

01/2024



Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund Magazin

Intelligente Patientensteuerung
als Schlüsselthema



Orientierungslos

Ohne Kompass droht in der Versorgung der Kollaps



Besondere Vorteile für Mitglieder im Hartmannbund!

Wir halten Ihnen den Rücken frei!

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

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

So können Sie stets entspannt nach vorn blicken!

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

 **Deutsche
Ärzteversicherung**

Editorial



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

liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Politiker sind auch nur Menschen. Und das ist auch gut so. Denn damit wissen wir, dass auch sie Fehler machen können. Das ist in Ordnung, das macht Politiker menschlich. Das gilt grundsätzlich auch, wenn sie einmal die Übersicht verlieren. Je mehr man (gleichzeitig) anpackt, desto größer die Gefahr. Auch das ist den meisten von uns nicht völlig fremd. Aber (und ganz besonders) für Politiker heißt es eben auch: Passiert das häufiger, dann gilt es, zwischendurch mal runterzufahren und über die Ursachen von Fehlern und Überforderung nachzudenken. Denn es soll ja besser werden! Passiert das nicht, findet diese Selbstreflexion nicht statt, dann ist das nicht mehr in Ordnung – zumal das zwangsläufig entstehende Durcheinander ja nicht ohne Folgen bleibt. Wie im ganz normalen Leben.

Richtig, wir sprechen über Prof. Karl Lauterbach, wir sprechen über den Gesundheitsminister. Reflexion, Einsicht und Übersicht gehören offenkundig nicht zu seinen herausragenden Fähigkeiten. Ganz unabhängig davon, ob man nun seine politischen Ziele teilt oder nicht, sind es aber gerade diese Eigenschaften, die es dringend braucht auf der inzwischen völlig unübersichtlichen Baustelle Deutsches Gesundheitswesen. Zugegeben, es gibt tatsächlich vieles nachzuholen. Die Baumeister vergangener Jahre haben so manches brach liegen lassen, das eine oder andere längst renovierungsbedürftige Konstrukt lieber erst gar nicht angerührt oder wenn, dann bestenfalls mit Verzerrungen versehen. Mag sein. Aber gerade dann, gerade, wenn die Baustelle derartig unübersichtlich ist, dann muss doch gelten: Innehalten, sortieren, strukturieren und priorisieren. Nur dann wird wirklich ein Plan daraus. Damit kann man loslegen.

Stattdessen erleben wir in einem (mindestens gefühlten) ungeordneten Durcheinander knapp zwanzig Gesetze oder Verordnungen in der Warteschleife oder der Anflugschneise – zwischen Apothekengesetz über das Medizinforschungsgesetz bis hin zum Versorgungsgesetz 1. Von der Krankenhausreform ganz zu schweigen. Apropos Krankenhausreform. Hier offenbart sich einer von Lauterbachs fundamentalen Fehlern. Wenn es ihm mit dem Dialog zu anstrengend wird, geht's mit dem Kopf durch die Wand. Kollateralschäden? Egal! Überhaupt sind miteinander sprechen und Kompromisse finden nicht seine Sache. Vom einmal eingeschlagenen Weg abweichen schon gar nicht. Dazu ist er zu überzeugt davon, auf dem richtigen Weg zu sein, keine weitere Meinung zu brauchen. Irritierende Expertise schon gar nicht. Darunter leiden am Ende alle Beteiligten, weil so nicht die besten Lösungen gefunden werden. Eben auch wie im ganz normalen Leben.

Schade um die viele Arbeit. Schade vor allem um den großen Einsatz, mit dem Zehntausende Akteure auf der Baustelle Gesundheitswesen trotz allem noch immer hochmotiviert unterwegs sind! Mal sehen, wie lange noch ...

Klaus Reinhardt

Aus Erfahrungen lernen: Gesellschaft braucht Zusammenhalt und keine Spaltung

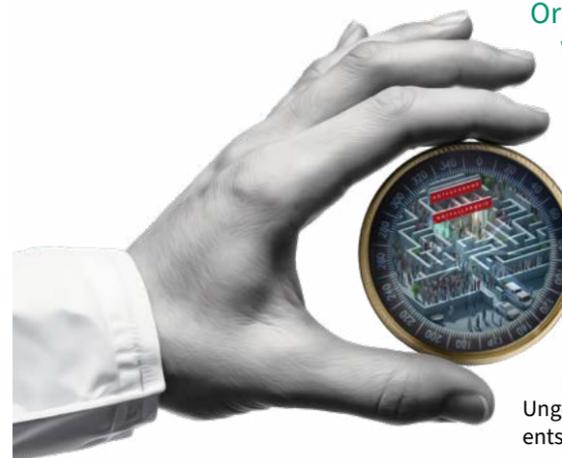
Pluralismus, Toleranz und Kompromissfähigkeit sind Wesenselemente einer freiheitlichen Demokratie und einer offenen Gesellschaft. Diese Werte dürfen in Zeiten besonderer Herausforderungen nicht in Frage gestellt werden, sondern sie müssen das Fundament unseres Denkens und Handelns sein. Zusammenrücken statt Spalten, offener Dialog statt Polarisierung – das muss unser Anspruch bei der Lösung unserer Probleme sein. Diskriminierung und das Schaffen von Feindbildern dürfen sich nicht zu einem gesellschaftlich akzeptierten Phänomen entwickeln. Die Grundlagen unseres friedlichen Zusammenlebens und unserer sozialen Stabilität sind zu komplex, als dass wir sie mit Parolen und stumpfen Ressentiments bewahren könnten. Deshalb dürfen wir das Feld nicht denen überlassen, die die Verunsicherung unserer Gesellschaft missbrauchen wollen, um eine gänzlich andere zu schaffen – jenseits der Grundwerte und Überzeugungen, die den ganz überwiegenden Teil der Menschen in diesem Lande verbinden. Dafür dürfen auch „Denkzettelwahlen“ keine Grundlage bilden.

Wir wissen aus bitterer Erfahrung, dass Menschen in schwierigen Zeiten anfällig sind für Radikalisierung und die einfachen „Lösungen“ vermeintlicher Heilsbringer. Wir sind gewarnt. Das ist Anlass genug, sehr genau hinzuschauen, wenn sich erneut Rassismus, Fremdenfeindlichkeit und Autoritarismus Raum verschaffen. Jeder Einzelne ist aufgerufen, in seinem Umfeld die Menschen für diese Gefahren zu sensibilisieren und sich gegebenenfalls auch zu distanzieren.

Aber auch die Vertreter derjenigen politischen Kräfte, die sich zu den Grundwerten unserer Gesellschaft bekennen und sich ihnen verpflichtet fühlen, müssen ihren Beitrag zur Stabilisierung leisten. Sie können nicht alle Probleme zur Zufriedenheit aller lösen. Aber sie müssen Orientierung bieten. Sie müssen erkennen lassen, dass sie Ängste wahrnehmen, bestehende Probleme ernstnehmen, für diese im Sinne best-möglicher Kompromisse nach sachbezogenen Lösungen suchen und sie den Menschen nachvollziehbar vermitteln. Das von der Gesellschaft erwartete Zusammenrücken in schwierigen Zeiten müssen wir auch von der Politik verlangen – ungeachtet parteipolitischen oder persönlichen Kalküls.

Der Hartmannbund-Vorstand

Inhalt



Orientierungslos – Ohne Kompass droht in der Versorgung der Kollaps

Schnelle Hilfe, jederzeit und überall – das ist für Menschen in medizinischen Notlagen von größter Bedeutung. Eine Notfall- und Akutversorgung, die reibungslos funktioniert, ist wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Es ruckelt und hakt dort jedoch. Neben dem Fachkräftemangel und dem demografischen Wandel, der einen Mehrbedarf an Gesundheitsleistungen zur Folge hat, wird in der Debatte um eine neue Notfallreform vor allem eine Entwicklung hervorgehoben: Die Zahlen von ambulanten Hilfesuchenden in den Notaufnahmen der Krankenhäuser steigen, lange Wartezeiten für Patient:innen sind dadurch keine Seltenheit mehr. Eine Belastung nicht nur für die „Wartenden“, sondern immer mehr auch für das Personal in den Notaufnahmen – auch weil Ungeduld und Gewaltbereitschaft ihm gegenüber dramatisch zunimmt. Eine entscheidende Ursache des Dilemmas: fehlende Patient:innensteuerung.

6

17

Viele Gesetzesvorhaben sind problembehaftet
Friktilone Gesundheitspolitik



18

Kommt nun die lang ersehnte Entbürokratisierung?
Praxen am Limit



20

Ab Mitte des Jahres im „Praxis“-Test
Kurz vor Eintritt in die Realität: Der Europäische Gesundheitsdatenraum steht

22

Krankenhausreform zwingt die Weiterbildung in die Neujustierung
Aus einem übergeordneten Blickwinkel überall mitbedenken



24

Unscheinbar, aber unersetzlich
Die alten und neuen Aufgaben des IQTIG

26

„Aufholjagd“ via Medizinforschungsgesetz
Pharmastrategie der Bundesregierung

28

Lillian Care – Ein innovativer Ansatz gegen den Ärztenmangel in ländlichen Regionen
Finnland als Vorbild?

30

Virtual Reality auf dem Vormarsch im Medizinstudium
Nichtsimulationsfähige komplexe Szenarien trainierbar

32 HB-Intern

33 Service Kooperationspartner

40 Ansprechpartner

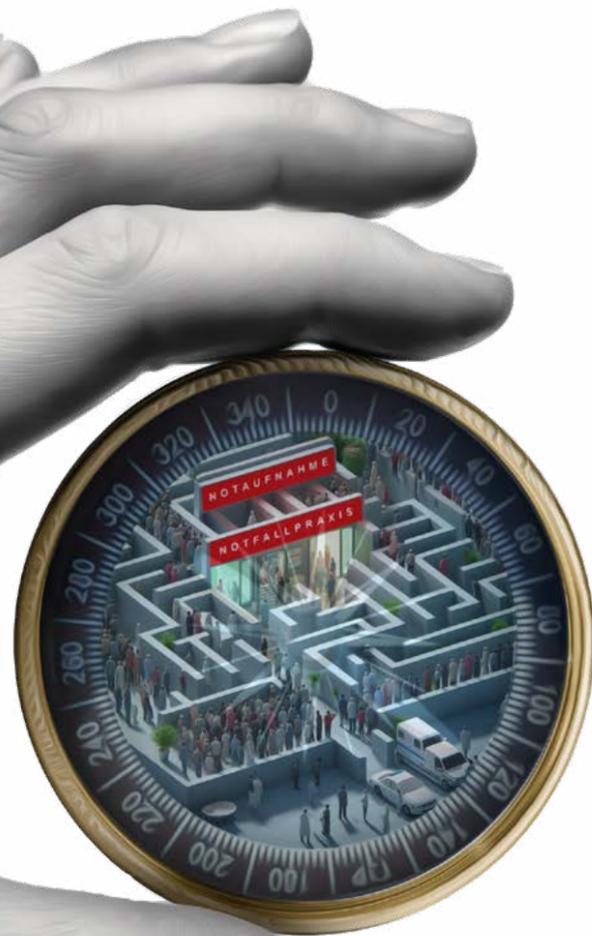
42 Impressum

Intelligente Patientensteuerung als Schlüsselthema

Orientierungslos – Ohne Kompass droht in der Versorgung der Kollaps

Schnelle Hilfe, jederzeit und überall – das ist für Menschen in medizinischen Notlagen von größter Bedeutung. Eine Notfall- und Akutversorgung, die reibungslos funktioniert, ist wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Es ruckelt und hakt dort jedoch. Neben dem Fachkräftemangel und dem demografischen Wandel, der einen Mehrbedarf an Gesundheitsleistungen zur Folge hat, wird in der Debatte um eine neue Notfallreform vor allem eine Entwicklung hervorgehoben: Die Zahlen von ambulanten Hilfesuchenden in den Notaufnahmen der Krankenhäuser steigen, lange Wartezeiten für Patient:innen sind dadurch keine Seltenheit mehr. Eine Belastung nicht nur für die „Wartenden“, sondern immer mehr auch für das Personal in den Notaufnahmen – auch weil Ungeduld und Gewaltbereitschaft ihm gegenüber dramatisch zunimmt. Eine entscheidende Ursache des Dilemmas: fehlende Patient:innensteuerung.

„Die Hilfesuchenden definieren den Notfall, das System die Reaktion darauf“, heißt es in der vierten Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Vor gut einem Jahr wurde sie veröffentlicht, es geht darin um die Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland. Und dieser Satz, der zusammenfasst, worum es im Kern bei der Notfallreform geht, zeigt gleichzeitig auch auf, was derzeit schief läuft: Das System hat oft gar nicht die Möglichkeit, Hilfesuchende in ihrer persönlichen Ausnahmesituation zielgerichtet in die für sie richtige Versorgung zu steuern – weil sie sich meist schon selbst auf den Weg gemacht haben. Und immer häufiger, auch ohne ärztliche Überweisung oder mit weniger dringlichen Erkrankungen, als ambulante Behandlungsfälle in der Notaufnahme der Krankenhäuser landen. Erfordert der selbst definierte Notfall das schnelle Handeln von Rettungsdienst



oder Notaufnahme, der doch eigentlich schwer Erkrankten oder Verletzten zur Verfügung stehen sollte? Oder ist die ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzt:innen die bessere Wahl, sei es in den Praxen oder außerhalb regulärer Praxisöffnungszeiten durch den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)? Das entscheiden bislang die Patient:innen selbst. Eine koordinierte Steuerung durch alle Versorgungsebenen fehlt.

Das soll in Zukunft anders werden. Schon 2018 hatte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege im Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ konstatiert, dass aktuelle „Steuerungsdefizite“ in der Notversorgung und primärärztlichen Versorgung Über-, Unter- und Fehlversorgung verursachen und dass an den jeweiligen Schnittstellen der immer noch stark abgeschotteten Sektoren eine unzureichende Koordination und Kooperation vorliegt. Zudem gibt es im föderalen Gesundheitssystem kein einheitliches Vorgehen. Um diese Defizite auszugleichen, wurden verschiedene Maßnahmen aufgeführt, beispielsweise der Aufbau von Integrierten Leitstellen, Integrierten Notfallzentren (INZ), einem sektorenübergreifenden Datenaustausch und einheitliche Triage-Systeme. Anfang Januar hat Bundesgesundheitsminister Lauterbach nun die Eckpunkte zur Notfallreform vorgelegt, in denen Wesentliches aus dem Gutachten des Sachverständigenrats aufgegriffen wurde. „Im Notfall sollen Patientinnen und Patienten dort behandelt werden, wo sie am schnellsten und am besten versorgt werden. Das muss nicht immer das Krankenhaus sein“, äußerte Lauterbach sich zu den Eckpunkten. In vielen Fällen sei die notdienstliche Akutversorgung sinnvoll. In anderen Fällen reiche auch der Besuch am nächsten Tag in der Hausarztpraxis.

Ausbau von 116117 ein Schlüsselinstrument

Um die Patientensteuerung zu verbessern, setzt das Bundesgesundheitsministerium erstens auf den Ausbau der Rufnummer der KVen (116117) und deren Vernetzung mit den Rettungsleitstellen (112). In Zukunft soll die telefonische oder telemedizinische Ersteinschätzung eine zentrale Rolle spielen, die Leitstelle funktioniert dann sozusagen als Gatekeeper: Ohne Überweisung beziehungsweise ohne Rettungsdienst soll niemand mehr eine Notaufnahme aufsuchen. Wer sich selbst als Notruf einschätzt, wendet sich primär an eine der beiden Notdienstnummern. Durch die digitale Vernetzung wird es möglich sein, gegebenenfalls den Hilfesuchenden mit den bereits erhobenen Daten entsprechend der Dringlichkeit an die jeweils andere Notrufnummer zu übergeben. Über standardisierte Abfragesysteme wird der Notfall bewertet und die Patient:innen an die passende Versorgungsebene – also Praxis, vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst oder ins Integrierte Notfallzentrum (INZ) – weitergeleitet.

Zweitens sollen die ambulanten Notdienststrukturen gestärkt sowie der Sicherstellungsauftrag der KVen konkretisiert werden. Unter anderem werden KVen verpflichtet, rund um die Uhr eine telemedizinische Versorgung sowie Hausbesuche, insbesondere für immobile Patient:innen, zu organisieren. Drittens wird die Einrichtung von INZ als sektorenübergreifende Behandlungsstrukturen vorgesehen. An einem gemeinsamen Tresen im Krankenhaus werden Hilfesuchende nach einer Ersteinschätzung einer für sie passenden Struktur – also KV-Notdienstpraxis oder Notaufnahme – zugewiesen. Die KV-Notdienstpraxis soll zu festgelegten Zeiten besetzt sein. Je nach Standort können die Öffnungszeiten verkürzt werden, sollte eine geringe Inanspruchnahme und damit Unwirt-

schaftlichkeit empirisch nachgewiesen werden. In Kürze sollen zudem Eckpunkte für die Reform des Rettungsdienstes veröffentlicht werden.

Durch diese Maßnahmen soll einerseits vermieden werden, dass Patient:innen sich durch eine ungeeignete Selbstzuweisung gefährden, weil sie nicht die benötigte Versorgung erhalten. Andererseits soll sichergestellt werden, die Ressourcen des Notfalls optimal zu nutzen. Es herrscht Konsens darüber, dass die Notfallversorgung anders gestaltet werden muss. Die unterschiedlichen Akteure:innen des Gesundheitswesens werten die Eckpunkte zumindest als Schritt in die richtige Richtung. „Sowohl die Aufgaben – insbesondere die Zuordnung des Anrufenden zum geeigneten Versorgungsangebot auf Grundlage eines qualitätsgesicherten Ersteinschätzungsinstrument – als auch das breite Leistungsangebot, das die Kommission für die Integrierten Leitstellen (ILS) vorsieht – von der telemedizinischen Beratung bis hin zur Verordnung von Notfallmedikamenten und Buchung verbindlicher Termine – findet an dieser Stelle unsere Zustimmung und Unterstützung“, so Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Aktuell schätzt die DKG die Lage weniger gut ein, die vertragsärztliche Versorgung sieht sie nicht überall sichergestellt. Erhalten zum Beispiel Patient:innen, die sich selbst als Notfall einschätzen, bei Kontakt mit der 116117 keine kurzfristigen Facharzttermine, suchen sie nach Schilderung der DKG Hilfe in den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Für Gaß ist das „eine sehr unbefriedigende Situation, die so nicht weitergehen kann“. Durch eine obligatorische Ersteinschätzung könnten Notaufnahmen wie Rettungsdienste nach Überzeugung der DKG wirksam entlastet werden.

Die Rufnummer 116117 wurde 2012 eingerichtet und hat sich etabliert, auch wenn deren Bekanntheitsgrad nicht so groß ist wie der vom Notruf 112. Aber es nutzen immer mehr Hilfesuchende den Patientenservice, wobei nach Auskunft des Zentralinstituts kassenärztliche Versorgung (Zi) nur ein Teil tatsächlich auch eine Ersteinschätzung benötigt. 2023 wurden mehr als zwei Millionen telefonische Ersteinschätzungen durchgeführt, unterstützt durch die Software SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland). Weniger als fünf Prozent wurden dabei als Notfall an die 112 übergeben. Für rund 75 Prozent wurde ein Akutfall festgestellt, der eine Behandlung innerhalb von 24 Stunden erforderlich machte. Da bislang die meisten Anrufe zu Zeiten des Bereitschaftsdienstes eingingen, disponierte die 116117 diese überwiegend an den fahrenden Bereitschaftsdienst oder an Bereitschaftspraxen. Ein sehr großer Anteil könne zudem durch ärztliche Beratung telefonisch abgeschlossen werden.

Steuerung kostet – und spart gleichzeitig

Wenn die telefonische Ersteinschätzung sich als Steuerungsinstrument durchsetzt, wird mit einem stärkeren Telefonaufkommen zu rechnen sein. Um eine Erreichbarkeit rund um die Uhr zu gewährleisten, braucht es daher zusätzliche Ressourcen. 2023 wendeten die niedergelassenen Ärzt:innen rund 45 Millionen Euro für die Servicecenter der KVen auf. Soll die Erreichbarkeit der 116117 auch zu Spitzenzeiten wie etwa sonntagvormittags optimiert werden – das Zi gibt hierfür den Wert von unter zwei Minuten Wartezeit an –, ist mit hohen Investitionen zu rechnen. Das Zi schätzt, dass etwa zusätzlich 15 Millionen Euro notwendig sein werden, um zu diesen Zeiten knappes Fachpersonal rekrutieren zu können. Werden telefonische Ersteinschätzungen bei der 116117 verpflichtend, wird sich der Aufwand dort mindestens verdoppeln: Bis zu



Abbildungen: AdobeStock

zehn Millionen Ersteinschätzungen mehr müssten möglicherweise durchgeführt werden, nimmt man die Zahl der ambulant behandelten Fälle in Notaufnahmen als Näherungswert für die Zahl der Selbstvorstellungen. „Wir reden also über einen Betrag von potenziell 120 bis 150 Millionen Euro jährlich. Dies werden die Krankenkassen finanzieren müssen“, sagt Zi-Sprecher Daniel Wosnitzka. Wulf-Dietrich Leber, Abteilungsleiter Krankenhäuser vom GKV-Spitzenverband, geht indes nicht davon aus, dass ein Mehr an Beratung und Koordinierung auch zu Mehrkosten führen wird: „Durch gute Steuerung der Patienten und weniger Fachkräftebindung, zum Beispiel weniger Pflegekräfte um Mitternacht im Krankenhaus, soll der Ressourcenaufwand insgesamt verringert werden.“

Unstimmigkeiten bei Detailfragen gibt es bei den INZ. Während die Regierungskommission in ihrer vierten Stellungnahme den Aufbau von etwa 420 INZ an allen Krankenhäusern der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung vorgeschlagen hatte und je nach regionalem Bedarf zusätzlich auch an Häusern der Basisnotfallversorgung, geht der GKV-Spitzenverband auf Basis einer Simulation von 733 INZ aus. Um dem bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarf gerecht zu werden, bedarf es laut Analyse des GKV-Spitzenverbands häufig INZ an Krankenhäusern der Basisnotfallversorgung, da andernfalls in der Fläche die Erreichbarkeit unzureichend wäre. Berechnungen ergaben, dass an allen 733 Standorten insgesamt 2.483 Ärzt:innen in den KV-Notdienstpraxen benötigt würden. Die DKG geht mit der höheren INZ-Anzahl. „Es existieren schon heute an hunderten Krankenhausstandorten Notfall- oder Portalpraxen, die die Notfallversorgung sicherstellen“, erläutert Gerald Gaß. Nach Angaben der KBV befinden sich von insgesamt 858 KV-Notdienstpraxen 656 direkt in einem Krankenhaus. Hinzu kommen weitere 35 in unmittelbarer Nähe eines Krankenhauses, die in unter einer Minute Fahrzeit erreichbar sind. Die DKG geht sogar noch weiter: „INZ müssen ein Stück weit das auffangen, was niedergelassene Praxen offensichtlich an Notfallaufnahmen nicht mehr leisten können. Jedes Krankenhaus mit einer G-BA-Notfallstufe solle ein INZ erhalten.“

Gerangel um Details der INZ

Für die KBV hingegen gestaltet sich die Standortauswahl von INZ an Kliniken problematisch. „Dieser Ansatz ist personell nicht leistbar, wenn maximal jedes der derzeit an der Notfallversorgung teilnehmenden 1.200 Krankenhäuser ein INZ bekommen sollte“, sagt KBV-Sprecher Dr. Roland Stahl. Auch wenn die KBV positive Ansätze in den Eckpunkten sieht und sich explizit für eine bessere und verbindlichere Steuerung der Patient:innen ausspricht, die möglichst früh, ressourcenschonend und bundeseinheitlich erfolgt, kritisiert sie einige Punkte als unrealistisch und versorgungsfremd. Wie die 24/7-Versorgung „aufsuchender Art“, beispielsweise durch Fahrdienste, deren Realisierung bei immer knapperen personellen medizinischen Ressourcen „völlig illusorisch“ sei.

Gerade weil Fachkräftemangel sich auch in der Notfallversorgung bemerkbar macht, ist eine Fehlinanspruchnahme durch eine konsequente Patient:innensteuerung zu vermeiden. Die sogenannten Bagatellerkrankungen haben sich in den vergangenen Jahren immer mehr zu einem Schlagwort entwickelt, das die verfahrenre Situation der Notfallversorgung auf den Punkt bringen soll: Eigentlich erfordern solche häufigen Erkrankungen wie beispielsweise grippale Infekte keine notfallmedizinischen Maßnahmen. Und doch klagen Ärzt:innen darüber, dass gerade solche Bagatellfälle Praxen und Notaufnahmen verstopfen – und so die ohnehin knappen Ressourcen der Notfallversorgung für „echte“ medizinische Notfälle binden.

Etwa 60 bis 70 Prozent aller Patient:innen in Notaufnahmen werden ambulant behandelt. Maximal zehn Prozent, so wird geschätzt, können im niedergelassenen Bereich versorgt werden. Andere Angaben gehen von bis zu 30 Prozent der Notfälle aus, für die eine Versorgung in den Notaufnahmen nicht erforderlich ist. „Diese ex post-Betrachtung ist aus unserer Sicht falsch“, sagt Prof. Dr. Felix Walcher, Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). „Es gibt wiederholt Patienten, die fußläufig mit leichten Beschwerden in die Notaufnahme kommen und später auf der Intensivstation zum Beispiel mit einem Herzinfarkt, Schlaganfall oder respiratorische Erkrankungen behandelt werden müssen. Jemand, der initial als leicht verletzt oder leicht erkrankt beurteilt wird, muss das nicht in jedem Fall tatsächlich auch sein.“ Die DIVI-Sektion „Strukturen in der klinischen Akut- und Notfallmedizin“ belegte dies in einer Studie, die im September 2022 veröffentlicht wurde. Es kann daher nicht generell davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der ambulanten Fälle automatisch in Praxen geleitet werden kann. Denn auch für ambulante Fälle braucht es Ressourcen, die nicht von allen Notfallpraxen bereitgestellt werden können, wie Labor, EKG, Röntgengeräte.

Für Walcher ist eine initiale telefonische Kontaktaufnahme über Integrierte Leitstellen beziehungsweise eine Beratung am gemeinsamen Tresen ein sinnvolles Instrument, um die Patient:innensteuerung zu verbessern. Dafür brauche es allerdings auch ein valides und sicheres Ersteinschätzungsinstrument. „Es gibt noch keine wissenschaftlichen Publikationen über die Sicherheit von SmED. Wir sind daher in dieser Hinsicht ausgesprochen kritisch, auch inwieweit unter diesen Voraussetzungen die Notfallversorgung ressourcenschonender gestalten kann“, sagt der DIVI-Präsident. So gut eine Ersteinschätzung über die 112 oder die 116117 sich auch auf Patient:innenströme auswirken mag – es muss seiner Ansicht nach auch in Zukunft ohne vorherigen Telefonkontakt noch möglich sein, den gemeinsamen Tresen des INZ aufzusuchen. Auch, weil Hilfesuchende aus verschiedensten Gründen vielleicht keine telefonische und digital unterstützte Ersteinschätzung wahrnehmen können.

Eine Sache, die rund um die Notfallreform immer wieder angesprochen wird, will Felix Walcher zudem berichtigen: „Das Narrativ der Überlastung der Notaufnahmen liegt nicht in einer übermäßigen Inanspruchnahme der Notaufnahmen durch mehr Patienten



begründet.“ Die Patientenzahlen seien in den vergangenen Jahren nur geringfügig gestiegen. „Was man aber in den Notaufnahmen sieht und was dann als Überlastung der Notaufnahmen dargestellt wird, ist der sogenannte Exit Block“, erklärt Walcher. Patient:innen, die stationär aufgenommen werden müssten, aber noch nicht auf die jeweiligen Stationen verlegt werden können, müssen zunächst in der Notaufnahme warten – Ursache ist in vielen Fällen Personalmangel auf Normalpflegestationen, auf Intensiv- und Überwachungsstationen. Das verlangsamt die Prozesse, der Patientenfluss aus der Notaufnahme hinaus kommt ins Stocken. Walcher spricht von einer „gefühlten Überlastung“, die auf Strukturängel in allen Bereichen zurückzuführen ist.

Deshalb schätzt Walcher die Wirksamkeit der Notfallreform-Eckpunkte trotz guter Ansätze als begrenzt ein – in den Notaufnahmen selbst wird sich dadurch vor allem in kurzer Zeit nicht viel ändern können. Die Notfallversorgung sei zu komplex, als dass sie allein durch eine verbesserte Patientensteuerung entlastet werden könnte. Sein größter Kritikpunkt: Es gibt zu wenige beziehungsweise zu ineffiziente Daten aus der Notfallversorgung. Genau wisse niemand, wie viele Patient:innen insgesamt in den Notaufnahmen behandelt oder wie die Patient:innenströme gelenkt werden. „Die gesamte Datenlage ist mäßig bis schlecht“, so sein Urteil. Sind es 18, 20 oder doch eher 22 Millionen Menschen, die in den Notaufnahmen versorgt werden? Abrechnungsdaten der stationär behandelten Fälle werden über den sogenannten § 21-Datensatz erfasst. Über die ambulanten Patient:innen-Behandlungen wird in den Notaufnahmen noch zu wenig erfasst. Welche Krankheitsbilder werden behandelt und wie schwer sind die Fälle? Das alles wird bislang nicht zentral registriert. Auf dieser Basis eine Notfallreform und entsprechende Strukturen so voranbringen zu können, wie es erforderlich wäre, hält Felix Walcher für unrealistisch. Mehr Übersicht und Transparenz rät er dringend an. Dafür brauche es aber auch eine gesetzliche Regelung zum verpflichtenden Erfassen von Patientenbehandlungen. Walcher arbeitet seit 15 Jahren daran, die Situation der Notfallversorgung durch Routinedaten zu verbessern und hat die Entwicklung des AKTIN-Notaufnahmeregister initiiert und vorangerieben. Für ihn muss als wichtigstes Steuerungselement gesetzlich festgelegt werden, dass bundesweit, standardisiert und interoperabel Daten darüber erhoben werden müssen, was in den Notaufnahmen passiert: „Bevor wir dieses Chaos der Daten nicht in den Griff bekommen, können wir schlecht eine sinnvolle Patientensteuerung planen.“

Dass es funktionieren kann, zeigt das AKTIN-Notaufnahmeregister. An den knapp 60 bisher ans Notaufnahmeregister angeschlossenen Krankenhäusern werden einheitliche Daten erhoben. Neben klinischen Parametern, unter anderem Symptomatik, Stufe der Ersteinschätzung und durchgeführte Diagnostik, zählen dazu auch administrative Informationen wie zum Beispiel Behandlungsdauer und Verbleib der Patient:innen. Diese Daten werden automatisiert ausgeleitet, ohne zusätzlichen bürokratischen Aufwand. Der Datenpool, der auf diese Weise gewonnen wird, ist so groß, dass sich darüber Signale erkennen lassen, falls ein gesundheitliches Problem in der Bevölkerung auftritt. Die Wetterkarte der Gesundheit, nennt Felix Walcher das.

Während an den ans Netzwerk angeschlossenen Standorten also tagesaktuell das Geschehen in den Notaufnahmen aufgerufen werden kann, ist über die weiteren 95 Prozent der gesamten Kliniklandschaft keine Aussage möglich, weil keine interoperablen Daten vorliegen. Daten zwischen einzelnen Notaufnahmen der Krankenhäuser auszutauschen, um Patientenströme nachvollziehen zu können, ist schwierig. Zwischen den Sektoren wird es nicht



Prof. Dr. Felix Walcher:
Bevor wir die Daten nicht erfassen,
können wir schlecht eine sinnvolle Patientensteuerung planen..

einfacher: Notaufnahmen erheben andere Datensätze als KVen. „Wir haben keine gemeinsame und umfassende Datengenerierung. Deshalb wird in der Notfallversorgung der Sektoren letztendlich immer über Vermutungen gesprochen“, so Walcher. Um die aktuelle Situation besser bewerten zu können, empfiehlt er, dass auch die KVen die Register-Datensätze nutzen und sie selbst ähnliche, maschinenlesbare Datensätze erheben, die entsprechend zwischen den Sektoren ausgetauscht und in der elektronischen Patientenakte eingetragen werden können. Technisch wäre es machbar. Doch Walcher schränkt auch ein: Die Kosten lägen zwischen 30 und 50 Millionen Euro, würden alle Notaufnahmen ans System des AKTIN-Notaufnahmeregister angebunden. Gut drei bis fünf Jahre bräuhete es dafür. Ginge es nach Felix Walcher, wäre das eine gute Investition für die Notfallversorgung.

Anzeige



Deutsche Akademie für Akupunktur | **DAA e.V.**
Führend in der Akupunktur.

Akupunktur Kursreihe / 2024

Der praxisnahe Einstieg in die Traditionelle
Chinesische Akupunktur und Ohrakupunktur.
Mit live-Patienten-Demonstrationen.

Einführung in die wissenschaftliche Akupunktur
Hamburg 13./14. April · Online 20./21. April

Ohrakupunktur Stufe 1
Leipzig 27./28.04. · Frankfurt/Main 04./05.05.
Hamburg 01./02.06. · Online 15./16.06.



Infos und Anmeldung über www.akupunktur.de
Telefon: 089-814 52 52 · kontakt@akupunktur.de
DAA e.V. · Lerchenfeldstraße 20 · 80538 München

Hausärztinnen und Hausärzte als Gatekeeper

Auch in der Regelversorgung braucht es eine koordinierende Patient:innensteuerung

Nicht nur in der Notfall-, sondern auch in der Regelversorgung braucht es eine koordinierte Patient:innensteuerung. Während die Leitstellen künftig dazu dienen sollen, Patient:innen im medizinischen Notfällen der richtigen Versorgungsebene zuzuweisen, sehen viele Experten eine Stärkung der primärärztlichen Versorgung ebenfalls als geeignetes Instrument zur Verbesserung der Patient:innensteuerung und der Versorgungsqualität im ambulanten Sektor. In vielen Ländern nehmen Hausärzt:innen eine zentrale Rolle im Gesundheitswesen ein und koordinieren die medizinische Versorgung, bei gesundheitlichen Problemen sind sie erste Ansprechpartner:innen. In Deutschland ist die Stellung der Primärmedizin eher noch schwach ausgeprägt. Bislang findet eine eher unzureichende Steuerung durch die verschiedenen Versorgungsangebote statt: Doppeluntersuchungen, Über- und Unterversorgung von Patient:innen, überfüllte Facharztpraxen, ineffiziente Ressourcennutzung sind die Folge. Die Lage ist angespannt – der Versorgungsdruck in den Praxen steigt, gut 5.000 Hausärzt:innen fehlen, in einigen Regionen haben Patient:innen schon heute Schwierigkeiten, Hausärzt:innen zu finden.

Beim Krisengipfel für die ambulante haus- und fachärztliche Versorgung Anfang Januar bekräftigte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach deshalb, die Hausärzteversorgung voranzubringen. Eine Vorhalte- und Ganzjahrespauschale für Hausärzt:innen wird kommen. Mehr telefonische Konsultationen und Krankenschreibungen soll die Zahl unnötiger Arztkontakte senken, so dass eine intensivere Betreuung von Patient:innen in der Sprechstunde möglich wird. Eine bessere Koordination von Haus- und Fachärzt:innen wird angestrebt, um die Wartezeiten für Facharzttermine zu reduzieren. Außerdem wird die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) für Versicherte bonifiziert. Die wissenschaftliche Evidenz der HZV für eingeschriebene Patient:innen sei so stark, dass er als Minister nicht daran vorbeigehen könne, sagte Lauterbach.

Tatsächlich weist die HZV im Vergleich zur Regelversorgung Vorteile auf, wie die langjährige wissenschaftliche Begutachtung in Baden-Württemberg zeigt. Dort wurde 2008 auf freiwilliger Basis der bundesweit erste HZV-Vertrag abgeschlossen. Vertragspartner waren

damals die AOK Baden-Württemberg, der Landesverband des Deutschen Hausärzteverbands, der Ärzteverband MED1 Baden-Württemberg, die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG und die MEDIVERBUND AG. Evaluiert wird das Vorhaben seitdem von Forschenden der Goethe-Universität Frankfurt am Main und des Universitätsklinikums Heidelberg. In Deutschland wurde nach eigenen Angaben bislang wohl keine andere Versorgungsintervention so breit, intensiv und zugleich über so einen langen Zeitraum evaluiert.

2020 betreuten 5.400 Ärzt:innen rund 1,78 Millionen AOK-Versicherte und ermöglichten eine intensivere und besser koordinierte Versorgung: Es wurden zwei Millionen Hausarztkontakte mehr und 1,9 Millionen weniger unkoordinierte Facharztkontakte ohne Überweisung verzeichnet. Zudem sinkt die Zahl der Hospitalisierungen. 2020 gab es 27.000 weniger Krankenhausaufenthalte, 125.000 weniger Krankenhaustage und etwa 5.500 weniger Wiedereinweisungen als in der Vergleichsgruppe. Die HZV erreicht eine bessere Versorgungsqualität bei gleichzeitig geringeren Kosten. So lagen für das Jahr 2019 die jährlichen Kosten pro Patient:in um rund 40 Euro niedriger als bei vergleichbaren Patient:innen der Regelversorgung. Außerdem stellen die Wissenschaftler:innen fest, dass die Qualitätsschere zwischen HZV und Regelversorgung sich von Jahr zu Jahr immer weiter zugunsten der HZV öffnet. Insgesamt bescheinigen die Wissenschaftler:innen der HZV im Zusammenspiel mit Facharztverträgen eine Überlegenheit gegenüber einer völlig ungesteuerten Versorgung.

Besonders Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Herzinsuffizienz oder COPD können von diesem Versorgungsmodell profitieren. Hochrechnungen für die Jahre 2011 bis 2020 zeigen, dass bei 119.000 Diabetikern über 11.000 schwerwiegende Komplikationen vermieden werden konnten, unter anderem rund 350 Fälle neu aufgetretener Erblindung und circa 2.250 Schlaganfälle. Im Vergleich zur Regelversorgung haben Diabetiker in der HZV eine längere Lebenserwartung. Die Forschenden vermuten, dass dies auf die Teilnahme an Disease-Management-Programmen zurückzuführen ist, die in der HZV gezielt angereizt werden und dort eine um rund 20 Prozent höhere Teilnahmequote erzielt wird.



Prof. Dr. Ferdinand Gerlach,

Ex-Vorsitzender des Sachverständigenrats Gesundheit

„Der Status Quo ist extrem ineffizient, unbefriedigend und die Patientenversorgung miserabel organisiert“

Warum die Notfallversorgung dringend reformiert werden muss, wie eine gute Patient:innensteuerung schon vom heimischen Sofa aus funktionieren kann und wieso Hausärzt:innen eine zentrale Rolle in einer bedarfsgerechten Versorgung einnehmen, erläutert der ehemalige Vorsitzende des Sachverständigenrats Gesundheit, Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, im Gespräch mit dem Hartmannbund Magazin.

Welches Zeugnis stellen Sie dem deutschen Gesundheitssystem aus, wenn es um das Thema Patient:innensteuerung geht?

Prof. Ferdinand Gerlach: Die gesundheitliche Versorgung, das zeigen zahlreiche internationale Vergleiche, verläuft in unserem Gesundheitssystem sehr unkoordiniert. Besonders deutlich ist das bei chronisch mehrfach erkrankten Patienten. Für diese fühlt sich oftmals keiner wirklich zuständig und sie werden in unserem System zumeist nicht aus einer Hand betreut. Das sehen wir genauso in der Notfallversorgung: Viele Patienten, die selbst nicht genau wissen, wo ihnen am besten geholfen werden kann, gelangen eher zufällig zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst, in die Notaufnahmen oder an den Rettungsdienst. Wir brauchen im Gesamtsystem, aber insbesondere in der Notfallversorgung und bei chronisch Kranken, eine bessere, bedarfsgerechte Steuerung der Patienten.

Was sorgt denn für größere Probleme bei den verschiedenen Akteur:innen des Gesundheitswesens – die oft erwähnte Anspruchshaltung von Patient:innen oder dass diese sich nicht in den verschiedenen Versorgungsebenen zurechtfinden?

Es gibt ein ganzes Bündel von Ursachen. Zum einen sind die sogenannten Angebotsstrukturen für Laien vollkommen unverständlich. Viele wissen nicht, wer wann für sie zuständig ist. Und sie können es auch nicht beurteilen. Eine Patientin, die zum Beispiel Kopfschmerzen hat, müsste ja selbst entscheiden, ob dieser gefährlich ist oder nicht und welche Anlaufstelle in diesem Augenblick die für sie richtige ist. Es ist ein Problem, dass unsere Strukturen sehr verwirrend sind, erst recht für Menschen aus anderen Kulturkreisen. Zudem ist viel Wissen zur Selbsthilfe verlorengegangen. Wir haben eklatante Defizite in der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, das zeigen verschiedenste Untersuchungen deutlich. Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger, Klarheit der Angebotsstrukturen, bedarfsgerechte Steuerung der Patienten, strukturierte, digital unterstützte Ersteinschätzungssysteme, die für eine Einsteuerung in die jeweils beste Versorgungsebene sorgen – all das fehlt uns.

„In Dänemark ist es gar nicht möglich, direkt, ohne vorherigen Anruf bei der Leitstelle ins Krankenhaus zu gehen. Der Anreiz sollte sein, genau wie im Restaurant oder in der Praxis: Wer einen Termin hat, kommt schneller dran. Wer ohne Termin ins INZ kommt, muss natürlich trotzdem ersteingeschätzt werden – dringliche Fälle müssen erkannt und behandelt werden. Aber Terminpatienten, die bereits ersteingeschätzt wurden, sollten bei gleicher Dringlichkeit schneller behandelt werden.“

Wird das in den Eckpunkten für die Notfallreform in ausreichendem Maß adressiert?

Die Eckpunkte setzen genau an den Maßnahmen an, die vom Sachverständigenrat bereits im Gutachten 2018 empfohlen wurden. Es gibt sicher noch Detail-Aspekte wie zum Beispiel bestimmte Laienhelfersysteme oder die Finanzierung des Rettungsdienstes, die zusätzliche oder modifizierte Maßnahmen nötig machen. Aber insgesamt gehen die Eckpunkte in die richtige Richtung.

Welchen Punkt halten Sie für den wichtigsten, um eine bessere Patient:innensteuerung zu erreichen?

Der erste Schlüssel ist die digital unterstützte, strukturierte Ersteinschätzung durch miteinander vernetzte Leitstellen, die einheitlich im gesamten Notfallversorgungssystem ist und über alle Schnittstellen hinweg funktioniert. Das ist internationaler Standard. In Deutschland sind die Voraussetzungen dafür je nach Bundesland allerdings sehr unterschiedlich. Das einheitlich zu gestalten, erfordert politischen Willen, technisch wäre das innerhalb relativ kurzer Zeit umsetzbar. Die digital unterstützte Ersteinschätzung sorgt dafür, dass bei einem Patientenproblem die richtige Versorgungsebene gewählt wird. Egal, ob der Patient die 112 oder die 116117 anruft, er zuerst am zentralen Tresen im Integrierten Notfallzentrum (INZ) oder im Rettungsdienst gesehen wird. Überall muss das gleiche System etabliert werden, damit die Versorgung zukünftig nahtlos und aus einem Guss erfolgt.

Auch am zentralen Tresen eines INZ soll eine Ersteinschätzung und Steuerung in die jeweils am besten geeignete Versorgungsebene von

gehfähigen Notfallpatient:innen stattfinden. Befürchten Sie durch dieses Angebot eine Sogwirkung hin zu den Notaufnahmen, so dass die reguläre ambulante Versorgung dadurch umgangen wird?

Das soll erst gar nicht passieren. Es sollte die Regel sein, und dafür müssen wir alles tun, dass die Patient:innen sich per App, Video oder Telefon zuerst an eine Leitstelle wenden und dort auch ersteingeschätzt werden. Erst dann, wenn entsprechender Bedarf besteht, erhalten sie einen Termin in einem

Notfallversorgung in Dänemark

Bevor Patient:innen Eintritt ins Notfallversorgungssystem erhalten, nehmen sie Kontakt mit einer Leitstelle auf. Für lebensbedrohliche Notfälle ist das die 112, für weniger dringliche Fälle steht eine weitere Rufnummer zur Verfügung. Die Leitstellen sind vollständig vernetzt und interoperabel. Notdienstpraxen, in denen Allgemeinärzt:innen Bereitschaftsdienste übernehmen, stehen 24/7 zur Verfügung. Es gibt zudem Praxen, in denen sich speziell ausgebildete Pflegekräfte um Belange kümmern, die keinen ärztlichen Behandlungsbedarf erfordern. In Notaufnahmen werden dringliche oder aufwändig zu versorgende Notfälle von Fachärzten für Notfallmedizin versorgt. Seit 2014 haben nur noch Patienten Zugang zur stationären Notfallversorgung, die entweder mit einem Rettungsdienst oder mit einer Überweisung der Notfallpraxis beziehungsweise mit einem Termin über die Leitstelle kommen. Selbsteinweiser:innen werden nicht ambulant behandelt. Sie müssen sich an die Notdienstpraxis wenden.

INZ oder in einer Arztpraxis. In Dänemark ist es gar nicht möglich, direkt, ohne vorherigen Anruf bei der Leitstelle ins Krankenhaus zu gehen. Der Anreiz sollte sein, genau wie im Restaurant oder in der Praxis: Wer einen Termin hat, kommt schneller dran. Wer ohne Termin ins INZ kommt, muss natürlich trotzdem ersteingeschätzt werden – dringliche Fälle müssen erkannt und behandelt werden. Aber Terminpatienten, die bereits ersteingeschätzt wurden, sollten bei gleicher Dringlichkeit schneller behandelt werden. Erst als Plan B, falls alle genannten Maßnahmen versagen, hat der Rat empfohlen, dass, um die Steuerung zu verstärken, gefährliche Patienten, die direkt ein INZ aufsuchen und eine vorherige Ersteinschätzung trotz Angebot verweigern, eine Eigenbeteiligung zahlen sollten.

Sie setzen also lieber auf positive Bestärkung als auf negativ wahrgenommene Strafzahlungen, um die telefonische Ersteinschätzung als Instrument der Patient:innensteuerung zu etablieren?

Ja. Plan A ist, dass wir mit Anreizen, Aufklärung durch Krankenkassen und Hinweisen von Hausärzten, Verbesserung der Gesundheitskompetenz, Erklärung des Systems durch Multimedia-Kampagnen sowie Apps, die auch eine Patientenversion der Ersteinschätzung enthalten, versuchen, die Patienten in ihrem eigenen Interesse bedarfsgerecht zu steuern. Es sollte deutlich werden: Wer vorher anruft, bekommt bei Bedarf einen Termin und wird schneller und

gezielter behandelt. Und nur als Plan B kommen weitere Maßnahmen, wie zum Beispiel eine finanzielle Selbstbeteiligung, in Frage. Das hatten wir schon im Gutachten von 2018, quasi als Stufenplan, vorgeschlagen. Politisch durchsetzbar ist Letzteres ohnehin derzeit nicht.

Und halten Sie einen Erfolg durch positive Bestärkung für realistisch?

Man muss das aus Patientensicht betrachten. Es gibt zum Beispiel die Möglichkeit der telefonischen Patientenberatung, die momentan kaum genutzt wird. Der Sachverständigenrat hatte vorgeschlagen, bei einem Anruf zu prüfen, ob Patienten direkt mit einer Videokonsultation oder am Telefon beraten, beruhigt und versorgt werden können. Wir schätzen auf der Basis internationaler Erfahrungen, dass etwa ein Drittel der Patienten auf diese Weise schon am Telefon oder per Videokonsultation mit einem Arzt abschließend versorgt werden kann. Der Patient kann also vom Sofa aus mit dem Arzt sprechen, erhält medizinischen Rat, der Arzt könnte auch ein E-Rezept oder eine eAU ausstellen. Ist ein persönlicher Arzttermin erforderlich, bucht der Leitstellendisponent einen Notfalltermin in einer dazu bereiten Praxis. Bei einem dringlicheren Anlass erhält man einen Termin im INZ oder ein Bereitschaftsdienstkollege wird geschickt. Im akut bedrohlichen Notfall kommt natürlich sofort ein Notarztwagen. All das kann schon von Zuhause aus gebahnt werden und in allen Fällen wird der Patient schneller und auch zielgerichteter versorgt, als wenn er selbst irgendwohin laufen würde. Es müssen nur alle verstehen und es muss daher multimedial vermittelt werden, wie dieses System funktioniert und warum davon jede/r Einzelne profitiert.

Medizinische Ersteinschätzung am Telefon oder am zentralen Tresen – gibt es dafür genügend Ärzt:innen, um das überhaupt umzusetzen?

Durch diese Steuerung soll ja erreicht werden, dass die Patienten von vornherein in die für sie bestgeeignete Versorgungsebene kommen. Und das heißt, wenn die Haus- oder Facharztpraxis die beste Ebene ist, dann werden sie direkt dorthin gelenkt. Geht es am Telefon oder per Video, dann wird es dort erledigt. Gerade durch diese Maßnahmen wird der Druck, der jetzt durch weitgehendes Chaos und fehlende Steuerung entsteht, drastisch reduziert. Aus den Niederlanden und aus Dänemark wissen wir: Als dort ähnliche Konzepte eingeführt wurden, hat sich die Belastung des Systems schlagartig um rund ein Drittel verringert. Ein weiterer Punkt ist: Es müssen nicht Vertragsärzte sein, die rund um die Uhr für eine

medizinische Ersteinschätzung zur Verfügung stehen. Das können angestellte Ärzte sein. Wir gehen fest davon aus, dass diese Arbeitsplätze, die sehr gut mit Familie und Beruf vereinbar sein werden, für den ärztlichen Nachwuchs attraktiv sind. Auch in der Weiterbildung kann man in einem INZ sehr viel lernen.

Es besteht also kein Ärzt:innenmangel?

Es wird aus verschiedenen Gründen nicht empfohlen, dass INZ an jedem Krankenhaus aufgebaut werden, sondern zentralisiert, nur an dafür besonders geeigneten Standorten. Es ist viel besser, Patienten an zentrale INZ zu steuern, wo dann auch das Personal gebündelt werden kann. Bei besserer Organisation schafft man das alles also relativ gesehen mit genauso viel oder sogar weniger Personal. Außerdem darf man nicht vom Status quo ausgehen. Der Status Quo ist extrem ineffizient, unbefriedigend, die Patientenversorgung ist miserabel organisiert, es finden viele Fehlinanspruchnahmen statt. Das muss unbedingt beendet werden. Dadurch wird sehr viel mehr Effizienz ins System kommen, was wiederum bedeutet, dass das Personal weniger belastet wird als jetzt. Man darf sich nicht an die bisherigen Strukturen ketten und glauben, dass man ohne strukturell tiefgreifende Veränderungen alles so wie bisher gewohnt weitermachen kann.

Nun braucht es nicht nur im medizinischen Notfall eine bessere Patient:innensteuerung. Ist die hausarztzentrierte Versorgung hier wichtig, um zum Beispiel für kürzere Wartezeiten bei Fachärzten zu sorgen?

Was in der Notfallversorgung nötig ist, brauchen wir genauso für die gesamte Versorgung. Die Patientenversorgung, gerade die von chronisch Mehrfacherkrankten, profitiert von einer hausarztzentrierten Versorgung (HzV). Wenn die Patienten auch in der Routineversorgung bedarfsgerechter gesteuert würden, also gezielt mit entsprechender Fragestellung durch den Hausarzt koordiniert zu einem Facharzt geleitet werden, dann verbessert sich auch die Diagnostik und Therapie. Die Facharztpraxen wären weniger verstopft, würden bei gleichem Budget weniger Aufwand haben und hätten mehr Zeit, um ihre Patienten bedarfsgerecht zu untersuchen und zu behandeln. Auch die Praxis-Teams sind im HzV-System zufriedener. Das zeigt die wissenschaftliche Evaluation.

Also kurzgefasst: Mehr hausarztzentrierte Versorgung führt zu einer Entspannung im ambulanten Sektor?

Das Problem ist: Patienten, und auch manche Politiker, denken, die Wartezeiten bei Fachspezialistenpraxen hätten damit zu tun, dass es nicht genug Ärzte gibt. Nein, es hat unter anderem damit zu tun, dass Praxen von Patienten verstopft werden, die da eigentlich gar nicht hingehören. Dafür braucht es mehr wirksame Koordination durch Hausärzte. Um die hausärztliche Versorgung zu stärken, hat der amtierende Gesundheitsminister deshalb verschiedene Maßnahmen in Aussicht gestellt – unter anderem eine Veränderung des Abrechnungssystems, weg von den Quartalspauschalen. Es soll eine Strukturpauschale für Versorgerpraxen geben und eine Bonifizierung der HzV-Teilnahme von Patienten. Das sind alles Maßnahmen, die absolut sinnvoll sind und im Übrigen in sehr vielen europäischen Nachbarländern bereits genauso umgesetzt sind.

Profitieren alle Patient:innen von diesem Versorgungsmodell oder sind es eher die chronisch Kranken?

Es profitieren alle. Ist ein Patient eingeschrieben, weiß die Praxis, er gehört zu uns. Dann kann die Praxis – das ist in Deutschland bisher kaum möglich, im internationalen Raum aber die Regel – ein soge-

nanntes Panelmanagement durchführen. Das Team der Hausarztpraxis weiß dann zum Beispiel, dass 2.000 Patienten eingeschrieben sind und kann gucken, wie viele von ihnen wann eine Impfung brauchen, wie viele Patienten pflegebedürftig sind, Demenz haben, hohen Blutdruck oder Diabetes. Die Praxisorganisation kann dann so aufgestellt werden, dass für diese Patienten ein optimal abgestimmtes Angebot resultiert. Die Praxis übernimmt also Verantwortung für ihre Patienten und erinnert zum Beispiel daran, wann wieder eine Kontrolluntersuchung fällig ist. Oder man organisiert mit sogenannten Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAHs) notwendige Routine-, Kontroll- oder Monitoringbesuche bei chronisch Kranken. Das geht nur, wenn eine feste Beziehung zwischen den Praxen und den Patienten besteht.

In Baden-Württemberg wurde die HzV vor gut 16 Jahren eingeführt. Sie waren von Anfang an an der Evaluation beteiligt. Zeigen die bisherigen Erfahrungen, dass sich die HzV positiv auswirkt?

Die Evaluationsergebnisse haben eindrucksvoll gezeigt, dass chronisch Kranke wie beispielsweise Diabetiker, die in der HzV gemeinsam von Haus- und Fachärzten strukturiert betreut werden, deutlich weniger harte Endpunkte erreichen. Also Amputationen, Erblindungen, Herzinfarkte, Schlaganfälle, Krankenhausaufnahmen kamen bei diesen Patienten deutlich seltener vor als in der Regelversorgung. Chronisch Kranke und mehrfach Erkrankte profitieren davon besonders, weil sie eine strukturierte, koordinierte Versorgung benötigen. Aber auch jüngere Patienten können von den Praxen gezielt angesprochen werden, etwa wenn es um Präventionsangebote und Impfungen geht. Zur HzV in Baden-Württemberg gehört, dass es strukturierte Fortbildungen gibt, Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie, aufwändig zwischen Haus- und Facharzt abgestimmte Versorgungspfade. Das alles führt dazu, dass die Versorgung in der HzV strukturierter und qualitätsorientierter erfolgt als in der Regelversorgung. Man kann also nur hoffen, dass sich mehr Regionen in Deutschland diesem Beispiel anschließen.



Foto: Stiftung Gesundheitswissen

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach

Der Allgemeinmediziner ist Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main und bearbeitet unter anderem die Schwerpunkte Digitalisierung im Gesundheitswesen, Versorgungsforschung und strukturierte Versorgung chronisch Kranker. Von 2007 an war Gerlach Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, von September 2012 bis zum 31.01.2023 war er Vorsitzender des Rates. 2018 veröffentlichte der Sachverständigenrat das Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“, in dem verschiedene Maßnahmen für eine bessere Patientensteuerung erläutert wurden. In wesentlichen Aspekten setzen die Eckpunkte für eine Notfallreform an diesen Vorschlägen an.



5 Fragen – 5 Antworten

Warum gute Steuerung wichtig ist

1. Welche Bedeutung messen Sie der Patientensteuerung zu, um die Gesundheitsversorgung weiterhin für alle und das in guter Qualität gewährleisten zu können?

2. Wie weit kann bzw. muss Patientensteuerung gehen, um z.B. Notaufnahmen zu entlasten oder Über-, Unter- oder Fehlversorgung zu vermeiden? Wie soll eine nachhaltige und effiziente Patientensteuerung finanziert werden?

3. Welches ist der für Sie wichtigste Punkt, um das Thema Patientensteuerung schnell und wirksam umzusetzen?

4. Wenn Eckpunkte für eine verstärkte Patientensteuerung umgesetzt werden (z.B. Vernetzung der Nummern 112 und 116117), ist das dann auch für die Patienten bindend? Was ist, wenn Patienten mit Bagatellerkrankungen weiterhin ohne vorherige telefonische

medizinische Ersteinschätzung oder ohne Abklärung durch z.B. den Hausarzt während der Praxisöffnungszeiten dennoch selbstständig die Notaufnahme aufsuchen? Kommt für Sie Selbstbeteiligung der Patienten in Frage (z.B. Anreize wie Bonusprogramme oder Zuzahlungen, die Patienten dazu motivieren sollen, zuerst die ambulante Versorgungsebene in Anspruch zu nehmen)?

5. Durch die Notfallreform sollen die Notaufnahmen entlastet werden. Wie soll sichergestellt werden, dass Patienten, die durch eine medizinische Ersteinschätzung als „leichtere“ ambulante Fälle identifiziert werden und somit nicht in der Notaufnahme behandelt werden müssen, tatsächlich zeitnah Termine im ambulanten Sektor erhalten (ein gewisser Anteil der Patienten sucht schließlich aus Gründen fehlender Facharzttermine oder generell wegen Ärztemangel in der Primärversorgung in der Notaufnahme Hilfe)?

Heike Baehrens,
gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion

Unsere Gestaltungsaufgabe besteht darin, die Strukturen so weiterzuentwickeln, dass es zu weniger Fehlversorgung kommt.



1. Patientinnen und Patienten mit Gesundheitsproblemen müssen möglichst schnell an die für sie richtige Stelle im Gesundheitssystem gelangen. Es macht keinen Sinn, dass Patienten mit Bagatellproblemen in der Notfallversorgung landen und die Kapazitäten dort eng werden. Eine gute Steuerung ist wichtig, um das zu vermeiden. Im Koalitionsvertrag haben wir als Ampel eine Reihe von Maßnahmen vereinbart, die es uns künftig ermöglichen, die knappen Ressourcen zielgerichteter und damit effizienter sowohl im Sinne der Patientinnen und Patienten als auch der Beitragzahlerinnen und -zahler einzusetzen, damit die Menschen überall so gut versorgt werden können, wie wir uns das wünschen.

2. Einer besseren Patientensteuerung kommt – beispielsweise über die Rufnummern 110/112 sowie 116117 – eine zentrale Rolle zu. Angesichts des wachsenden Fachkräftemangels stehen alle Reformbemühungen vor demselben, oben beschriebenen Dilemma. Eine verbesserte Patientensteuerung sollten wir deshalb nicht nur als Zugangsbarriere zur Entlastung überfüllter Notaufnahmen verstehen, sondern vor allen Dingen als wertvolles Steuerungsinstrument für eine optimale Versorgungsqualität und Ressourcenallokation, die Folgekosten spart. Insofern haben wir die Hoffnung, dass sich eine verbesserte Patientensteuerung mittelfristig aus Einsparungen finanzieren kann.

3. Wir brauchen integrierte Leitstellen, in denen die Hilfesuchenden mithilfe von standardisierten, wissenschaftlich validierten, softwaregestützten und qualitätsgesicherten Ersteinschätzungsinstrumenten sehr schnell in die richtige Versorgung kommen. Die Leitstellen brauchen dazu einen umfangreichen Instrumentenkasten, aus dem sie schöpfen können. Das reicht von der telemedizinischen Beratung bis zur sofortigen Entsendung eines Notarztwagens.

4. Hilfesuchende befinden sich in der Regel in einer Ausnahmesituation und benötigen vor allen Dingen schnelle Hilfe. Ob es sich tatsächlich um einen Notfall handelt, wird dabei von den Hilfesuchenden selbst definiert. „Die Hilfesuchenden definieren den Notfall, das System die Reaktion darauf“, schreibt die Regierungskommission in ihrer vierten Stellungnahme sehr zutreffend. Unsere politische Gestaltungsaufgabe sollte zunächst darin bestehen, die Versorgungsstrukturen so weiterzuentwickeln, dass es zu weniger Fehlversorgung kommt. Durch die richtigen Anreize werden Hilfesuchende an der richtigen Stelle schnell versorgt – dies macht es für sie attraktiv.

5. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat, einem gesetzlichen Auftrag folgend, im Juli 2023 Vorgaben für ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren in Notaufnahmen von Kran-

kenhäusern vorgelegt. Dabei soll sich bei Hilfesuchenden, die nicht unmittelbar in der Notaufnahme behandelt werden müssen, ein sogenanntes erweitertes Ersteinschätzungsverfahren anschließen. Weniger dringliche Fälle, deren Behandlung nicht innerhalb von 24

Stunden beginnen muss, erhalten einen Vermittlungscode, mit dem sie über die Terminservicestellen einen Termin buchen können. Insofern verfügen wir bereits über alle Instrumente, die wir brauchen, damit auch leichtere Fälle schnell ambulant versorgt werden können.

Prof. Dr. Andrew Ullmann,
gesundheitspolitischer Sprecher der FDP Bundestagsfraktion

Aus medizinischer Sicht muss man konstatieren, dass die Einschätzung des Patienten über seinen Zustand zunächst einmal der Maßstab ist.



1. Die Patientensteuerung ist zentral. Für mich ist sie vielleicht mit der größte Hebel, den wir in Sachen Effizienz und Qualität ohne größeren Widerstand bewegen können.

2. Wenn Patientensteuerung richtig funktioniert, dann erfüllt sie alle Ansprüche: Sie entlastet die Akut- und Notfallstrukturen, verhindert Fehlversorgung und nutzt sinnvoll alle vorhandenen Kapazitäten. Die Frage nach der Finanzierung stellt sich da erst einmal nicht, zumal gute Patientensteuerung Effizienz steigend und so kostensenkend wirkt.

3. Es gibt für mich nicht den einen entscheidenden Punkt, weil die Patientensteuerung in allen Reformbereichen, die derzeit anstehen, mitgedacht werden muss. Aber wir sollten jetzt unbedingt und tiefgreifend multisektoral bei der Reform der Notfallversorgung ansetzen.

4. Aus medizinischer Sicht muss man konstatieren, dass die Einschätzung des Patienten über seinen Zustand zunächst einmal der

Maßstab ist. Es liegt dann an den Strukturen, auch digital, den Patienten richtig zu leiten. Anreize finanzieller Art sind medizinisch und politisch höchst fragwürdig. Wer in ausreichendem Zustand und bei übersichtlicher Symptomatik in die Notaufnahme kommt, der sollte nach der Ersteinschätzung an einen niedergelassenen Arzt verwiesen werden. Fehlsteuerung muss im Ablauf verhindert werden.

5. Wenn wir durch gute Patientensteuerung Effizienzreserven ausschöpfen und den Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte besser in die Notfallstrukturen einbinden und entbudgetieren, dann wird es kaum Probleme geben. Es ist auch derzeit nicht so, dass Patientinnen und Patienten mit akutem Bedarf nicht behandelt werden. Vielleicht müssen wir weg von dem Anspruch, dass jeder wegen jeder Kleinigkeit, wie beispielsweise Befindlichkeitsstörungen, umgehend einen Facharzttermin bekommen muss.

Janosch Dahmen,
gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Deutschen Bundestag

Menschen mit akuten medizinischen Problemen müssen sich unabhängig vom Geldbeutel jederzeit auf Hilfe in Notaufnahmen verlassen können.



1. Die Steuerung von Patientinnen und Patienten in die bedarfsgerechte Versorgung auf Basis standardisierter Ersteinschätzungsverfahren ist für ein funktionierendes Gesundheitssystem elementar. Gerade die richtige Steuerung zu Beginn der Versorgung, also über die Leitstellen der 116117 und 112 bzw. webbasierte Terminvergabe und Selbsttriage-Systeme sowie vor Ort in den Notaufnahmen und Allgemeinarztpraxen führt zu mehr Effizienz, vermindert Fehlversorgung und erhöht die Versorgungsqualität. Ziel ist: Die richtige Versorgung, zur richtigen Zeit, am richtigen Ort.

2. Damit die Steuerung von Patientinnen und Patienten tatsächliche Entlastung in Notaufnahmen, dem Rettungsdienst und Notdienstpraxen bringt, bedarf es umfassender Vernetzung. Neben einer technischen Vernetzung der Leitstellen (116117 und 112), u.a. zur digitalen Weitergabe von Einsatz- und Patientendaten, müssen auch die Steuerungsprozesse zwischen den Ebenen standardisiert sein. Zusätzlich ist sicherzustellen, dass die alternativen Versorgungsformen, bspw. ambulante Notfallversorgung durch den Ärztlichen Bereitschaftsdienst oder telemedizinische Angebote, umfassend zur Verfügung stehen. Nur so können Notaufnahmen und der Rettungsdienst tatsächlich entlastet werden.

3. Aus meiner Sicht bedarf es zügig einer Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes, die die Vernetzung der Versorgungsebenen, die bundesweite Einführung einheitlicher Standards für standardisierte Steuerungsinstrumente, die Sicherstellung einer umfassenden ambulanten Notfallversorgung und die auskömmliche Vergütung qualitativ hochwertiger und effizienter Steuerungsmechanismen in den Blick nimmt. Wenn die Steuerung der Patientinnen und Patienten zu Beginn der Versorgung funktioniert, profitieren nicht nur die weiterführenden Versorgungsebene, sondern werden durch bedarfsgerechtere Versorgung auch Potentiale zur Reduzierung der Ausgaben im Gesundheitsbereich genutzt.

4. Menschen mit akuten medizinischen Problemen müssen sich unabhängig vom Geldbeutel jederzeit auf Hilfe in Notaufnahmen verlassen können. Eine „Notaufnahme-Gebühr“ bedeutet außerdem mehr Bürokratie für die bereits überlasteten Notaufnahmen. Viel entscheidender ist, dass Patient:innen, die in eine Notaufnahme kommen, aber keiner stationären Versorgung im Krankenhaus bedürfen,

standardisiert und rechtssicher an die für sie richtige Versorgung, z.B. in einer KV-Notdienstpraxis gesteuert werden können. Darüber hinaus muss die 116117 die Vergabe von Akutterminen und telemedizinische Behandlungen deutlich ausbauen und vereinfachen, damit ein Anruf bei der 116117 spürbaren Mehrwert für die Patient:innen bringt.

5. Durch die geplante Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) an ausgewählten Kliniken, stehen als Teil der INZ für „leichtere“ ambulante Fälle KV-Notdienstpraxen in räumlicher Nähe zur Notaufnahme zur Verfügung. Der Aufbau der INZ bzw. die Modifikation bestehender Portalpraxen soll durch die Landesausschüsse so gesteuert werden, dass INZ flächendeckend verfügbar sind. Die Öffnungszeiten der KV-Notdienstpraxen orientieren sich dabei an den Zeiträumen, in denen die Notaufnahmen regelhaft besonders belastet sind. Ist die Notdienstpraxis geschlossen wird die/der Patient:in kostendeckend in der Notaufnahme behandelt.

Wir hatten auch den gesundheitspolitischen Sprecher der CDU/CSU-Fraktion Tino Sorge angefragt, von ihm allerdings keine Antwort erhalten.

Wie kann Patient:innensteuerung funktionieren? Aufklärung und Anreizsysteme mit besten Erfolgsaussichten!

Eine bessere Patient:innensteuerung ist notwendig, um das Gesundheitssystem als Ganzes zu entlasten. Dafür ist es erforderlich, dass die Steuerungsinstrumente – zum Beispiel eine telefonische Ersteinschätzung – auch genutzt werden. Aber wie bindend ist das alles überhaupt für die Patient:innen? Was geschieht, wenn sie die vorgegebenen Pfade verlassen? Sich zum Beispiel bei einem Notfall nicht an die Empfehlung der Ersteinschätzung halten und sich statt an die Hausarztpraxis doch an die Notaufnahme wenden. Oder ohne Überweisung in die Facharztpraxis gehen. In der Vergangenheit wurde immer wieder die Selbstbeteiligung von Patient:innen gefordert, um über finanzielle Anreize für mehr Steuerung zu sorgen. Ein Dauerbrenner ist der Vorschlag nach der Wiedereinführung der Praxisgebühr, der in regelmäßigen Abständen ins Spiel gebracht wird. Es lohnt also ein Blick in die Vergangenheit.

In zahlreichen Studien wurde untersucht, wie sich die Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004 auf die ambulante Versorgung ausgewirkt hat. 10 Euro pro Quartal für ambulante Arztbesuche oder beim Aufsuchen der Notaufnahme wurden erhoben, wer ohne Überweisung Fachärzt:innen aufsuchte, musste ebenfalls zahlen. Sanken die Fallzahlen in fast allen Fachgruppen nach der Einführung zunächst, stiegen die Behandlungszahlen ab 2006 wieder an und überschritten auch das Ausgangsniveau. Der Trend setzte sich 2012 nach Abschaffung der Praxisgebühr fort. Eine signifikante Wirkung hatte die Praxisgebühr auf die Erstanspruchnahme von Fachärzt:innen: Deutlich mehr Patient:innen kamen nun mit Überweisung. Mit dem Ende der Gebühr endete auch diese Entwicklung. Der Erfolg der Praxisgebühr wird konträr diskutiert. Zwar hatte sie zuletzt zwei Milliarden Euro eingebracht. Aber der bürokratische Aufwand war enorm. Und der Versuch, das Verhalten der Patient:innen dahingehend zu beeinflussen, nicht mehr so häufig niedergelassene Ärzt:innen aufzusuchen und darüber Kosten zu senken, ist nachweislich gescheitert.

Im vergangenen Jahr entflammte eine Debatte um Strafzahlungen für Patient:innen, die ohne vorherige telefonische Ersteinschätzung eine Notaufnahme aufsuchen. Dies stieß auf breite Ablehnung. Der 127. Deutsche Ärztetag lehnte die Einführung von Strafzahlungen als untaugliches und unsoziales Mittel zur Steuerung von Patient:innen im Gesundheitswesen ab. Bemerkte aber, dass eine Eigenbeteiligung für Patient:innen anzustreben sei, die sich nach einer Ersteinschätzung nicht an die ihnen zugewiesenen Versorgungsebenen halten. Strafzahlungen für Personen, die ohne vorherige telefonische Ersteinschätzung Hilfe in einer Notaufnahme suchen, lehnt die DIVI hingegen kategorisch ab. „Das halte ich für grob fahrlässig und ausgesprochen gefährlich“, sagt DIVI-Präsident Prof. Dr. Felix Walcher. Weil dadurch Patient:innen, die aus verschiedenen Gründen zuvor keine telefonische Ersteinschätzung eingeholt haben oder von Strafzahlungen abgeschreckt werden, im Zweifel dann in Notaufnahmen keine lebensrettende medizinische Hilfe suchen und erhalten.

Um also Patient:innenströme besser zu lenken und Ressourcen des Gesundheitssystems zu schonen, wird ein anderer Ansatz verfolgt. Im Falle der Notfallversorgung sieht die Regierungskommission vor, die Nutzung von Notfalleitstellen als erste Kontaktpunkte so attraktiv zu gestalten, dass Patient:innen diese im Notfall bevorzugt in Anspruch nehmen. Dazu gehört, dass die Leitstellen unmittelbar erreichbar sind, eine gute medizinische Beratung und telemedizinische Hilfe geboten wird und bei Bedarf verbindliche Termine für die Weiterversorgung vermittelt werden. Statt über Geldbeträge Zugangsbarrieren zu errichten, sollen positive Anreize Patient:innen überzeugen. Eine breit angelegte Öffentlichkeitskampagne wird nötig sein, um alle über das Angebot, die entsprechenden Regeln und die Vorteile der Patient:innensteuerung zu informieren.



Die Wirkung der Praxisgebühr verpuffte schnell

Friktionale Gesundheitspolitik

Viele Gesetzesvorhaben sind problembehaftet

Bis Ende April sollen alle wichtigen Gesetzgebungsvorhaben der Ampelkoalition im Gesundheitsbereich das Bundeskabinett erreicht haben. Damit könnten sie das parlamentarische Verfahren bis zum Jahresende 2024 durchlaufen haben. Das ist das erklärte Ziel des Bundesgesundheitsministers, um nicht mit Kernthemen der Regierungskoalition in das Jahr der Bundestagswahl 2025 zu geraten. War Anfang 2024 noch ein relativer Stillstand zu verzeichnen, gibt es nun eine Fülle von Vorhaben, die auf dem Weg sind. Viele sind allerdings problembehaftet.

Das Ziel, die Gesetzgebungen in diesem Jahr zu bewerkstelligen, ist sehr ambitioniert. Ob dies mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, das u. a. die Entbudgetierung der Hausärzte in einem neuen kritisch hinterfragten Gesamtkonstrukt transportieren soll, tatsächlich gelingt, bleibt abzuwarten. Ebenso dem Umbau der gematik zu einer Digital-Agentur mit Regelungen, die die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme (PVS) mehr in die Pflicht nehmen sollen, um die Voraussetzungen für die Funktionsfähigkeit im Zusammenhang mit der neu aufgelegten elektronischen Patientenakte (ePA), zu gewährleisten. Die von ihrer Komplexität her alle Gesetzgebungsverfahren übertreffende Krankenhausreform gestaltet sich ob der Heterogenität der Interessen sehr schwierig – Zustimmungspflicht hin oder her.

Manche Regelungen im geplanten Medizinforschungsgesetz, wie die Einführung einer Bundes-Ethik-Kommission stoßen auf breite Ablehnung. Ebenso steht die Handhabbarkeit einer wirtschaftlichen Verordnung von innovativen Arzneimitteln durch die Ärzte in der Diskussion, wenn mit dem Gesetz die Vertraulichkeit von deren Erstattungsbeiträgen eingeführt werden soll. Von vielen Beteiligten wird trotzdem das Ziel des Gesetzes grundsätzlich befürwortet, nämlich nutzlose Hürden bei klinischen Studien zu beseitigen. Mit dem avisierten Apothekengesetz fürchten die Apotheken die Aufhebung des Fremdbesitzverbotes in Zusammenhang mit der geplanten Erlaubnis des Betriebs von Filialapotheken, in denen pharmazeutisch Technische Assistenten die Arzneimittelabgabe erlaubt sein soll bei nur noch telepharmazeutischer und nicht mehr „physischer“ Beratungsmöglichkeit mit dem Apotheker.

Die jüngst in Kraft getretenen Digitalisierungsgesetze, das Digital-Gesetz und das Gesundheitsdatennutzungsgesetz – stellen großen Anforderungen an die Arztpraxen, denen ab 15. Januar 2024 Befüllungspflichten der „ePA für alle“ auferlegt sind. Es herrscht hier große Sorge, trotz der zur Einführung der ePA angekündigten Informationskampagnen des Bundesministeriums für Gesundheit und der gesetzlichen Krankenkassen, dass die Praxen von den Patientinnen und Patienten mit Fragestellungen zur ePA zeitlich überlastet werden. Daneben schält sich ein Problem immer mehr heraus: Da einige der PVS-Systeme offenbar die technischen Anforderungen nicht erfüllen, wird eine noch unbekannte Zahl an Arztpraxen auf ein neues PVS-System umsteigen müssen. Ist dies tatsächlich erforderlich und wie können die Praxen gegebenenfalls darin unterstützt werden, lauten zentrale Fragen der hier sich eröffnenden Diskussion.

Kritik stößt auf taube Ohren

Das Cannabisgesetz hatte zwar die Hürde der Zustimmung durch den Bundestag Ende Februar genommen, doch waren die darauffolgenden Probleme mit den Ländern absehbar, schließlich

müssen diese das Gesetz umsetzen. Die einhellige Warnung der Praktiker, seien es die Bundesärztekammer, Richter oder die Innenministerkonferenz der Länder, ist bei Verantwortlichen in der Bundespolitik auf taube Ohren gestoßen. Sogar administrative Widersprüche, selbst aus dem eigenen politischen Lager, wurden ignoriert. Diese führen nun zur „Notbremse“ durch die Länder. Einige Beispiele: Wie kann Eigenbesitz von Cannabis in bestimmten Mengen ab 1. April legal sein, wenn ab dann erst die legale Pflanzenzucht im eigenen Zuhause gestattet ist, die knapp drei Monate dauert? Das konterkariert das Ziel des Konsums des „reinen Stoffs“ ab 1. April juristisch. Die ungenau gefasste 100-m-Abstandsregelung des Cannabis-Konsums zum „Eingangsbereich“ von Kinder- und Jugendeinrichtungen (z. B. Schule) kann dadurch unterlaufen



Die überaus kritische Einschätzung des Cannabisgesetzes wird von der Politik ignoriert.

werden, dass beispielsweise hinter einer Schule in einem Schrebergarten konsumiert werden kann. Der „grüne“ NRW-Justizminister Benjamin Limbach hatte schon frühzeitig darauf hingewiesen, dass bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zum 1. April die Fälle überprüft werden müssten, in denen Menschen wegen Cannabisbesitzes verurteilt worden seien, denn diese dürften dann nicht mehr im Gefängnis sitzen. Dies sei zwingend vorgeschrieben, sonst mache man sich strafbar. Das aber sei nicht umsetzbar in dieser kurzen Zeit.

Von vielen Seiten ist zu hören, der Bundesgesundheitsminister wie auch Gesundheitspolitiker der Ampel auf Bundesebene zeigten sich in Gesetzesvorhaben wenig kritikfähig. Das könnte noch zu weiteren Friktionen in den angesprochenen Gesetzgebungen führen.

Praxen am Limit Kommt nun die lang ersehnte Entbürokratisierung?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) veröffentlicht jedes Jahr einen sogenannten Bürokratie-Index, der die bürokratischen Belastungen der Praxen misst. Dieser kennt seit Jahren nur die aufsteigende Richtung. Etwa 61 Arbeitstage pro Jahr und Praxis müssen für die Erfüllung von Informationspflichten aufgewendet werden, ist eines der erschütternden Ergebnisse. „Unnötige Bürokratie bauen wir ab“, versprach Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD) am 9. Januar 2024 mit Blick auf die ambulante Versorgung. Doch wie ist der aktuelle Stand? Was wird getan?



Der AU-Wegfall bei Erkrankungen von weniger als vier Tagen würde die Praxen jährlich um etwa 1,4 Mio. Stunden entlasten.

Das Thema Entbürokratisierung ist auch Bestandteil aktueller Forderungen der Ärzteschaft, für die sie sich zuletzt mit Protesten und Praxisschließungen einsetzte. Vor einem „Praxenkollaps“ wird auch in diesem Zusammenhang gewarnt. Der Bundesgesundheitsminister hat nun ein Maßnahmenpaket zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung vorgestellt, in dem auch zur Entbürokratisierung Vorschläge gemacht werden. Umgesetzt werden sollen sie in zwei Versorgungsstärkungsgesetzen. Zuvor war im Herbst 2023 ein Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen des BMG bekannt geworden, in dem neben der ambulanten Versorgung auch andere Felder des Gesundheitssystems adressiert werden. Außerdem hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorschläge zum Bürokratieabbau vorgelegt.

Bereits in ihrem Koalitionsvertrag hat die Ampel-Koalition sich dazu bekannt, durch ein „Bürokratieabbaupaket“ Hürden für eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten abzubauen zu wollen. „Wir überprüfen das SGB V und weitere Normen hinsichtlich durch technischen Fortschritt überholter Dokumentationspflichten“, heißt es darin und weiter: „Die Belastungen durch Bürokratie und Berichtspflichten jenseits gesetzlicher Regelungen werden kenntlich gemacht. Wir verstetigen die Verfahrenserleichterungen, die sich in der Pandemie bewährt haben.“ Im Januar 2024 hatte das Bundesjustizministerium (BMJ) außerdem einen Referentenentwurf zu einem Bürokratieentlastungsgesetz IV veröffentlicht, der jedoch keine Maßnahmen für den Bereich des Gesundheitswesens enthält. Ein Sonderbericht des BMJ zur „Besseren Rechtsetzung und Bürokratieabbau in der 20. Legislaturperiode“, der im Oktober 2024 veröffentlicht wurde, führt Empfehlungen des BMG zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen auf, die sich in dem angesprochenen Eckpunktepapier wiederfinden.

Maßnahmen werden eingehend geprüft

In seinem Eckpunktepapier weist das BMG auf bereits umgesetzte Maßnahmen insbesondere im Bereich der stationären Pädiatrie und der Apotheken zum Bürokratieabbau hin. Gleichzeitig bestehe weiterhin ein erheblicher Bedarf an weiterem Bürokratieabbau. „Umfangreiche Maßnahmen“ seien vorgesehen in nahezu sämtli-

chen Bereichen des Gesundheitswesens – „vom ambulanten und stationären Sektor, über den Arzneimittel- und Hilfsmittelbereich, die Langzeitpflege, die Digitalisierung bis hin zu Maßnahmen mit einem europäischem/internationalem Bezug“. Unter anderem ist mit der Anpassung der Regelungen für die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung bei der Erkrankung des Kindes eine „weitgehende Entlastung“ für kinderärztliche Praxen und Eltern vorgesehen. Zudem soll mit verschiedenen bürokratieentlastenden Maßnahmen das „häufig zu bürokratische“ Zulassungsverfahren für Vertragsärztinnen und -ärzte sowie für Vertragszahnärztinnen und -ärzte entbürokratisiert werden. Daneben sehen die Empfehlungen auch Maßnahmen für den Ausbau der Digitalisierung in der ambulanten Versorgung sowie Entlastungen für den Bereich der Psychotherapie vor. Die Prüfung von Maßnahmen zum Bürokratieabbau im Rahmen der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung ist ebenfalls vorgesehen.

Einführung einer Bagatelldgrenze

Einige der Maßnahmen sollen nun mit den beiden vorgesehenen Versorgungsstärkungsgesetzen umgesetzt werden. So soll nach dem im Januar 2024 vorgestellten Maßnahmenpaket mit dem „Versorgungsstärkungsgesetz I“ eine wirkungsvolle Bagatelldgrenze bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen von ärztlich verordneten Leistungen eingeführt werden, „um den bürokratischen Aufwand und den Zweck der Prüfungen in einem angemessenen Verhältnis zu halten“. Unnötige Wirtschaftlichkeitsprüfungen „mit erheblichem bürokratischen Aufwand“ sollen dadurch vermieden werden. Fünf weitere Maßnahmen sind im „Versorgungsstärkungsgesetz II“ vorgesehen; diese sind:

1. Die Festsetzung einer Ausschlussfrist von zwei Jahren für Beratungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung entsprechend der Festsetzungen für Nachforderungen und Kürzungen. Ziel ist: Planungssicherheit erhöhen und bürokratischen Mehraufwand vermeiden
2. Die Einführung der Möglichkeit zur digitalen Teilnahme an Sitzungen der Beschwerdeausschüsse durch Anpassung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung. Ziel ist: bessere Nutzung der Digitalisierung und Vermeidung unnötiger Wege

3. Die Abschaffung des zweistufigen Antragsverfahrens in der Kurzzeittherapie (Psychotherapie) Ziel ist: Beschleunigung des Versorgungszugangs in der Psychotherapie und Entbürokratisierung des Antragsverfahrens
4. Die Vereinfachung bei den Vorgaben zur Einholung eines Konsiliarberichts bei ärztlich überwiesenen Patientinnen und Patienten (Psychotherapie). Ziel ist: Verkürzung der Wartezeiten vor Beginn einer Psychotherapie
5. Abschaffung der Präqualifizierungspflicht für Vertragsärztinnen und -ärzte, die Hilfsmittel an Versicherte abgeben. Ziel ist: Verbesserung der Hilfsmittelversorgung durch vereinfachte, unbürokratische Abgaberegulungen

Das BMG will zusätzlich zu den in dem Eckpunktepapier aufgeführten Maßnahmen fortlaufend prüfen, an welchen Stellen im Gesundheitswesen nicht notwendige Bürokratie abgebaut werden könne. Zudem wird die Selbstverwaltung aufgefordert, „kritisch zu hinterfragen, welche Regelungen entbehrlich sind oder vereinfacht werden können, um bürokratischen Aufwand zu minimieren und damit das Ziel der Bundesregierung zu unterstützen“.

Unausgereifte Digitalisierungspflichten lähmen

Lauterbachs Ansicht nach kann auch die elektronische Patientenakte (ePA) zur Entbürokratisierung und Entlastung von Ärzten und Pflegekräften beitragen. In einem Interview mit dem „Spiegel“ vom 10. November 2023 machte er das am Beispiel der USA deutlich: Dabei lägen dem Arzt beim Patientengespräch bereits die alten Befunde im Computersystem vor. Weiterhin höre eine Spracherkennungssoftware zu und übertrage wichtige Stichpunkte aus dem Gespräch in die ePA. „Dann schreibt, während wir noch reden, die Künstliche Intelligenz die notwendige Überweisung an die Orthopädin. Wenn wir fertig sind, ist eine Überweisung schon vorbereitet und elektronisch bereitgestellt“, erklärte der Minister. Dies werde Ärzte und Pflegekräfte entlasten.

Die Bundesvereinigung der Deutschen Apothekerverbände (ABDA), die Kassenzahn-ärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatten bereits am 31. Oktober 2023 einen „Brandbrief“ an Bundeskanzler Olaf Scholz

gerichtet und vor einer zunehmenden Zerstörung der „vertrauten ambulanten Versorgung“ durch die aktuelle Gesundheitspolitik gewarnt. „Die Praxen der Niedergelassenen ersticken in Bürokratie, werden finanziell unzureichend ausgestattet und mit nicht ausgereiften Digitalisierungspflichten gelähmt – mit gravierenden Folgen im Sinne eines eklatanten Fachkräftemangels“, wird darin gemahnt. Wenige Tage später berichtete die KBV, Lauterbach habe in einem Gespräch mit dem Vorstand am 1. November angekündigt, „zeitnah zumindest einige der thematisierten Probleme mit Gesetzesvorhaben angehen zu wollen“. Dazu zählte die Entbürokratisierung in den Praxen, die hausärztliche Entbudgetierung, eine bessere Digitalisierung und die Abwehr der Regressgefahr.

Die KBV hatte im August 2023 in einem Papier Vorschläge unterbreitet, wie der bürokratische Aufwand in den Arztpraxen reduziert werden könne. Allein der Wegfall von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei Erkrankungen von weniger als vier Tagen würde die Praxen jährlich um etwa 1,4 Mio. Stunden entlasten. Außerdem sollte ihrer Ansicht nach die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vollständig digitalisiert und die Digitalisierung von Formularen an der Versorgung orientiert werden. Auch sollten Anfragen von Krankenkassen und Behörden reduziert werden und die Software, die Praxen zur verpflichtenden Teilnahme an der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nutzen, zertifiziert sein. Im Bereich der psychotherapeutischen Behandlungen sollte auf einen Konsiliarbericht bei einer Überweisung zur Psychotherapie verzichtet werden. Weiterhin sprach sich die KBV dafür aus, dass Krankenkassen eine Gebühr zahlen sollten, wenn ihre Anträge auf Abrechnungsprüfung unbegründet seien und deshalb abgelehnt würden. Mit der Gebühr ließen sich unnötige Prüfungen und der damit einhergehende bürokratische Aufwand vermeiden.

Mittlerweile kann man auch in diesem Bereich davon sprechen, dass es kein Erkenntnisproblem mehr gibt, sondern vor allem ein Umsetzungsproblem. Es ist zu hoffen, dass die Bilanz der Legislaturperiode der Ampel-Koalition im Bereich der Entbürokratisierung positiv ausfallen wird.

Kurz vor Eintritt in die Realität: Der Europäische Gesundheitsdatenraum steht Ab Mitte des Jahres im „Praxis“-Test

In der Europäischen Union (EU) soll Bürgern, Angehörigen der Gesundheitsberufe und der Forschung ein besserer grenzüberschreitender Zugang zu Gesundheitsdaten ermöglicht werden. Die Europäische Kommission hat dazu im Mai 2022 einen Verordnungsentwurf für die Schaffung eines Europäischen Gesundheitsdatenraums (European Health Data Space – EHDS) vorgelegt – kurz: EHDS-VO. Nachdem das Europäische Parlament und der Europäische Rat der Mitgliedsstaaten im Dezember 2023 ihre Positionen hierzu beschlossen haben, wird im „Trilog“ über den endgültigen Gesetzestext verhandelt. Ziel ist es, die Trilogverhandlungen noch in der aktuellen Legislatur des Europäischen Parlaments, die im Mai 2024 endet, abzuschließen.

Noch stehen dem Unterfangen verschiedene Herausforderungen gegenüber, wie die uneinheitliche Rechtslage innerhalb der EU und die Interoperabilität informationstechnischer Systeme. Die Ärzteschaft hebt insbesondere hervor, dass der Datenschutz gewahrt werden müsse. Sie sorgt sich ebenso über den Aufwand, der für Arztpraxen zustande kommen dürfte sowie die Nutzerfreundlichkeit und Anwendbarkeit der Technik.

Nach dem Vorschlag der EU-Kommission soll der EHDS die Nutzung von Gesundheitsdaten für Forschung, Innovation und Politikgestaltung verbessern. Gleichzeitig sollen die europäischen Bürgerinnen und Bürger mehr Kontrolle über die Nutzung ihrer eigenen Gesundheitsdaten haben. Gesundheitsdaten wie Patientenakten, elektronische Rezepte, Laborergebnisse und Entlassungsberichte würden in einem gemeinsamen europäischen Format zur Verfügung stehen. Das Gesetz würde den Patienten das Recht einräumen, auf ihre personenbezogenen Gesundheitsdaten in den verschiedenen Gesundheitssystemen der EU zuzugreifen, und den Angehörigen der Gesundheitsberufe erlauben, auf die Daten ihrer Patient:innen zuzugreifen, jedoch ausschließlich für die erforderliche Behandlung – das bezeichnet man als „Primärnutzung“. Ein besserer Zugang und Austausch von Gesundheitsdaten soll zu schnelleren und kostengünstigeren Verwaltungsverfahren führen.

„Sekundärnutzung“ für Forschungszwecke

Unter „strengen Datenschutzgarantien“ soll der Europäische Raum für Gesundheitsdaten auch den Austausch aggregierter Gesundheitsdaten im öffentlichen Interesse zum Beispiel für Forschung, Innovation, Politikgestaltung, Bildung und Patientensicherheit ermöglichen – das wird „Sekundärnutzung“ genannt. Forscher sollen dadurch einen besseren, schnelleren, billigeren und effektiveren Zugang zu Gesundheitsdaten von höherer Qualität haben. Keine persönlichen Informationen sollen weitergegeben werden. Die Patient:innen sollen Informationen hinzufügen, falsche Daten berichtigen, den Zugang für andere einschränken und Informationen darüber erhalten können, wie ihre Daten verwendet werden und für welche Zwecke. Die Weitergabe von Daten zu Werbezwecken oder zur Bewertung von Versicherungsanträgen durch die Versicherungen werde laut EU-Kommission untersagt.

Zur Umsetzung des EHDS soll in der EU eine grenzüberschreitende Infrastruktur „MyHealth@EU“ eingerichtet werden. Dafür will die EU-Kommission eine zentrale Plattform für digitale Gesundheit einrichten, die den Austausch von Gesundheitsdaten zwischen den EU-Mitgliedsstaaten unterstützen soll. Die EU-Länder sollen zudem jeweils eine nationale Kontaktstelle für digitale Gesundheit einrichten, die mit allen anderen nationalen Kontaktstellen und der zentralen Plattform für digitale Gesundheit verknüpft sein sollen.

Eine „Aufsichtsbehörde“ in jedem Mitgliedsstaat

Für die Sekundärnutzung der Gesundheitsdaten sollen die Mitgliedsstaaten Zugangsstellen für Gesundheitsdaten einrichten, bei der Personen oder Einrichtungen die Herausgabe der Daten beantragen können. Die Zugangsstellen bekommen die Aufgabe, zu prüfen, ob die Anforderungen der EHDS-Verordnung erfüllt sind und sogenannte Datengenehmigungen auszustellen. Richtet ein Mitgliedsstaat mehrere Zugangsstellen ein, so ist eine der Stellen als Koordinierungsstelle zu benennen. Zusätzlich zu den Kontaktstellen und Zugangsstellen soll jeder Mitgliedsstaat eine digitale Gesundheitsbehörde benennen, die für die Umsetzung und Durchsetzung der EHDS-VO zuständig ist. Die digitalen Gesundheitsbehörden sollen insbesondere mit der Umsetzung technischer Lösungen, der Festlegung einschlägiger Vorschriften und Mechanismen sowie der Einführung und Entwicklung des europäischen Austauschformats für elektronische Patientenakten betraut werden.

Die Abgeordneten des Europäischen Parlaments fordern in ihren Positionen mehr Mitspracherecht für Patient:innen bei der Verwendung ihrer Daten durch Gesundheitsdienstleister. Bestimmte sensible Gesundheitsdaten (z. B. genetische und genomische Informationen) sollten ihrer Ansicht nach nur dann für Forschung und Entwicklung, Politikgestaltung, Bildung, Patientensicherheit oder behördliche Zwecke verwendet werden dürfen, wenn die

Patient:innen ihre ausdrückliche Zustimmung erteilen. Wenn die Menschen andere Arten von Daten nicht teilen wollten, solle es einen Opt-out-Mechanismus geben, fordert das Parlament. Das Parlament strebt auch eine Ausweitung der zu verbotenden Sekundärnutzungen an, z. B. auf dem Arbeitsmarkt oder für Finanzdienstleistungen. Daten, die zu Forschungszwecken weitergegeben werden, sollten zur Entwicklung neuer Medikamente oder anderer Gesundheitsprodukte oder -dienste führen.

ePa als zentraler Zugangspunkt

Mit dem kürzlich von Bundestag und Bundesrat beschlossenen Gesetzen zur Digitalisierung – dem Digital-Gesetz (DigiG) und dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) – sollen in Deutschland auch erste Schritte zur Vorbereitung des deutschen Gesundheitswesens auf eine Anbindung an den EHDS unternommen werden. Laut dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) eignet sich die im DigiG geplante elektronische Patientenakte (ePA) auch im Kontext des EDHS als zentraler Zugangspunkt für Patient:innen genauso wie für Leistungserbringer. Die ePA soll Anfang 2025 für alle gesetzlich Versicherten eingerichtet werden, wobei auf das Widerspruchsverfahren (Opt-out) umgestellt werden soll. Wer die freiwillige digitale Anwendung nicht nutzen möchte, muss widersprechen. Mit dem GDNG sollen Gesundheitsdaten für gemeinwohlorientierte Zwecke leichter und schneller nutzbar gemacht werden. Dazu wird eine dezentrale Gesundheitsdateninfrastruktur mit einer zentralen Datenzugangs- und Koordinierungsstelle beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgebaut. Für die Datenfreigabe aus der ePA wird ebenfalls ein Widerspruchsverfahren eingeführt, um die Daten für Forschungszwecke besser nutzbar zu machen.

In einem gemeinsamen Schreiben an Bundesminister Prof. Karl Lauterbach MdB (SPD) vom 28. April letzten Jahres haben die unter dem Dach des Bundesverbandes der Freien Berufe e. V. (BFB) zusammengeschlossenen Körperschaften, Kammern und Landesvertretungen der Heilberufe – unter anderem die Bundesärztekammer (BÄK), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sowie die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) und die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) – hervorgehoben, dass der EHDS dazu

beitragen müsse, die bereitgestellten digitalen Werkzeuge, die Abläufe für die Versorgung der Patient:innen zu unterstützen und zu erleichtern. Voraussetzung hierfür sei eine Garantie höchster Sicherheitsstandards für die sensiblen Gesundheitsdaten. Gleichzeitig müsse darauf geachtet werden, dass die mit der Einführung und dem Betrieb des EHDS verbundenen technischen Anpassungen, notwendige Schulungen und der administrative Aufwand auf das Notwendige zu begrenzen und finanzielle Ausgleiche zu leisten seien.

Nach dem Vorschlag der EU-Kommission soll der EHDS auf der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), dem Daten-Governance-Gesetz, dem Datengesetz, das als Ergänzung des Daten-Governance-Gesetzes dienen soll und NIS-Richtlinien (NIS steht für Network and Information Security) aufbauen und ein einheitlicher Rechtsrahmen für den Austausch von Daten innerhalb der Europäischen Union geschaffen werden. Sicherheitskriterien für die Interoperabilität und Sicherheit elektronischer Patientendatenbanken sollen eingeführt und die Hersteller zu deren Zertifizierung verpflichtet werden. Für strategisch wichtige Wirtschaftszweige wie den Gesundheitssektor sollen sogenannte Datenräume eingerichtet werden, in denen öffentliche Stellen und private Unternehmen Daten auf Grundlage einheitlicher Standards austauschen können. Diese Datenräume sollen ihrerseits durch spezielle Verordnungen wie die EHDS-VO sektoral reguliert werden.

Die im BFB vertretenen Körperschaften, Kammern und Landesvertretungen der Heilberufe fordern zudem dazu auf, bei den weiteren Beratungen des Verordnungsvorschlags über den europäischen Gesundheitsdatenraum ein besonderes Augenmerk auf die Garantie der heilberuflichen Schweigepflicht, den Schutz der Privatsphäre und der personenbezogenen Daten zu legen. Konkret erfordere dies eine Möglichkeit für Patient:innen, der Weitergabe ihrer Gesundheitsdaten insgesamt oder teilweise zu widersprechen (Opt-out), auch nach einer gegebenenfalls bereits erfolgten Zustimmung. Die Einhaltung der Schweigepflicht, des Berufsgeheimnisses und der Zustimmungserfordernisse der Patient:innen dürften nicht durch die Verarbeitungstätigkeit für sekundäre Zwecke geschwächt, aufgehoben oder umgangen werden. Sofern in Umsetzung des EHDS ein Zugriff auf die Primärdokumentation der Angehörigen der Heilberufe vorgesehen sei, müsse sichergestellt sein, dass kein Risiko eines Datenverlusts bestehe.

Patient:innen müssen ihren ausdrückliche Zustimmung für die Verwendung ihrer Daten geben.

Foto: AdobeStock

Aus einem übergeordneten Blickwinkel überall mitbedenken

Krankenhausreform zwingt die Weiterbildung in die Neujustierung

Für eine aus ärztlicher Sicht erfolgreiche Krankenhausreform sei auch die Berücksichtigung der Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung „besonders wichtig“, betonte die Bundesärztekammer (BÄK) im März 2023 in Hinblick auf das geplante Vorhaben der Bundesregierung. Das vorgesehene Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) muss noch eine lange Strecke ins Gesetzblatt zurücklegen; aber schon das im Juli 2023 geeinte Eckpunktepapier skizzierte die Strukturen der Reform.

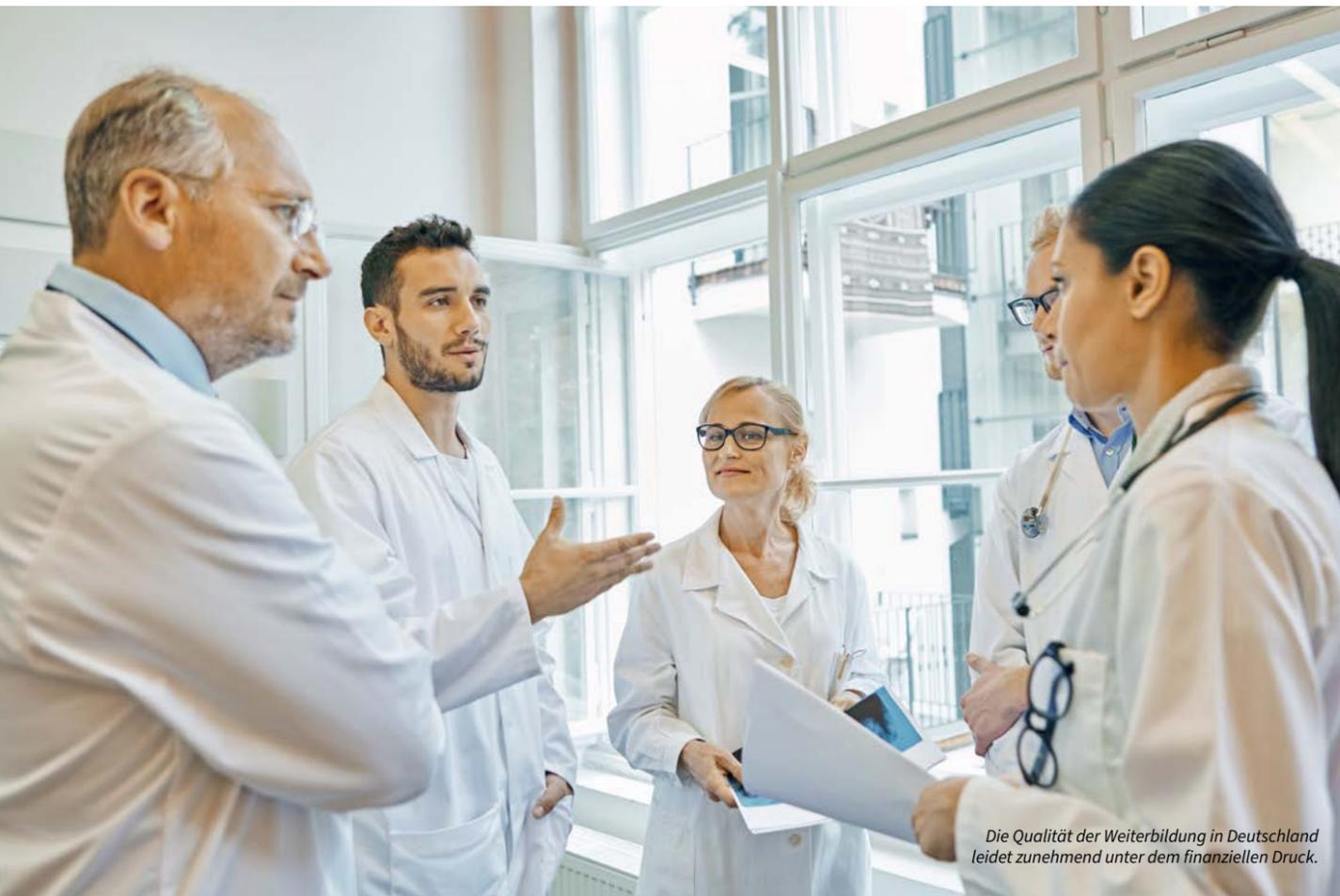


Foto: AdobeStock

Die Qualität der Weiterbildung in Deutschland leidet zunehmend unter dem finanziellen Druck.

Die Ärzteschaft befürchtet, durch die neue Planungssystematik mit sogenannten Leistungsgruppen könne es zu einem Engpass an Weiterbildungsplätzen kommen. Der 127. Deutsche Ärztetag (DÄT) und ebenso der Hartmannbund fordern deshalb, die Qualität der ärztlichen Weiterbildung im Rahmen von anstehenden Krankenhausreformen auf Bundes- und Länderebene von Krankenhausträgern, von den Gesetzgebern sowie von den Landesärztekammern sicherzustellen. Zudem sollte laut Proklamation des 127. DÄT für die Weiterbildung eine „eigene transparente Finanzierungsbasis“ geschaffen werden.

Die Konzepte der Krankenhausreform auf Bundesebene wie auch in NRW haben zum Ziel, die Krankenhauslandschaft hin zur arbeitsteiligen Kooperation umzugestalten und an Leistungsgruppen auszurichten. NRW ist deshalb so bedeutsam, weil es gleichsam einen Vorreiter für die Krankenhausreform der Bundesregierung bildet. Bund und Länder müssten bei der geplanten Krankenhausreform immer auch mögliche Folgen für die Fachkräftegewinnung und die Mitarbeiterqualifizierung im Blick behalten, mahnte BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt bereits im Frühjahr 2023. Insbesondere die geplante neue, feingliedrigere Planungssystematik mit

sogenannten Leistungsgruppen könne sich direkt auf die Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte auf dem Weg zur Qualifikation als Fachärztin oder Facharzt auswirken. Und der 127. DÄT machte auf einen weiteren wesentlichen Aspekt aufmerksam: Die Qualität der Weiterbildung in Deutschland leide zunehmend unter dem finanziellen Druck, unter dem die Leistungserbringenden ständen. Gute Weiterbildung benötige personelle Ressourcen und Zeit für beispielsweise Weiterbildungseingriffe, Weiterbildungsdiagnostik und Fallgespräche.

Transparente Finanzierung der Weiterbildung

Der 127. DÄT fordert in einem Beschluss vom 15. Mai 2023 das BMG auf, im Zusammenhang mit der Diskussion um die Krankenhausreform – insbesondere mit den geplanten Vorhaltepauschalen – die Weiterbildung aus der Erlösplanung (also dem Ertrag) herauszulösen und eine eigene transparente Finanzierungsbasis für die Weiterbildung zu schaffen. Im aktuellen System müsse die stationäre Weiterbildung allein aus dem wirtschaftlichen Ertrag der Krankenhäuser (ausgenommen in der Allgemeinmedizin und Pädiatrie) heraus finanziert werden, welcher bei einem Großteil der Leistungserbringenden immer schwieriger in ausreichender Höhe zu generieren sei. Dies führe dazu, dass die Weiterbildung häufig an letzter Stelle im Krankenhausalltag stehe. „Insgesamt scheint die Qualität der Weiterbildung dadurch zunehmend gefährdet und eine Weiterbildung gemäß den Anforderungen der WBO nicht mehr immer gewährleistet zu sein“, so der Deutsche Ärztetag. Durch eine eigenständige transparente Finanzierung der Weiterbildung mit strenger Zweckbindung der Mittel, welche regelmäßig zu prüfen wäre, solle eine qualitativ gute Weiterbildung trotz zunehmenden finanziellen Drucks sichergestellt werden.

Auswirkungen sollen evaluiert werden

Dr. med. Markus Wenning, Ärztlicher Geschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe, berichtete auf einer Fachveranstaltung der BÄK im März 2023, gerade bei den grundversorgenden Facharztkompetenzen könne die durch die Reform veranlasste Konzentration eine Gefahr bilden. Als Beispiel wies er darauf hin, dass geburtshilfliche Abteilungen in Kliniken geschlossen worden seien, die Gynäkologie aber trotzdem noch stattfinde. Das führe zu einem Engpass nicht nur in der gynäkologischen, sondern auch anästhesistischen Weiterbildung. Lösungsansatz dabei wäre die Kooperation in Weiterbildungsverbänden, wobei die Weiterbildung an unterschiedlichen Standorten erbracht werde. Es müsse zudem bei der Definition der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen eine Orientierung an der Weiterbildungsordnung stattfinden und die Auswir-

kungen der Reform auf die Weiterbildung sollten zeitnah evaluiert werden.

Auch der 127. Deutsche Ärztetag und der Hartmannbund sprachen sich in Beschlüssen vom 15. Mai 2023 und 11. November 2023 für Kooperationen und Weiterbildungsverbände mit Rechtssicherheit für die Weiterzubildenden aus, sodass ein „ungewollter mehrfacher Wechsel der Arbeitsverhältnisse“ nicht notwendig sei, da eine vollumfängliche Weiterbildung an derselben Weiterbildungsstätte „künftig häufig nicht mehr möglich sein“ werde. Regionale Aspekte seien hier zu berücksichtigen und eine entsprechende Umkreisdefinition sei vorzunehmen. Zur Anwendung kommen könnten zeitlich befristete Beurlaubungen mit ausdrücklicher Bejahung eines dienstlichen Interesses oder sozial verantwortungsvoll gestaltete Arbeitnehmerüberlassungen zwischen verschiedenen Krankenhausträgern unter Aufrechterhaltung des Arbeitsvertrages zum Zwecke der vollumfänglichen Weiterbildung an der primären Weiterbildungsstätte. Der Hartmannbund mahnte: alle am Reformprozess Beteiligten müssten die ärztliche Weiterbildung als elementaren Bestandteil der Krankenhausreform verstehen.

Man kann davon ausgehen, dass Level II-Krankenhäuser im Verbund mit anderen Kliniken eine wichtige Rolle in der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonal bekommen werden. Level II-Krankenhäuser sollen stationäre Leistungen der interdisziplinären Grundversorgung wohnortnah sowohl mit ambulanten fachärztlichen sowie hausärztlichen Leistungen als auch mit medizinisch-pflegerischen Leistungen verbinden und sich durch eine enge Zusammenarbeit mit anderen weiteren Leistungserbringern im Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auszeichnen. Von zentraler Bedeutung sei, dass die ärztlichen Weiterbildungsordnungen den sektorenübergreifenden Ansatz zum Beispiel bei der Vorgabe der Mindestfallzahlen übernehmen und die Anrechnung der Tätigkeit in dieser sektorübergreifenden Gesundheitsversorgung uneingeschränkt auf die notwendigen Weiterbildungszeiten angerechnet würden.



Die alten und neuen Aufgaben des IQTIG

Unscheinbar, aber unersetzlich

Viele Untersuchungen und Behandlungen in der medizinischen Versorgung unterliegen bundesweiten Qualitätsanforderungen. Die Qualitätssicherung soll Ärzt:innen dabei unterstützen, ihre Patient:innen nach aktuellen fachlichen Standards und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu behandeln. Das zentrale Institut für die gesetzlich verankerte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in Deutschland ist das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Es erlangte insbesondere in der Diskussion rund um das umstrittene Krankenhaustransparenzgesetz eine sonst wenig gekannte öffentliche Aufmerksamkeit.

Für den mit dem Gesetz geplanten „Klinik-Atlas“, der nach den Vorstellungen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) im Mai 2024 an den Start gehen soll, soll eine Datenaufbereitung durch das IQTIG die Grundlage sein. Sowohl die Ärzteschaft als auch die Krankenkassen und der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) kritisierten dies als staatlichen Eingriff in die Unabhängigkeit von Einrichtungen der Selbstverwaltung. Sie befürchteten zudem, dass durch den Mehraufwand, der für das IQTIG entstehe, andere Aufgaben vernachlässigt werden könnten.

Das IQTIG wurde im Januar 2015 von den Partnern der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gegründet. Seit 1. Januar 2016 erfüllt das Institut seine Aufgaben im Rahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. Träger des Instituts ist die „Stiftung für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“. Nach § 137a Abs. 1 SGB V und nach seiner Satzung ist das IQTIG wissenschaftlich unabhängig. Weder Industrie, noch Politik, noch Krankenkassen, Behörden oder Verbände können die Inhalte der Berichte des Institutes beeinflussen. Ziel des IQTIG ist nach eigenen Angaben, für Patientinnen und Patienten die Gesundheitsversorgung sicherer zu gestalten und die Versorgungsqualität zu verbessern.

IQTIG trifft keine Entscheidungen

Das Institut arbeitet insbesondere dem G-BA, aber auch dem BMG bei verschiedensten Aufgaben der Qualitätssicherung medizinischer Versorgung zu. Hauptsächlich entwickelt das IQTIG im Auftrag des G-BA Maßnahmen, mit denen die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland gemessen und verbessert werden kann. Zu diesen Maßnahmen gehören die Messung und Veröffentlichung der Versorgungsqualität mit Qualitätsindikatoren, Unterstützungsmaßnahmen für die Krankenhäuser und Arztpraxen sowie verbindliche Vorgaben, die Arztpraxen und Krankenhäuser erfüllen müssen. Der G-BA entscheidet dann, ob er die vom IQTIG entwickelten Maßnahmen und Indikatoren zur Qualitätsmessung in Deutschland einsetzen möchte. Das IQTIG kann nicht selbst entscheiden, welche Qualitätsindikatoren eingesetzt werden oder welche Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung umgesetzt werden. Die Berichte und weiteren Arbeitsergebnisse des IQTIG werden regelmäßig der Öffentlichkeit zur unentgeltlichen Nutzung zur Verfügung gestellt. Im Auftrag des G-BA wertet es auch die Daten der



Prof. Dr. med. Claus-Dieter Heidecke leitet derzeit das Institut.

Qualitätsindikatoren aus und erstellt Berichte für die Krankenhäuser, Arztpraxen und den G-BA.

Für das von der Bundesregierung geplante Transparenzverzeichnis, also den „Klinik-Atlas“, sollen die Krankenhäuser dazu verpflichtet werden, dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die notwendigen Angaben zu übermitteln. Das InEK soll die Daten und Auswertungen liefern und das IQTIG soll diese für das Verzeichnis aufbereiten. Dazu sollen entsprechende datenschutzrechtliche Befugnisse für das IQTIG geschaffen werden, die es ermöglichen sollen, unter anderem Qualitätssicherungsdaten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie Daten gemäß § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) für das Transparenzverzeichnis zu verarbeiten. Das Verzeichnis soll voraussichtlich, begleitend zur Krankenhausreform, ab Mai 2024

durch das BMG veröffentlicht werden. Allerdings dürfte es voraussichtlich sukzessive an den Start gehen, wie dies beim Aufbau von Plattformen gemeinhin üblich ist.

Großer Mehraufwand für Transparenzverzeichnis

Der „Durchgriff“ des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) auf das IQTIG bedeutet laut Bundesärztekammer (BÄK) einen „schwerwiegenden staatlichen Eingriff in die Unabhängigkeit von Einrichtungen der Selbstverwaltung und der Entscheidungsspielräume der Selbstverwaltungsorgane“. Unter der einseitigen Prioritätensetzung für das IQTIG müssten andere Aufgaben, z. B. mit Blick auf sektorenübergreifende Gesichtspunkte, zwangsläufig vernachlässigt werden. Für das IQTIG dürfte ein „deutlicher Mehraufwand“ entstehen, der auch aus der Neuentwicklung von Methoden im Rahmen der Zuarbeit für das Transparenzverzeichnis resultiere, etwa bei der Operationalisierung der Aufgabe, „patientenrelevante Ereignisse“ aus Qualitätssicherungsverfahren zur Verfügung zu stellen. „Der Bedarf für diese anstehende anspruchsvolle Arbeit scheint in den Aufwandsabschätzungen des Gesetzentwurfs völlig übersehen worden zu sein“, monierte die BÄK in einer Stellungnahme aus September 2023.

Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA, sieht einen „untrennbaren Zusammenhang“ zwischen Aufgaben, die der Gemeinsame Bundesausschuss im Bereich der Qualitätssicherung zu erledigen hat und dem, was die Bundesregierung mit dem Krankenhaustransparenzgesetz verfolgt. Das IQTIG habe den Auftrag geeignete Qualitätsindikatoren zu ermitteln, um neben Strukturqualität auch Outcome-Qualität belastbar zu messen, „denn

allein das Vorhandensein bestimmter Strukturen ist richtig, aber gewährleistet nicht gleichbleibende Behandlungsqualität“, wie er in der Öffentlichen Anhörung zum Krankenhaustransparenzgesetz im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags erklärte. Es würden bestimmte risikoadjustierte Indikatoren gebraucht, die für die Messung der Behandlungsqualität zugrunde gelegt würden, „wenn wir Patienten nicht in die Irre leiten wollen“. Wenn jetzt der Bundesminister für Gesundheit einen prioritären Zugriff auf das IQTIG habe, mit der Folge, dass die „ohnehin nur in manchen Fällen zögerlich ablaufende“ Auftragsbearbeitung fokussiert werde auf die Zuordnung von „irgendwelchem Personal“ zu Leistungsgruppen, und damit eben die „elementaren Dinge“, wie zum Beispiel die risikoadjustierte Messung von Outcome-Qualität nicht mehr fortentwickelt werden könne, befürchte er, dass das „sehr kurzfristig zu schweren Kollateralschäden führen“ werde.

Vereinnahmung des Instituts

In der vom Bundestag nach der Öffentlichen Anhörung angenommenen Fassung des Krankenhaustransparenzgesetzes ist die damals noch vorgesehene gesetzliche Vorrangregelung zur Priorisierung der Aufgaben des IQTIG im Zusammenhang mit dem Transparenzverzeichnis wieder entfernt worden. Die Trägerin des IQTIG, die Stiftung

für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, soll aber verpflichtet werden, eine termingerechte Umsetzung der Aufgaben, die für das IQTIG durch die Errichtung und den Betrieb des Transparenzverzeichnisses entstehen, sicherzustellen. Damit soll die Selbstverwaltung angehalten werden, dem IQTIG die Umsetzung seiner gesetzlichen Aufgaben zu ermöglichen und für die Vorhaltung der dafür erforderlichen Ressourcen beim IQTIG zu sorgen.

Die stellvertretende Vorsitzende des Hartmannbundes, Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat, hat die vom Bundesgesundheitsministerium im Rahmen des sogenannten Krankenhaustransparenzgesetzes vorgesehene „Vereinnahmung“ des IQTIG als „übergriffig“ kritisiert. „Das ist aus meiner Sicht eine Kampfansage nicht nur an den Gemeinsamen Bundesausschuss, als Träger des IQTIG, sondern an die gesamte gemeinsame Selbstverwaltung“, sagte Lesinski-Schiedat. Zum wiederholten Male mache Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach damit deutlich, dass ihm die Selbstverwaltung eher eine lästige Lobby-Organisation sei als ein Partner auf Augenhöhe. „Folge ist genau die Politik aus dem Elfenbeinturm, die wir seit Jahren von diesem Minister erleben – mit dem Preis der zunehmenden Entkopplung von politischer Theorie und Versorgungswirklichkeit“. Die Folgen dieser Politik hätten am Schluss vor allem Patient:innen zu tragen, mahnte sie.

Anzeige

PVS holding
ABRECHNUNG IM GESUNDHEITSWESEN

PVS- NEUER SERVICE RATENZAHLUNG

ihre-pvs.de/ratenzahlung

FINANZIELLE FLEXIBILITÄT FÜR SIE & IHRE PATIENTEN

Sie möchten mehr zur Privatabrechnung über die PVS erfahren?
Dann sprechen Sie uns an!
Tel. 0800 1025300

Pharmastrategie der Bundesregierung „Aufholjagd“ via Medizinforschungsgesetz

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD) will den Pharma- und Forschungsstandort Deutschland „deutlich verstärken“. Dazu hat das Bundeskabinett am 13. Dezember 2023 ein Strategiepapier „Verbesserung der Rahmenbedingungen für den Pharmabereich in Deutschland – Handlungskonzepte für den Forschungs- und Produktionsstandort“ beschlossen. Im Rahmen der Pharmastrategie soll ein Medizinforschungsgesetz eine zentrale Rolle spielen, dessen Referentenentwurf im Februar 2024 veröffentlicht wurde. Die Zulassung von Studien im Pharmabereich soll vereinfacht und beschleunigt, die Bürokratie abgebaut werden.

Nach dem Strategiepapier der Bundesregierung hätten die vergangenen Jahre gezeigt, dass der Forschungs- und Entwicklungsstandort Deutschland im internationalen Bereich an Attraktivität und Wettbewerbsfähigkeit verloren habe. Ein zentrales Problem bestände gegenwärtig in den sehr langsamen Prozessen bei den klinischen Studien, „die sehr teuer sind“, erklärte Lauterbach im Dezember 2023 bei der Vorstellung der Eckpunkte des Medizinforschungsgesetzes. Deutschland weise viel weniger klinische Studien pro Kopf als zum Beispiel Dänemark oder Großbritannien aus. „Wir haben eine sehr gute Grundlagenforschung, aber wenig Patente, die daraus folgen und noch weniger Produktion, die daraus folgt“, so Lauterbach.

Zudem habe die COVID-19-Pandemie die Vulnerabilitäten der Lieferketten verdeutlicht, heißt es in dem Strategiepapier. Die Globalisierung und starker Kostendruck insbesondere bei der Generika-Industrie hätten bei einer Vielzahl von Wirkstoffen und Arzneimitteln bereits zu einer Abwanderung der Ausgangsstoff-, Wirkstoff- und Arzneimittelproduktion und zu einer Konzentration auf wenige Herstellungsstätten überwiegend in Drittstaaten (insbesondere in China und Indien) geführt. Während im Jahr 2000 ca. 30 % der Wirkstoffproduktion zugelassener Arzneimittel in Asien erfolgten, waren es im Jahr 2020 über 60 %. Diese Entwicklung berge das Risiko von strategischen Abhängigkeiten und steigere die Gefahr von Lieferkettenunterbrechungen und somit das Risiko von Liefer- und Versorgungsengpässen.

Maßnahmenkatalog mit acht Punkten

Um die Attraktivität des Pharmastandorts Deutschland wieder zu erhöhen und auszubauen sowie eine zuverlässige Versorgung

sicherzustellen, will die Bundesregierung die Rahmenbedingungen für die Pharmaindustrie insbesondere in Deutschland und auch in der Europäischen Union (EU) verbessern. In dem Strategiepapier werden in acht Hauptpunkten Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für den Pharmabereich in Deutschland aufgeführt:

- 1. Klinische Prüfungen von Humanarzneimitteln vereinfachen und beschleunigen:** Geplant sind Maßnahmen, um die Genehmigung und Durchführung von klinischen Prüfungen in Deutschland ohne Einbußen für die Sicherheit der Prüfungsteilnehmerinnen und -teilnehmer zu optimieren und zu beschleunigen – Bearbeitungszeiten sollen zum Beispiel verkürzt werden.
- 2. Zulassungsbehörden stärken, Synergien bei Überwachungsbehörden schaffen:** Auch hier geht es um eine Beschleunigung von Prozessen. „Hierfür bedarf es eines zentralen Projektmanagements mit gut abgestimmten und ausgestatteten Behörden“, heißt es.
- 3. Stärkere Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung vorantreiben:** Die Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung soll vorangetrieben und Gesundheitsdaten sollen auch der pharmazeutischen Industrie zugänglich gemacht werden. Die Datenschutzaufsicht für länderübergreifende Forschungsvorhaben im Gesundheitsbereich soll harmonisiert und vereinfacht werden.
- 4. Anreize zur Ansiedlung von Herstellungsstätten in der EU sowie Diversifizierung der Lieferketten:** Die strategische Abhängigkeit von Drittstaaten wie China und Indien – insbesondere mit Blick auf die Herstellung von patentfreien Arzneimitteln – soll reduziert werden, indem zum Beispiel der Aufbau von Produktion in Deutschland attraktiver gemacht wird.

5. Regulatorische Rahmenbedingungen schaffen, um EU-Wettbewerbsfähigkeit sicherzustellen: Im Gegensatz zu Diskussionen auf EU-Ebene spricht sich die Bundesregierung in ihrer Pharmastrategie für eine „umfassende Aufrechterhaltung des Systems geistiger Eigentumsrechte“ aus.

6. Förderung von Innovations- und Forschungsprojekten: „Es bedarf Anreize, um mehr Kapital zu mobilisieren und zu kanalisieren“, heißt es. „Die steuerliche Forschungsförderung soll ausgebaut sowie die gezielte Förderung von Forschung und Entwicklung, Innovationen, Transfer und Gründungen soll weiterentwickelt werden.“

7. GKV-Finanzstabilität; hier: Arzneimittelversorgung: Ziel sei es „verlässliche, nachvollziehbare und einfach umsetzbare Rahmenbedingungen bei der Preisbildung und Erstattung“ von neuen Medikamenten zu gewährleisten. „Gleichzeitig gilt es die Finanzstabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung im Blick zu behalten.“

8. Ausblick: Weitere Entbürokratisierung, Best-Practice-Dialog: „Bürokratievorgaben und Verwaltungsprozesse sollen entlastet werden.“

Mit den beiden beschlossenen Gesetzen im Bereich der Digitalisierung, dem Digitalgesetz (DigiG) und dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) sowie dem Medizinforschungsgesetz gäbe es dem Bundesminister zufolge „drei ineinander verschränkte Gesetze“, die den Pharma- und Forschungsstandort Deutschland deutlich verstärken würden. Digitalgesetz (elektronische Patientenakte (ePA) mit Opt-out-Option ab 2025) und GDNG greifen Lauterbach zufolge „wie ein Zahnrad“ ineinander; denn mit der digitalen Nutzung der pseudonymisierten Gesundheitsdaten (u.a. Daten aus der ePA, Daten aus den Abrechnungen der Krankenkassen, Registerdaten, Krebsregisterdaten, Genomdaten) würden diese so aufbereitet, dass sie für die Forschung verwendet werden könnten.

Errichtung einer Bundes-Ethik-Kommission

Durch das Medizinforschungsgesetz sollen die Rahmenbedingungen für die Entwicklung, Zulassung und Herstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten verbessert werden. Mit dem Gesetz

Starker Kostendruck sorgt für eine Konzentration auf wenige Herstellungsstätten überwiegend in Drittstaaten (insbesondere in China und Indien).

sollen Genehmigungsverfahren für klinische Prüfungen und des Zulassungsverfahrens von Arzneimitteln und Medizinprodukten „bei gleichzeitiger Wahrung der hohen Standards für die Sicherheit von Patientinnen und Patienten“ vereinfacht, entbürokratisiert und beschleunigt werden. Insbesondere werde regulatorisch der Weg für die Durchführung dezentraler klinischer Prüfungen geebnet. Pharmazeutische Unternehmer sollen zudem die Möglichkeit erhalten, vertrauliche Erstattungsbeiträge bei Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen zu vereinbaren. Im Bereich des Strahlenschutzes soll eine deutliche Verbesserung der regulatorischen Rahmenbedingungen erreicht werden.

Laut Entwurf ist eine Spezialisierung der registrierten Ethik-Kommissionen der Länder vorgesehen und für komplexe Prüfungen soll eine Bundes-Ethik-Kommission beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) errichtet werden. Das BfArM soll künftig die Koordinierung und das Verfahrensmanagement für Zulassungsverfahren und Anträge zu klinischen Prüfungen für alle Arzneimittel, ausgenommen Impfstoffe und Blutprodukte, übernehmen. Für die Bewertung von Leistungsstudien mit therapiebegleitenden Diagnostika, soll zukünftig jeweils die Ethik-Kommission zuständig sein, die auch für das dazugehörige Arzneimittel zuständig ist; die neu einzurichtende Bundes-Ethik-Kommission soll auch im Bereich der Medizinprodukte bestimmte Zuständigkeiten erhalten.

„Der Pharma- und Forschungsstandort Deutschland muss wieder konkurrenzfähig werden. Bei der Medizinproduktion und -forschung sind wir in einer Aufholjagd – die bereits erste Früchte trägt“, bekräftigte der Minister. Es gebe wieder mehr Ansiedlungen der pharmazeutischen Industrie in Deutschland. Darüber hinaus würde der Standort Deutschland im Bereich Forschung wieder stärker. Nichtsdestotrotz müssten die Hausaufgaben gemacht werden.

Warnung vor unnötigen Parallelstrukturen

Zwei Punkte stehen in der gesundheitspolitischen Diskussion besonders in der Kritik, so dass man abwarten muss, ob sie tatsächlich Eingang in das Gesetzbuch finden werden. Selbst aus der Pharma-Industrie vernimmt man Kritik an einer Bundes-Ethik-Kommission. Sie würde zum Aufbau unnötiger Parallelstrukturen führen. Viele Beteiligte plädieren dafür, eher vorhandene Strukturen zu reformieren um damit Prozesse zu beschleunigen. Landesärztekammern bemängeln darüber hinaus die vorprogrammierte fehlende Unabhängigkeit, sollte die Bundes-Ethik-Kommission tatsächlich bei einer nachgeordneten Behörde des Bundesgesundheitsministers, dem BfArM, angesiedelt werden. Der zweite Punkt betrifft die geplante Vertraulichkeit der Erstattungsbeiträge bei innovativen Arzneimitteln. U. a. Krankenhäuser kritisieren, dass diese zu ausgesprochen komplexen Abrechnungsverfahren führen würden. „Ärztinnen und Ärzte müssen eine wirtschaftliche Therapie für ihre Patienten wählen. Wie können sie das tun, wenn der Preis von Arzneimitteln nicht offengelegt wird?“, bringt der BKK Dachverband einen wesentlichen Kritikpunkt vor.

Finnland als Vorbild?

Lillian Care – Ein innovativer Ansatz gegen den Ärzt:innenmangel in ländlichen Regionen



Linus Drop

Angesichts der immer größer werdenden Herausforderung, qualifizierte Mediziner:innen für ländliche Praxen zu gewinnen, hat Linus Drop, Gründer und CEO von Lillian Care, einen Ansatz entwickelt, der auf der Integration von Telemedizin, fortschrittlicher Digitalisierung und innovativen „New Work“-Konzepten basiert. Dieses Modell zielt darauf ab, den Ärzt:innenmangel zu bekämpfen und gleichzeitig die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern.

Im Gespräch mit Laurin Gerdes, Universitätsvertreter des Hartmannbundes aus Mannheim/Heidelberg und Gründer der E-Learning-Plattform fracto, beleuchtet Drop, wie Lillian Care dieses drängende Problem angeht. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei der Rolle der Ärzt:innen und Medizinstudierenden, die im Rahmen des „New Work“-Konzepts von Lillian Care eine zentrale Bedeutung haben.

Laurin Gerdes: Was kann ich mir unter Lillian Care vorstellen, Herr Drop?

Linus Drop: Lillian Care agiert ausschließlich in unterversorgten Regionen, wo ein dramatischer Hausärzt:innenmangel herrscht, unser Fokus liegt dabei auf der Allgemeinmedizin. Wir bauen in den betroffenen Ortschaften hybride-Praxen für Allgemeinmedizin auf, die auf zwei innovativen Aspekten basieren. Das erste Element ist die Beteiligung von Physician Assistants (PA) und Nurses an wesentlichen Behandlungsaspekten in der Allgemeinmedizin, wobei dies immer unter ärztlicher Supervision erfolgt. Das zweite Element ist die Integration von Telemedizin, wodurch Ärzt:innen teilweise von zuhause aus arbeiten können.

Spannend! Wie funktioniert das genau in der Umsetzung?

Das Besondere an unseren Praxen ist das multiprofessionelle Behandler-Team, bei dem Ärzt:innen sich auf komplexe Fälle und die Qualitätssicherung aller in der Praxis stattfindender Behandlungen konzentrieren. Bei den einfacheren Fällen übernehmen PA/ Nurses große Teile der notwendigen Aktivitäten. Die Ärztin oder der Arzt wird vor Abschluss aber in jedem Fall zugeschaltet und übernimmt die Qualitätssicherung. Diese ärztliche Supervision und die aktive Integration von digitalen Behandlungsmöglichkeiten stellen eine hohe Behandlungsqualität sicher und entlastet gleichzeitig die Ärzt:innen.

Welche konkreten Vorteile bringt dieses Konzept nun für die Patient:innenversorgung und die Qualität der Behandlung?

Wir nutzen digitale Technologien für die Terminbuchung und Anamnese. So wird schnell entschieden, ob ein Nurse-

Termin möglich ist oder ob ein klassischer Termin bei einer Ärztin oder einem Arzt notwendig ist. Durch Remote-Termine sparen wir Zeit und Ressourcen und folgen einem modernen, leitlinien-getreuen Behandlungspfad. Die Möglichkeit, per Telefon oder App die Symptome abzufragen und Termine zu buchen, erhöht unsere Effizienz und erleichtert den Patient:innen den Zugang.

Was war der Ausgangspunkt für dieses Konzept? Wie kam es zur Gründung von Lillian Care?

Meine Begeisterung für innovative Ideen und Telemedizin sowie die Erfahrungen aus Finnland führten zur Gründung. Das finnische Gesundheitssystem, in dem Nurses und PAs selbstständig arbeiten und dabei hohe Zufriedenheit erzielen, inspirierte mich. Gemeinsam mit Björn von Siemens, einem Visionär der Gesundheit sowie Dr. Florian Fuhrmann und Markus Liesmann als Mitgründer entwickelten wir dann die Idee für Lillian Care.

Was waren die zentralen Herausforderungen bei der Gründung?

Eine der größten Herausforderungen in Deutschland ist die Bürokratie. Es ging uns darum, international bewährte Modelle in das starre deutsche System zu integrieren – das war gar nicht so einfach.

Wo und wann werden die ersten Praxen in Betrieb genommen?

Die ersten Praxen entstehen aktuell in Nastätten und Neuerburg in Rheinland-Pfalz. Weitere Standorte folgen dann in den Ortschaften Speicher und Sankt Goarshausen, und perspektivisch planen wir auch im Großraum Osnabrück.

Gibt es bereits Pilotprojekte und erste Erfahrungen?

Ja, seit Juli 2023 testen wir unser Konzept in einer Pilotpraxis in Heek, Nordrhein-Westfalen. Aus dieser ziehen wir wichtige Erkenntnisse, insbesondere bei der Handhabung der Behandlungspfade. Es zeigt sich, dass wir hier noch Optimierungen vornehmen können, um die PAs besser zu unterstützen und gleichzeitig den Dialog mit dem Patient:innen zu erleichtern.



Laurin Gerdes

Welche Rolle spielt die Digitalisierung und Telemedizin im Lillian Care-Konzept?

Digitalisierung und Telemedizin sind zentrale Säulen unseres Konzepts. Die Terminbuchung erfolgt über intelligente Telefon-Systeme, die eine Art „Mini-Triage“ durchführen, um die richtige Terminart zuzuordnen. Unsere Patient:innen-App ermöglicht es, Folgeerzette zu beantragen und Einblick in die eigene Patient:innen-Akte zu erhalten. Diese Technologien sind nicht nur ein Werkzeug, sondern ein integraler Bestandteil unserer Vision, eine dynamische und Patient:innen-orientierte Behandlung zu gewährleisten.

Wie wird in Notfallsituationen verfahren, wenn keine Ärztin bzw. kein Arzt vor Ort ist?

In Notfallsituationen wird sofort eine Ärztin/ein Arzt zugeschaltet, die/der dann die nächsten Schritte entscheidet. Bei ernststen Notfällen wird der Rettungsdienst hinzugezogen. Unser Konzept eignet sich besonders für die Allgemeinmedizin, wobei wir die Delegation von Aufgaben immer vom Risiko der Behandlung abhängig machen. Es ist uns wichtig, dass in jedem Fall eine angemessene medizinische Versorgung sichergestellt ist.

Eine abschließende Frage: Welche Rolle spielt der medizinische Nachwuchs bei der Umsetzung?

Aus meiner Sicht ist es entscheidend, dass sich junge Ärzt:innen und PAs mit der digitalen Medizin vertraut machen und sich durch kontinuierliche Weiterbildung gut für einen schnellen Wandel im Gesundheitswesen vorbereiten. Ich erhoffe mir zudem, dass wir durch unser Konzept einen Push bei jungen Menschen im Hinblick auf die Aufnahme medizinischer Berufe auslösen – die Bedingungen werden wirklich immer besser!

KOMMENTAR



Das innovative Konzept von Lillian Care könnte einen Wendepunkt in der besorgniserregenden Entwicklung der allgemeinen medizinischen Versorgung markieren, besonders in schon jetzt unterversorgten ländlichen Gebieten. Die Schlüsselemente – Einbindung von Physician Assistants (PAs), Nutzung der Telemedizin und digitale, KI-gestützte Anwendungen – bieten einen vielversprechenden Lösungsansatz für die fortschreitend prekäre Versorgungslage und deren tiefgreifende Wurzeln. Ich sehe in diesem Ansatz eine Chance, die medizinische Praxis, auch über die Allgemeinmedizin hinaus, zu revolutionieren. Die aktive Rolle der PAs, unter der Supervision von Ärzt:innen, kann in Zukunft die Behandlungskapazität signifikant erhöhen und Ärzt:innen entlasten. Diese Delegation von Teilen des Alltagsgeschäfts verlangt den ärztlichen Kolleg:innen jedoch eine essenzielle Offenheit gegenüber neuen Berufsgruppen und Arbeitsmodellen ab, die sich meiner Überzeugung nach allerdings auszahlen wird. Weitverbreitete und reflexartig angeführte Bedenken hinsichtlich der Qualitätssicherung sind legitim, können aber durch sorgfältige Implementierung und Supervision adressiert werden. Für die medizinische Ausbildung bedeutet dies ebenso eine Anpassung: Der Fokus sollte auf digitaler Kompetenz und interprofessioneller Zusammenarbeit liegen. So wird nicht nur der medizinische Nachwuchs gestärkt, sondern auch die Arzt-Patienten-Beziehung in einer zunehmend digitalisierten Welt auf ein neues Level gehoben. Es ist eine offenkundige Aufforderung an uns, traditionelle Ansätze zu hinterfragen und innovative Lösungen differenziert und zugleich zukunftsorientiert zu betrachten. Letztlich geht es darum, die bestmögliche Patientenversorgung für jetzt und die Zukunft zu gewährleisten – ein Ziel, das uns alle vereint.

*Peter Schreiber, Co-Vorsitzender
„Ausschuss Medizinstudierende im Hartmannbund“*



Nichtsimulationsfähige komplexe Szenarien trainierbar

Virtual Reality auf dem Vormarsch im Medizinstudium

Virtual Reality (VR) findet immer mehr Einzug ins Medizinstudium. So wird VR unter anderem verwendet, um realistischere Lernumgebungen zu schaffen, in denen Studierende im geschützten Rahmen und mit standardisierten Fällen ausgebildet werden. An virtuellen Patienten können mittels einer VR-Brille Behandlungstechniken trainiert, Notfallsituationen simuliert und operative Eingriffe durchgeführt werden. Verschiedene Hochschulen haben die Technologie bereits im Einsatz. Beispiele hierfür sind unter anderem das Lehrprojekt an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU), bei dem Medizinstudierende mittels VR-Brille das Anlegen einer Bauchfelldialyse erlernen können und ein Projekt an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg (JMU), bei dem die VR bei Prüfungen eingesetzt wird.

Bekannt sind die VR-Brillen bereits aus der Unterhaltungsbranche. Sie kommen zum Beispiel bei Computerspielen oder Filmen zum Einsatz. Aber auch für Simulationen und Trainings in der Medizin ist die Virtuelle Realität im Kommen. Virtuelle Realität simuliert die Anwesenheit in einer computergenerierten Welt und kann verschiedene Sinneseindrücke wie Geruch, Sehen, Geräusche und Berührungen darstellen. Durch die VR-Brille hat der Nutzer ein 3D-Bild zur Verfügung und kann den Kopf in alle Richtungen drehen und seine virtuelle Umwelt beobachten. Dadurch soll das Gefühl entstehen in dieser Welt präsent zu sein.

Innerhalb eines Lehrprojekts an der Medizinischen Fakultät der CAU wird eine VR-Anwendung im Fach Nephrologie verwendet. In der Lehrinheit zum Thema Nierenersatztherapie werden die bei-

den Verfahren, die Hämodialyse und die Bauchfelldialyse (Peritonealdialyse), beim Unterricht am Krankenbett erläutert. Eine Dialysebehandlung kommt zum Einsatz, wenn die Nieren nicht mehr funktionieren. Die Dialyse befreit das Blut von Abfallprodukten des Stoffwechsels und überschüssigem Wasser. Im Gegensatz zur Hämodialyse kann die Bauchfelldialyse von Dialysepflichtigen Nierenkranken selbstständig zu Hause durchgeführt werden.

Aus hygienischen Gründen könne die Bauchfelldialyse aber anders als die Hämodialyse nicht direkt beim Patienten vorgeführt werden, erläutert die CAU. Bei einer Bauchfelldialyse erfolgt die Blutreinigung nicht außerhalb, sondern innerhalb des Körpers über das Bauchfell. Mithilfe einer VR-Brille soll den Studierenden ermöglicht werden, das Verfahren bei sich selbst anzuwenden. Für Patientinnen und Patienten seien bereits erste VR-Projekte an manchen Klinikstandorten etabliert, um den häuslichen Umgang mit der Bauchfelldialyse leichter zu erlernen. Mit dem Projekt wollen die Initiatoren Studierende miteinbeziehen. „Die Peritonealdialyse wird aus unserer Sicht in Deutschland viel zu wenig verschrieben. Dafür gibt es eigentlich keinen guten Grund. Sie benötigt weniger Personal, weniger Material und erspart den Betroffenen die regelmäßigen Fahrten in ein Dialysezentrum“, betont Dr. Hauke Wülfrath von der Klinik für Innere Medizin IV mit den Schwerpunkten Nieren- und Hochdruckkrankheiten am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel, der das Projekt konzipiert hat. Gefördert wird es von der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie und von der Firma Fresenius Medical Care.

Die JMU nutzt VR im Rahmen einer „Objective Structured Clinical Examination“ (OSCE), eine standardisierte klinisch-praktische Prüfung im Parcoursformat, bei der Medizinstudierende des zehnten Semesters insgesamt neun unterschiedliche Stationen absolvieren, wie sie im September 2023 berichtet. Ziel sei eine möglichst realitätsnahe Überprüfung der Kompetenzen, die den Prüflingen als Herausforderungen im späteren klinischen Berufsalltag begegnen. Dabei werden die Studierenden mit einem Szenario, bei dem eine Patientin mit Bauchmerzen in die Notaufnahme kommt und neue Symptome nach Verabreichung eines Schmerzmittels hinzukommen, auf zwei verschiedene Weisen konfrontiert: Für einen Teil der Studierenden spielt eine Schauspielerin die Patientin, für den anderen Teil kommt die VR-Technik zum Einsatz.

Die Studierenden im virtuellen Szenario bekommen eine VR-Brille auf, zwei Controller in die Hand und betreten ein computergeneriertes Krankenzimmer. Hier können sie etwa mit dem Stethoskop Atemgeräusche abhören, Blut abnehmen, Laboruntersuchungen und weitere Diagnostik anfordern, Infusionen legen, Medikamente aus dem Schrank holen und verabreichen. Die Prüfungsszenarien sind Teil des VR-basierten Notfalltrainings STEP-VR (Simulation-based Training of Emergencies for Physicians using Virtual Reality), das zusammen mit einem Startup für 3D-Visualisierung (ThreeDee GmbH) an der Uni Würzburg entwickelt wurde. Um das Programm für Prüfungen fit zu machen, gab es zudem Fördermittel von der Stiftung Innovation in der Hochschullehre.

„Uns eröffnet sich so eine völlig neue Palette an komplexen Szenarien, die man mit Schauspielpersonen und Puppen nicht simulieren kann“, erklärt Dr. Tobias Mühling, Leiter der Arbeitsgruppe „Virtual Reality-Simulation im Medizinstudium“ sowie Lehrklinikleitung und wissenschaftlicher Mitarbeiter im Zentrum für Studiengangsmanagement und -entwicklung der Uni Würzburg. Einen Schauspieler könne man nicht beatmen und keine Medikamente geben. Auch bestimmte Symptome könne ein eigentlich gesunder Mensch „ja nicht einfach vortäuschen“. Zudem sei laut der

Uni Würzburg die virtuelle Patientin im Gegensatz zur Schauspielerin für jeden Prüfteilnehmer „absolut identisch“, dadurch könne eine bessere Vergleichbarkeit der Aufgaben und deren Umsetzung gegeben werden. Für die Zukunft werde an einer automatischen Auswertung der Aufgaben gearbeitet, teilt Mühling mit, bei der das Programm die einzelnen Punkte selbst erkenne und abhake. „Prüfenden müssten die korrekte Erfassung nur abschließend kontrollieren und können sich ansonsten voll auf die Beobachtung und faire Leistungsbeurteilung der Studierenden konzentrieren“, hob Mühling den für ihn sich daraus ergebenden Vorteil hervor.

Mühling geht jedoch auch auf möglich Grenzen des VR-Formats ein: „Bei Aufgaben, die sich auf Anamnese und Kommunikation konzentrieren, ist das Format aufgrund der bisher fehlenden Möglichkeit zur Kommunikation mit Patient oder Patientin sicher weniger geeignet. Unser Fokus liegt deshalb bewusst auf Themen wie klinischer Entscheidungsfindung bei Diagnostik und Stabilisierungsmaßnahmen.“ In seltenen Fällen komme es auch vor, dass Studierende die VR nicht gut vertragen oder dies zumindest befürchteten. Die sogenannte Simulation Sickness (Simulationsschwindel) sei aber eher bei älteren Programmen ein Thema gewesen und in der Pilotstudie bei dem hier entwickelten Programm nicht aufgetreten.

Anzeige

ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

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

Speziell für Ärztinnen und Ärzte

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

Schon von unserem Podcast
HEALTHCARE TAX&LAW gehört?



HB-Sachsen im Dialog mit Politik

Ohne radikale Überarbeitung des SGB V keine wirklichen Reformen möglich!



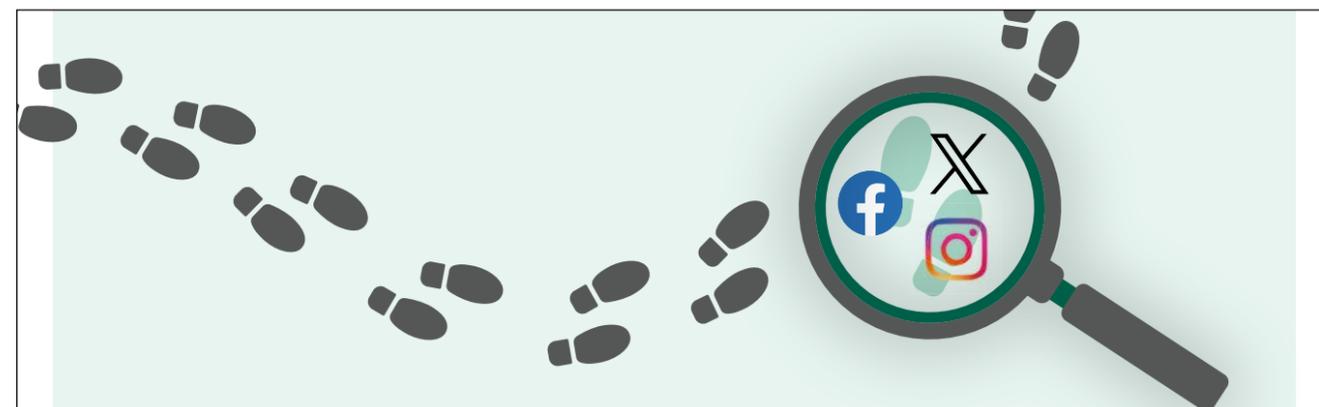
V. l. n. r.: Clara Bünger (MdB), Susanne Schaper (MdL), Dr. med. Thomas Lipp (Vorsitzender Hartmannbund LV Sachsen) und Philipp Hoffmann, Regionalreferent Ost der Hartmannbund-Hauptgeschäftsführung

Der Reformbedarf im Gesundheitssystem ist enorm. Doch reichen Reparaturen am System – oder ist eher eine Neuordnung des gesamten Versorgungssystem nötig? Und was sind die möglichen Auswirkungen der Bundesgesetzgebung – vor allem die Krankenhausreform und die Reform der Notfallversorgung – auf die Sächsische Versorgungslandschaft? Zu dieser Fragestellung traf sich der Vorsitzende des Sächsischen Hartmannbundes, Dr. Thomas Lipp, mit der Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses des Sächsischen Landtags Susanne Schaper (MdL/Linke) und Clara Bünger (MdB/Linke) in Leipzig.

In dem in konstruktiver Atmosphäre geführten Gespräch stimmten die Teilnehmer bei den meisten Problemanalysen überein,

insbesondere mit Blick auf die zunehmende Zahl unterversorgter oder gar unversorgter Gebiete. Einigkeit bestand durchaus auch bei nicht wenigen Lösungsansätzen. So formulierten die Gesprächspartner – ausgehend von der Analyse, dass es keinen Ärztemangel bezogen auf „Köpfe“, wohl aber einen zunehmenden Mangel an ärztlicher Arbeitszeit (Stunden) gäbe – die These, dass echte Reformen der medizinischen Versorgung nicht um die Thema Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten herumkommen. Denn vieles von dem, was zurzeit Ärztinnen und Ärzte tun, können andere Berufsgruppen genauso gut – wenn sie dabei entsprechend von Medizinern angewiesen werden. Dieser Gedanke wurde an einem konkreten Beispiel aus der realen Versorgung veranschaulicht: einer mit einem Telerucksack ausgestatteten MFA auf Heimbesuch. Einigkeit bestand auch in der These, dass das SGB V komplett überarbeitet werden müsse, da andernfalls wirkliche Reformen kaum mehr möglich seien. Stoßrichtung einer solchen umfassenden SGB-V-Neugestaltung müsse insbesondere die größere Flexibilität für die Akteure vor Ort sein, Versorgung regionalspezifisch gestalten zu dürfen.

Es war aus Sicht des Sächsischen Hartmannbundes sehr erfreulich, wie offen, fachkundig und mit echtem Gestaltungswillen sich alle Teilnehmenden zeigten. Weitere Treffen mit Bundestagsabgeordneten verschiedener Parteien (unter anderem CDU, SPD) sind für Mitte März geplant und können anschließend in der Rubrik News des Landesverbandes nachgelesen werden (bei Redaktionsschluss noch ausstehend).



FOLGEN SIE UNS AUF SOCIAL MEDIA!

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

 **Hartmannbund**

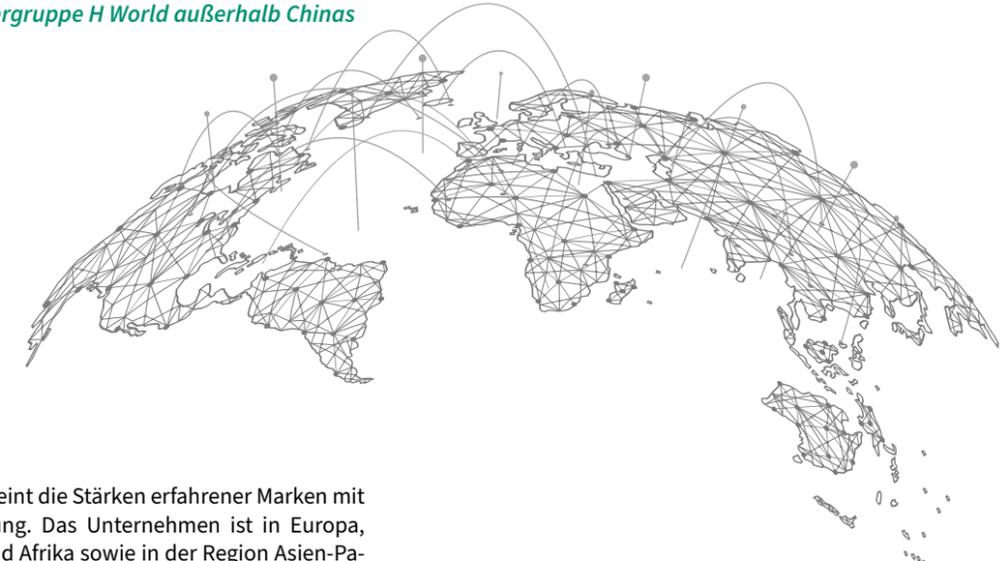
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Willkommen in der Zukunft!

Deutsche Hospitality firmiert um in H World International



Die Deutsche Hospitality firmiert um in H World International, um die Expansion ihrer Eigentümergruppe H World außerhalb Chinas voranzutreiben.



Anzeige

H World International vereint die Stärken erfahrener Marken mit internationaler Hotelerfahrung. Das Unternehmen ist in Europa, dem Nahen Osten, Indien und Afrika sowie in der Region Asien-Pazifik vertreten und treibt die Expansion mit einer ausgewogenen Mischung aus Miet-, Management- und Franchise-Hotels voran. Unter dem Dach von H Rewards sind neun einzigartige Marken vereint – die auf den Verbraucher ausgerichtete und einfach zu bedienende Buchungsplattform sowie das einzigartige Treueprogramm mit mehr als 230 Millionen Mitgliedern weltweit. H World International ist Teil von H World, einer der größten und am schnellsten wachsenden Hotelgruppen weltweit. Weitere Informationen finden Sie unter int.hworld.com.

Die Steigenberger Icons sind außergewöhnliche Hotels, die einzigartigen historischen Wert mit modernen Konzepten verbinden. Die Steigenberger Porsche Design Hotels kombinieren den unverwechselbaren Porsche Design Lifestyle mit Gastfreundschaft und Service. Bei Steigenberger Hotels & Resorts genießen Gäste ein unvergessliches und erstklassiges Hotelerlebnis. Jaz in the City ist eine Lifestyle-Marke, die sich auf Musik konzentriert: immer im Einklang, lebhaft und einzigartig. House of Beats unterstützt lokale Helden und ist eine innovative Marke mit einem kompromisslosen Gemeinschaftsansatz. IntercityHotel steht für flexible Mobilität und zentrale Lage und bietet hohe Standards für Design und Komfort. MAXX steht für das Wesentliche im Mittelklasse-Segment des Marktes. Zleep Hotels bieten dänisches Design, Qualität und skandinavische Einfachheit zu einem erschwinglichen Preis. Neu in der internationalen Markenfamilie ist Ji Hotel, eine der am schnellsten wachsenden Midscale-Marken von H World in China. Ji Hotel bietet Gästen eine zurückhaltende ostasiatische Ästhetik, gut durchdachte Technologie und viel Raum für Individualität. Das kürzlich ins Portfolio integrierte Ji Hotel Orchard Singapore ist das erste seiner Art außerhalb Chinas.

Buchen Sie Ihren Aufenthalt auf hrewards.com.

ÄRZTLICHE AKUPUNKTUR Deutsche Ärztgesellschaft für Akupunktur e.V.

38. Internationale Akupunktur-Woche
Erstmals in Bad Kissingen · 06.-12.05.2024
80 Kurse – Austausch – Einstieg – Wissenschaft

- Morgendliches Qi Gong kostenfrei
- Sämtliche Kurse Weiterbildung Akupunktur
- Kurse „Meister der Akupunktur DÄGfA“
- Kurse „Meister der Ost-Asiatischen Medizin DÄGfA“
- Yamamoto Neue Schädelakupunktur – YNSA Diplom
- Trigger-Punkt-Diplom
- Einstieg/Infos: Chinesische Akupunktur, Japanische Akupunktur, Kampo-Medizin, TuiNa, Qi Gong
- Viele Spezialkurse Akupunktur/Integrative Medizin
 - Palpationsbasierte Akupunktur
 - Erfolgreiche Behandlung Innerer Erkrankungen
 - Schmerzkrankungen mit Sekundeneffekt
 - Psychische Traumata
 - Nicht-medikamentöse Behandlung der Gonarthrose
 - Puls-/Zungendiagnose
 - Tibetische Medizin
 - Bewährte Punktombinationen
 - Akupunktur bei Augenerkrankungen und viele mehr ...

Die DÄGfA setzt bereits seit über 70 Jahren Standards in der Ausbildung!
Kursprogramm siehe www.daegfa.de · Telefon 089 71005 - 11

apoBank-Analyse

Was kostet eine Niederlassung?



Ärztinnen und Ärzte, die sich niederlassen wollen, entscheiden sich am häufigsten für die Übernahme einer Einzelpraxis. Die Gesamtkosten dafür umfassen sowohl den Kaufpreis als auch die sonstigen Investitionen in medizinisch-technische Geräte, Einrichtung, Umbaumaßnahmen IT sowie die Betriebsmittel. Bei hausärztlichen Praxen beliefen sie sich in den Jahren 2021 und 2022 auf rund 180.000 Euro. Das zeigt die letzte Analyse der ärztlichen Existenzgründungen, die die Deutsche Apotheker- und Ärztebank (apoBank) und das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) vorgelegt haben.

Deutlich günstiger wird es für Hausärztinnen und Hausärzte, wenn sie sich in einer Kooperation niederlassen: Der Beitritt in eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit durchschnittlich 131.000 Euro erforderte die geringsten Investitionen. Allerdings muss sich in diesem Fall die neue Mitinhaberin oder der neue Mitinhaber erst einen eigenen Patientenstamm aufbauen. Anders beim Eintritt in eine BAG: Hier wird der Anteil der ausscheidenden Inhaberin bzw. des Inhabers übernommen. Unter den ärztlichen Existenzgründern ist das die am häufigsten gewählte Kooperationsform, die Gesamtinvestitionen dafür betragen für hausärztliche Praxen im Schnitt 147.000 Euro.

Das Fachgebiet macht den Unterschied. Ein Blick auf die fachärztlichen Existenzgründungen zeigt, dass dort vor allem das Fachgebiet den Unterschied macht: Bei den analysierten Fachrichtungen entfielen die höchsten Investitionen auf die orthopädischen Praxen. Hier erforderte die Übernahme als Einzelpraxis im Schnitt gut 500.000 Euro (in den Jahren 2019 und 2020 waren es knapp über 400.000 Euro). Während die Niederlassung in einer übernommenen gynäkologischen Praxis durch-

schnittlich mit 252.000 Euro, also etwa der Hälfte an Gesamtinvestitionen auskommt. Für die Psychotherapeuten und Psychiater ist die Existenzgründung mit knapp 60.000 Euro nochmals deutlich günstiger.

Teilzulassung verhältnismäßig teurer. Niederlassung in Teilzeit ist ebenfalls eine Option, um in die Selbständigkeit zu starten. Dafür hat sich 2021/2022 ein Fünftel aller Ärztinnen und Ärzte entschieden. Das kann beispielsweise durch die Übernahme oder Einbringung einer halben Zulassung in eine bereits bestehenden BAG erfolgen (Eintritt bzw. Beitritt). Möglich ist auch die Übernahme einer Einzelpraxis, die dann in eine BAG überführt wird. In diesem Fall teilen sich die neuen Praxisinhaber die vorhandene Zulassung.

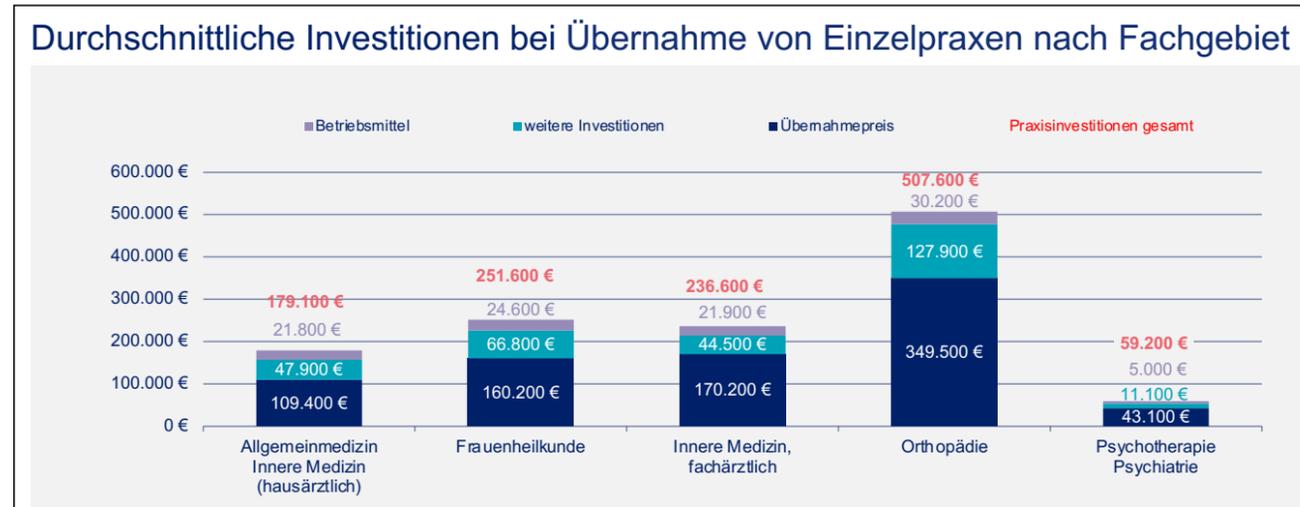
Meistens ist eine Existenzgründung mit einem halben Kassenarztsitz mit geringeren Investitionen verbunden, doch ein Vergleich der Übernahmepreise zeigt, dass sich die Kosten nicht einfach proportional verringern: So zahlten beispielsweise diejenigen, die mit einer halben Zulassung in eine hausärztliche BAG eingetreten bzw. dieser beigetreten sind, im Schnitt 107.000 Euro - also

rund 80 Prozent der Durchschnittspreise einer vollen Zulassung (131.000 Euro).

Dieser relativ hohe Preis bei einer Teilzulassung entsteht dadurch, dass es vor allem Praxen mit großem Patientenstamm und hohen Umsätzen sind, bei denen es sich lohnt, die Versorgung aufzuteilen. Diese Praxen sind in der Regel teurer, bieten aber mehr Potenzial um ein entsprechend gutes Einkommen auch in Teilzeit zu erwirtschaften.

Methodik. Die Ergebnisse basieren auf einer Stichprobe von 3.315 durch die apoBank in den Jahren 2021 und 2022 begleiteten ärztlichen Existenzgründungen - darunter 925 hausärztliche und 2.390 fachärztliche. Die Daten wurden anonymisiert und gemeinsam von der apoBank und dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (Zi) ausgewertet.

Mehr Informationen rund um die Gründung einer Praxis gibt es auf den Websites der apoBank:



Auch für Ärztinnen und Ärzte gilt die Frage:

Krank? Arbeitsunfähig?
Und was jetzt?

Ärztinnen und Ärzte kümmern sich aufgrund ihres fundierten medizinischen Fachwissens um die Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten. Aber was passiert, wenn sie selbst erkranken und krankheitsbedingt länger nicht arbeiten können? Auch junge Medizinerinnen und Mediziner, die über einen guten Gesundheitszustand verfügen, können plötzlich arbeitsunfähig werden. Ein Beispiel: Sarah Mühle, Medizinerin (29 Jahre), stürzt beim Skifahren. Neben einigen schmerzhaften Prellungen zieht sie sich auch noch einen komplizierten Unterarmbruch zu, der operiert werden muss. Infolgedessen fällt sie für neun Wochen aus und kann ihren Beruf somit nicht ausüben.

Neun Wochen krank? Arbeitsunfähig! Wird das Gehalt weitergezahlt? In den ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit (AU) zahlt der Arbeitgeber von Frau Mühle ihr Gehalt weiter. Als gesetzlich Versicherte erhält sie ab dem 43. Tag ihrer Arbeitsunfähigkeit ein Krankengeld. Das Krankengeld ist eine Entgeltersatzleistung, welche die gesetzlichen Krankenkassen bei einer Arbeitsunfähigkeit zahlen. Das sind doch gute Nachrichten für Frau Mühle, oder? Bedingt, denn gesetzlich Versicherte erhalten das Krankengeld maximal für die Dauer von 78 Wochen innerhalb von drei Jahren. Zudem beträgt die Höhe des Krankengeldes 70 % des bisherigen regelmäßigen Bruttoverdienstes, jedoch höchstens 90 % des Nettogehaltes. Und Achtung: Von diesem Krankengeld werden zusätzlich die Arbeitnehmeranteile zum ärztlichen Versorgungswerk, Arbeitslosen- und zur Pflegeversicherung abgezogen und zusätzlich ist die Höhe des Krankengeldes begrenzt: Es wird nur das Einkommen bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze (5.175 Euro pro Monat in 2024) berücksichtigt.

Berücksichtigt man jetzt sämtliche Abzüge und Begrenzungen, so kann bei der Zahlung eines Krankengeldes eine erhebliche Einkommenslücke entstehen. Und hier kommt das Krankentagegeld ins Spiel: Diese Einkommenslücke kann mit einer privaten Krankenzusatzversicherung – dem sogenannten Krankentagegeld – geschlossen werden.

Krankentagegeld – ein absolutes Muss für gesetzlich und privat Versicherte. Mit ei-

nem zusätzlichen Krankentagegeld können gesetzlich Krankenversicherte die Lücke des von der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlten Krankengeldes schließen. Für privat Krankenvollversicherte ist der Abschluss eines Krankentagegeldes ein existentielles Muss, da kein Krankengeld wie in der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt wird.

Egal ob als zusätzliche Absicherung zum Krankengeld oder als vollständige Absicherung zu einer privaten Krankenvollversicherung – das Krankentagegeld sollte zur

nicht aus: Bevor eine Berufsunfähigkeit (BU) eintritt, gehen in der Regel eine Krankheit bzw. eine längere Arbeitsunfähigkeit voraus. Während der Arbeitsunfähigkeit werden lediglich Leistungen aus dem Krankengeld bzw. Krankentagegeld gezahlt – nicht aus der BU-Versicherung. Geht somit eine längere Arbeitsunfähigkeit in eine Berufsunfähigkeit über, ist es sinnvoll, für beides ausreichend abgesichert zu sein, um so finanzielle Engpässe zu vermeiden.

Regelmäßiger Check des Krankentagegeldes. Es empfiehlt sich, regelmäßig zu



Kann auch Ärztinnen und Ärzten passieren: Mit kompliziertem Armbruch wochenlang nicht arbeitsfähig.

Existenzsicherung entsprechend der persönlichen Einkommenssituation gewählt werden. Es ist ratsam, Krankentagegeld unter Anrechnung des Krankengeldes in Höhe von 80 % des Bruttoentgeltes abzuschließen, um so bei Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit den finanziellen Verpflichtungen weiter nachkommen zu können. Hervorzuheben ist, dass das Krankentagegeld von privat Versicherten steuerfrei genutzt werden kann und nicht unter den sogenannten Progressionsvorbehalt fällt.

Reicht nicht eine Berufsunfähigkeitsversicherung aus? Der Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung ist eine sehr gute Entscheidung. Sie reicht jedoch im Ernstfall

prüfen, ob eine ausreichende finanzielle Absicherung im Krankheitsfall gegeben ist. Eventuell ist eine Anpassung der Höhe des Krankentagegeldes erforderlich (z.B. bei einer Gehaltserhöhung). Bei einer Beratung lässt sich schnell feststellen, ob ein Anpassungsbedarf bei Krankentagegeld und der Berufsunfähigkeitsrente besteht.

Die richtige Lösung finden. Die Arbeits- und Berufsunfähigkeit sollten aus den genannten Gründen stets zusammen betrachtet werden. Gerne beraten wir Sie persönlich telefonisch, senden Ihnen ausführliche Unterlagen zu oder vermitteln einen persönlichen Kontakt zu Beraterinnen und Beratern der Deutschen Ärzte Finanz vor Ort.



Große Nachfrage sichert Basis für ökonomischen Erfolg Reif für die Praxis

Selbstständige Ärztinnen und Ärzte machen einen ganz besonderen Job. Sie sind Mediziner, Unternehmer und Arbeitgeber zugleich. Eine fordernde Aufgabe – und eine sehr erfüllende.

In der Ausübung ihres Berufs sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sehr selbstbestimmt. Über ihre Arbeitsweise, Organisation, Zeiteinteilung und berufliche Partnerschaften können sie frei entscheiden. Mit ihrer Persönlichkeit und Kompetenz prägen sie den menschlichen Umgang in der Praxis, stellen die Qualität der medizinischen Betreuung sicher und garantieren ihren wirtschaftlichen Erfolg. In der eigenen Praxis können Ärztinnen und Ärzte ihre Berufung mit all ihrem Wissen und von ganzem Herzen leben. Trotz dieser großen Vorteile geht die Zahl der Niederlassungen in der Bundesrepublik zurück. Viele Mediziner, die ihre Praxen weitergeben wollen, sind mit der schwierigen Aufgabe konfrontiert, Nachfolger zu finden. Von allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sind derzeit 41 Prozent über 60 Jahre alt, so die Statistik der Bundesärztekammer.

So alarmierend die Zahlen mit Blick auf die medizinische Versorgung unserer alternden Bevölkerung sind – für Mediziner, die sich in ihrem Aufgabenfeld selbstbestimmt verwirklichen wollen, bedeuten sie im Umkehrschluss: Ihre Fähigkeiten und ihre Tatkraft zum Wohle der Patienten sind so gefragt wie nie zuvor. Die große Nachfrage sichert zudem die nachhaltige Basis für den ökonomischen Erfolg der Selbstständigkeit.

Der Weg zur Selbstständigkeit. Die Freiheit in der Berufsausübung ist übrigens das stärkste Argument für die Gründung einer eigenen Praxis, dass ergeben regelmäßig durchgeführte Studien. Weitere wichtige Kriterien für eine Niederlassung sind

die vielen Gestaltungsmöglichkeiten, die Chancen zur Selbstverwirklichung und die therapeutische Selbstbestimmung. Doch auch die Aussichten auf ein gutes Einkommen und die flexible Arbeitszeitgestaltung verstärken den Wunsch nach selbstbestimmten Arbeiten ebenso wie ein enges Verhältnis zu den Patientinnen und Patienten. Ein Blick auf die Details zeigt zudem, dass gerade für Ärztinnen und Ärzte die Selbstständigkeit eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben bietet – etwas, das mit Schichtdiensten in der Klinik nur schwer möglich ist.

Das Wichtigste vorab: Vor allem Fachärztinnen und Fachärzte, die sich niedergelassen haben, sind mit ihrer Entscheidung zufrieden: Laut einer Studie der apoBank zum Thema Niederlassung würden 93 Prozent den Schritt in die Selbstständigkeit erneut gehen.

Schritt für Schritt zur eigenen Praxis. Die Gründung einer eigenen Praxis ist oftmals mit Sorgen über finanzielle Risiken oder andere mögliche Stolpersteine verbunden. Dass die Niederlassung gelingen und sogar viele Vorteile gegenüber einer Anstellung bringen kann, zeigen die vielen Geschichten von Ärztinnen und Ärzten, die den erfolgreichen Schritt gemeinsam mit ihrem Berater der Deutschen Ärzte Finanz gegangen sind.

Als Spezialisten für die akademischen Heilberufe steht Ihnen ein Partner mit betriebswirtschaftlicher Zertifizierung und einzigartigem Know-how zur Seite, der Sie bundesweit auf dem Weg in die eigene Praxis begleitet. Frühzeitige Planung ist wich-

tig und bringt Klarheit in die Entscheidung. Möchte ich allein gründen oder in Gemeinschaft? Gehe ich mit der Praxis aufs Land, oder bleibe ich in der Stadt? Gerade der richtige Praxisstandort spielt eine zentrale Rolle bei der Niederlassung – besonders im Hinblick auf eine eventuelle Spezialisierung oder bei der Vereinbarkeit mit der Familie.

Welche Fragen auf dem Weg zur Niederlassung zu klären sind, verdeutlicht Ihnen die folgende Grafik:

Gut beraten – 7 Pluspunkte der Niederlassungsberatung. Die Niederlassungsberatung der Deutschen Ärzte Finanz ist passend zu den notwendigen Schritten in Ihre Selbstständigkeit in sieben Leistungspakete unterteilt. Je nach Bedarf entscheiden Sie, wobei unsere Spezialisten Sie unterstützen. Niederlassungsberatung, Immobilien- und Praxisfinanzierungen, Versicherungen und Vorsorge – wir beraten Sie beruflich wie privat in allen wirtschaftlichen Fragen und können so die einzelnen Komponenten exakt auf Ihre Wünsche und Planungen abstimmen.

Wir arbeiten mit der Deutschen Ärzteversicherung und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in einem einzigartigen Heilberufenetzwerk professionell zusammen. Darüber hinaus gehören Steuerberater, Rechtsanwälte und Gutachter zu unserem Netzwerk.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann schauen Sie gern einmal auf unser Portal Praxisbörse unter www.praxisboerse.de. Dort finden Sie aktuell verfügbare Praxen und viele weitere Informationen.

Wünschen Sie eine persönliche Beratung zu den Themen Niederlassung und Existenzgründung?

Sprechen Sie mit Ihrer Finanzberaterin oder Ihrem Finanzberater bei der Deutschen Ärzte Finanz und vereinbaren Sie einen persönlichen Beratungstermin. Weitere Informationen erhalten Sie auch über service@aerzte-finanz.de oder unter der Telefonnummer 0221 – 148 32323



ENTDECKEN SIE IHRE PERSÖNLICHEN VORTEILE EXKLUSIVE MOBILITÄT MIT EUROPCAR FÜR HARTMANNBUND-MITGLIEDER



Sie träumen von einem stressfreien Familienurlaub, planen einen Umzug oder möchten einfach mobil sein, ohne sich langfristig zu binden? Europcar, Europas führende Autovermietung, macht es möglich! Mit über 90 Jahren Erfahrung bieten wir Ihnen als Hartmannbund-Partner exklusive Konditionen und einen erstklassigen Service.

Unsere Abo-Vielfalt hält für Sie attraktive und nachhaltige Alternativen zum Fahrzeugbesitz bereit. Unsere Langzeitmiete verspricht im Gegensatz zu Leasingverträgen mit Laufzeiten von 24 Monaten und mehr, vergleichbare Leistungen, aber mit wesentlich mehr Flexibilität. Der Mietvertrag kann bei Bedarf schnell beendet werden, dabei zahlen Sie nur den genutzten Zeitraum und binden sich nicht langfristig. Außerdem sind unsere Fahrzeuge maximal 6-9 Monate alt, was zu einer geringeren CO₂-Bilanz im Vergleich zu älteren Fahrzeugen führt. Dies ist besonders relevant im Bereich

Elektromobilität. Sie erhalten Fahrzeuge mit aktueller Motorentechnik und können unsere Elektroflotte flexibel ausprobieren.

Zudem garantieren wir eine schnelle Abwicklung. In der Regel verlassen Sie unsere Station bereits mit einem Fahrzeug. Wenn Sie ein bestimmtes Modell oder eine spezielle Kategorie wünschen, bekommen Sie dies meist innerhalb von ein bis zwei Wochen. In der Zwischenzeit halten wir Sie mit einem Übergangsfahrzeug mobil.

Wir sind überall für Sie da: Durch unser dichtes Stationsnetz in 140 Ländern sind wir überall dort für Sie präsent, wo Sie uns privat oder beruflich brauchen. So finden Sie uns direkt in Ihrer Heimatstadt sowie am Flughafen Ihres Urlaubsortes. Unsere vielfältige Flotte reicht von modernen Kleinwagen, über sportliche Coupés und elegante Limousinen bis zu geräumigen Transportern – auch elektrisch betrieben.

Als Mitglied des Hartmannbunds profitieren Sie von besonderen Konditionen und Services bei Europcar:

- Die kostenlose Europcar Privilege Executive Card
- Ihren persönlichen Ansprechpartner: Gabor Laszlo (gabor.laszlo@europcar.com)
- Individuelle und feste Konditionen für PKW in Deutschland als auch international geltend

Besondere LKW-Konditionen

Um Ihre Hartmannbund-Konditionen bei einer Buchung zu nutzen, geben Sie bitte stets die Contract ID 40295733 an.

Planen Sie jetzt Ihre nächste Reise oder Ihren Umzug – mit Europcar und Ihren individuellen Vorteilen.

Wir freuen uns auf Sie!



 **Hartmannbund**
Verband der Ärzte Deutschlands

Fachexkursion nach Portugal

Exklusiv für Hartmannbund-Mitglieder

**„Traumhafte Natur- und Kulturerlebnisse
zwischen Porto und Lissabon“**

Reisetermin: 22.09. bis 29.09.2024 | Reisepreis € 2.425,-

Portugal, das Land der Entdecker und Seefahrer. Während Ihrer Reise von Porto nach Lissabon lernen Sie die Höhepunkte dieser klassischen Reiseroute hautnah kennen und lieben. Ob Großstadtfeeling, pittoreske Fischerdörfer, beeindruckende Landschaften, die schönsten Bauwerke des Landes und natürlich Land und Leute – das alles lädt auf große Entdeckungsreise ein!

Detaillierte Reiseinformationen erhalten Sie auf der Webseite Ihres Verbandes:
www.hartmannbund.de/service/wirtschaftliche-vorteile/reisen/intercontact-portugal/

Als Kooperationspartner des Hartmannbunds bieten wir allen Mitgliedern, Familienangehörigen, Freunden und Bekannten diese Fachexkursion nach Portugal an.

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



Foto: AdobeStock

Wichtiges Urteil des Bundesfinanzhofes

Praxisverkauf? Bei Steuerfragen ganz genau hinschauen!

Wenn eine Praxis verkauft werden soll, steht am Ende der Verhandlungen im Regelfall ein fester Kaufpreis, der zu einem bestimmten Zeitpunkt gezahlt werden muss. Normalerweise erfolgt zu diesem Zeitpunkt auch die Versteuerung des Veräußerungsgewinns. Wann jedoch Kaufpreisbestandteile versteuert werden müssen, die von einem bestimmten Gewinn oder Umsatz abhängig sind, hatte kürzlich der Bundesfinanzhof (BFH) in seinem Urteil vom 9. November 2023 (IV R 9/21) zu entscheiden.

Im Streitfall war neben dem festen Kaufpreis ein zusätzlicher Kaufpreis in Form eines variablen Entgelts (Earn-Out-Klausel) vereinbart. Grundlage war jeweils der Rohgewinn der dem Verkauf folgenden drei Geschäftsjahre. Je nach Höhe der Marge im jeweiligen Jahr sollte die Verkäuferin einen bestimmten Geldbetrag erhalten, der im schlechtesten Fall 0 Euro beträgt. Die Verkäuferin erklärte die Einnahmen jeweils im Jahr des Zuflusses. Das Finanzamt betrachtete diese Zahlungen als nachträgliche Kaufpreiszahlungen und rechnete sie zum ursprünglichen Veräußerungsgewinn im Jahr der Veräußerung dazu. Im nachfolgenden Klageverfahren gab das Finanzgericht die Steuerpflichtigen Recht.

Auf den Zufluss kommt es an: Der BFH folgte der Entscheidung des Finanzgerichts und bestätigte, dass ein Veräußerungsgewinn grundsätzlich im Veräußerungszeitpunkt entsteht, das heißt mit der Übertragung des wirtschaftlichen Eigentums an den wesentlichen Betriebsgrundlagen. Dies gilt unabhängig davon, ob der vereinbarte Kaufpreis sofort fällig, in Raten zahlbar oder langfristig gestundet ist und wann der Verkaufserlös dem Veräußerer tatsächlich zufließt. Der Veräußerungsgewinn ist damit regelmäßig stichtagsbezogen auf den Veräußerungszeitpunkt zu ermitteln.

Eine Ausnahme gilt aber bei gewinn- oder umsatzabhängigen Kaufpreisforderungen. Nach ständiger Rechtsprechung des BFH ist in diesen Fällen auf die tatsächliche Vereinnahmung des Veräußerungsentgelts abzustellen, da der Veräußerer die Gewinne erst zu diesem Zeitpunkt erzielt. Eine Rückwirkung auf den Veräußerungszeitpunkt gibt es nicht. Denn bei gewinn- oder umsatzabhängigen Kaufpreisforderungen steht im Zeitpunkt der Veräußerung weder fest, ob rechtlich in einem der Folgejahre eine Kaufpreisforderung entsteht, noch, wie hoch diese sein wird. Daher sind die variablen Kaufpreisanteile erst im Zeit-



Luba Fischer, Steuerberaterin im ETL ADVISION-Verband aus Frankfurt am Main, spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen

punkt des Zuflusses als nachträgliche Betriebseinnahmen zu versteuern.

Kontakt: ADVISA
Steuerberatungsgesellschaft mbH
Hanauer Landstraße 123
60314 Frankfurt am Main

advisa-frankfurt-main@etl.de
www.advisa-online.de
Tel: (069) 1540090



Medizin studieren ohne Noten-NC in Portugal:

Die Universität in Porto bietet ein hochmodernes Studium an! Exklusiv nur bei MediStart!

Porto, eine der ältesten Städte Europas, liegt malerisch am Ufer des Flusses Douro im Norden Portugals. Berühmt für ihre charmanten engen Gassen, historischen Gebäude und die weltberühmten Portweinkellereien, ist Porto ein bezauberndes Ziel für Reisende aus aller Welt.

Die Geschichte Portos reicht über zwei Jahrtausende zurück, was sich in der reichen Architektur und der kulturellen Vielfalt der Stadt widerspiegelt. Ein Spaziergang durch die Altstadt, die zum UNESCO-Weltkulturerbe gehört, führt durch gepflasterte Straßen, vorbei an prächtigen Barockkirchen, gotischen Gebäuden und farbenfrohen Häusern mit traditionellen portugiesischen Fliesen, den Azulejos.

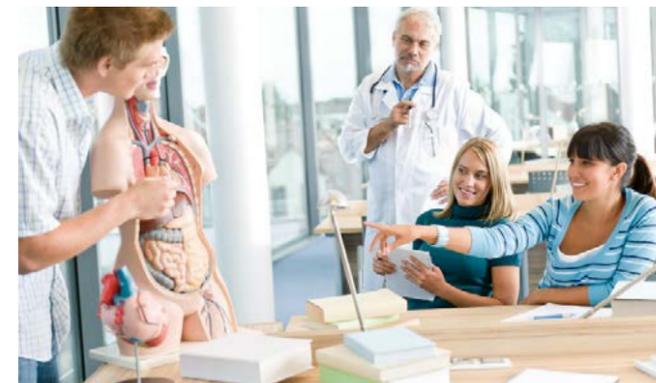
In Porto treffen Tradition und Moderne aufeinander, wodurch eine einzigartige und faszinierende Atmosphäre entsteht. Ob man durch die historischen Straßen schlendert, den Blick über den Fluss schweifen lässt oder die lokalen Spezialitäten genießt – Porto ist eine Stadt, die jeden Besucher verzaubert und unvergessliche Erinnerungen hinterlässt.

Das **englischsprachige Medizinstudium** an der Fernando Pessoa Universität in Porto bietet eine erstklassige Ausbildung in einem internationalen Umfeld. Die Universität, benannt nach dem renommierten portugiesischen Dichter Fernando Pessoa, hat sich einen Ruf für akademische Exzellenz und innovative Lehrmethoden erarbeitet.

Das Medizinstudium an der Universität in Porto zeichnet sich durch **hochqualifizierte Dozenten** aus, die Experten auf ihren jeweiligen Gebieten sind und sich engagiert darum bemühen, den Studierenden das bestmögliche akademische und praktische Wissen zu vermitteln. Die Lehrpläne sind sorgfältig strukturiert und folgen den neuesten Entwicklungen in der Medizin, um sicherzustellen, dass die Absolventen gut gerüstet sind, um den Herausforderungen des Gesundheitswesens von heute und morgen zu begegnen.

Darüber hinaus bietet die Universität ihren Medizinstudierenden Zugang zu modernen Lehr- und Forschungseinrichtungen sowie zu klinischen Praktika in renommierten medizinischen Einrichtungen in Porto und darüber hinaus. Diese praktische Erfahrung ist entscheidend für die Entwicklung klinischer Fertigkeiten und das Verständnis für die Anwendung medizinischer Konzepte in realen Patientensituationen.

MediStart ist die **einzige offizielle Agentur** des Studienprogramms in Deutschland. In Porto können Sie sich schon jetzt bewerben, auch wenn Sie Ihr Abitur erst im Sommer erhalten. Für die Zulassung an der Universität Porto ist Ihre Abiturnote nicht entscheidend. Das Zulassungsverfahren wird von MediStart über den MediTest-EU unabhängig von Noten und belegten Schulfächern organisiert. Der MediTest-EU besteht aus einem Multiple-Choice-Test in den Naturwissenschaften sowie einem Motivations-Interview. Dieser kann jederzeit online von zu Hause aus geschrieben werden.



MediStart berät gerne zu den individuellen Voraussetzungen und Möglichkeiten. Durch **individuelle Coachings** bereitet MediStart seine Mandanten optimal auf den MediTest-EU vor, damit frühzeitig ein Studienplatz für den **Start im Herbst 2024** gesichert werden kann. MediStart begleitet seine Mandanten von Anfang an, sorgt für einen reibungslosen Ablauf während der gesamten Bewerbungsphase und betreut vor Ort.

Informationsblätter und Auftragsformulare können kostenfrei unter **www.medistart.de** sowie telefonisch **+49 (0)30 544 538 871** angefordert werden. Es besteht außerdem die Möglichkeit zu einem kostenfreien telefonischen oder persönlichen Info-Gespräch, z.B. auf den Info-Tagen in Düsseldorf, Frankfurt am Main, Hamburg und München.

Friedrichstr. 95
D-10117 Berlin, Deutschland
Telefon 030-544538871
eMail: info@medistart.de
Internet: www.medistart.de



MEDISTART
MEDIZIN-STUDIUM
ohne NC & Wartezeit
WWW.MEDISTART.DE

DIE HARTMANNBUND-APP

DIGITALISIERUNG MUSS ALLEN NUTZEN

Das ist unser Maßstab. Ob bei Digitalen Gesundheitsanwendungen oder bei unserer App – Ihrem Hartmannbund für die Hosentasche. So haben Sie berufspolitisch alles im Blick und kennen Ihre Vorteile als Mitglied des Hartmannbundes.

Informativ. Aktuell. Individuell. Diagnose: Nützlich.
Bleiben Sie auch auf allen anderen Kanälen auf dem Laufenden.
Ob über App, www.hartmannbund.de, bei Facebook, X (vormals Twitter) oder Instagram.

DIAGNOSE:
NÜTZLICH

Hartmannbund
STARK FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE.



Ansprechpartner für Mitglieder

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



© burak cakmak - fotolia.com

Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Frances Camin

Tel.: 030 206208-31, E-Mail: niederlassung@hartmannbund.de

Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt

Tel.: 030 206208-15

Ärztliche Weiterbildung

Ina Reiber

Tel.: 030 206208-24, E-Mail: weiterbildung@hartmannbund.de

Ausbildung/Medizinstudium

Ina Reiber

Tel.: 030 206208-24, E-Mail: medizinstudium@hartmannbund.de

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt

Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung

Axel Barenhoff/Sabine Haak/Sandy Stephan

Tel.: 030 206208-43, E-Mail: recht@hartmannbund.de

Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46, E-Mail: finanzen@hartmannbund.de

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46, E-Mail: finanzen@hartmannbund.de

Digital Health

Frances Camin

Tel.: 030 206208-31

Fortbildungen/Seminare

Johanna Heinrichs

Tel.: 030 206208-53, E-Mail: akademie@hartmannbund.de

GKV-Vertragsrecht

Frances Camin

Tel.: 030 206208-31, E-Mail: niederlassung@hartmannbund.de

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Frances Camin

Tel.: 030 206208-31, E-Mail: niederlassung@hartmannbund.de

Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46, E-Mail: finanzen@hartmannbund.de

Rechtsberatung Krankenhaus

Axel Barenhoff

Tel.: 030 206208-58, E-Mail: klinik@hartmannbund.de

Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak/Sandy Stephan

Tel.: 030 206208-43, E-Mail: recht@hartmannbund.de

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*

Ganzer Psychotherapie-KV-Sitz in Mönchengladbach abzugeben

Renommiertere und gut vernetzte Praxis für Psychotherapie in Mönchengladbach, ursprünglich ärztlicher Sitz aber bei fehlenden Bewerbungen von Ärzt*innen auch an psychologische Psychotherapeut*innen abzugeben, sucht aus gesundheitlichen Gründen ab sofort Nachfolger*in. Der Sitz wird bereits durch die KV No angeboten und die Ausschreibung wird ggf. wiederholt. Die helle und freundliche Praxis liegt direkt am Bunten Garten, was schön ist, wenn man zum Ausgleich mittags joggen will. Gute ÖPNV Anbindung, schnelle Autobahnbindung nach Düsseldorf, Krefeld und Neuss, daher auch viele Patient*innen von dort. Die Praxisräume können, müssen aber nicht zwingend, übernommen werden. Bei gutem Miteinander können die Räume auch mit der bisherigen Praxisinhaberin geteilt werden.

Bei Interesse: Psymedmaxt-online.de oder 01792013202

Praxis mit 0,5 KV-Sitz für Allgemeinmedizin in Berlin-Charlottenburg kostengünstig zu verkaufen

Praxis für Allgemeinmedizin mit Praxissitz (0,5) in Berlin Charlottenburg zum 2ten Quartal 2024 kostengünstig abzugeben.

Kontakt unter: euphrasiaoff@gmail.com oder per sms an: 0152 057 93838

Praxisnachfolge in Frankfurt/Main ab 2. Quartal 2026 gesucht

Suche Praxisnachfolge ab 2. Quartal 2026 für hausärztlich-internistische Praxis mit 1,5 Sitzen in Frankfurt/ Main-Stadt.

Die Praxisinhaberin würde gern übergangsweise noch angestellt mitarbeiten und freut sich über Zuschriften unter Angabe Chiffre 111616 an: andrea.reich@hartmannbund.de

Allgemeinarztpraxis in Schrobenhausen abzugeben

Suche für meine gut eingeführte Allgemeinarztpraxis mit breitem Spektrum Unterstützung mit möglicher Praxisübernahme. Freie KV-Sitze sind vorhanden- auch betriebsärztlich tätige Interessenten sind erwünscht.

Meine Praxis liegt in Schrobenhausen zwischen Ingolstadt und Augsburg, mit neuester Ausstattung und einem eingespielten Team. Die Räumlichkeiten sind großzügig und behindertengerecht erreichbar mit ausreichenden Parkplätzen.

Sie erreichen mich unter info@dr-zeitner.de oder unter 0171/6833032.

Menschlicher Schädel für Zahnmediziner kostengünstig abzugeben

Menschlicher Schädel für Zahnmediziner.

Hochwertige Verarbeitung, Sicht auf Schädelbasis, Innenohr, Nebenhöhlen, Nerven- und Gefäßverlauf der Zähne im UK uvm. VB 500 €

Bei Interesse: rodenhaeuser@gmx.de

Sie möchten auf eine Chiffreanzeige antworten oder selbst ein Inserat aufgeben? Dann wenden Sie sich bitte an: Hartmannbund, Andrea Reich, Kurfürstenstr. 132, 10785 Berlin, Tel.: 030 206208-11, Fax: 030 206208-14, E-Mail: andrea.reich@hartmannbund.de.

*Im Mitgliedsbeitrag enthalten ist die Schaltung von zwei Anzeigen (außer rein gewerbliche) im Jahr.

Facharzt/Fachärztin der Augenheilkunde in Grimma (bei Leipzig) gesucht

Stellenausschreibung: Facharzt der Augenheilkunde in Grimma, bei Leipzig gesucht

Wir sind ein etabliertes Augenzentrum im Speckgürtel von Leipzig in der Stadt Grimma (mit Nebenbetriebsstätte bei Chemnitz). Unser Zentrum widmet sich der qualitativen Versorgung ophthalmologischer Patienten über mehrere Etagen in einer wunderschönen alten Villa mit integriertem eigenen OP. In der Villa Doc vereinen wir seit 2008 Diagnostik, Behandlung und Operationen des Auges. Unser hochmotiviertes Team besteht derzeit aus 4 Fachärzten, 2 Assistenzärzten und 8 nicht-ärztlichen Kollegen und Kolleginnen. Wir legen großen Wert auf die persönliche Weiterentwicklung, auf berufliche Weiterbildung und auf eine exzellente Teamarbeit.

Derzeit suchen wir einen motivierten Facharzt der Augenheilkunde, um das beschriebene und dynamische Team zu verstärken.

Aufgabenbereiche:

Als Facharzt der Augenheilkunde umfassen Ihre Hauptaufgaben:

- Durchführung konservativer Sprechstunde
- Mitarbeit im IVOM-Zentrum
- Chirurgische Eingriffe, je nach Interesse und Fähigkeiten, in unserem OP
- Durchführung von Lasereingriffen (Festkörperlaser, YAG-Laser und SLT)
- Zusammenarbeit mit unseren Optikern/Optommetristen
- Bei Wunsch Mitarbeit in der Kindersprechstunde
- Weiterbildungen (z.B. Kongresse/Fortbildungen, auch intern)

Um für diese Position in Betracht gezogen zu werden, müssen Sie folgende Anforderungen erfüllen:

- Eine abgeschlossene Facharztausbildung (bzw. in Aussicht stehend)
- Selbstständige Arbeit und ein hohes Maß an Engagement
- Ausgezeichnete Kommunikations- und zwischenmenschliche Fähigkeiten, um effektiv mit Patienten und Kollegen zu interagieren
- Eine starke Arbeitsmoral und die Bereitschaft, zum Gesamterfolg des Teams beizutragen

Standort:

- Stadt: Grimma, bei Leipzig
- Oder in der Nebenbetriebsstätte in: Burgstädt, bei Chemnitz

Gehalt und Vorteile:

- Wettbewerbsfähiges Gehalt, basierend auf Erfahrung und Qualifikationen
 - Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung und Fortbildung
 - Eine unterstützende und kooperative Arbeitsumgebung
 - Ein wunderbares Kollegium
 - Die Möglichkeit, einen positiven Einfluss auf die lokale Gemeinschaft zu haben
 - Zugang zu unserem großen fachspezifischen Netzwerk
- Bitte senden Sie für die Bewerbung Ihren Lebenslauf und ein Anschreiben an: vonbelow@tonline.de

Wir werden alle Bewerbungen prüfen und qualifizierte Kandidaten für weitere Überlegungen kontaktieren. Vielen Dank für Ihr Interesse, unserem Team beizutreten. Homepage: www.muldenblick.de
Augenarztpraxis Dr. med. Hubertus von Below, Leipziger Straße 45, 04668 Grimma, Tel.: 03437-92310, Nebenbetriebsstätte: Markt 12, 09217 Burgstädt, Tel.: 03724-666070

IMPRESSUM

Herausgeber:

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

Redaktion:

Michael Rauscher (v.i.S.d.P.)
Gitta Dietrich
Pressereferat Hartmannbund
Kurfürstenstraße 132 · 10785 Berlin
Tel. 030 206208-11 · Fax 030 206208-14
E-Mail: presse@hartmannbund.de
Titelthema Ausgabe 01/2024 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,
inkl. 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 stock.adobe.com

Titelbild:

Bildmontage diverser Fotos und Grafiken
von stock.adobe.com

Icons: © venimo – stock.adobe.com

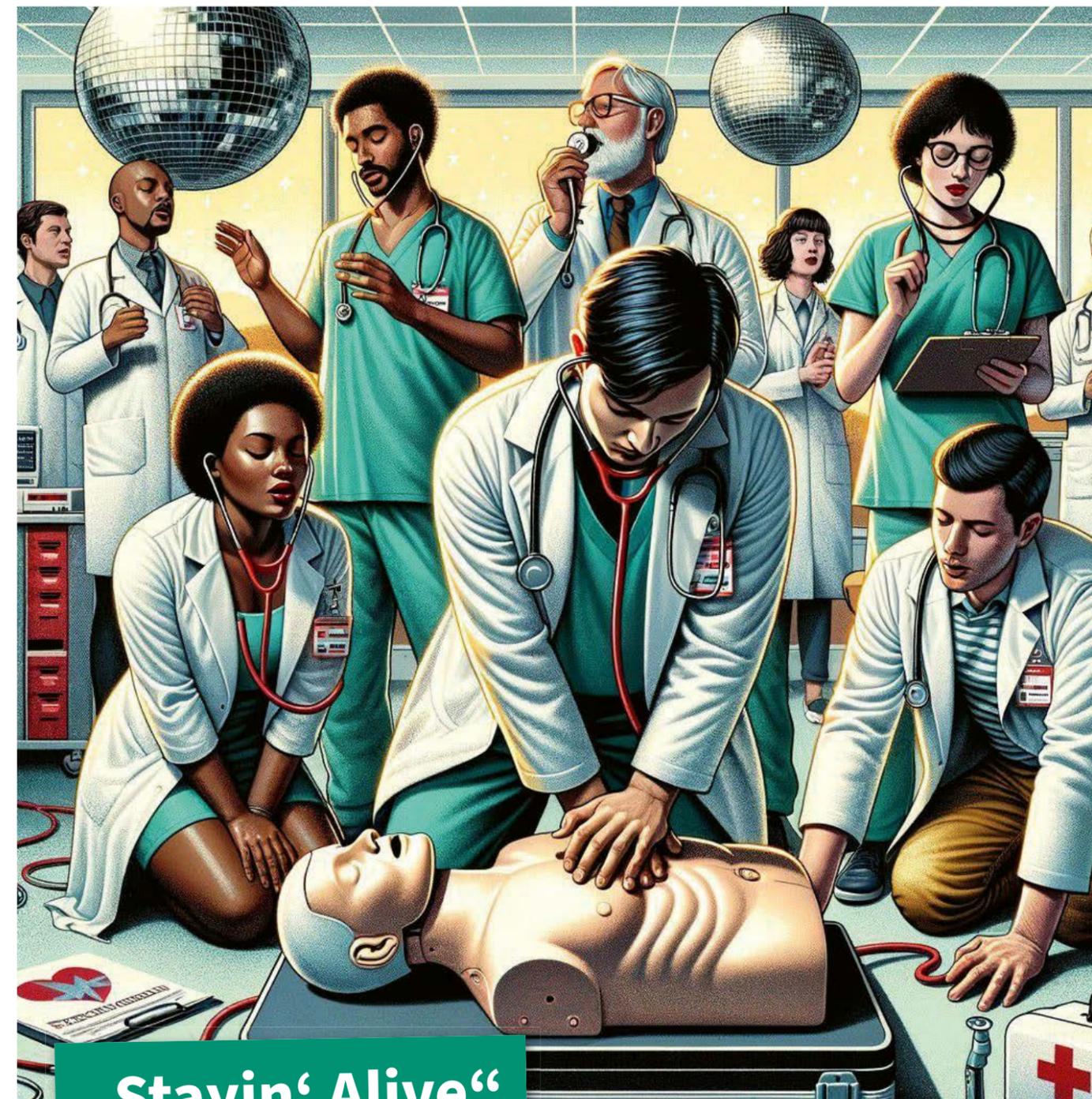
HARTMANNBUND-Stipendium

Jetzt bewerben!

Die Friedrich-Thieding-Stiftung vergibt auch in diesem Jahr ein Stipendium für Medizinstudierende mit herausragenden Leistungen, die sich neben dem Studium auch berufs- oder sozialpolitisch engagieren.



Details zur Vergabe hier:
www.hartmannbund.de/der-verband/stiftungen/friedrich-thieding-stiftung/stipendium

„Stayin‘ Alive“

Druck an der richtigen Stelle kann helfen. Gegen Druck an der falschen Stelle müssen wir uns wehren!

Druck im Gesundheitswesen kann nicht die Antwort sein, wenn es um das Wohl der Menschen und unsere Berufstätigkeit in Praxis und Klinik geht.

Als Ärztinnen und Ärzte stehen wir vor großen Herausforderungen, aber auch vor einzigartigen Möglichkeiten.

Der Hartmannbund bietet die ideale Plattform, um sich gemeinsam für die Freiheit des Arztberufs, optimale Studien- und Arbeitsbedingungen sowie eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung einzusetzen.





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