- + Entdecken Sie innovative Lösungen und neue Ideen für Ihre Praxis!

Messe Stuttgart

26.-28. Januar 2024 | Freitag-Sonntag

Bleiben Sie am Puls der Zeit!

www.medizin-stuttgart.de

zent-Marke hinsichtlich der Sozialbeiträge gerissen. Grundsätzlich tragen bei der sozialen Pflegeversicherung Arbeitgeber und Beschäftigte den Beitrag paritätisch, also je zur Hälfte. Das gilt hinsichtlich der Pflegeversicherung jedoch nur für den Basis-Beitragsatz, der für Eltern mit einem Kind gilt. Diesen Beitragsatz hat der Gesetzgeber mit der Verabschiedung des Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetzes (PUEG) zum 1. Juli 2023 von 3,05 Prozent auf 3,4 Prozent angehoben, erläutert der AOK-Bundesverband eingängig. Kinderlose Beschäftigte zahlen schon seit 2005 einen Beitragszuschlag zur sozialen Pflegeversicherung. Der Zuschlag wurde zum 1. Juli 2023 von 0,35 Prozent auf 0,6 Prozent erhöht. Damit liegt der Beitrag für Kinderlose bei 4,0 Prozent. Der Kinderzuschlag entfällt für kinderlose Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind oder das 23. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Das Beitragsrecht berücksichtigte bisher die Kinderanzahl nicht. Das hat sich nun ebenfalls zum 1. Juli 2023 geändert: Für Beschäftigte mit mehreren Kindern gibt es ab dem zweiten Kind, gestaffelt nach Kinderanzahl, Abschläge vom Basis-Beitragsatz und damit eine deutliche Entlastung. Ab dem sechsten Kind ist keine weitere Differenzierung vorgesehen.

Stillstand bei der GOÄ-Reform

Die von der Hauptversammlung des Hartmannbundes schon mehrfach in Beschlüssen geforderte GOÄ-Novelle griff Bundesgesundheitsminister Lauterbach trotz der nun bestehenden grundsätzlichen Konsentierung mit dem PKV-Verband und der Beihilfe bislang nicht auf. Das Hemmnis dürfte nach wie vor die von SPD und Grünen vom Grundsatz her immer noch präferierte Bürgerversicherung in Ablehnung der privaten Krankenversicherung sein, die aber mit der FDP als Koalitionspartner auch in dieser Legislaturperiode nicht zum Ampelprojekt werden kann.

Für die vom Bundesgesundheitsminister angekündigte große Krankenhausreform, die die bisherige Krankenhausfinanzierung durch Vorhaltepauschalen und Rest-DRGs ablösen soll, liegen zwar Eckpunkte und inoffiziell kursierende Arbeitsentwürfe vor, aber bei Redaktionsschluss noch kein offizieller Referentenentwurf, geschweige denn ein Gesetzentwurf. Für das Cannabisgesetz wie auch die von der Ampelkoalition auf den Weg gebrachten beiden Digitalisierungsgesetze werden die parlamentarischen Verfahren erst in 2024 abgeschlossen sein und es können noch substantielle Änderungen eintreten. Die Hauptversammlung des Hartmannbundes hatte in den vergangenen beiden Jahren viele Beschlüsse für eine sinnvolle Digitalisierung im ärztlichen Bereich gefasst.

Wichtige Reformen im Hintertreffen

Das gesundheitspolitische Resümee der vergangenen beiden Jahre fällt sehr gemischt aus. Durch seine Äußerungen („Lobbyisten“), seine offensichtliche Gesprächsverweigerung und durch viele kleine Nadelstiche hat der Bundesgesundheitsminister die Vertragsärzteschaft, aber auch die Belegschaft in den Krankenhäusern gegen sich aufgebracht. Auch an ihn herangetragene finanzielle Problematiken aus dem Vertragsärztesbereich spielt er eher herunter. In der Vertragsärzteschaft herrscht zudem die Befürchtung, der Bundesgesundheitsminister wolle auf ein staatlich gelenktes Gesundheitswesen zusteuern und die ambulanten Praxen, zumindest die Fachärzte, austrocknen, damit MVZ-artige Krankenhaus-Strukturen das Zepter übernehmen können. Auch die zunehmende paramedizinische Behandlungsübernahme ehemals originär ärztlicher Tätigkeiten, wie das Impfen, wird als ein weiteres Indiz dafür gesehen, die Existenz der freien Vertragsärzteschaft zu untergraben – zumal die Akademisierung von anderen Gesundheitsberufen nach den Vorstellungen des

Bundesgesundheitsministers durchaus mit der Ausübung ehemals ärztlichen Tätigkeiten einhergehen kann. Die Vertragsärzte haben eine Kampagne „PraxenKollaps“ gestartet, die Krankenhäuser ebenfalls mit „AlarmstufeROT“, um auf ihre Lage aufmerksam zu machen. Die Krankenhäuser sehen sich in einem kalten Strukturwandel, in dem für die Versorgung notwendige Kliniken verloren gehen könnten, bevor die Krankenhausreform greift.

Das schon angesprochene Urteil des Bundesverfassungsgerichts hat ein haushalterisches Erdbeben, nicht nur auf Bundesebene, ausgelöst. Haushalte und Haushaltsentwürfe in Bund und Ländern müssen auf Verfassungswidrigkeit und weitere Realisierbarkeit aufgrund möglicher Sparmaßnahmen überprüft werden. Im Gesundheitswesen ist derzeit beispielsweise deshalb noch unklar, wie und durch wen die Transformationskosten der Krankenhausreform gestemmt werden sollen, von Überbrückungshilfen für die Krankenhäuser bis zum Start der großen Krankenhausreform ganz zu schweigen. Auch Forderungen nach dem vollen Tarifaufgleich für die Krankenhäuser auch der ärztlichen Personalkosten werden wahrscheinlich kein Gehör finden, denn die Hoffnung der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine halbwegs ausreichende Finanzierung der Bürgergeld-Empfänger durch den Staat dürfte sich mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts endgültig für diese Legislaturperiode zerschlagen haben. Das von Bundesgesundheitsminister Lauterbach sehr zum Ärger der Länder forcierte Krankenhaustransparenzgesetz, auf dessen Grundlage möglicherweise schon ab 1. Mai nächsten Jahres der Bund einen Qualitäts-Atlas über das Krankenhauswesen online aufbereiten und für die Laiennutzung veröffentlichen will, sorgt für Unmut zwischen dem BMG und den Ländern.

Fazit

Bundesgesundheitsminister Lauterbach hat sich zu sehr auf die Pandemiepolitik konzentriert, die wichtigste Reformen dieser Legislaturperiode, die Krankenhausreform und die Digitalisierungsgesetze, sind zu spät gestartet und könnten – unabhängig von den nun akut auftretenden haushalterischen Fragen – auch im Strudel des Wahlkampfes zur Europa-Wahl und den dann schon nahenden Wahlkämpfen zur Bundestagswahl untergehen. An den Digitalisierungsgesetzen ist zwar auch die Opposition interessiert, doch gibt es nicht unerhebliche Detailfragen, die auch diese Gesetzgebungen noch ins Stolpern bringen könnten. Die Ärzt:innen beispielsweise wehren sich vehement gegen eine Daten-Auswertung und Beratung von Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten. Lauterbachs Pfund bezüglich der Krankenhausreform ist die Tatsache, dass die Krankenhäuser durch die geringeren Patientenzahlen im Verhältnis zu Vorpandemiezeiten und den Fachkräftemangel unter einem großen Reformdruck stehen. Doch hat der Bundesgesundheitsminister rundum unnötig böses Blut entfacht („Lobbyisten“) und versucht derzeit mit den angesprochenen Institutionen und Verbänden näher ins Gespräch zu kommen, ohne allerdings einen tatsächlichen Reformwillen im Sinne deren brennender Anliegen zu zeigen. Man kann sich unschwer des Eindrucks erwehren, Lauterbachs zentralistisch geprägter Ansatz von Gesundheitspolitik sei nicht auf Kompatibilität mit den Selbstverwaltungsstrukturen angelegt. Der Ratschlag von Karl-Josef Laumann, Gesundheitspolitik mit den Akteuren des Systems zu machen, ist in diesem Zusammenhang dringend zu unterstreichen.

Ob der Minister in „seiner“ zweiten Halbzeit allerdings dieser Empfehlung folgen wird, ist zu bezweifeln. Deshalb wird es weiterhin angemessenen Protestes von den „Rängen“ bedürfen, um auf diesen und andere Missstände hinzuweisen. Es bleibt sicher anstrengend, mit diesem Minister Politik für eine gute Versorgung zu machen.

Zeitlinie

Die wichtigsten Gesetze im Überblick

Gesetz	In Kraft treten	Beratingsstand
Digitalgesetz (DigiG) (Bundestagsdrucksache 20/9048)	voraussichtlich 1. Januar 2025 bzw. nach Verkündung	2./3. Lesung Bundestag: 14./15. Dezember 2023, 2. Durchgang im Bundesrat am 2. Februar 2024
Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) (Bundestagsdrucksache 20/9046)	voraussichtlich 2024 bzw. nach Verkündung	2./3. Lesung Bundestag: 14./15. Dezember 2023, 2. Durchgang im Bundesrat am 2. Februar 2024
Cannabisgesetz (CanG) (Bundestagsdrucksache 20/8704)	voraussichtlich 1. März 2024	2./3. Lesung im Bundestag am 14./15. Dezember 2023, 2. Durchgang im Bundesrat voraussichtlich am 2. Februar 2024
Pflegestudium-Stärkungsgesetz (PflStudStG) (Bundestagsdrucksache 20/8105)	voraussichtlich 1. Januar 2024 bzw. nach Verkündung	2./3. Lesung im Bundestag am 19. Oktober 2023, 2. Durchgang im Bundesrat am 24. November 2023
Krankenhaustransparenzgesetz (Bundestagsdrucksache 20/8408)	voraussichtlich Ende 2023 bzw. nach Verkündung	2./3. Lesung im Bundestag am 19. Oktober 2023, 2. Durchgang im Bundesrat am 24. November 2023
Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungs- verbesserungsgesetz (ALBVVG) (Bundestagsdrucksache 20/6871)	27. Juli 2023	
Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) (Bundestagsdrucksache 20/6544)	1. Juli 2023	
Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland – und zur Änderung weiterer Gesetze (Bundestagsdrucksache 20/5334)	16. Mai 2023	
MTA-Reform-Gesetz (Bundestagsdrucksache 19/24447)	1. Januar 2023	
Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfEG) (Bundestagsdrucksache 20/3876)	29. Dezember 2022	
Zweites Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (Triage) (Bundestagsdrucksache 20/3877)	14. Dezember 2022	
Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (Trinkwasser) (Bundestagsdrucksache 20/2297)	9. Dezember 2022	
GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) (Bundestagsdrucksache 20/3448)	15. November 2022	
COVID-19-Schutzgesetz (COVID-19-SchG) (Bundestagsdrucksache 20/2573)	17. September 2022	
Pflegebonusgesetz (PflBG) (Bundestagsdrucksache 20/1331)	30. Juni 2022	
Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften (Bundestagsdrucksache 20/958)	20. März 2022	
Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie (Bundestagsdrucksache 20/188)	12. Dezember 2021	
Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite (Bundestagsdrucksache 20/15)	24. November 2021	

Kritik an aktueller Regierungspolitik und ein konstruktiver Blick in die Zukunft der Versorgung

Respekt vor den aktuellen Herausforderungen der Regierenden angesichts von Kriegen, gesellschaftlichen Umbrüchen und wirtschaftlichen Risiken – aber wenig Verständnis für falsche gesundheitspolitische Weichenstellungen und praxisfremde Entscheidungen in Folge fehlender Kommunikation und mangelnder Einsicht. Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, hat am Wochenende auf der Hauptversammlung seines Verbandes kritische Worte für die Politik des Bundesgesundheitsministers gefunden, gleichzeitig aber die Bereitschaft und den Anspruch der Ärzteschaft zum Dialog bei der Entwicklung zukunftsfähiger Konzepte und Lösungsansätze in der Gesundheitsversorgung betont.



Dr. Klaus Reinhardt



Politische Resolutionen wurden verabschiedet



Moderiert von Denis Nößler (Ärzte Zeitung/Mitte) diskutierten zum Thema Dr. Lutz Hager (BV Managed Care e. V.), Lukas Findeisen (Carl-Zeiss-Stiftung), Dr. Anke Diehl (Digitale Transformation/Unimedizin Essen), Dr. Max Tischler (Dermatologe), Prof. Dr. Alena Buyx (Vorsitzende des Ethikrates) und Dr. Lutz Kloke (Cellbricks). (Foto: v. l. n. r.)

Mit Blick auf die „dringend notwendige“ Krankenhausreform warnte Reinhardt Bund und Länder vor einer Hängepartie. Eine kalte Bereinigung und die Verunsicherung des Klinikpersonals müssten vermieden werden. Auch den Stand der Digitalisierung des Gesundheitswesens beurteilte er kritisch. Dass auch jüngste Gesetzesvorlagen noch immer Sanktionen bei Nichtanwendung beinhalteten, stelle der Entwicklung ein schlechtes Zeugnis aus. „Funktionierende Digitalisierung braucht keine Sanktionen, die wird gerne auch freiwillig angewendet“, so Reinhardt. Mit Blick auf die Kolleginnen und Kollegen in den Praxen mahnte der Hartmannbund-Vorsitzende ein Ende der Budgetierung auch im fachärztlichen Bereich an. Angesichts des Zustandekommens des Honorarabschlusses im Erweiterten Bewertungsausschuss forderten die Delegierten der Hauptversammlung gesetzliche Änderungen für ein „unabhängiges und transparentes Schlichtungsverfahren“. Ein Honorarbeschluss nach Regeln des „Viehmarktes oder Fingerhakelns“ sei nicht akzeptabel.

Technologie und Faktor Mensch – Die Grenzen werden verschmelzen

Neben der aktuellen Gesundheitspolitik beschäftigte sich die Hauptversammlung in einem Schwerpunktthema mit der Frage,

wie sich die Versorgung in den nächsten Jahrzehnten entwickeln werde. Wie können Digitalisierung und die Nutzung großer Datenmengen Versorgung verändern? Was wird Prävention leisten können (und müssen)? In welchem Maße etwa wird es gelingen, auf der Basis von Gentechnologie Krankheiten zu verhindern, statt sie anschließend (mühsam) heilen zu müssen? 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? Am Ende einer spannenden Diskussion war sich die hochrangig besetzte Expertenrunde* einig: Technologie und Faktor Mensch – Die Grenzen werden verschmelzen. Digitalisierung und Künstliche Intelligenz werden die Versorgung maßgeblich verändern, den Arzt in seiner zentralen Rolle aber nicht ablösen. Auch hier gelte: Lösungen und Technologien, die Ärzt:innen und Patient:innen wirklich helfen, werden sich durchsetzen.

Alle Detailinformationen zur Hauptversammlung finden Sie hier www.hartmannbund.de/hv2023



Preisträger und Ehrungen

Ärztin Stefanie Minkley und Filmautorin Antonella Berta sind im Rahmen der Hauptversammlung mit dem diesjährigen Film- und Fernsehpreis für „My doctor's life – Tagebuch einer Ärztin, die ansteigt“ (Hessischer Rundfunk) ausgezeichnet worden. Aus 37 eingesandten Beiträgen wurde die bemerkenswerte Dokumentation von einer Fachjury ausgewählt. Die Dokumentation ist in der ARD-Mediathek zu sehen.

Die Friedrich-Thieding-Stiftung hat mit Unterstützung der SIGMA Bank zum siebten Mal das Hartmannbund-Stipendium an zwei Medizinstudierende vergeben – Julia Schneider und Jonathan Schmalzridt. Das Stipendium ist eine Auszeichnung für sehr gute Studienleistungen und besonderes berufs- und sozialpolitisches Engagement während des Medizinstudiums.



Filmpreis



Dr. Jörg Hermann

Dr. Jörg Hermann wurde mit der Hartmann-Thieding-Plakette ausgezeichnet. Sie ehrt Mitglieder und Mandatsträger, die sich durch erfolgreiche und unermüdliche berufsständische Arbeit und vorbildliche ärztliche Haltung besondere Verdienste um das Ansehen des Hartmannbundes und der deutschen Ärzteschaft erworben haben.



Stipendien

Heimat für „radikale Neudenker:innen“ –
Bundesagentur will Innovationen auf die Sprünge helfen

Auf der Suche nach den Kängurus der Medizin

Buchdruck, Antibiotika, Elektronenmikroskop und Smartphone – Sogenannte Sprunginnovationen haben das Zeug dazu, Gesellschaften, aber auch Wirtschaftssysteme völlig neu zu gestalten. Die Bundesagentur für Sprunginnovationen will dazu beitragen, dass solche bahnbrechenden Entwicklungen, auch im Medizinbereich, wieder vermehrt aus Deutschland kommen. Das könnte die Gesundheitsversorgung der Zukunft verbessern.

Eine Glaskugel, mit der man in die Zukunft schauen kann, das wäre schon ein hilfreiches Arbeitsutensil für Sigrid Koeth. Sie ist eine von drei Innovationsmanager:innen der Bundesagentur für Sprunginnovationen (SPRIND), die den Bereich Life Sciences gemeinsam mit drei weiteren Analyst:innen abdecken. Ihre Aufgabe: Sie durchforsten die deutsche Forschungslandschaft nach potenziellen Kandidaten, die eine neue Ära in der Medizin oder Biotechnologie einläuten könnten. Das ist ein Merkmal von Sprunginnovationen. Es handelt sich um solch bahnbrechende Entwicklungen, die die Zeit in ein Davor und ein Danach einteilen. Disruptiv werden solche Innovationen auch genannt, weil sie Mauern einreißen, etablierte Produkte oder Strukturen aus dem System drängen. Eine Welt ohne Antibiotikum? Das ist heute schwer vorstellbar. Ein weiteres Merkmal von Sprunginnovationen ist allerdings auch, dass man diese Supererfindungen erst im Nachhinein als solche erkennt. Wer hätte vor ein paar Jahren schon gedacht, dass wir alle mehr oder weniger mit dem Smartphone als Informations- und Kommunikationsmittel in der Hand verwachsen sein werden? Und was die künstliche Intelligenz für uns beinhaltet, ist ebenfalls noch nicht abzusehen.

Hätte SPRIND die eingangs erwähnte Glaskugel, würden sich dort nur noch Kängurus tummeln, erzählt Sigrid Koeth lachend. Was Einhorn in der Start-up-Community sind – Unternehmen mit einer Marktbewertung von mehr als einer Milliarde Euro beziehungsweise US-Dollar und damit so selten wie das Fabelwesen –, ist das Känguru in der Welt der Innovationen: Es ist allen anderen einen Sprung voraus. Um solche Kängurus also zu entdecken, stellt sich die Bundesagentur breit auf, verschiedene Themengebiete werden technologieoffen beobachtet. Als Beispiel nennt Sigrid Koeth das Tissue Engineering (siehe auch Ausgabe 2/23 des Hartmannbund Magazins).

Welche Technologie es so weit bringen wird, Gewebe und auf lange Sicht tatsächlich funktionsfähige Organe zu drucken und für den Menschen nutzbar zu machen, ist noch völlig unklar. „Es funktioniert bereits gut, Zellen in Hydrogele zu drucken und auszudifferenzieren. Den Sprung von komplexen, funktionalen Geweben ins Tiermodell haben wir aber noch nicht gesehen – und genau das wollen wir über unsere Kurz-Challenge erreichen“, sagt Koeth.

Die SPRIND nutzt verschiedene Wege, um bahnbrechende Innovationen zu entdecken. Über Kurz-Challenges, auch Funke genannt, werden bestimmte Themen vorgegeben – zum Beispiel die Aufgabe, wegweisende Lösungen für die Behandlung von Patient:innen mit künstlichem Gewe-



Sigrid Koeth

be zu finden. Ähnlich funktionieren die SPRIND-Challenges, diese laufen jedoch über einen längeren Zeitraum und werden mit einem höheren Geldbetrag gefördert. Zweck dieser Innovationswettbewerbe ist es, die Forschung in einem Bereich voranzubringen, der besondere gesellschaftliche Relevanz besitzt. Die erste Challenge, die vor drei Jahren ausgerufen wurde, formulierte als Ziel die Entwicklung neuer Wirkstoffe gegen virale Infektionen. Aktuell ist die Challenge in die letzte Phase übergegangen. Aus ursprünglich neun Teams qualifizierten sich vier für die letzte Runde und erhalten für ihre Forschung für weitere zwölf Monate jeweils bis zu 2,5 Millionen Euro, um ihre Wirkstoffkandidaten weiter in Richtung Produktreife und Marktfähigkeit zu entwickeln.

Vielversprechende Projekte werden als Tochterfirmen ausgegründet

Während bei beiden Formen der Challenges unter festgelegten Rahmenbedingungen Vorschläge eingereicht werden können und aus diesen die vielversprechendsten Kandidat:innen ausgewählt werden, ist das übliche Prozedere bei Projekteinreichungen etwas zwangloser. Die SPRIND ist jederzeit für jede:n zugänglich. Das unterscheidet sie von Institutionen wie zum Beispiel dem Europäischen Innovationsrat. Das heißt, jeder kann Vorschläge einreichen, die das Stadium der Grundlagenforschung bereits verlassen haben und von denen man überzeugt ist, dass sie die Zukunft verändern werden. Dabei ist es egal, um welches Fachgebiet es sich handelt und ob es eine universitäre Forschungsgruppe oder ein bereits bestehendes Unternehmen ist. Jedes eingereichte Projekt wird auf sein Sprunginnovations-Potenzial hin geprüft. Nur etwa fünf Prozent aller Einreichungen überstehen diesen Schritt. Vielversprechende Projekte werden dann als Tochter-Gesellschaften ausgegründet und mit vier bis 15 Millionen Euro pro Jahr für maximal fünf Jahre finanziert. Zusätzlich dazu suchen die SPRIND-Innovationsmanager:innen in Hochschulen und Forschungseinrichtungen, auf Kongressen und durch Literaturrecherche nach Erfolg versprechenden innovativen Ansätzen.

Innovationsmanager:innen haben noch eine weitere Aufgabe. Sie entwickeln Projekte weiter, verfügen über ein Netzwerk von Expert:innen und ermöglichen einen Wissensaustausch, so dass im Idealfall aus einer vielversprechenden Idee tatsächlich ein Durchbruch werden kann. Sigrid Koeth selbst blickt auf eine mehr als 20-jährige Berufserfahrung im Pharma- und Biotechbereich zurück, war sowohl in Start-ups tätig, als auch in großen Pharmaunternehmen wie Bayer und Roche. Als Biologin arbeitete sie zunächst in der Forschung. Nach einem Finanzmanagement-Studium übernahm sie internationale Stellen als Produktmanagerin, Medical Manager, Portfoliomanagerin und Finanzchefin. Bei SPRIND ist sie nun auch Geschäftsführerin bei mehre-

Bundesagentur für Sprunginnovation

Die Bundesagentur für Sprunginnovationen wurde 2019 gegründet. Sie soll unter anderem dabei helfen, die Startbedingungen für Sprunginnovationen zu verbessern. Ideen, die einen Nutzen für Deutschland und Europa haben, sollen schneller in marktfähige Produkte und Dienstleistungen umgewandelt werden. So soll der wirtschaftliche Erfolg Deutschlands und eine bessere Zukunft seiner Bevölkerung sichergestellt werden. Es ist ein neuer Ansatz, der darüber verfolgt wird. Durch das SPRIND-Freiheitsgesetz, das einen Bürokratieabbau und eine Lockerung von Kontrollinstanzen der Bundesministerien vorsieht, soll die Bundesagentur für Sprunginnovationen künftig agiler und schneller handeln können. Sprunginnovationen werden themen- und technologieoffen in allen wichtigen Bereichen gesucht, zum Beispiel: Umwelt und Energie, Medizin und Biotechnologie, Digitales.

Als Vorbild gilt die DARPA (Defense Advanced Research Project Agency) des Verteidigungsministeriums der USA. Diese Behörde war unter anderem maßgeblich an der Entwicklung des Internets beteiligt. Im Gegensatz dazu fördert SPRIND allerdings keine militärischen Projekte.

Etwa 50 Mitarbeitende sind bei der SPRIND tätig, deren Hauptsitz in Leipzig ist. Seit der Gründung wurden mehr als 1300 Projekteinreichungen gezählt, etwa 60 davon wurden näher geprüft und validiert. Bisher sind 13 Tochter-GmbHs gegründet worden, die mit 20 bis 80 Millionen Euro über einen Zeitraum von fünf Jahren finanziert werden. Die Suche nach Sprunginnovationen lässt sich der Bund einiges kosten: 2023 hat die SPRIND 170 Millionen Euro an Innovationsprojekten investiert.

ren Tochter-GmbHs und will sie fit machen auf ihrem Weg zum marktfähigen Unternehmen.

Die SPRIND wurde 2019 gegründet, um bahnbrechende Innovationen schneller in die Anwendung zu bringen. Denn diesen völlig neuen, noch nie dagewesenen Prozessen oder Produkten fehlt es häufig vor allem an einem: Geldgebern. In ein Projekt zu investieren, dessen Erfolg nicht absehbar ist, weil es nichts Vergleichbares und obendrein noch keinen Markt dafür gibt? Zu risikoreich. SPRIND soll an diesem Punkt bessere Startbedingungen schaffen für Sprunginnovationen oder vielmehr aussichtsreiche Kandidat:innen. Und dabei helfen, das „Tal des Todes“ zu überwinden. Also die Phase, in der die Innovation zwar Potenzial zeigt, aber noch keine privatwirtschaftlichen Geldgeber erreicht werden können und somit Geld für die notwendige Weiterentwicklung fehlt. „Uns ist es egal, wie risikoreich ein Projekt ist, sofern es sich durch einen besonderen Innovationscharakter auszeichnet. Wir wollen eine wirkliche Disruption sehen, etwas noch nie Dagewesenes. Und deshalb arbeiten wir mit den Teams zusammen, an die bis jetzt noch niemand glaubt“, sagt Innovationsmanagerin Koeth. Dabei wird nicht nur geschaut, ob die Sprunginnovationen einen volkswirtschaftlichen Gewinn für den Standort Deutschland bieten können. Obwohl auch das ein wichtiger Aspekt ist. Denn Deutschland zehrt von den Sprunginnovationen des letzten und vorletzten Jahrhunderts – wichtige Neuerungen der Pharma- und Automobilindustrie kamen einst von hier – und droht mittlerweile, den Anschluss zu verlieren. Besonderes Augenmerk wird auf Themengebiete gerichtet, die von großem gesellschaftlichem Wert sind, von Investoren aber eher stiefmütterlich behandelt würden. „Das Abflauen der Antibiotikawirksamkeit macht uns zum Beispiel sehr große Sorgen. Da suchen wir nach Wegen, auch in Kooperation mit anderen Instituten und Geldgebern, die Forschung voranzubringen“, sagt Koeth.

Heimat für „radikale Neudenker:innen“

SPRIND sieht sich als „Heimat für radikale Neudenker:innen“ und „will die Brücke bauen zwischen Forschergeist und Unternehmertum“, heißt es auf der Website der Bundesagentur. Das ist auch nötig, wie Sigrid Koeth bemerkt: „Ich sehe, dass wir unglaublich helle, geniale Köpfe in Deutschland haben. Wir sind in der Forschung extrem gut. Aber es fehlt an der Translation zu einem marktfähigen Produkt.“ Das liegt unter anderem daran, dass die Entwicklung von Medikamenten oder Technologien bis zu 13 Jahre dauern können. Zu lange für viele Investoren. Außerdem gestaltet sich an vielen Universitäten der IP-Transfer (Intellectual Property, engl. für geistiges Eigentum) schwierig und behindert durch zu lange Verhandlungsphasen oder zu hohe Investitionsforderungen viele Ausgründungen. Vielfach würden Rahmenbedingungen gesteckt, die für große Pharmaunternehmen machbar, für kleine Start-

ups hingegen unerreichbar seien. Dadurch sinke bei Professor:innen schon einmal verständlicherweise die Motivation, Ausgründungen zu initiieren. „Das ist etwas, das Deutschland von den USA unterscheidet. In den USA sind Professoren ein Stück weit Entrepreneurs und es wird Wert darauf gelegt, dass sie Ausgründungen an den Start bringen und begleiten. Das fehlt bei uns. In Deutschland sind wir Weltmeister in der Forschung und im Publizieren, aber das Unternehmertum bleibt auf der Strecke. Da würden wir uns ein Umdenken wünschen.“ Um strukturelle Hindernisse aus dem Weg zu räumen, wurde deshalb eine Allianz der Willigen ins Leben gerufen. In Zusammenarbeit mit Hochschulen, Forschungseinrichtungen und deren Transferstellen sollen die Bedingungen beim IP-Transfer gründerfreundlicher gestaltet werden.

Erst am Anfang

Bis jetzt kann die SPRIND noch keine Sprunginnovation aus eigenem Hause präsentieren oder zeigen, dass die Unterstützung eines Projekts zu einem erfolgreichen Unternehmen geführt hat. Dafür ist sie erst zu kurz am Start. Vom Konzept aber ist Sigrid Koeth überzeugt. Wenn man sich mit ihr unterhält, bekommt man schnell den Eindruck, dass die nächsten großen Entwicklungen in der Medizin schon in den Startlöchern stehen. Sie spricht begeistert von einem innovativen Phagenkonzept, mit dem Antibiotikaresistenzen überwunden werden könnten. Mit besonderem Interesse betrachtet sie Technologien, die breit eingesetzt werden könnten – auch in einem anderen Bereich als ursprünglich vorgesehen. Bei der mRNA-Forschung ging es zum Beispiel anfangs darum, ein Mittel für die Bekämpfung von Krebs zu finden. Im Zuge der Corona-Pandemie war diese Technologie dann der Schlüssel für einen wirksamen mRNA-Impfstoff aus Deutschland. Ähnliches soll bei antiviralen Mitteln erreicht werden. Zwar helfen Impfungen beim Vorbeugen von Viruserkrankungen. Doch kommt es zur Infektion mit einem Virus, braucht es Medikamente, um Erkrankten helfen zu können. Davon gibt es auch heute nur wenige. Ein innovatives SPRIND-Projekt will zum Beispiel Viren mittels spezieller Schalen einfangen, die mit der DNA-Origami-Technologie gebaut werden. Genau definierte Mischungen von verschiedenen einzelsträngigen DNA-Abschnitten verbinden sich dabei zu dreidimensionalen Schalen geformt. Von der Größe und Form passen sie genau, um verschiedene Viren zu binden und unschädlich zu machen. „So etwas gab es noch nicht in der Medizin. Das ist eine sehr spannende Herangehensweise, die es uns hoffentlich ermöglicht, bei einer kommenden Pandemie schon etwas in der Schublade zu haben“, findet Sigrid Koeth. Die Corona-Pandemie habe gezeigt, dass sowohl von der Gesellschaft als auch der Wirtschaft unter den Lockdowns sehr viel gefordert wurde. Es braucht deshalb neue Wege, um so etwas in Zukunft zu vermeiden und die Gesundheit der Menschen zu schützen. Die will SPRIND aufzeigen.

Existenzgründung trotz Protest und Krise

„Die Praxis bleibt ein Zukunftsmodell – wenn man sich der Zukunft stellt“

Ausufernde Bürokratie, anhaltende Budgetierung, unzureichende Honorarentwicklung, Fachkräftemangel, Inflation und hohe Energiekosten – die Stimmung bei den Niedergelassenen ist schlecht und hat sich zuletzt im Oktober in Protesten entladen. Bisweilen entsteht der Eindruck, als sei die Praxis schon fast ein Auslaufmodell in der Gesundheitsversorgung, mindestens aber ihre Bedeutung für die Versorgung nur noch unzureichend gewürdigt. Und doch hat der Dermatologe Dr. Max Tischler, aktives Mitglied im Hartmannbund, sich gerade in dieser aufgeheizten Phase dazu entschlossen, eine Praxis zu gründen. Wieso das für ihn genau der richtige Weg ist, wie er mit Hilfe von Digitalisierung seine Praxis zukunftssicher aufstellt und warum er trotzdem noch alternative Zukunftspläne im Hinterkopf hat, erzählt er im Gespräch mit dem Hartmannbund Magazin. Tischler ist sicher: „Die Praxis bleibt ein Zukunftsmodell – wenn man sich der Zukunft stellt“.

Max Tischler sieht das etwas differenzierter. „Bei allen Umfragen zu diesem Thema muss man sehr genau hinschauen, wer befragt wird.“ Häufig sind das Medizinstudierende in den letzten Semestern. „Eine Anstellung ist ein guter Überbrückungszustand, damit man nach dem Studium nicht zu sehr ins kalte Wasser geschmissen wird“, findet Tischler. Dass das Unternehmensmodell Praxis deshalb abgeschrieben ist, kann er darin nicht erkennen. Denn im Austausch mit Kolleg:innen, die schon länger angestellt sind, stellt er eine gegensätzliche Entwicklung fest. Im Angestelltenverhältnis tauchten nach gewisser Zeit ähnliche Probleme auf wie in der Klinik. Weil man nicht völlig selbstbestimmt arbeiten kann beziehungsweise nicht mit der Führung des MVZ oder der Praxis einverstanden ist. „Die Einstellung zur Selbstständigkeit wird sich in einer anderen Altersgruppe deshalb auch wieder ändern. Wenn man Personen um die 40 fragt, werden die vielleicht eher antworten: ‚Die Anstellung war schön, aber jetzt will ich es selber machen.‘ Flexibilität, weniger Belastung, Arbeitsteilung – all die Dinge, die in den Umfragen immer genannt werden, lassen sich bei genauerer Betrachtung eben doch leichter in der Selbstständigkeit als im Angestelltenverhältnis verwirklichen“, sagt Tischler mit Nachdruck. Und: Für ihn bedeutet Arztsein, seinen Beruf und die damit zusammenhängenden Prozesse weiterzuentwickeln. „Das funktioniert einfach besser in der eigenen Praxis.“

Er selbst hat schon früh mit dem Gedanken der eigenen Praxis gespielt. Der Weg wurde ihm vielleicht auch bereits in die Wiege gelegt. Seine Eltern führten eine Gemeinschaftspraxis, daher wurden schon mal am Mittagstisch über Belange der Praxis gesprochen. Die elterliche Praxis gehörte für ihn als Kind ganz selbstverständlich dazu: Als Fünfjähriger stritt er sich mit seinem Bruder um das Fahrradergometer, später half er dabei, das Wartezimmer zu streichen. Im Medizinstudium stand für Tischler fest, dass er sich auf ein Fach spezialisieren möchte, das er auf jeden Fall ambulant ausüben kann. Dermatologie wurde es schließlich.

Im Klinikum Lüdenscheid absolvierte Tischler seine Weiterbildung. Schon Ende des zweiten Assistenzarztjahres im Jahr 2017 nahm Tischler das erste Mal Kontakt mit einem Kollegen auf, der seine Praxis abgeben wollte, belegte Niederlassungsseminare der Kassenärztlichen Vereinigung, tauschte sich mit erfahrenen niedergelassenen Kolleg:innen aus. Am Ende klappte es mit der Übernahme der Praxis nicht. Auch mit einer Kollegin wurde er sich nicht einig. Nach erfolgreicher Facharztprüfung in Dortmund änderte er deshalb die Strategie. Mittlerweile war er dort in einer großen dermatologischen Praxis angestellt. Statt der 1:1-Verhandlungen, die er bislang geführt hatte, schrieb er nun Dortmund Praxisinhaber:innen an, die in einem abgabefähigem Alter waren. Das führte zum Erfolg: Im Sommer 2022 traf er sich mit einem Arzt, nach einer Stunde wurde der Deal per Handschlag geschlossen. Gut ein Jahr später eröffnete Tischler seine eigene Praxis, in neuer Immobilie und mit neuem Team.

Vor der Praxisgründung: Erfahrungen sind wichtig!

Für ihn war dieser Weg – vom angestellten Arzt hin zur Selbstständigkeit – genau der richtige. Die dreieinhalb Jahre betrachtet Tischler als Prozess der Vorbereitung. Hier lernte er Organisatorisches kennen. Gleichzeitig konnte er immer wieder prüfen, ob der Wunsch nach der eigenen Praxis tatsächlich Bestand hatte. „Ich kann es jedem nur ans Herz legen, vorher in einer Praxis angestellt oder in der Praxis tätig zu sein, die man später übernehmen möchte. Das Thema Praxisführung – dazu gehören Dinge wie Abrechnung, Bürokratie, Dokumentation, Regelungen, Zertifizierungen, Personalführung – ist hochkomplex. Es ist wichtig, vorher Erfahrungen zu sammeln, wie der Ablauf in der Praxis funktioniert und was man dafür braucht“, sagt Tischler. Die Herausforderungen der eigenen Praxisgründung habe er dadurch viel besser meistern können. Tischler hat sich zudem vier Monate freigenommen, um seine Praxis aufzubauen. Das würde er auch allen raten, die eine Praxis gründen möchten. „Das ist auf jeden Fall sinnvoll, um sich auch ausreichend Gedanken über die Prozesse, die Strukturen und Schwerpunkte der eigenen Praxis zu machen. Im Alltag, neben seinem Beruf, findet man dafür kaum eine ruhige Minute.“

Die Anforderungen an die Selbstständigkeit sind immer größer geworden. Anspruchsvolle Patient:innen, bürokratische Hürden, vor allem aber die Personalfrage – Mitarbeiter:innen in den Assis-



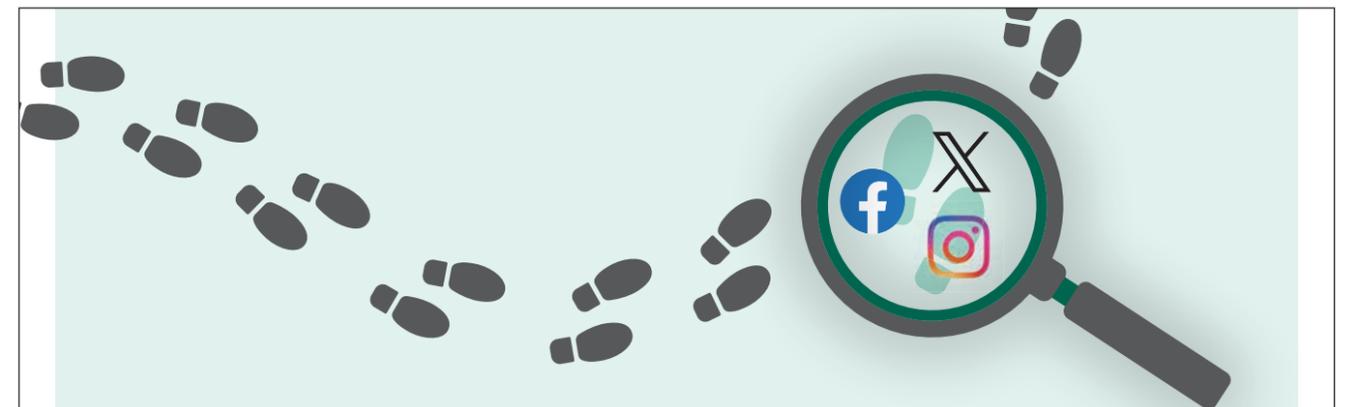
tenzberufen zu finden und diese angemessen zu vergüten – sind Punkte, die Tischler umtreiben und den Alltag für Niedergelassene schwer machen. Einen Ausweg sieht er in der Verwendung kleiner digitaler Helferlein, wie er es umschreibt. Die Zukunft ist für ihn digital. Max Tischler bezeichnet seine Praxis selbst als eine der modernsten Deutschlands.

„Ich habe es fast maximal auf die Spitze getrieben. Es gibt wenige Kollegen, die das so extrem machen“, sagt er. Bei ihm gibt es keine unübersichtlichen Computerprogramme, bei denen viel geklickt werden muss. Auch ein ständig klingelndes Telefon sorgt in der Praxis nicht für Unruhe. Stattdessen erfolgt die Terminvergabe hauptsächlich digital. Das entlastet zum einem das Praxisteam. Zum anderen erleichtert es den Patient:innen, sich den am besten passenden Termin auszusuchen. „Es ist der Trend unserer Zeit, dass man alles am liebsten individuell macht. In anderen Bereichen, sei es bei der Bank oder beim Buchen der nächsten Urlaubsreise, ist das längst üblich“, erzählt Tischler. Er ist davon überzeugt, durch die Digitalisierung die maximal mögliche Prozessentlastung in der Praxis herbeizuführen. Das zeigt sich bei ihm schon im Wartezimmer: Weil alles durchgetaktet ist, gibt es keine Wartezeiten.



Fotos: (C) Daniel Wocinski - Fotografie

Dortmund, nahe der Innenstadt. Wenn Dr. Max Tischler in den sozialen Netzwerken durch seine Praxisräume führt, sieht man vor allem eins: Eine Einrichtung mit Stil, die direkt aus einem Designer-Katalog stammen könnte, ein ausgeklügeltes Lichtkonzept. Und ein Instagram-tauglicher Lichtschriftzug an einer Wand verkündet „Skin is our Passion“. Tischler ist stolz auf seine dermatologische Praxis, die er selbst aufgebaut und im Juli dieses Jahres eröffnet hat. Mit gerade einmal 35 Jahren ist er Praxisgründer. Ist er eine Ausnahme? Immerhin wird in verschiedenen Umfragen der Trend beschrieben, dass in der jungen Ärztegeneration der Wunsch nach einer Anstellung größer ist, als in die Selbstständigkeit zu gehen.



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.



OnlineDoctor und Anamnesebogen auf dem iPad

Etwas auf Papier auszufüllen, das anschließend von den MFAs eingescannt werden muss, das gibt es bei Tischler nicht mehr. Seine Patient:innen füllen den Anamnesebogen auf einem iPad aus. Probleme, selbst bei älteren Personen, gibt es in der Regel dadurch nicht. Falls technische Hürden überwunden werden müssen, unterstützt eine Praxismitarbeiterin den Prozess. Insgesamt wird der Vorteil dieses Prozederes erkannt: Betreten die Patient:innen das Arztzimmer, hat Tischler den Anamnesebogen bereits gelesen, die Zeit für das Patientengespräch kann er so besser nutzen. „Ich kann direkt proaktiv auf das Problem des Patienten zu sprechen kommen – weil ich im Anamnesebogen genau einsehen kann, welche Vorerkrankungen und Beschwerden vorhanden sind, was vielleicht bisher dagegen unternommen wurde und welche Behandlungsoptionen sich anbieten. Das wird als sehr angenehm empfunden.“

Für Max Tischler ist es selbstverständlich, neben der analogen Sprechstunde auch eine digitale anzubieten. Sind keine Praxistermine verfügbar, stellt die Telemedizin eine gute Alternative dar. Tischler ist einer von rund 550 Dermatolog:innen in Deutschland, die dafür die Software OnlineDoctor nutzen. Patient:innen schicken Bilder und eine kurze Beschreibung ihres Anliegen und innerhalb eines Tages erhalten sie von ihm eine Ersteinschätzung. Etwa 15 Prozent seiner Patient:innen nutzen pro Monat diesen Service. Für diese richtet der Dermatologe auch kurzfristige Praxistermine vor Ort ein. Denn gut 20 Prozent der Patient:innen, die digital bei ihm vorsprechen, müssen anschließend in der Praxis behandelt werden, weil zum Beispiel eine Biopsie vorgenommen werden muss.

„In meinen Augen ist es in der Perspektive der nächsten 25 Jahre nicht ausgeschlossen, dass die kassenärztliche Konsultation zumindest in der Dermatologie zunächst ausschließlich digital stattfindet und dann von den Ärzten triagiert oder priorisiert wird, wer überhaupt noch in die Sprechstunde kommt. Wenn ich das nicht möchte, dann habe ich nur noch die Möglichkeit auf Selbstzahlerbasis“, meint Tischler. Gingen die Entwicklungen der Honorierung von Ärzt:innen für Gesprächsleistung, Notfallleistung und die Behandlung von harmlosen Erkrankungen weiter wie bisher, seien die Ausgaben für den Praxisbetrieb sonst nicht mehr zu stemmen. „Das ist sicher nicht akut und auch nichts, was ich mir wünschen würde. Aber wenn es zu einer weiteren Preisdeckelung, gerade in der Gesprächsleistung, kommt, dann wird die Telemedizin als Erstkontakt zur Regel werden.“

Alternativen im Hinterkopf

Bereitet ihm die aktuelle Gesundheitspolitik Sorgen und lohnt sich für Niedergelassene die Kassenmedizin überhaupt noch? Max Tischler hat darauf einen realistischen Blick. In der Dermatologie hat er, im Gegensatz zum Beispiel zur hausärztlichen Medizin, durchaus Spielräume, um seine Praxis kostendeckend zu führen. „Ich habe Alternativen im Hinterkopf. Und am Ende ist man zu 50 Prozent Arzt und zu 50 Prozent Unternehmer, der für sein Personal verantwortlich ist. Ich muss schauen, dass ich mein Unternehmen nicht vor die Wand fahre.“ Arbeitsaufwand ohne einen angemessenen Erlös? Das ist keine Option für Tischler. Falls das Kassensystem in Zukunft für ihn nicht mehr funktioniert, kann er sich eine Praxis auf Selbstzahlerbasis oder auch eine Karriere in der Beratung vorstellen. „Ich mache mir aber schon Sorgen, dass ich eines Tages erkrankte Personen, die an Neurodermitis, Schuppenflechte oder anderen schweren Hauterkrankungen leiden, nicht mehr in der Praxis behandeln kann, weil es eine reine Bonusleistung von mir wäre.“ In der Dermatologie gebe es bereits einen Trend dahin, dass in vielen Praxen nur noch Leistungen im ästhetischen Bereich angeboten werden.

Für Max Tischler geht die aktuelle Politik zu sorglos mit diesem Thema um, der Blick werde zu wenig auf die niedergelassene Ärztschaft gerichtet. Weil die Annahme besteht, dass nicht alle Praxen gleichzeitig schließen werden oder Ärzt:innen sich nicht wehren, aus Pflichtgefühl gegenüber ihren Patient:innen. „Ich hätte als Politiker Bedenken, dass gewisse Krankheitsbilder nicht mehr versorgt werden, wenn die Leistungen nicht mehr entsprechend honoriert werden. Kann ich meine Praxis nicht mehr wirtschaftlich betreiben, steuere ich eben um. In erster Linie bin ich nicht dem Gesundheitsminister verpflichtet, sondern meinem Team“, sagt Max Tischler. Das besteht aktuell aus vier MFAs, einer Auszubildenden und seit November einer angestellten Fachärztin.



Dr. Max Tischler

ist Dermatologe. Für den 35-jährigen stand schon früh fest, dass er eine eigene Praxis in Dortmund führen möchte. Diese ist nach der Neugründung im Juli dieses Jahres eröffnet worden. Seit November wird er von einer angestellten Fachärztin unterstützt. Der stellvertretende Landesvorsitzende für Westfalen-Lippe im Hartmannbund und Mitglied des Arbeitskreises „Junge Ärztinnen und Ärzte“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe sieht in der Digitalisierung einen Weg, um die eigene Praxis zukunftssicher aufzustellen. Als Medical Director ist er zudem bei OnlineDoctor tätig, einer Plattform, die Tele dermatologie voranbringen möchte. Bislang sind mehr als 650 Dermatolog:innen in Deutschland und im deutschsprachigen Ausland bei diesem Netzwerk beteiligt.

Zweite Charité-Staffel von Filmpreis-Gewinnern

Das lange Warten auf ein neues Organ

Zwei Jahre nach der mit dem Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes prämierten Dokuserie „Charité intensiv: Station 43“ (rbb) über eine COVID-19-Intensivstation haben die Filmschaffenden Carl Gierstorfer und Mareike Müller wieder einen Blick in den Grenzbereich zwischen Leben und Tod geworfen. Empathisch und nah am Menschen setzt der Vierteiler „Charité intensiv: Gegen die Zeit“ den Fokus auf den Mangel an lebensrettenden Organen.

Die Zahl der Organspender gilt in Deutschland seit Jahren als zu niedrig. Im vergangenen Jahr ist sie noch einmal auf 869 gesunken – das waren fast sieben Prozent weniger als 2021. In den ersten vier Monaten dieses Jahres hat sich die Statistik wieder dem Niveau der Vorjahre angenähert. Von Januar bis April 2023 gab es bundesweit 311 Spender, zudem konnten 954 Organe für eine Transplantation gemeldet werden. Bundesweit warten jährlich jedoch mehr als 10.000 Erkrankte auf eine Transplantation. Jeden Tag sterben drei Menschen hierzulande, weil sie nicht rechtzeitig ein Spenderorgan erhalten haben.

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin, hat dem DOCDAYS-Filmteam über ein einhalb Jahre hinweg einen einmaligen Einblick in den Prozess der Organspende gewährt. Gezeigt wird die vielschichtige Thematik aus verschiedenen Perspektiven – der Betroffenen, ihrer Angehörigen und der interdisziplinären medizinischen Teams. Beeindruckend gleich der Einstieg: Wegen eines akuten Leberversagens benötigt die 30-jährige Nicole dringend ein Spenderorgan. Während die Intensivmediziner alles versuchen, um die junge Frau am Leben zu halten, verschlechtert sich ihr Zustand dramatisch. Als das Angebot für ein Organ kommt, müssen sie beurteilen, ob Nicole die Operation überleben kann. Oberarzt Prof. Dr. Georg Lurje wägt ab, ob das Organ überhaupt übertragen werden kann – die Chancen sind gering, dass alles klappt. „Ich habe vor jeder Lebertransplantation großen Respekt und auch Lampenfieber. Das blendend man während der Operation aus, aber man geht natürlich angespannt ins Krankenhaus. Das ist kein Tag wie jeder andere“, sagt Lurje über seine anspruchsvolle Arbeit.

Wo andere TV-Kameras kurz vor zu „deutlichen“ Bildern abschwenken, geht man hier umso näher ran und zeigt alle Details im OP-Saal – nüchtern, ohne Effekthascherei. Die Komplexität der Herausforderung wird so begreifbar. So wird auch der gesamte Prozess der Entnahme von lebensrettenden Organen bei einer hirntoten ukrainischen Patientin gezeigt – von der Feststellung des Todes, dem Gespräch mit den Hinterbliebenen bis hin zur OP. Und es dreht sich ebenso um die Lebendorganspende: Auf der anderen Seite gibt Susanne ihrem zweifelnden Sohn Carsten eine Niere, führt mit ihm vorher kräftezehrende Gespräche und versichert mehrfach, dass sie ihm mit ihrer Spende die Dialyse ersparen will.

Die Serie gibt gleichermaßen Einblicke in die Zeit des Wartens auf ein Spenderorgan. Die Zuschauer können sich ihr eigenes Bild



machen. Olaf, Jan und Lars gedulden sich im Paulinenkrankenhaus, hoffen auf neue Herzen. Die Eintönigkeit des Alltags macht die drei Männer zu engen Verbündeten – ein Auf und Ab folgt. Der am Anfang noch so fit erscheinende Lars wird 144 Tage lang umsonst gewartet haben, die anderen haben Glück. Auch Nicole hat Glück, sie erholt sich von der Lebertransplantation und startet in ein neues Leben.

„Am Ende blieb die Einsicht, dass auch wir – bevor wir die ganze Dramatik des Themas verstanden hatten – ein Stück weit weggeschaut haben. Ob man Organe spenden möchte oder nicht, bleibt immer noch eine individuelle Entscheidung, die es zu respektieren gilt. Nicht zu respektieren ist das Wegschauen, weil man denkt, dies sei ein Thema, das einen niemals betrifft, oder wo man selbst keinen Unterschied machen könnte. Dies herauszuarbeiten war unser Anliegen und ist die wichtigste Botschaft dieser Serie“, so das Fazit der Filmemacher.

Aktuell wird das Thema mit Nachdruck in der Politik diskutiert. Bisher muss man in Deutschland einer Spende zu Lebzeiten ausdrücklich zustimmen – der Hauptgrund, warum andere EU-Länder derzeit bei den Organspenden weit vorn liegen. Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Hessen wollen mit einer neuen Initiative die Zahl der Organspenden erhöhen. Dazu haben sie Ende November im Bundesrat einen Entschließungsantrag vorgestellt, mit dem sie die Bundesregierung auffordern, einen Gesetzentwurf zur sogenannten Widerspruchslösung im Transplantationsrecht vorzulegen. Zum Redaktionsschluss stand die Entscheidung des Bundesrats noch aus.



Auf dem Prüfstand: Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung Datensammelwahn und Patientennutzen

Die „immensen“ (Dokumentations-)Anforderungen an Qualitätssicherung (QS) und Qualitätsmanagement (QM) würden sich zunehmend zu einem Selbstzweck entwickeln, bei dem der Fokus nicht auf dem eigentlichen Ziel der Qualitätsverbesserung liege, sondern vor allem auf der „externen Kontrolle“. Das hat die Bundesärztekammer (BÄK) in einem Memorandum bereits im Jahr 2020 insbesondere bezüglich der gesetzlich vorgeschriebenen externen QS angemahnt. Sie fordert eine Rückbesinnung auf den eigentlichen Kern von QS und QM – die Verbesserung der Patientenversorgung.

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsge- rechte Krankenhausversorgung empfiehlt in ihrer siebten Stellung- nahme zur „Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Quali- täts- und des klinischen Risikomanagements (QS, QM und kRM)“ von Oktober 2023, bestehende Instrumente der Qualitätssicherung auf den Prüfstand zu stellen und gegebenenfalls weiterzuentwickeln. „Wo notwendig und sinnvoll müssen diese abgeschafft oder neue hinzugenommen werden.“ Dabei wurde die Arbeit des Gemein- samen Bundesausschusses (G-BA) im Bereich der QS kritisch betrachtet. Zuvor hatte der G-BA schon unterschiedliche Schritte mit dem Ziel einer zielgenaueren QS eingeleitet.

Der G-BA entwickelt die datengestützten Qualitätssicherungs- verfahren, mit denen die Qualität der medizinischen Patienten- versorgung gemessen, verglichen und bewertet werden soll. Diese Verfahren betreffen Behandlungen im Krankenhaus und/oder in der ambulanten Versorgung – unter anderem in den Fachgebieten Gynäkologie, Kardiologie und Herzchirurgie sowie Hygiene und Infektionsmanagement. Der G-BA wählt die konkreten Leistungen aus und legt die Einzelheiten der standardisierten Datenerhebung

und -auswertung fest. Er wird dabei vom Institut für Qualitätssiche- rung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) unterstützt. Die Ergebnisse aus der Datenanalyse sollen Leistungserbringern helfen, ihre Behandlungsqualität im Vergleich mit anderen einzu- schätzen und zu verbessern. Normative Basis ist die Richtlinie zur datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL). Für das Messen und Darstellen der Qualität einer medi- zinischen Behandlung hat der G-BA bestimmte Kriterien fest defi- niert – sogenannte Qualitätsindikatoren.

Praxisnahe Qualitätssicherung gefordert

In ihrem „Memorandum Qualitätssicherung/Qualitätsmanage- ment aus ärztlicher Sicht – Mehrwert für die Patientenversorgung“ kritisiert die BÄK, dass der immense ärztliche Aufwand für QS in keinem Verhältnis zu dem daraus resultierenden Patientennutzen stehe. Die Ärzteschaft engagiere sich aktiv für Qualitätsförderung und die kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung, unterstreicht die BÄK darin. Externe QS und internes QM müssten sich auf das eigentliche Ziel der Qualitätsförderung konzentrieren

bzw. darauf wieder zurückgeführt werden. Um den „Datensammel- wahn“ einzudämmen, fordert die Bundesärztekammer außerdem eine Abkehr von Vollerhebungen zugunsten von Stichproben, wo immer dies möglich sei. QS müsse wieder praxisnah für Ärzt:innen und nachvollziehbar für Patient:innen gestaltet werden.

Der G-BA hatte in einem Beschluss vom 21. April 2022 ein Eck- punktepapier zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzli- chen Qualitätssicherung vorgestellt. Die BÄK erkennt in ihrer Reak- tion auf den Beschluss an, dass die „Intention“ des G-BA-Papiers dem im Jahr 2020 vom Vorstand der BÄK verabschiedeten Memo- randum entspreche. Dem Beschluss nach sollen vorhandene QS- Verfahren geprüft werden, „um sie einfacher, praxisrelevanter und aufwandsärmer auszurichten“. Den Auftrag solche Empfehlungen aufzuzeigen, erhielt das IQTIG.

Welche Bereiche bedürfen einer besonderen Prüfung?

Am 12. Mai 2023 erhielt das IQTIG zudem den Auftrag ein neu- es Konzept für künftige Verfahren in der QS zu erarbeiten. Es soll spätestens im Januar 2025 vorliegen. Der Auftrag umfasst auch eine einmalige Erprobung, um den vorgeschlagenen Weg auf eine prak- tische Anwendung hin zu testen. Ziel ist es, eine Methodik zu entwi- ckeln, die kontinuierlich jene Versorgungsbereiche identifiziert, bei denen es relevante Qualitätsdefizite gibt oder ein hoher Nutzen für die Patienten erwartet wird. Zugleich sollen so auch systematisch relevante Ziele für die QS bestimmt werden.

Durch G-BA-Beschlüsse sei die datengestützte QS nahezu aus- schließlich zu einem Kontrollinstrument geworden, während Anreize zur proaktiven Qualitätsentwicklung nahezu fehlten, kritisiert die Regierungskommission in ihrer Stellungnahme. Qualitätsindikato- ren existierten in Deutschland für ausgewählte Indikationsgebiete und Prozeduren, jedoch längst nicht umfassend für alle Fachge- biete bzw. Leistungsgruppen. Auch bezögen sich die vorhandenen

Qualitätsindikatoren überwiegend auf die ärztlichen Leistungsan- teile und beschrieben nicht die Qualität der Leistungserbringung durch weitere Berufsgruppen. Damit fehlten wichtige Ergebnisse für eine umfassende Transparenz.

Die Regierungskommission plädierte dafür, dass die im G-BA- Papier beschlossene kurzfristige Reduktion des Aufwands beste- hender QS-Verfahren unter den bestehenden Rahmenbedingungen forciert umgesetzt werden sollten. Als „längst überfällig“ bezeich- nete sie den Beschluss im Eckpunktepapier, verstärkt andere Da- tenquellen hinzuzuziehen – wie GKV-Routinedaten, perspektivisch auch Daten aus der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie aus klinischen Registern.

Entbürokratisierung im Fokus

Zusätzlich zur einrichtungsbezogenen Qualitätsmessung sollte das Qualitäts- und Versorgungsmonitoring auf die regionale Ebe- ne – sog. Area-Indikatoren – ausgeweitet werden, so die Regie- rungskommission weiter. Auch sollte die Qualität der Leistungen der Pflege und weiterer Gesundheitsberufe in der QS zukünftig intensiver abgebildet werden. Die gegenwärtige QS sei außerdem von unterschiedlichen Zielen der verschiedenen Beteiligten ge- prägt. „Dies führt zu teilweise unauflösbaren Zielkonflikten“, mo- niert die Kommission. Ein kaum mehr durchdringliches „Dickicht an Vorgaben und Vorschriften“ sowie erheblicher bürokratischer Aufwand für die Beteiligten und Betroffenen seien die Folge. Ihrer Ansicht nach sollten die Rahmenbedingungen vereinfacht und ent- bürokratisiert werden.

Eine weitere Voraussetzung für ein erfolgreich weiterentwickeltes Verfahren der datengestützten QS sei laut der Regierungskom- mission die Harmonisierung der Vorgehensweisen zur Qualitätsbewer- tung und Durchsetzung notwendiger Verbesserungsmaßnahmen in den Bundesländern. Sie beeinflussten die Vorgehensweisen der Einrichtungen in Bezug auf ihr Qualitätsmanagementsystem bis- her nur unzureichend. Auch sollten die Bewertungsprozesse und Dialoge zwischen Fachgruppen und Leistungserbringenden weiter vereinheitlicht werden. Um zukünftig eine sektorunabhängigere Gesundheitsversorgung zu erreichen, sollten die Maßnahmen der Qualitätssicherung und des klinischen Risikomanagements nach Ansicht der Regierungskommission insgesamt im ambulanten und stationären Bereich zunehmend angeglichen werden.

Der unparteiische Vorsitzende des G-BA, Professor Josef Hecken, hat in einem Gespräch mit dem „Deutschen Ärzteblatt“ vom 27. Ok- tober 2023 auf die Stellungnahme der Regierungskommission re- agiert. Seiner Ansicht nach seien einige Vorwürfe darin „durchaus berechtigt“. Allerdings sei der G-BA in einigen Kritikpunkten, die im Gutachten der Kommission genannt werden, bereits zwei Jahre zu- vor zu der Erkenntnis gelangt, seine Vorgaben zu ändern.

Die Regierungskommission schlug zudem vor, das IQTIG in ein Bundesinstitut für Qualität, Patientensicherheit und Transparenz umzuwandeln, in dem die Arbeit des G-BA aufgehen solle. Mit dem Institut soll verhindert werden, dass die oft nur als „Minimal- konsense“ entschiedenen Richtlinien nicht den „wegweisenden Entwicklungen entgegenstehen.“ Auch soll so das Tempo erhöht werden. Hecken sah dies kritisch: „Ob ein Bundesinstitut – das vor- geschlagen wird und über dessen Finanzierung und Struktur Minis- ter Lauterbach und die Kommission bisher noch kein Wort gesagt haben – dies besser, schneller oder effektiver macht als der G-BA, bleibt abzuwarten.“ Seiner Ansicht nach zeige das auch, „dass Poli- tik über Institute immer mehr Einfluss gewinnen und die Aufgaben der Selbstverwaltung einschränken will“.

Positionspapier zur ärztlichen Weiterbildung

Bei gesundheitspolitischen Reformen ärztliche Weiterbildung mitdenken!

Der Arbeitskreis IV – Aus- und Weiterbildung des Hartmannbundes hat sich gemeinsam mit dem Bündnis Junge Ärztinnen und Ärzte und vielen weiteren Verbänden in einem Positionspapier anlässlich der Krankenhausreform zur künftigen Rolle der Weiterbildung im Gesundheitssystem der Zukunft positioniert. Für die Unterzeichner des Papiers ist klar: Die ärztliche Weiterbildung muss im Reformprozess mitgedacht werden, damit weiterhin gut und strukturiert ausgebildete Ärzt:innen für die Versorgung zur Verfügung stehen. Entsprechende Forderungen wurden an den Gesetzgeber, die Arbeitgebenden und auch die Ärztekammern formuliert, die nicht nur den Stellenwert, sondern auch die Umsetzbarkeit der Weiterbildung sichern sollen.

Der Gesetzgeber ist aufgefordert, die adäquate Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung zu regeln. Dabei müssen sämtliche Fachrichtungen intersektoral bedacht werden. Außerdem müssen zwingend Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine angemessene Supervision der Weiterbildung ermöglichen. Hierfür braucht es eine Personalbedarfsmessung im ärztlichen Bereich. Auch Querschnittsfächer, die über keine eigenen Leistungsgruppen verfügen, wie etwa Anästhesie, Radiologie, Mikrobiologie, Labormedizin, Arbeitsmedizin müssen zwingend berücksichtigt werden, da sie essenziell für den klinischen Alltag sind. Um die Attraktivität des ärztlichen Berufs zu erhalten, ist der Gesetzgeber außerdem aufgefordert, die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erberbstätigkeit und Sorgearbeit zu ermöglichen.

Von den Arbeitgebenden erwarten die Verfasser:innen des Positionspapiers die Aufwertung der Lehre im Berufsalltag während der ärztlichen Weiterbildung. „Nur, wenn eine angemessene Supervision durch Fachärzt:innen regelmäßig möglich ist, kann die Qualität der Gesundheitsversorgung gewährleistet bleiben. Dafür muss zwingend der ökonomische Druck auf die Weiterbildungsermächtigten reduziert werden“, erklärt der Vorsitzende des Arbeitskreises IV im Hartmannbund, Klaus-Peter Schaps. Das Papier verlangt außerdem eine Garantie von den Arbeitgebenden der Ärzt:innen, dass die Weiterbildungsordnung eingehalten und die verpflichtenden Weiterbildungsabschnitte auch in der Regelweiterbildungszeit ermöglicht werden sollen. Wenn das erforderlich sein sollte, kann dies beispielsweise auch durch Weiterbildungsverbünde erfolgen. Wichtig ist den verfassenden Verbänden zudem, dass mindesten fünf bezahlte Weiterbildungstage im Jahr sichergestellt und Unterstützungsangebote für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Sorgearbeit auch von Arbeitgeberseite geschaffen werden.

Die Ärztekammern sind aufgefordert, Weiterbildungsverbünde zwischen Kliniken und Praxen, zwischen verschiedenen Praxen ebenso wie zwischen verschiedenen Kliniken zu fördern, die fest organisierte Rotationen kooperativ ermöglichen. Gleichzeitig sollen sie die Durchführung der Weiterbildung und die Dokumentation derselben mithilfe digitaler Lösungen kontrollieren und durch Train-the-Trainer-Angebote die einheitliche Qualifizierung der Weiterbildungsbefugten voranbringen. Zudem sollen die Weiterbildungsbedingungen der Weiterbildungsstätten durch transparente Statistiken erhoben und dargestellt werden, um Ärzt:innen in Weiterbildung bei der Wahl des für sie besten Arbeitsplatzes zu unterstützen. Die Verfassenden des Positionspapiers fordern die Kammern außerdem dazu auf, Ärzt:innen in Weiterbildung, deren Arbeitsbedingungen sich durch persönliche Lebensumstände (z.B. Erkrankungen oder Familienzuwachs) ändern müssen, entgegen zu kommen.

„Das Positionspapier fasst im Wesentlichen die Punkte und Inhalte zusammen, für die der Arbeitskreis IV sich seit Jahren einsetzt, deshalb können wir dieses Papier voll unterschreiben“, fasst Klaus-Peter Schaps zusammen. „Es ist schön, dass so viele andere Verbände unsere Positionen teilen und wir werden nicht aufhören, die Politik immer wieder darauf hinzuweisen, wie wichtig die Umsetzung unserer Vorschläge ist!“



Klaus-Peter Schaps:
Der ökonomische Druck auf die Weiterbildungsermächtigten muss zwingend reduziert werden.



Leitete die Arbeitstagung:
Wolfgang Gradel



Die ärztliche Weiterbildung muss im Reformprozess mitgedacht werden, damit weiterhin gut und strukturiert ausgebildete Ärzt:innen für die Versorgung zur Verfügung stehen

„Starke Antwort auf medizinische Versorgungslage“

Arbeitstagung Süd-West des Hartmannbundes begrüßt Pläne für Medizincampus Niederbayern

Arbeitstagung Süd-West des Hartmannbundes in Passau zum Thema „Universitäre Ausbildung“: Im Mittelpunkt standen die Bestrebungen des Landes Bayern und vieler engagierter Akteure u.a. der Universität Regensburg sowie des Hartmannbundes Bayern. Mit dem sogenannten Medizincampus Niederbayern eine starke Antwort auf die sich zukünftig weiter zuspitzende medizinische Versorgungslage der Region zu geben. „Wir freuen uns sehr darüber, dass eine ehrgeizige Idee aus dem Jahr 2018 mittlerweile zu einem gemeinschaftlich mit voller Stringenz und Konsequenz verfolgten Projekt geworden ist, von dem in Zukunft ganz Niederbayern und unzählige neue Studierende profitieren werden“, sagte Wolfgang Gradel, der Landesvorsitzende des Hartmannbundes in Bayern, der die Arbeitstagung initiiert hatte.

Neben der Darstellung des aktuellen Projektfortschrittes rund um den Medizincampus Niederbayern und einem Grußwort des Oberbürgermeisters der Stadt Passau, Jürgen Dupper, ging es zudem auch um die Zukunftsaussichten des Arztberufs aus Sicht nicht-medizinischer Fachbereiche, wie der z.B. der Rechtsphilosophie, Geographie, der Data Science und des Marketings, aber auch aus

dem Blickwinkel der medizinischen Fachberufe. Gradel lud hierzu unterschiedliche Dozierende der Universität Passau sowie die Präsidentin des Verbands Medizinischer Fachberufe, Hannelore König, ein. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren sich im Anschluss an die Veranstaltung sicher, dass das Modell des Medizincampus Niederbayern Schule machen sollte. „Das Konzept des Medizincampus Niederbayern denkt das Studium neu und reiht sich ein in eine kleine Gruppe lobenswerter Initiativen in der Bundesrepublik, die Mut für die Zukunft machen“, meint Peter Schreiber, der als Vorsitzender des Ausschusses der Medizinstudierenden im Hartmannbund auch anwesend war.

„Der Input anderer Professionen ist für uns Ärztinnen und Ärzte von unschätzbarem Wert, da wir nur gemeinsam die zukünftigen Herausforderungen exzellent bewältigen können werden! Ein großer Dank geht daher an alle Referentinnen und Referenten!“, so Wolfgang Gradel.

Anzeige

LET'S TALK

PVS holding
ABRECHNUNG IM GESUNDHEITSWESEN

2 THEMEN & 2 TERMINE

**PVS-NETZWERK-TREFFEN
BEI IHRER PVS IN MÜLHEIM**

17. JANUAR 2024 // 15:00 – 18:00 UHR

WIE SAGE ICH ES DEN PATIENTEN?

LEISTUNGEN SICHER ANBIETEN

- » **Was biete ich an:** Prägnante Zusammenfassung der Grundlagen zur Privatabrechnung
- » **Wie biete ich an:** Kommunikations-Know-how als Basis für Ihr Leistungsangebot

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

24. JANUAR 2024 // 15:30 – 19:30 UHR

PRAXISVERKAUF AN INVESTOREN

WENN DER INVESTOR AN DIE PRAXISTÜRE KLOPFT

- » Einblicke in den Transaktions-Prozess und Ausblick
- » Impulsvorträge zum gewinnbringenden Praxisverkauf an Investoren mit anschließender Diskussionsrunde

JETZT KOSTENLOS ANMELDEN!
ihre-pvs.de/letstalk

Neue apoBank-Studie:

„Abgabe – zwischen Wunsch und Wirklichkeit“

Praxisabgabe weniger herausfordernd als befürchtet, trotzdem Nachfolgesuche für über ein Drittel schwierig

Den Verkauf ihrer Praxis stellen sich die meisten Inhaberinnen und Inhaber anspruchsvoller vor, als er rückblickend ist. Doch nicht alle finden so leicht Nachfolger, der angestrebte Erlös wird nicht immer erreicht, und er bedient nur bedingt die eigene Altersvorsorge. Das zeigt die aktuelle Umfrage der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank) zum Thema Praxisabgabe. Insgesamt 200 Ärztinnen und Ärzte aus den Bereichen Allgemein- und Fachmedizin, die entweder noch vor der Abgabe stehen oder ihre Praxis bereits abgegeben haben, beantworteten Fragen rund um die Herausforderungen beim Verkauf.

Nachfolge vorher meistens unbekannt: Groß sind vor allem die Befürchtungen der Praxisinhaber, keinen geeigneten Interessenten oder keine Interessentin zu finden: 73 Prozent der Befragten erwarten hier Probleme. In der Realität gestaltet es sich offenbar etwas leichter als gedacht, dennoch bereitete die Nachfolgesuche 39 Prozent der Praxisabgeber große Schwierigkeiten. Dabei hat fast die Hälfte der ehemaligen Inhaber ihre Praxis an eine zuvor unbekannte Person abgegeben, knapp ein Drittel an eine Kollegin oder einen Kollegen und nur ein geringer Prozentsatz an ein Familienmitglied. Auch das persönliche Netzwerkwerk kann sehr nützlich sein und hat laut der Umfrage bei jeder bzw. jedem Fünften zum Erfolg geführt.

Wertermittlung im Schnitt einfacher als gedacht: Einen realistischen Wert für die eigene Praxis zu ermitteln, kann ebenfalls anspruchsvoll sein. Knapp 32 Prozent der befragten Inhaberinnen und Inhaber rechnen hier mit größeren Schwierigkeiten. In der

Realität empfanden es jedoch nur 15 Prozent als Herausforderung. Für die Mehrheit (71 Prozent) derjenigen, die die Abgabe bereits hinter sich haben, stellte sich die Wertermittlung als wenig problematisch heraus.

Preisvorstellungen nicht immer durchsetzbar: Ein angemessener Erlös aus dem Praxisverkauf ist eine weitere Herausforderung im Abgabeprozess – die Hälfte der befragten Inhaberinnen und Inhaber ist sehr skeptisch, einen guten Verkaufspreis erzielen zu können. Im Nachhinein hatte etwa ein Drittel es als schwierig eingestuft. Fast die Hälfte derjenigen, die den Verkauf schon hinter sich hatten, musste auch Kompromisse bei den eigenen Preisvorstellungen eingehen.

Planungsschwierigkeiten bei Hausarztpraxen sehr selten: Was die Planung und Organisation des Abgabeprozesses betrifft, befürchten vor allem Inhaberinnen und Inhaber von Hausarztpraxen viele Schwierigkeiten: 34 Prozent gehen davon



aus. Im Nachhinein waren es jedoch lediglich acht Prozent, die dies bestätigt haben. Fachmediziner blicken etwas zuversichtlicher auf die Abwicklung der Praxisabgabe: Nur 18 Prozent befürchten große Hürden, was allerdings in etwa dem Anteil der Ex-Inhaber entspricht: 20 Prozent gaben an, hier mit großen Hindernissen konfrontiert zu sein.

Der Erlös aus dem Verkauf taugt nur bedingt als Altersvorsorge: Für 54 Prozent der Praxisinhaber soll der Gewinn vor allem dazu dienen, den Ruhestand zu finanzieren. Dabei rechnen nur 26 Prozent damit, dass es im hohen Umfang möglich sein wird. Tatsächlich entspricht das genau dem Anteil derjenigen, denen das nach dem Praxisverkauf auch gelungen ist. Die Hälfte derjenigen, die noch vor der Abgabe stehen, geht davon aus, dass es wenigstens zum Teil möglich sein wird.

Die Ergebnisse zeigen, dass viele Praxisehefinnen und Chefs bei der Abgabe viele Herausforderungen erwarten, und dass diese sich in Wirklichkeit unterschiedlich schwierig gestalten kann. Rechtzeitige Beschäftigung mit dem Thema und aktive Vorbereitung können den Prozess erleichtern. Hilfreich sind entsprechende Praxisbörsen, Seminare, Leitfäden und auch professionelle Beratung. Die Altersvorsorge sollte ebenfalls frühzeitig beginnen und nach mehreren Seiten hin erfolgen. Sowohl bei Praxisabgabe als auch bei privater Altersvorsorge können apoBank-Beraterinnen und Berater unterstützen.

Informationen zur Praxisabgabe gibt es auf den Internetseiten der apoBank:



Ärztinnen in der privaten Krankenversicherung

Mit VIAlife Spielraum (auch) für spätere Entscheidung

Gerade zum Berufseinstieg müssen sich junge Mediziner:innen um viele Dinge kümmern. Die eigene Gesundheitsabsicherung sollte dabei nicht zu kurz kommen. Besonders junge Ärztinnen fragen sich häufig, welche Krankenversicherung für sie als Frau die Richtige ist – gesetzlich (GKV) oder privat (PKV). Hier lohnt ein direkter Blick auf die Leistungen, die in beiden Systemen speziell für Frauen angeboten werden – beispielsweise in Bezug auf das Thema Schwangerschaft.

Mit einer Schwangerschaft verschieben sich die Prioritäten werdender Eltern. Die größten Veränderungen ergeben sich selbstverständlich für die Frau – oft sind neben Glücksgefühlen und Vorfreude auch Sorgen und Unsicherheiten ständige Begleiter in der Schwangerschaft. Vor allem im Alter zwischen 30 und 40 Jahren (lt. Statista lag das Durchschnittsalter bei der Geburt des ersten Kindes im Jahr 2022 bei 30,4 Jahren) haben werdende Mütter spezielle Bedürfnisse und Anforderungen. Eine gute und umfangreiche medizinische Versorgung ist daher umso wichtiger.

Schwangere und junge Mütter sind in Deutschland sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Krankenversicherung gut versorgt. Kosten für Basisuntersuchungen werden während der Schwangerschaft in beiden Systemen übernommen. Dennoch gibt es in beiden Systemen Leistungsunterschiede, die genauer betrachtet werden sollten:

Sowohl die gesetzliche als auch die private Krankenversicherung leisten u.a. für

- Ultraschalluntersuchungen (GKV: bis zu

- 3-mal – PKV: Keine Beschränkung, wenn die behandelnden Ärzte/Ärztinnen die Sonografie als medizinisch notwendig erachten),

- Amniozentese (GKV: Erstattung nur bei Risikoschwangerschaften – PKV: Untersuchung wird meist auch ohne medizinische Indikation übernommen)

- Schwangerschaftsgymnastik

- Geburtsvorbereitungskurse

- Hebammenberatung

- Rückbildungsgymnastik (GKV: bis zu 10 Stunden – PKV: keine Begrenzung bei der Anzahl der Sitzungen)

Zusätzlich profitieren Frauen in der PKV während der Schwangerschaft von weiteren hervorragenden und umfassenden Leistungen. Je nach PKV werden folgende Kosten erstattet:

- 3D-Ultraschalluntersuchungen

- Toxoplasma Screening

- Neben der klassischen Schwangerschaftsgymnastik leistet die private Krankenversicherung auch für Angebote wie Aquafitness für Schwangere, Schwangerschafts-yoga und Hypnobirthing.

Insgesamt ist das Leistungsspektrum während und nach einer Schwangerschaft sehr unterschiedlich. Aber nicht nur bei dem Thema Schwangerschaft gibt es Unterschiede.

Gerade wenn es um die speziellen Vorsorgeuntersuchungen für Frauen geht, zahlt sich eine private Krankenversicherung aus – zum Beispiel bei gynäkologischen Untersuchungen zur Früherkennung von Erkrankungen wie Krebs. Diese werden zwar grundsätzlich auch in der gesetzlichen Kran-

kenversicherung bezahlt, jedoch werden bei einer privaten Absicherung auch hier Kosten für ein größeres Spektrum an Untersuchungen übernommen. Ein weiterer Pluspunkt: Die Privaten Krankenversicherungen verzichten in der Regel bei den Vorsorgeuntersuchungen auf die Einhaltung der Altersgrenzen (z.B. Mammographie-Screening).

Beitragsfreiheit in der Elternzeit

Sowohl freiwillig versicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung als auch Privatversicherte müssen in der Elternzeit die Beiträge für ihre Krankenversicherung weiterzahlen. Allerdings haben Privatversicherte – je nach Versicherer – den Vorteil, dass während des Bezugs von Elternzeit eine Beitragsfreiheit von bis zu 6 Monaten möglich ist. Dies gilt sowohl für Frauen als auch für Männer.

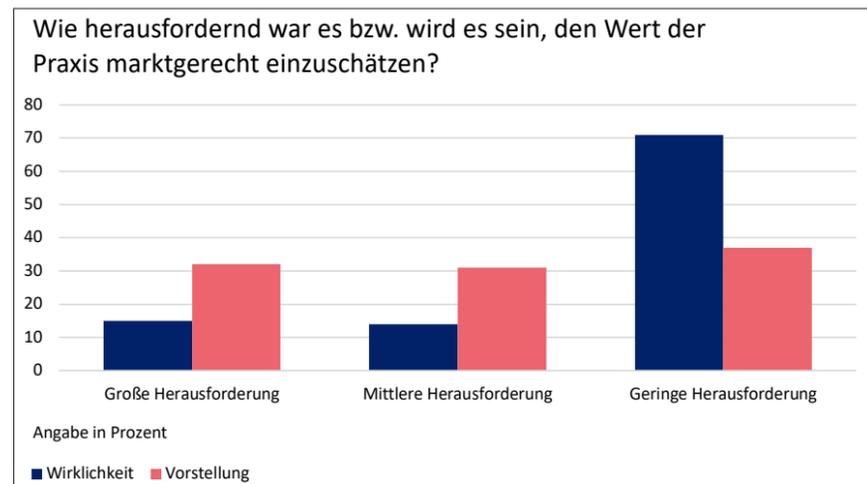
Die Entscheidung GKV oder PKV fällt immer noch schwer?

Auch wenn der Lebens- und Berufsweg noch nicht genau vorhersehbar ist: Es ist immer von Vorteil, sich alle Optionen offen zu halten. Mit Abschluss des AXA Optionstarifes VIAlife machen Sie den entscheidenden ersten Schritt in Ihre private Gesundheitsabsicherung. Schon heute können Sie Ihren Gesundheitszustand einfrieren. Erhalten Sie sich mit VIAlife die Entscheidungsfreiheit, zu vielen verschiedenen Zeitpunkten in die private Gesundheitsabsicherung einzusteigen, oder passen Sie diese an Ihre veränderten Bedürfnisse an – ohne eine erneute Gesundheitsprüfung.

Und der spezielle Vorteil für Hartmannbund-Mitglieder: Der Hartmannbund übernimmt ab dem Beginn des praktischen Jahres die VIAlife-Beiträge für bis zu drei Jahre. Nach Ablauf dieser drei Jahre kann der Vertrag zum Beitrag von 5 Euro (bis zum 35. Lebensjahr) monatlich weitergeführt werden.

Die richtige Lösung finden

Der kurze Leistungsvergleich zeigt: Die für das eigene Leben passende Krankenversicherung ist individuell verschieden. Gerne beraten wir Sie persönlich telefonisch, senden ausführliche Unterlagen oder vermitteln einen persönlichen Kontakt zu Berater:innen der Deutschen Ärzte Finanz vor Ort.



AMBOSS-Vorteile für Mitglieder des Hartmannbundes

Wissensplattform drei Monate kostenlos testen und im Anschluss 10% Preisvorteil nutzen



Das digitale Nachschlagewerk AMBOSS unterstützt den ärztlichen Alltag mit leitliniengerechten Behandlungsempfehlungen inkl. Arzneimitteldaten sowie umfangreichen Online-Fortbildungsmöglichkeiten. Hartmannbund-Mitglieder können AMBOSS 3 Monate kostenfrei testen und erhalten im Anschluss 10% Rabatt auf das Jahresabo.

Die AMBOSS-Wissensplattform unterstützt Ärztinnen und Ärzte auf ihrem gesamten Berufsweg mit praxisrelevantem, interdisziplinärem Wissen zur Verifizierung der eigenen Behandlungsentscheidungen sowie mit Fort- und Weiterbildungsformaten.

Mittlerweile von 80.000 Praktizierenden in Deutschland tagtäglich genutzt, bietet AMBOSS präzise, leitliniengerechte und fachübergreifende Wissensinhalte mit konkreten Diagnostik- und Therapieempfehlungen sowie eine integrierte Arzneimitteldatenbank mit über 60.000 Wirkstoffen und Handelspräparaten. Umfassende Illustrationen, Videos und Bildbefunde können im Praxisalltag zur Aufklärung von Patient:innen genutzt werden.

Das digitale Nachschlagewerk ermöglicht es, innerhalb von Sekunden fundierte Antworten auf interdisziplinäre Fragestellungen oder Differenzialdiagnosen zu finden – ob vom Computer aus oder ohne Internetverbindung über die Wissen-App. Die hohe Qualität der Informationen in

AMBOSS wird durch einen umfassenden Redaktionsprozess sichergestellt, der von einem über 80-köpfigen ärztlichen Redaktionsteam durchgeführt wird. Die direkte Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften wie der DGK und DGVS gewährleistet, dass stets aktuelle Leitlinienempfehlungen und ein umfassendes Leitlinienverzeichnis zur Verfügung stehen.

Integrierte Fort- und Weiterbildung mit CME-zertifizierten Kursen und zusätzlich buchbaren Online-Fortbildungen

Außerdem bietet AMBOSS eine Vielzahl kostenfreier Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, ohne Sponsoring oder finanzielle Interessenkonflikte. Mit den über 60 Online-Kursen aus verschiedenen Fachrichtungen können aktuell insgesamt bis zu 150 CME-Punkte für das Fortbildungskonto gesammelt werden. Das Angebot an Online-Repetitorien zur Vorbereitung auf die Facharztprüfungen wird ebenfalls kontinuierlich erweitert. Mit erfahrenen Referent:innen

entwickelt und durchgeführt, ermöglichen weitere zusätzlich buchbare Online-Fortbildungen einen noch tieferen Einstieg in Themen wie Antibiotikatherapie, Strahlenschutz, EKG oder Sonografie. So können bei diesen Fortbildungen bis zu 28 CME-Punkte erworben werden.

Exklusive Vorteile für Mitglieder des Hartmannbundes: 3 Monate kostenfrei und im Anschluss 10% Rabatt auf das AMBOSS-Jahresabo

Die Grundlage der Partnerschaft zwischen AMBOSS und dem Hartmannbund basiert auf der gemeinsamen Zielsetzung, Mediziner:innen in ihrer verantwortungsvollen Tätigkeit zu unterstützen und den ärztlichen Nachwuchs gezielt zu fördern. Um die Inhalte der Wissensplattform und die integrierten Fortbildungsmöglichkeiten im eigenen Klinik- und Praxisalltag zu erproben, können alle Mitglieder des Hartmannbundes AMBOSS 3 Monate lang kostenfrei nutzen und im Anschluss von einem dauerhaften 10%igen Preisvorteil auf das Jahresabo profitieren.

Mehr als 25 Jahre Kompetenz im internationalen Private Banking



SIGMA Bank aus dem Fürstentum Liechtenstein und der Hartmannbund kooperieren

Die SIGMA Bank – eine 1997 gegründete liechtensteinische Privatbank und der Hartmannbund gehen eine partnerschaftliche Kooperation ein. Die SIGMA Bank ist eine familiengeführte, unabhängige Full-Service-Bank für Menschen, die einen Partner mit höchster Service- und Kundenorientierung wünschen. Transparenz, Fairness und hohe ethische Standards zählen ebenso zu unseren Werten wie Leistung und Professionalität, die wir jeden Tag aufs Neue in den Dienst unserer Kunden stellen. Weil Partnerschaften Versprechen sind, die sich jeden Tag neu einlösen.

Eingebettet zwischen Österreich und der Schweiz liegt das Fürstentum sehr zentral mitten in Europa. Liechtenstein zeichnet sich durch eine sehr hohe politische und

wirtschaftliche Stabilität aus. Das Land hat keine Staatsschulden und wird seit Jahren von Moodys und Standard & Poor's mit einem AAA Länderrating ausgezeichnet. Offizielle Währung ist der Schweizer Franken. Der internationale Finanzplatz Liechtenstein steht mit seiner langjährigen Erfahrung und einem breit diversifizierten Finanzdienstleistungsangebot für erstklassige, langfristige Lösungen und den Erhalt von Vermögen über Generationen hinweg. Auch in Sachen Unternehmertum spielt das Land ganz vorne mit. Weltmarktführer und global tätige Industrieunternehmen haben ihren Ursprung in Liechtenstein.

Die SIGMA Bank verfügt über mehr als 25 Jahre Kompetenz im internationalen Private Banking.

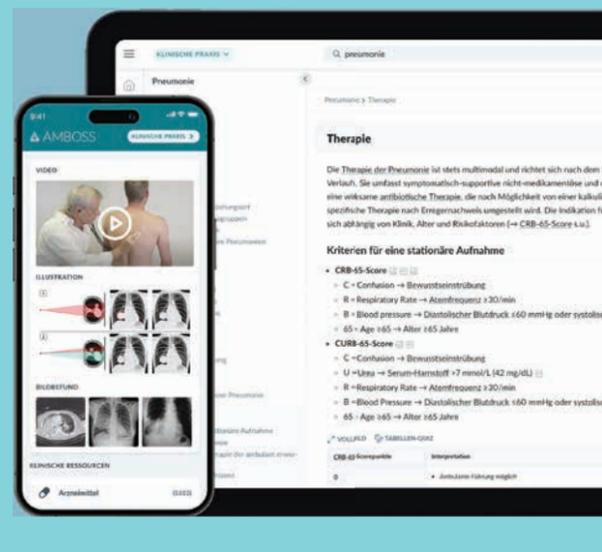


Frau Jacqueline Krämer – Senior Relationship Manager – ist für Ihre Private Banking und Finanz-Anliegen unter der Telefonnummer: 00423 239 04 51 sowie unter der E-Mailadresse: jacqueline.kraemer@sigmabank.com gerne für Sie da.

Hartmannbund-Mitgliedervorteil

- ✓ 3 Monate AMBOSS kostenfrei
- ✓ 10 % Rabatt aufs Jahresabo
- ✓ Aktuell. Unabhängig. Leitliniengerecht.

Alle weiteren Informationen zum Hartmannbund-Mitgliedervorteil gibt es unter <https://go.amboss.com/hb-vorteil> oder unter diesem QR-Code:



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

www.itk-medikus.de

Exklusive Vorteile für Hartmannbund-Mitglieder

- Mobilfunktarife
- Smartphones
- Tablets
- Smartwatches



- **70% durchschnittliche Kostenersparnis bei Mobilfunktarifen**
- **Einfacher Wechselprozess für jedermann**

Ihr persönlicher Zugang

Benutzername: hartmannbund Passwort: ITK-Einkaufsvorteile!

JKR GmbH · Rheingrafenstraße 37 · 55543 Bad Kreuznach
Telefon: 0671 / 970 96 30 · E-Mail: hartmannbund@itk-medikus.de

Versicherungsschutz für Notärzt:innen

Anderen Menschen zu helfen, birgt auch Risiken



Der Beruf als Notärzt:in ist mit großer Verantwortung verbunden. Denn im Extremfall entscheidet die medizinische Erstversorgung über Leben und Tod. Eine große Herausforderung, die bei jedem Einsatz nicht nur gesundheitliche, sondern auch rechtliche Risiken mit sich bringt. Notärzt:innen und Rettungskräfte können schnell in einen Rechtsstreit geraten. Warum eine richtige Absicherung wichtig ist, zeigt Ihnen der folgende Artikel von ROLAND Rechtsschutz, dem Kooperationspartner der Deutschen Ärzte Finanz.

Tätliche Angriffe auf Notärzt:innen: Warum Rechtsschutz wichtig ist: Die Aufgabe als Notärzt:in ist es, anderen Menschen zu helfen. Vor diesem Hintergrund ist es umso erschreckender, dabei selbst einen Angriff auf die eigene Gesundheit zu erfahren. Leider nehmen Angriffe gegenüber Notärzt:innen und anderen Rettungs- und Einsatzkräften immer mehr zu. Vielleicht haben Sie eine solche Situation auch schon selbst erlebt. Nicht selten ist es dann erforderlich, die angreifende Person körperlich abzuwehren. Denn manchmal schützen Sie nur so sich, Ihre Kollegen:innen sowie den:die Patient:in und gewährleisten dadurch die medizinische Versorgung.

Als wäre ein solches Szenario nicht schon schlimm genug, kommt der große Schrecken noch später: eine Strafanzeige. Abhängig vom Sachverhalt lautet der Vorwurf dann zum Beispiel Körperverletzung oder Nötigung. Neben einem möglichen Gerichtsprozess drohen hohe Kosten, die man alleine zahlt.

Strafanzeige nach Notarzteinsatz: Seit mehr als 10 Jahren arbeitet Frau Dr. Berger als Notärztin in Berlin. Im letzten Jahr hatte sie in der Silvesternacht Dienst – mit gravierenden Folgen. Am frühen Morgen wird Frau Dr. Berger zu einem Rettungseinsatz gerufen. Ein Mann ist infolge eines Kreislauf-Kollaps zusammengebrochen. Während des Einsatzes hören die Notärztin und die anwesenden Sanitäter:innen plötzlich laute Rufe. Die Rufe gehen schnell in Beschimpfungen über. Ohne Vorwarnung landet ein Silvesterböller mit einem lauten Knall neben den Rettungskräften sowie dem Patienten auf dem Boden.

Herr Schmidt hat die Einsatzkräfte beschimpft und den Böller geworfen. Er kommt auf die Gruppe zu und versucht, die Notärztin sowie die Sanitäter:innen anzugehen. Dabei wird die medizinische Ver-



Anderen Menschen zu helfen, kann auch Risiken bergen

sorgung des Patienten behindert. Um den Randalierer abzuwehren, sieht sich Frau Dr. Berger dazu gezwungen, selbst rabiat zu werden: Sie greift Herrn Schmidt an und stößt ihn außer Reichweite des Einsatzortes. Herr Schmidt verliert dabei unglücklich das Gleichgewicht. Er stürzt zu Boden und bricht sich seinen Arm. Er stellt gegen Frau Dr. Berger eine Strafanzeige wegen Körperverletzung. Daraufhin wird ein Strafverfahren gegen die Notärztin eingeleitet.

Frau Dr. Berger nimmt Kontakt zu ihrer Rechtsschutz-Versicherung auf. Sie bekommt Unterstützung von einem Fachanwalt, der die Notärztin im Gerichtsprozess vertritt. Die anfallenden Kosten übernimmt ihre Rechtsschutz-Versicherung.

Richtige Absicherung mit Straf-Rechtsschutz: Das geschilderte Szenario ist leider kein Einzelfall. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, sich richtig abzusichern. Notärzt:innen, Rettungskräfte und medizinisches Personal sind durch ihren Beruf nochmal größeren Risiken ausgesetzt. Hier lohnt sich der Abschluss einer

Rechtsschutz-Versicherung, die bei Vorwürfen einer Straftat finanziell absichert.

Wichtig zu wissen: Man unterscheidet zwischen dem aktiven und dem passiven Straf-Rechtsschutz. Der passive Straf-Rechtsschutz gilt für Klagen gegen den/die Versicherungsnehmer:in, hier gegen die Notärztin. Der aktive Straf-Rechtsschutz bietet Leistungen, um selbst Strafanzeige zu stellen, zum Beispiel bei einem tätlichen Angriff.

Unterstützung bei rechtlichen Streitigkeiten: Ein Rechtsstreit ist nicht nur eine mentale Belastung mit Auswirkungen auf Ihren Beruf, sondern ist auch finanziell sehr einschneidend. Mit dem richtigen Versicherungsschutz sind Sie jedoch gut gewappnet. ROLAND Rechtsschutz bietet spezielle Leistungen für Notärzt:innen.

Lassen Sie sich ausführlich von Ihren Ansprechpartner:innen bei der Deutschen Ärzte Finanz beraten. Wenden Sie sich dafür gerne per Telefon an die Rufnummer 0221-32323 oder per E-Mail an service@aerzte-finanz.de

Service-Plus für Hersteller Digitaler Gesundheitsanwendungen

Zeitgewinn für die eigentlichen Kernprozesse

Ob bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, neurologischen Einschränkungen oder depressiven Erscheinungsbildern: Digitale Gesundheitsanwendungen (kurz: DiGA) sind auf dem Vormarsch! Die als Medizinprodukt geltenden Apps halten vielfältige Möglichkeiten bereit, die die Erkennung, Überwachung und Behandlung ganz unterschiedlicher Krankheiten unterstützen. Die PVS holding GmbH beweist auch hier ihren zukunftsorientierten Blick und bietet DiGA-Herstellern mit ihrer Konzerntochter PVS plus GmbH ein echtes Service-Plus.

PVS schnürt Servicepaket: DiGA plus: Die PVS plus bündelt die langjährige Erfahrung aus allen Bereichen der Unternehmensgruppe und steht den DiGA-Herstellern mit einem Rundum-Service zur Seite: So übernimmt sie gemeinsam mit anderen Gesellschaften des Konzerns mit DiGA plus sämtliche Prozesse rund um die Abrechnung und Verifizierung, sie bietet zudem in Zusammenarbeit mit den Finanzdienstleistungsinstituten des Konzerns eine mögliche Vorfinanzierung an und unterstützt mit maßgeschneiderten Konzepten die Hersteller beim Marktzugang. Auch die Sicherstellung der Einhaltung aller gesetzlichen Vorgaben zur Datenübermittlung sowie die Reklamationsbearbeitung und das Mahnwesen zählen zum Leistungsspektrum.

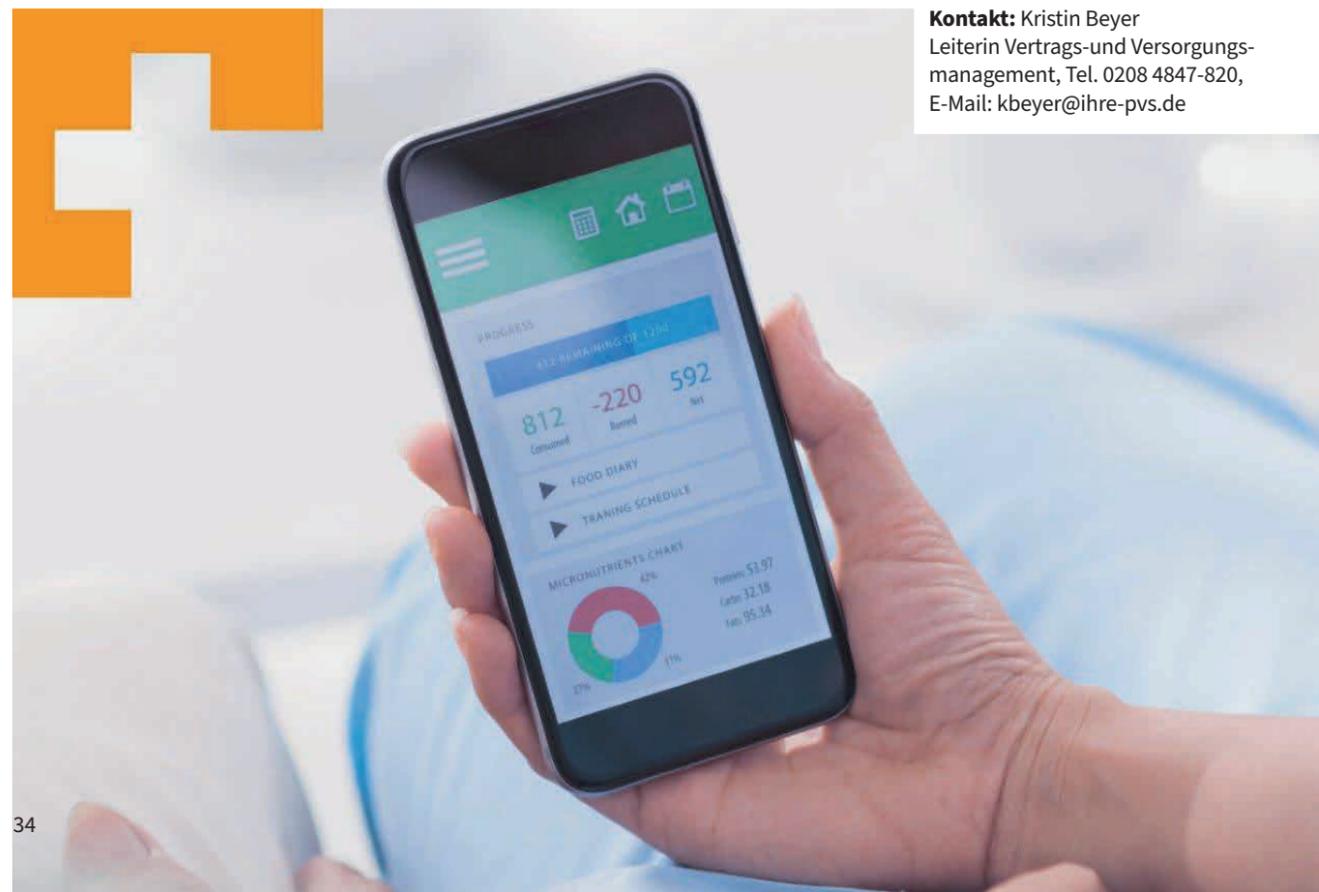
DiGA-Hersteller profitieren unmittelbar: Neben den bereits genannten Services warten dank DiGA plus weitere Vorteile auf die Hersteller: So halten Sie mit DiGA plus bei der Abrechnung nicht nur sämtliche Vorgänge der gesetzlichen Kostenträger ein – es entstehen für sie auch keine zusätzlichen Aufwände für die Pflege oder Weiterentwicklung des Webservices. Die Datenkommunikation, ein professionelles Forderungsmanagement gegenüber Krankenkassen sowie die rechtssichere Dokumentation aller buchhalterischen Vorgänge gehören schließlich zu den Kernkompetenzen der PVS – sie fußen auf über 90 Jahren Erfahrung.

DiGA-Hersteller dürfen sich somit über jede Menge Einsparungen freuen: Während

sich der kostenintensive Aufbau eigener Ressourcen für die Programmierung der Abrechnung und die Buchhaltung erübrigt, gewinnen sie Zeit für die eigentlichen Kernprozesse. Der von der PVS angebotene optionale Vorfinanzierungsservice gewährt zudem eine Planungssicherheit in Sachen Liquidität, bedeutet er doch Unabhängigkeit vom Zahlungsverhalten der Krankenkassen. Und schließlich: Da DiGA eine echte Innovation auf dem Gesundheitsmarkt darstellen und gleichzeitig ein großes Maß an Potenzial versprechen, sollten App-Anbieter jederzeit alle relevanten Entwicklungen im Blick haben.

www.pvsplus.de

Kontakt: Kristin Beyer
Leiterin Vertrags- und Versorgungsmanagement, Tel. 0208 4847-820,
E-Mail: kbeyer@ihre-pvs.de



Von der „Praxis“ zum „Zentrum“

Ärztliche Initiative prägt die ambulanten Strukturen der Zukunft

Wenn man von „Megatrends“ in der Gesundheitsversorgung sprechen will, dann ist Ambulantisierung an vorderster Stelle zu nennen. Patientenpräferenzen, medizinischer Fortschritt und wirtschaftliche Aspekte zeigen in eine Richtung: Diagnostik und Behandlungen werden unaufwendiger, unkomplizierter und risikoärmer. Neben der Verlagerung aus dem stationären Bereich hat Ambulantisierung noch eine weitere Seite: bessere und stärker zielgerichtete Versorgung im ambulanten Bereich ermöglicht es, die Krankheitslast zu senken und Erkrankungen zu „managen“ bevor sie eskalieren. In den vergangenen Jahren ist umfangreiches Wissen dazu entstanden, wie ein Zusammenwirken von ärztlicher Behandlung, Therapieberufen, Pflege und sozialem Umfeld Patienten befähigen kann, möglichst lange und bei guter Lebensqualität mit chronischen Erkrankungen zu leben. Dies spiegelt sich in aktuellen Konzepten der Primärversorgung und regionalen Versorgung. Beide Aspekte der Ambulantisierung werden durch den demografischen Wandel stark hervorgehoben. Menschen bleiben länger selbständig und mehr Therapien und Eingriffe können auch im fortgeschrittenen Alter ambulant erfolgen. Dies wird sich – unabhängig von mehr oder weniger erfolgreicher Gesundheitspolitik – durchsetzen.

Ambulantisierung heißt jedoch nicht mehr nur „Praxis“, sondern immer häufiger „Zentrum“: die Betriebsformen verändern sich. 30 Prozent der als Praxis gezählten Einrichtungen firmieren bereits als BAG oder MVZ. Fast 15 Prozent weisen einen Jahresumsatz von größer eine Million EUR auf, unter den BAG/MVZ sind es über ein Drittel (Daten des Statistischen Bundesamts von 2019) – übrigens davon nur ein kleiner Teil nicht in der Hand von Ärzten. Technisierung und Spezialisierung halten gerade im fachärztlichen Bereich stärker Einzug, damit zusammenhängend vergrößern sich die Einrichtungen – und dies vor dem Hintergrund einer allgemein hohen und leider noch zunehmenden Regulierungsdichte im Gesundheitswesen. Solche Zentren müssen effizient und klug geführt

Dr. med. Christopher Glatzel, hat den Executive MBA für Ärzt:innen an der SRH Fernhochschule vor kurzem erfolgreich abgeschlossen und ist außerdem mit dem Hartmannbund-Preis für die Beste Abschlussarbeit mit besonderer Bedeutung für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens 2023 ausgezeichnet worden. Seit Ende 2021 ist er Mitbegründer der Gemeinschaftspraxis Sportorthopädisches Zentrum Konstanz.



Was war Ihre Motivation für das Studium des Executive MBA für Ärzt:innen?

Während meines Medizinstudiums war für mich klar, dass ich mich einmal selbstständig machen wollte. Allerdings werden im Studium der Humanmedizin die wirtschaftlichen Aspekte einer Praxisgründung überhaupt nicht thematisiert. Deshalb wollte ich mich hier unbedingt weiterbilden.

Warum ist dieser MBA-Studiengang besonders für Sie geeignet?

Die Gesamtsituation für niedergelassene Ärzte im deutschen Gesundheitswesen ist schwierig. Dies wird durch die steigenden Kosten bei unveränderten Vergütungen verstärkt. So wurde die GoÄ seit fast 30 Jahren nicht verändert und auch im GKV-Bereich gibt es keine ausreichende Vergütung. Dazu nehmen bürokratische Anforderungen und sonstige Auflagen einen nicht unerheblichen Teil ein. Nur mit rein medizinischem Know How ist eine Praxis heutzutage nicht mehr erfolgreich zu führen – betriebswirtschaftliches Grundwissen ist zwingend erforderlich. Im Fernstudium konnte ich mir die Zeit frei einteilen und mich auf die Aspekte konzentrieren, die mich besonders interessieren haben.

Was hat der MBA Ihnen bereits gebracht?

Neben den betriebswirtschaftlichen Grundlagen und Managementmethoden habe ich besonders davon profitiert, in meiner Master-Thesis verschiedene Betriebsmodelle wirtschaftlich für mein orthopädisches Spezialgebiet durchzuspielen. Interessanterweise schneidet die Investition in eine eigenes ambulantes OP-Zentrum deutlich besser ab als eine Tätigkeit als Belegarzt. Das war für mich eine wichtige Grundlage in der Gründungsphase unseres Sportorthopädischen Zentrums mit integriertem OP.

werden – mit strategischem und organisationalem Denken und mit hoher Teamkompetenz. Ärztinnen und Ärzte sollten diese Aufgaben auch künftig nicht anderen überlassen – wenn eine ärztliche Perspektive weiterhin für die Gesundheitsversorgung prägend sein soll.



SRH Fernhochschule –
The Mobile University



Ansprechpartner für Mitglieder

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



Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Frances Camin
Tel.: 030 206208-31

Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt
Tel.: 030 206208-15

Ärztliche Weiterbildung

Ina Reiber
Tel.: 030 206208-24

Ausbildung/Medizinstudium

Ina Reiber
Tel.: 030 206208-24

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

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

Berufsbezogene Rechtsberatung

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

Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46

Digital Health

Frances Camin
Tel.: 030 206208-31

Fortbildungen/Seminare

Johanna Heinrichs
Tel.: 030 206208-53

GKV-Vertragsrecht

Frances Camin
Tel.: 030 206208-31

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Frances Camin
Tel.: 030 206208-31

Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46

Rechtsberatung Krankenhaus

Axel Barenhoff
Tel.: 030 206208-58

Rechtsberatung Niederlassung

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

Sektorübergreifende Versorgung und Krankenhausstrukturen

Petra Meiners
Tel.: 030 206208-27

Regional

Regionalreferat Nord

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

Lena Delfs

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)

Dr. Enno Schwanke

Tel.: 030 206208-56

Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos*

Psychotherapeutin (PP/ÄP), (w/m/d) für Praxisgemeinschaft in Köln zur Festanstellung (Teilzeit) gesucht

Stellenausschreibung für Psychotherapeut (PP/ÄP), (w/m/d)

Für unsere Praxisgemeinschaft in Köln-Mitte suche ich eine Kolleg:in in Teilzeit (für 20 Std. und nach Vereinbarung) zur sozialversicherungspflichtigen Festanstellung zum 1.1. 2024. Die geplante Anstellung soll im Rahmen eines 1/2 Kassensitzes (Anstellungssitz) in meiner Praxis erfolgen. Einen ersten Eindruck von unserer Praxisgemeinschaft finden Sie unter www.integrativepraxiskoeln.de und www.psychotherapiematthies.de

Ihr Profil:

- Arztregistereintrag bei der KVNO
- deutsche Approbation als psych. oder ärztl. Psychotherapeut:in für Erwachsene
- Gerne Therapien in anderen Sprachen (nicht zwingend notwendig)
- Eigenverantwortliche Arbeitsweise, Teamfähigkeit und humanistisches Menschenbild
- Es sind auch Kolleg:innen willkommen, die erst kürzlich ihr Staatsexamen absolviert haben

Ich biete:

- Ein freundliches und einladendes Arbeitsumfeld in schöner, heller, geräumiger Praxisatmosphäre
- Lage am Eigelstein/Ebertplatz, nette Cafés, alles fußläufig zu erreichen und mit sehr guter ÖPNV-Anbindung
- Behandlungsraum voll ausgestattet und möbliert
- Gut etablierte Praxis in einer größeren Praxisgemeinschaft (7 weiteren Kolleg:innen)
- Teamraum und Sekretariat
- Gute Vernetzung zu anderen Praxen
- Kollegiale Intervention
- Faire Bezahlung in Anlehnung an TVÖD
- Sozialversicherungspflichtige Festanstellung
- Flexible Urlaubszeiten
- kollegiale Einarbeitung in die ambulante Versorgung

Kontakt:

Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte zeitnah per E-Mail an: psychotherapiematthies@posteo.de
Ich freue mich auf Ihre Bewerbung und ein persönliches Gespräch.
Dr. med. Marc Matthies
Lübecker Str. 8-10, 50668 Köln
Tel.: 049 221 / 27 09 59 96

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.

KV Sitz Gynäkologie in Braunschweig abzugeben

renommierte Gyn-Onko Praxis in Braunschweig sucht ab sofort Nachfolger*in. Die Praxis genießt einen sehr guten Ruf und verfügt über 4 Kassenarztsitze. Die Genehmigung zur med. Tumortherapie ist wünschenswert aber nicht Bedingung. Ggf. auch Anstellung möglich.
lorenz@frauenaerzte-casparistr.de oder +49 15209831573

3M Littmann 3200 elektronisches Stethoskop günstig abzugeben

Ich habe ein fast neues 3M Littmann 3200 elektronisches Stethoskop für 200 € abzugeben inclusive Versand.
Bei Interesse melden Sie sich bitte unter: u.v.linden@gmx.de

FÄ/A für Gynäkologie in Braunschweig gesucht

Fachärztin/Facharzt für Gynäkologie in Braunschweig gesucht umsatzstarke Praxis im Zentrum von Braunschweig mit sympathischem Team sucht für 20-30 h/Woche, ggf. auch Vollzeit FÄ/A in Festanstellung. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung unter: praxis@frauenaerzte-casparistr.de oder +49 15150781561

Weiterbildungsassistent/-in für Allgemeinmedizin und Phlebologie nahe Köln ab sofort gesucht

Wir suchen ab sofort eine/n Weiterbildungsassistent/-in für Allgemeinmedizin und Phlebologie. Die volle Weiterbildungsmöglichkeit für Allgemeinmedizin und Phlebologie ist vorhanden. Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin/Phlebologie/Sportmedizin und Chirotherapie Dr. Dreschke und Thomas Weber, Brüderstr. 2, 51491 Overath (20 km Nähe Köln). Bei Interesse bitte melden bei Thomas Weber: 0171-5707445 oder webermaj@gmail.com

Anzeige

ETL | ADVISION

Steuerberatung im Gesundheitswesen

Die Zukunft der ambulanten Versorgung

Eine Publikation zum ETL ADVISION

Kongress Healthcare TAX § LAW 2023

HEALTHCARE TAX § LAW

Jetzt kostenfrei downloaden!

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:

Webspark+ KVASVECTOR+ Sunflowerr/
shutterstock.com

Icons: © venimo – adobe.stock.com

Der Hartmannbund wünscht
allen frohe Weihnachten!



Wir wünschen Ihnen
bereits heute frohe
und erholsame
Weihnachtsfeiertage
und einen guten
Rutsch in ein
gesundes Jahr 2024!



Dr. Theodor Uden,
Kinderarzt
aus Hannover

”

Meine Patienten können
sich auf mich verlassen.
Ich verlasse mich
auf meinen Verband.“



Hartmannbund

STARK FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE.

Besondere Vorteile
für Mitglieder im
Hartmannbund!

Wir halten Ihnen den Rücken frei!

Wo auch immer Sie im Leben stehen, die Deutsche Ärzteversicherung steht hinter Ihnen – mit maßgeschneiderten Finanz-, Versicherungs- und Vorsorgelösungen.

Mit der Kombination aus zuverlässigem Berufsunfähigkeitsschutz und flexibler Altersvorsorge bietet Ihnen **DocD'or** genau die **richtige Strategie für das Alter**. Optimale Sicherheit und Vorsorge für einen sorgenfreien Ruhestand.

So können Sie stets entspannt nach vorn blicken!

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

 **Deutsche
Ärzteversicherung**