



Jahresbericht
2018

Machen Sie Ihren Schreibtisch mal obenrum frei.

Von Ärzten. Für Ärzte.

Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen entlasten Sie als Arzt seit mehr als 90 Jahren von bürokratischen Arbeiten rund um die Honorarabrechnung. So bleibt Ihnen mehr Zeit für Ihre Berufung – die Behandlung Ihrer Patienten.

Sie können sicher sein, dass wir wissen, worauf es ankommt. Denn in der PVS gestalten Ärzte Dienstleistungsangebote für Ärzte. Und die rechnen sich.



Besuchen Sie uns im Netz: www.pvs.de



171 Tage hat es von der Bundestagswahl bis zur Regierungsbildung gedauert – so lange wie noch nie zuvor in der Bundesrepublik. Noch bei unserer Bundeshauptversammlung im November 2017 sind wir davon ausgegangen, dass Deutschland künftig von einer Jamaika-Koalition regiert werden würde und haben darüber intensiv mit dem FDP-Politiker Heiner Garg diskutiert. Doch dann kam bekanntermaßen alles anders.

Mit Jens Spahn ist mittlerweile ein junger, aber im Gesundheitsbereich erfahrener Politiker an die Spitze des Bundesgesundheitsministeriums gewechselt. Mein Vorstandskollege Dr. Veit Wambach und ich hatten bereits früh die Möglichkeit, persönlich mit dem neuen Minister zu sprechen. Zentrale Themen waren Terminvergaben und Mindestsprechstundenzeiten, Digitalisierung im Gesundheitswesen sowie der Ausbau von Kooperationen und vernetzten Strukturen, insbesondere im Bereich der Praxisnetze. Auf Grundlage unserer langen Beziehung haben wir eine gute Gesprächsbasis mit Herrn Spahn. Dem NAV-Virchow-Bund ist es wichtig, eine neue Vertrauensbasis zwischen Politik und Ärzteschaft zu schaffen, denn der Koalitionsvertrag der Bundesregierung ist stark von Misstrauen geprägt. Das äußert sich unter anderem in einer immer kleinteiligeren Regulierung des Gesundheitswesens.

Prominentes Beispiel ist die Einsetzung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag. Diese soll die sektorübergreifende Versorgung im Hinblick auf verschiedene Faktoren wie die Bedarfsplanung, Zulassung und Honorierung „weiterentwickeln“. Dies wären eigentlich ureigenste Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung.

Viele Punkte aus dem Koalitionsvertrag finden sich im Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) wieder, beispielsweise die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten von 20 auf



Dr. Dirk Heinrich
Bundesvorsitzender des
NAV-Virchow-Bundes

25 Stunden. Dies ist ein schwerer Eingriff in die Autonomie selbstständiger Praxen und in die Freiberuflichkeit der Praxisinhaber und das obwohl sie bereits heute deutlich länger für ihre Patienten da sind. Außerdem mischt sich der Staat auch hierdurch in originäre Angelegenheiten der Selbstverwaltung – nämlich in den Bundesmantelvertrag – ein.

Allerdings bietet das TSVG auch echte Chancen, um Probleme in der ambulanten Versorgung zu lösen. Denn mit diesem Gesetz erkennt die Bundesregierung erstmals an, dass die Budgetierung ärztlicher Leistungen eine wesentliche Ursache der Probleme im Gesundheitswesen ist. Mit der extrabudgetären Vergütung der Grund- und Versichertenpauschalen bei neuen und akuten Patienten und in der offenen Sprechstunde sowie der vollständigen Entbudgetierung bei Patienten, die über die Terminservicestellen oder als Akutpatienten kommen, ist endlich der Einstieg in das Ende des Budgets für die ärztlichen Leistungen geschafft. Wichtig ist nun, dass die Krankenkassen dem politischen Willen folgen und dafür auch das erforderliche Geld zur Verfügung stellen. In dieser Phase der Gesetzgebung sind die Verantwortlichen im NAV-Virchow-Bund bemüht, mit Entscheidern und Multiplikatoren aus allen Bereichen in Dialog zu treten – mit Erfolg.

Selbstverständlich ist unser Ziel nach wie vor, die Budgetierung ärztlicher Leistungen komplett aufzuheben. Problematisch ist, dass im

VORWORT

Referentenentwurf an einer Stelle vorsichtig entbudgetiert wird, an anderer Stelle die Zulassungsbeschränkungen für bestimmte Fachgruppen aufgehoben werden. Bedarfsplanung und Budgetierung bedingen einander jedoch. Eine Aufweichung der Zulassungsbeschränkung unter Beibehaltung der Budgets führen zum Ausbluten einzelner Fachgruppen. Hier muss die Politik unbedingt nachbessern.

Viel Geld wird nach wie vor in das Projekt „Elektronische Gesundheitskarte“ gesteckt. Das einstige Prestigeprojekt verursacht immer wieder Chaos und Unmut in den Arztpraxen und ist von einer flächendeckenden Einführung weit entfernt. Mittlerweile sind sich Bundesgesundheitsminister, Krankenkassen, Bundesärztekammer und sogar die Bundeskanzlerin einig, dass die Technik veraltet ist und ein neues – möglichst Smartphone-basiertes – Modell entwickelt werden müsste. Wir werden dieses Thema kritisch beobachten und das Primat der Datenhoheit der Patienten, der Interoperabilität und Datensicherheit sowie die Wahrung der Autonomie selbstständiger Praxen dabei betonen

Für Chaos, Unmut und viel neue Bürokratie hat im Frühling dieses Jahres auch die europäische Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gesorgt. Obwohl viele Vorgaben schon immer in den Praxen berücksichtigt worden sind, hat die DSGVO für Verunsicherung gesorgt. Der NAV-Virchow-Bund hat seine Mitglieder grundlegend über dieses Thema informiert und intensiv beraten – mit einer eigenen Seite im Internet, in der Verbandszeitschrift, mit einem Merkblatt und Vertragsmustern sowie über die persönliche Rechtsberatung. Inzwischen haben sich die meisten Fragen geklärt und die Ärzte können wieder das tun, wofür sie ausgebildet wurden: Patienten behandeln.

Erfreulich ist, dass wir im vergangenen Jahr mit Dr. Brigitte Szasz und Dr. Frauke Wulf-Homilius zwei Ärztinnen als Landesgruppenvorsitzende gewinnen konnten. Damit werden mittlerweile sechs Landesgruppen von Ärztinnen geleitet, darunter die länderübergreifenden Gruppen Mitteldeutschland, Niedersachsen/Bremen und Berlin/Brandenburg. Mit einem Frauenanteil von 37 Prozent bei Funktionsträgern in Bund und Ländern haben wir heute schon im Vergleich zu allen ähnlichen Verbänden und Körperschaften eine respektable „Quote“. Auch hier sind wir einen Schritt voraus.

Dr. Dirk Heinrich
Bundvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes

IMPRESSUM



Klaus Greppmeir,
Hauptgeschäftsführer

Vorgelegt von der Hauptgeschäftsführung des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, zur Bundeshauptversammlung 2018.

NAV-Virchow-Bund

Bundesgeschäftsstelle:
Chausseestraße 119b · 10115 Berlin
Fon (030) 288774-0
Fax (030) 288774-115
info@nav-virchowbund.de
www.nav-virchowbund.de

Kooperationen und Partnerschaften

WPV. – Wirtschafts- und Praxisverlag GmbH

Belfortstraße 9 · 50668 Köln
Fon (0221) 988301-0
Fax (0221) 988301-15
E-Mail: post@wpv.de

NAV-Wirtschaftsdienst GmbH

Klingenbergstraße 4 · 32758 Detmold
Fon (0 52 31) 603-0,
Fax (0 52 31) 603-197
E-Mail info@medicura-online.de
www.medicura-online.de

DAZ

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde e. V.

Kaiserdamm 97 · 14057 Berlin
Fon (030) 302 30 10
Fax (030) 325 56 10
E-Mail: kontakt@daz-web.de

AUS DEM INHALT

Gesundheitspolitik	6	Aus den Landesgruppen	34
Vor der Bundestagswahl 2017: Die Programme	6	Neue Chefin der Landesgruppe Baden-Württemberg will junge Ärztinnen und Ärzte aufs Land holen	34
Die Ergebnisse der Bundestagswahl 2017 aus gesundheitspolitischer Sicht	7	Mit überörtlichen BAG gegen den Landarztmangel	34
Jamaika bietet Chancen für Kehrtwende in der Gesundheitspolitik	8	Auszeichnung: Dr. Veit Wambach erhält Bundesverdienstkreuz	36
Was sich die Praxisärzte und Gesundheitspolitiker für die ambulante Versorgung 2021 vorstellen	9	Landesgruppe Berlin/Brandenburg wählt neue Vorsitzende	37
Niedergelassene Ärzte warnen vor Einknicken bei der Bürgerversicherung	11	Tagesspiegel „Ärztekreis“ bietet fachlichen Austausch	37
Koalitionsvertrag: Staat übernimmt das Gesundheitswesen	11	Niederschwelliges Angebot im Problembezirk	38
Blick auf den Koalitionsvertrag	12	Gesundheitskiosk startet erfolgreich: Über 1.000 Patienten in den ersten sechs Monaten	38
Das Regieren kann beginnen	14	Nachruf auf Udo Birkenfeld (1943 – 2017)	40
Antrittsbesuch im Bundesgesundheitsministerium	15	Landeshauptversammlung und Neuwahlen	40
Berufspolitik	16	Zwölf Forderungen an die Politik	42
Honorarergebnis 2018 geht an Versorgungsrealität vorbei	16	Gemeinsames Studium für Ärzte und Ingenieure: Lob und Kritik	43
Appell zur Einigkeit: Ausstieg aus der Budgetierung ist gemeinsame Aufgabe	17	Dr. Ernst H. Tremblau (1921 – 2018)	43
Experten belegen: Einheitliche Gebührenordnung ist juristischer und wirtschaftlicher Unsinn	18	Grippewelle: NAV-Landeschef fordert Vierfach-Impfung auf Kassenkosten	44
Heinrich: „Ende der Budgetierung heißt Ende der Zwei-Klassen-Medizin“	18	Landesgruppen	45
Länger arbeiten, weniger Geld?	19	Bundesvorstand	46
Terminvergaben: Studie mit mangelhaften Schlussfolgerungen	20	Bundesgeschäftsstelle	47
Notfallversorgung: Sektorengrenzen müssen durchlässiger werden	21	Brendan-Schmittmann-Stiftung	48
Wie eine Pille das Gesundheitswesen radikal verändern wird	22	Künstliche Intelligenz: In welche Richtung geht die Digitalisierung im Gesundheitswesen?	48
Ärzte und Apotheker planen koordiniertes Vorgehen	23	Service/Rechtsberatung	52
Bedarfsplanung: Reformieren oder abschaffen?	24	Datenschutz: Schärfere Regeln für Arztpraxen	52
Arztberuf	26	Praxis-Webseite: Erfolgreiche Patientenwerbung im Netz	53
Ärztemonitor 2018	26	Behandlungsverträge mit Privatpatienten abschließen	54
Eskalation im Sprechzimmer	28	IGeLn – aber richtig	54
Dokumentation/Formalien	30	Neuer Newsletter „Steuern & Geld“	54
Bundeshauptversammlung 2017: Die wichtigsten Entschlüsse	30	Kommunikation	56
Dr. Christiane Wessel in den Vorstand des NAV-Virchow-Bundes gewählt	31	Epilog	62
Kaspar-Roos-Medaille an Prof. Dr. Paul U. Unschuld	32	Ich bin kein Leistungserbringer, kein Zuweiser, kein Mediziner – ich bin Arzt!	62

Vor der Bundestagswahl 2017: Die Programme

Am 24. September 2017 war Bundestagswahl. Ein Blick in die Parteiprogramme der vier koalitionsfähigen Parteien hat gezeigt, wofür die Parteien gesundheitspolitisch stehen und was niedergelassene Ärzte nach der Wahl erwarten durften.

CDU/CSU

Die Christdemokraten bekennen sich klar zum dualen System und zur ärztlichen Selbstverwaltung. Dem Hausarzt ist weiterhin eine zentrale Rolle zugeordnet; der Beruf soll attraktiver für den Nachwuchs werden. Parallel soll die Unabhängigkeit der freien Gesundheitsberufe gestärkt werden. Ferner ist der Ausbau der Selektivverträge geplant.

Die elektronische Patientenakte soll die sektorenübergreifende Zusammenarbeit stärken und den Weg für ein digital vernetztes Gesundheitssystem bereiten. Die Partei von Bundesgesundheitsminister Gröhe will dafür unter anderem die Fernbehandlung und die Abrechenbarkeit von digitalen Behandlungen erleichtern. Neue Methoden, besonders im eHealth-Bereich, müssen nach CDU-Vorstellung schneller die Zulassung erhalten können. Während der Austausch von medizinischen Daten forciert werden soll, gilt es gleichzeitig, die Cybersicherheit, den Datenschutz und die Datenhoheit der Patienten zu gewährleisten.

Patienten sollen weiterhin den Arzt ihres Vertrauens frei wählen dürfen. Im Zeitalter von Selbstdiagnosen mithilfe von Dr. Google setzt die Union auf Patienteninformation durch ein nationales Gesundheitsportal.

SPD

Die SPD ist mit dem Schlagwort „Bürgerversicherung“ in den gesundheitspolitischen Wahlkampf gestartet. Für Ärzte verbirgt sich dahinter eine uniforme Honorarordnung – in ungeklärter Höhe. Die Sozialdemokraten möchten so die vermeintliche Ungleichbehandlung von Privat- und Kassenpatienten beseitigen. Ob die Ärzteschaft mit Honorarereinbußen durch die Bürgerversicherung zu rechnen hat, bleibt unklar.

In der Gesamtversorgung plädiert die SPD für eine integrierte Bedarfsplanung. Insbesondere soll es mehr Hausärzte geben. Die Telemedizin sehen die Sozialdemokraten „gerade in weniger besiedelten Bereichen“ als weiteres probates Mittel gegen Unterversorgung. Auch die Notfallversorgung will die Partei neu ordnen, nennt jedoch keine Details.

In Sachen eHealth befürwortet die SPD die Einführung der elektronischen Patientenakte. Zugleich brauche es eine „verlässliche einheitliche Telematikinfrastruktur, die ein beispielloses Schutzniveau der sensiblen Daten sichert“, so der Wortlaut des Parteiprogramms.

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

„Bei den Arzthonoraren soll nicht mehr zwischen gesetzlich und privat Versicherten unterschieden werden“, fordern die Grünen und plädieren für eine Bürgerversicherung. Eine Absenkung der GOÄ auf EBM-Niveau bräuchten Ärzte indes nicht zu fürchten; zumindest die Honorarsumme soll gleich-



Bei der Stimmabgabe hat niemand geahnt, wie lange die Regierungsbildung dauern würde.

bleiben. Über Präventionsprogramme, Gesundheitsberatung und -förderung sollen Patienten stärker in die Pflicht genommen werden und das System entlasten.

In der Versorgung sollen Kommunen bessere Steuerungsmöglichkeiten bekommen. Gemeinsam mit den lokalen Krankenkassen können sie dann, nach Vorstellung der Grünen, „Gesundheitsregionen“ bilden, und mit einem lokal verankerten Gesundheitsverbund Versorgungsverträge schließen. Die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sollen zu Gesundheitszentren ausgebaut werden.

Zudem sollen die Aufgaben von Ärzten und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen neu verteilt werden. Die Grünen wollen so „Anreize für mehr teamorientierte Zusammenarbeit auf Augenhöhe [...] und flexiblere, familienfreundliche Arbeitszeiten und -strukturen“ im Gesundheitswesen schaffen.

FDP

Die freien Demokraten verlangen als einzige Partei explizit die Abschaffung der Budgetierung im Gesundheitswesen. Sie wollen darüber hinaus ambulant tätige

Ärzte stärken und Niederlassungen, besonders auf dem Land, fördern.

Die FDP will den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen weiter erhöhen. Zu diesem Zweck sollen die Kassen leichter Sonderverträge direkt mit den Leistungserbringern abschließen können. „Außerdem sollte bei integrierten und bei rein ambulanten Verträgen der besonderen Versorgung auf den Nachweis der Wirtschaftlichkeit verzichtet werden, wenn eine besondere Qualität der Versorgung erreicht wird“, heißt es im Wahlprogramm.

Die Ergebnisse der Bundestagswahl 2017 aus gesundheitspolitischer Sicht

Diese Ärzte ziehen in den Bundestag.

Dem 19. Deutschen Bundestag gehören elf Ärzte an. Dabei gab es einige Überraschungen:

Prof. Dr. **Helge Braun**, Arzt und Staatsminister bei der Bundeskanzlerin, gewann den Wahlkreis 173 (Gießen) mit 35,1 % direkt. Der unterlegene SPD-Kandidat kam auf 28,2 %.

Die Hausärztin **Sabine Dittmar** (SPD) schaffte den Wiedereinzug in das Parlament über Platz 10 der Landesliste Bayern.

Dr. **Kirsten Kappert-Gonther**, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, zieht über Listenplatz 1 der Landesliste Bremen für Bündnis90/Die Grünen ein.

Prof. Dr. **Axel Gehrke** (AfD), Facharzt für Innere Medizin, zieht über Listenplatz 2 (Schleswig-Holstein) in das Parlament ein.

Rudolf Henke (CDU), Internist und stellvertretender Vorsitzender des Gesundheitsausschusses, gewinnt den Wahlkreis 087 (Aachen I) knapp mit 33,7 % gegen die vormalige SPD-Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (32,5 %).

Mit einem aussichtslosen Listenplatz 58 in Nordrhein-Westfalen von vielen bereits abgeschrieben, meldet sich Prof. **Dr. Karl Lauterbach** (SPD), Universitätsprofessor und Arzt, eindrucksvoll zurück: Der Wahlkreis 101 (Leverkusen – Köln IV) geht mit 38,7 % an ihn. Sein CDU-Konkurrent konnte lediglich 30,8 % der Stimmen erzielen.

Dr. **Ursula von der Leyen** (CDU), Ärztin und Bundesverteidigungsministerin hat mit Listenplatz 1 der Landesliste Niedersachsen ein nahezu sicheres Mandat. Ihren Wahlkreis 042 (Stadt Hannover II) verlor sie mit 28,9 % gegen die ehemalige SPD-Generalsekretärin Yasmin Fahimi (33,7 %).

Der Münchner Mediziner **Stefan Pilsinger**, CSU, gewann mit 33,4 % den Wahlkreis 220 (München-West/Mitte).

Dr. **Robby Schlund** von der AfD (Orthopäde) erreichte mit Listenplatz 4 im Wahlkreis 194 (Gera-Greiz-Altenburger Land) den Einzug.

Prof. Dr. **Claudia Schmidtke** (CDU), Fachärztin für Herzchirurgie, gewann mit 35,3 % der Stimmen den Wahlkreis 11 (Lübeck).

Prof. **Dr. Andrew Ullmann** (FDP), Universitätsprofessor und Facharzt für Innere Medizin, rutschte als Nummer 12 der Landesliste Bayern gerade noch in den Bundestag.

(Hinweis: Diese Auflistung beinhaltet keine Zahn- oder Tiermediziner. Trotz sorgfältiger Recherchen besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.)

Ergebnisse aus gesundheitspolitischer Sicht

Auch bei den bis dato in der Gesundheitspolitik aktiven Abgeordneten viel Erwartbares, aber auch die eine oder andere Überraschung:

Der amtierende Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** (CDU) gewinnt den Wahlkreis 108 (Neuss I) direkt mit 44,0 % der Stimmen. Seine parlamentarische Staatssekretärin **Annette Widmann-Mauz**, ebenfalls von der CDU, hat im Wahlkreis 290 (Tübingen) 35,7 % der Erst-



stimmen und folglich das Direktmandat geholt. **Jens Spahn**, vormaliger gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion, amtierender Staatssekretär im Bundesfinanzministerium und CDU-Hoffnungsträger gewinnt in bewährter Manier den Wahlkreis 124 (Steinfurt I – Borken I) sicher und vereint 51,2 % der Erststimmen auf sich.

Bei der CDU kehren weitere in der Gesundheitspolitik bekannte Gesichter in den Bundestag zurück: Dr. **Katja Leikert** gewinnt den Wahlkreis 180 (Hanau) direkt mit 35,3 %. **Karin Maag** gelingt selbiges im Wahlkreis 259 (Stuttgart II) mit 33,5 %, ihr Kollege **Michael Hennrich** erzielt sogar 39,4 % im Wahlkreis 262 (Nürtingen). Der Rechtsanwalt **Dietrich Monstadt** gewinnt mit 32,1 % den Wahlkreis 12 (Schwerin – Ludwigslust-Parchim I – Nordwestmecklenburg I) direkt. Dr. **Roy Kühne** gewinnt den Wahlkreis 052 (Goslar – Northeim – Osterode) mit 39,8 %, Dr. **Georg Kippels** den Wahlkreis 091 (Rhein-Erft-Kreis I) mit 39,2 %, **Tino Sorge** den Wahlkreis 069 (Magdeburg) mit 27,4 % und **Lothar Riebsamen** den Wahlkreis 093 (Bodensee) mit 41,4 % der Erststimmen.

Für die SPD schafft Prof. Dr. **Edgar Franke**, der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses in der abgelaufenen Legislatur, den Wiedereinzug in das Parlament mit 37,7 % der Erststimmen im Wahlkreis 170 (Schwalm-Eder). Die bisherige gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion, **Hilde Matthies**, gelang über Platz 5 auf der Landesliste Baden-Württemberg der Wiedereinzug. Die Gesundheitspolitikerin **Martina Stamm-Fibich** zieht erneut über die Landesliste Bayern ein (Platz 14) und **Bärbel Bas** gewinnt mit 38,3 % den Wahlkreis 115 (Duisburg I). Große Enttäuschung hingegen für **Mechtild Rawert** (SPD): Nach drei Legislaturperioden im Deutschen Bundestag verpasste sie mit Listenplatz 5 auf der Landesliste Berlin den Einzug in den Bundestag und unterlag auch im direkten Vergleich im Wahlkreis 081 (Berlin-Tempelhof-Schöneberg) mit 22,0 % gegen den Rechtspolitiker Dr. **Jan-Marco Luczak** (CDU).

Für die CSU ziehen die aus gesundheitspolitischer Sicht bislang bedeutsamen Abgeordneten Dr. **Georg Nüßlein**, bislang für Gesundheit zuständiger stellvertretender Fraktionsvorsitzender (Wahlkreis 255: Neu-Ulm, 44,6 %) und der im Gesundheitsaus-

schuss tätige CSU-Abgeordnete **Stephan Stracke** (Wahlkreis 257: Ostallgäu, 49,2 %) wieder in den Bundestag. Auch die bisherigen Mitglieder im Gesundheitsausschuss **Erich Irlstorfer** (Wahlkreis 214: Freising, 43,0 %) und Emmi Zeulner (Wahlkreis 240: Kulmbach, 55,4 %) schafften den Wiedereinzug.

Zudem gesundheitspolitisch interessant sind der Wiedereinzug der Gesundheitsausschussmitglieder von Bündnis 90/Die Grünen **Kordula Schulz-Asche**, (Landesliste Hessen, Listenplatz 3) und Maria Klein-Schmeink (Landesliste Nordrhein-Westfalen, Listenplatz 9).

Für die Linkspartei sind zwei bekannte Gesichter wiedergewählt: **Kathrin Vogler** über Platz 11 der Landesliste Nordrhein-Westfalen sowie der Krankenhausexperte **Harald Weinberg**, Platz 4 der Landesliste Bayern.

Jamaika bietet Chancen für Kehrtwende in der Gesundheitspolitik

Nach den Ergebnissen der Bundestagswahl blickt die Öffentlichkeit gespannt auf die Regierungsbildung. Am Vielversprechendsten dabei in den Augen vieler: Eine Jamaika-Koalition, also der erstmalige Zusammenschluss von Union, FDP und den Grünen. Auch der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands sieht in einer Jamaika-Koalition zunächst große Chancen, die Weichen in der Gesundheitsversorgung umzustellen und grundlegend neue Wege zu gehen.

„Mit einer schwarz-gelb-grünen Koalition eröffnet sich die Möglichkeit, die Fehler der Vergangenheit zu beheben. Denn gerade die staatlichen Steuerungsphantasien der Vorzeit haben die strukturellen Probleme der Gegenwart und die Herausforderungen der Zukunft verursacht.

FOTO: DEUTSCHER BUNDESTAG – THOMAS KOEHLER; PROF. DR. CLAUDIA SCHMIDTKE; / JAN KOPEZKY; DEUTSCHER BUNDESTAG – SASCHA E.M. SCHMIDT; ELKE SCHWALBACH; PRIVAT; PRIVATE; TOBIAS KOCH; BENNO KRAEHAHN; ELISA MEYER; PRESSE- UND INFORMATIONSSAMT DER BUNDESREGIERUNG

Damit muss jetzt Schluss sein“, erklärt Dr. Dirk Heinrich, der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes.

„Die seit 30 Jahren andauernde Budgetierung hat zum großen Teil den heute bereits existenten Ärztemangel im ländlichen Raum und in prekären Stadtquartieren verursacht. Sie verhindert Planungssicherheit und Leistungsgerechtigkeit und ist damit eines der Haupthindernisse für den Mediziner Nachwuchs, sich dort niederzulassen, wo es die Versorgung erfordert“, stellt Dr. Heinrich fest. Jamaika könne einen echten Einstieg in den Ausstieg aus der Budgetierung schaffen und eine leistungsgerechte Vergütung in festen Preisen für die Grundversorgung ermöglichen. „Damit kann im Übrigen auch der seit Jahren anhaltende Investitionsstau in den Praxen beseitigt und die dringend erforderlichen Mittel für die Digitalisierung der Praxisärzte bereitgestellt werden. Es kann nicht sein, dass die Politik über eine Milliarde Euro für die Digitalisierung der Krankenhäuser investieren will und die Praxen auf dem flachen Land ohne Gegenfinanzierung für die erforderliche Digitalisierungsoffensive und ohne Breitbandanbindung allein lässt. Denn schließlich wird von der ambulanten Versorgung der Umstieg auf telemedizinische Anwendungen und digitale Kommunikation erwartet“, so Dr. Heinrich.

Niederlassungsfreiheit statt Planwirtschaft

Jamaika kann auch einen weiteren Webfehler im Gesundheitssystem beheben: Die nun seit 25 Jahren bereits andauernde Planwirtschaft bei den Niederlassungsmöglichkeiten von Praxisärzten habe nicht verhindert, dass sowohl im ländlichen Raum als auch in sozial benachteiligten Stadtquartieren Unterversorgung droht.

„Weil aber Planung allein keine neuen Ärzte schafft und sich durch die anhaltende Budgetierung die wirtschaftlichen Bedingungen vor Ort nicht verändern, wird ein weiteres Schärfen von Planungsinstrumenten nicht



Im November 2017 standen alle Zeichen auf Jamaika-Koalition.

zum Ziel führen. Eine ergebnislose Planung mit noch mehr Planung zu beantworten, ist, wie immer wieder mit dem Kopf gegen die Wand zu laufen und jedes Mal ein besseres Ergebnis zu erwarten. Mit dieser Lebenslüge der Gesundheitspolitik muss endlich aufgeräumt werden“, fordert der Vorsitzende des NAV-Virchow-Bundes. Die Zahnärzte geben das beste Beispiel dafür: Seit der Aufhebung der Bedarfsplanung im Jahre 2007 besteht nirgendwo in Deutschland eine Unterversorgung an Zahnärzten. Gleiches sei für den medizinischen Bereich aber nur dann erfolgversprechend, wenn – wie in der zahnärztlichen Versorgung – ein Dreiklang aus ausreichend Studienplätzen, Niederlassungsfreiheit und auskömmlichen Einkommensverhältnissen die Niederlassung gerade auf dem Lande und in der Stadt attraktiv mache.

Echte Stärkung der Selbstverwaltung

Eine weitere Kehrtwende, so der Verband der niedergelassenen Ärzte, muss eine Jamaika-Koalition beim Umgang mit der Selbstverwaltung einleiten: „Es ist scheinheilig, die Folgen von politischen Entscheidungen immer wieder der Selbstverwaltung in die Schuhe zu schieben und sie genau aus diesem Grund immer weiter zu beschneiden. Auch hier ist ein Umdenken erforderlich: Echte Freiberuflichkeit von niedergelassenen Ärzten ist nur mit einer starken Selbstverwaltung möglich. Wer das Hohelied der Freiberuflichkeit singt und zeitgleich die Selbstverwaltung schwächt, legt nur Lippenbekenntnisse ab“, kommentiert Dr. Heinrich.

Was sich die Praxisärzte und Gesundheitspolitiker für die ambulante Versorgung 2021 vorstellen

Mitten in die heiße Phase der Jamaika-Verhandlungen fiel die Bundeshauptversammlung 2017 des NAV-Virchow-Bundes. Da sich Gesundheitspolitiker aller Parteien zu diesem Zeitpunkt nicht öffentlich äußern wollten, musste der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands andere Akteure um ihre

Einschätzung bitten und erlebte interessante Äußerungen. Bei der Öffentlichen Veranstaltung diskutierten Vertreter der Selbstverwaltung und der Gesundheitspolitik zum Thema „Die ambulante Versorgung 2021 – politische Perspektiven für die neue Legislaturperiode“.

Die Bestandsaufnahme der ambulanten Versorgung im Jahr 2017 zeigt: Die Selbstverwaltung und die Politik müssen auf gesellschaftliche Trends reagieren. „Unser Gesundheitssystem muss mit den gesellschaftlichen Entwicklungen gehen“, sagte Wolfgang Zöller, ehemaliger Patientenbeauftragter der Bundesregierung und vormaliger Bundestagsabgeordneter für die CSU. Dazu gehöre es, den Arztberuf attraktiver für den ärztlichen Nachwuchs zu machen.

„Wir müssen mehr Ärzte für den ambulanten Bereich gewinnen“, plädierte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dazu brauche es andere, zeitgemäßere Vergabeverfahren für das Medizinstudium. Generell gäbe es nicht zu wenige Ärzte in Deutschland, sondern die Ärzte würden mit unnützen Dingen belastet. Die Bürokratie müsse abgebaut und ärztliche Kooperationen gefördert werden.

Freiberuflichkeit dem Nachwuchs nahebringen

„Die Freiberuflichkeit ist der Garant für Qualität“, ist Zöller überzeugt. „Heute werden medizinische Entscheidungsträger oft in die Zange genommen“, so Gassen. Kassenprüfungen, hohe Regressforderungen und das umfängliche Regelwerk über wirtschaftliche Zwänge schrecken den Ärztenachwuchs ab. Dem Medizinerachwuchs müsse der Rücken mehr gestärkt werden. „Wir tun zu wenig für junge Mediziner, um ihnen die medizinische Freiberuflichkeit nahezubringen“, kritisierte Dr. Dirk Heinrich in Berlin. Denn die Grundprinzipien der Freiberuflichkeit sind nicht im Medizinstudium enthalten. „Wir als Ärzteschaft müssen unsere Hausaufgaben machen“, so Heinrich.

Medizin wird weiblicher

Ein weiterer Trend, auf den die Ärzteschaft und die Politik reagieren müssen, sei die Feminisierung des Vertragsarztwesens. „Die



Angeregte Diskussion bei der Bundeshauptversammlung 2017.

Medizin wird weiblicher. Deshalb muss die Politik mehr Initiativen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie schaffen, wie zum Beispiel Teilzeitmodelle und flexibles Arbeiten“, forderte Zöller.

Niederlassungsfreiheit

„Die Rahmenbedingungen, nicht die Bedarfsplanung sind der Schlüssel zur Niederlassung“, so Heinrich. Dazu gehören die Niederlassungsfreiheit für Vertragsärzte und die Entbudgetierung. „Man muss Anreize schaffen, mehr Vertragsärzte ausbilden und besser ausbilden“, forderte Heinrich. Hier könne man sich ein Beispiel an den Vertragszahnärzten nehmen. Vertragszahnärzte können seit 2007 frei wählen, wo sie ihre Praxis eröffnen. Nachwuchsprobleme haben sie nicht.

Ende der Budgetierung

Begrenzte Budgets haben weder Ausgaben eingespart noch die Versorgung verbessert. „Wir brauchen den Einstieg in die Entbudgetierung“, betonte Heinrich. Den Einstieg in die Entbudgetierung könne man beispielsweise in Teilbereichen, wie

der ärztlichen Grundversorgung, vornehmen. Nach Berechnungen der KBV würde es einen moderaten Anstieg der Kosten geben, jedoch würden die Kosten keinesfalls unüberschaubar werden, sagte Gassen.

Patienten wieder an Kosten beteiligen

Mittelfristig gehe kein Weg daran vorbei, Patienten wieder an den Gesundheitskosten zu beteiligen, erklärte Heinrich. Denn wer für eine Leistung zahlt, der schätzt auch deren Wert. „Wenn eine Selbstbeteiligung der Patienten wieder eingeführt würde, dann müsse dies in Verbindung mit einer öffentlichen und korrekten Aufklärung erfolgen“, schlug Dr. Heiner Garg, Gesundheitsminister des Landes Schleswig-Holstein (FDP), vor.

Bei den Vertragszahnärzten seien mehr als die Hälfte aller Leistungen Selbstzahlerleistungen. Da gäbe es keine Beschwerden seitens der Patienten, da sie es nicht anders kennen. „Auf lange Sicht hin muss es eine sozialverträgliche und sinnvolle Selbstbeteiligung der Patienten geben“, meinte auch Zöller.

Besser vernetzen

Die Vernetzung zwischen ambulant und stationär müsse ebenfalls besser werden. „Mittelfristig müsse mehr ‘stationär’ ins ‘ambulant’ verschoben werden“, so Heinrich. Das erfordere mehr niedrigschwellige Angebote und eine neue Definition sowie Finanzierung des Belegarztwesens.

Niedergelassene Ärzte warnen vor Einknicken bei der Bürgerversicherung

Nach dem Scheitern der Jamaika-Verhandlungen rückte eine Große Koalition erneut in greifbare Nähe – und mit ihr die Einführung einer Bürgerversicherung. Im Januar 2018 schrieb der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Dirk Heinrich, dazu die Mitglieder des Verbandes an:

„Unser Gesundheitswesen steht am Scheideweg: In dieser Woche verhandeln die Sondierer einer Großen Koalition über eine mögliche Regierungsbildung. Die SPD hat dabei die Einführung einer Bürgerversicherung zur Voraussetzung erklärt. Und Gesundheitspolitiker der Union, wie die Abgeordneten Michael Hennrich und Karin Maag, haben eine einheitliche Gebührenordnung für GKV- und PKV-Patienten – ein wesentlicher Schritt in Richtung Bürgerversicherung – befürwortet. Es geht also um nichts anderes als darum, unser bewährtes und solides Gesundheitswesen von den Beinen auf den Kopf zu stellen“, so der Bundesvorsitzende. Er warnte davor, der SPD mit der Einführung einer „Bürgerversicherung“ ein Zugeständnis für Verhandlungen zu einer Großen Koalition zu machen.

„Das wäre ein Einknicken mit fatalen Folgen: Die Bürgerversicherung verursacht



Union und SPD auf schlingern dem Kurs zur Koalition.

eine unwiederbringliche Zerstörung von funktionierenden Strukturen. Sie ist die Abrißbirne an einem bewährten System, das die Bevölkerung und internationale Organisationen wie die OECD für das beste der Welt halten. Die freie Arztwahl, der niedrigschwellige Zugang zu wohnortnahen Haus- und Fachärzten und die europaweit kürzesten Wartezeiten wären schnell beendet“, prognostiziert der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Dirk Heinrich.

SPD-Schaufenster-Projekt durch die Hintertüre?

„Es ist schon bemerkenswert, wie eine Partei, die wegen ihrer ideologischen Vorstellungen zur ‚sozialen Gerechtigkeit‘ abgewählt wurde, nun offenbar kurz davorsteht, ihr Schaufenster-Projekt durch die Hintertüre durchzusetzen“, erklärt Dr. Heinrich. „Ich kann nur hoffen, dass sich der gesunde Menschenverstand gegen die Ideologen durchsetzt, weil es äußerst verhängnisvoll wäre, ein gutes und zuverlässiges System ohne Not von den Beinen auf den Kopf zu stellen“, erklärt der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes.

„Die ‚Bürgerversicherung‘ ist ein staatliches Gesundheitssystem und hat die Einheitskasse zur Folge. Die Auswirkungen lassen sich im europäischen Ausland beobachten:

Staatliche Systeme sind überall teurer und befördern eine echte Zwei-Klassen-Medizin, weil sich dort parallel zum staatlichen System ein ‚grauer Markt‘ entwickelt, in dem Leistungen von denen, die es sich leisten können, gegen Direktzahlung bezogen werden. Und das ist in der Folge un-solidarisch und ungerecht“, so Dr. Heinrich.

Koalitionsvertrag: Staat übernimmt das Gesundheitswesen

Nach zähen Sondierungen, langen Koalitionsverhandlungen und eine Marathon-Nacht wurden die Vereinbarungen für das Gesundheitswesen im Koalitionsvertrag bekannt: Umgehend nahm der Bundesvorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow-Bund), Dr. Dirk Heinrich, dazu Stellung:

„Die Vereinbarungen zur Gesundheitspolitik atmen den Geist des Misstrauens und der Regulierungswut. Mit einer Vielzahl von Detailregelungen und der Schaffung neuer Institutionen und Gremien sichert sich die Politik den Zugriff auf das Gesundheits-

wesen und baut ihren Einfluss zulasten der bestehenden Selbstverwaltung aus. Die eigentlichen strukturellen Probleme, die durch die anhaltende Budgetierung verursacht werden, gehen die Koalitionäre erst gar nicht an. Während in vielen Bereichen offenbar genug Geld vorhanden ist, werden hier die entsprechenden Mittel verweigert.

So wird eine Erhöhung der Mindestsprechstundenzeit um 25 Prozent vereinbart, ohne eine Aussage zur Gegenfinanzierung zu machen. Ein interessantes Vorhaben innerhalb eines budgetierten Systems, zieht doch eine solche Erhöhung der ärztlichen Arbeitszeit auch Folgekosten, wie etwa Arbeitszeitverlängerung bei unseren medizinischen Fachangestellten nach sich. Aber hier wird deutlich: Sowohl die ärztliche Freiberuflichkeit als auch die ärztliche Selbstständigkeit sollen deutlich eingeschränkt werden.

Sofern alle weiteren geplanten Instrumente umgesetzt werden, ist dieser Koalitionsvertrag der Totenschein für die Selbstverwaltung und die ärztliche Freiberuflichkeit.

Folgende Punkte sind dafür die Indizien:

- > Die ärztliche Honorierung wird mit dem Ziel, sie zu vereinheitlichen, in eine wissenschaftliche Kommission verlagert. Eine neue GOÄ, Grundlage des Freien Berufes Arzt, soll Verhandlungsmasse in dieser Kommission für Arzthonorare werden. Die in weiten Teilen bereits fertiggestellte neue GOÄ rückt damit in weite Ferne.
- > Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Beteiligung der Regierungsfractionen wird die sektorenübergreifende Versorgung für die Bereiche Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung weiterentwickeln.
- > Terminservicestellen sollen in Verbindung mit einer zusätzlichen 'koordinie-



renden Leistung' in der hausärztlichen Versorgung das Terminmanagement für möglichst alle haus- und fachärztlichen Überweisungen übernehmen.

- > In den Zulassungsausschüssen sollen die Länder mit Mitberatungs- und Antragsrecht beteiligt werden.
- > Anstatt die bestehende und überalterte Bedarfsplanung abzuschaffen, soll sie 'kleinräumiger' werden.
- > Der Sicherstellungsauftrag der KVen wird durch eine gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankenhausgesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung ausgehöhlt.

Freiheitsgrade, die unser weltbestes Gesundheitssystem bislang ausmachten, werden abgeschafft. Elemente des Wettbewerbs und des schnellen Zugangs zu Innovationen hingegen werden überhaupt nicht adressiert. Gegenüber all diesen negativen Regelungen treten sinnvolle Verbesserungen wie eine stärkere Förderung der ambulanten Versorgung in ländlichen und strukturell schwachen Regionen in den Hintergrund."

Blick auf den Koalitionsvertrag

Nach einem vertieften Blick in den Koalitionsvertrag zwischen Union und SPD kommentierte der Bundesvorsitzende in einem Mitgliederrundschreiben:

Im Koalitionsvertrag sind CDU, CSU und SPD viele Formelkompromisse eingegangen. Für den Bereich Gesundheit, der zwischen den Akteuren besonders umstritten, ja eigentlich unvereinbar war, wird dies besonders deutlich: Zwar findet sich von der sozialdemokratischen Forderung der **Bürgerversicherung** kein Wort, es sind jedoch einige Elemente enthalten, die in diese Richtung führen können.

Durch eine Absenkung der Bemessungsgrundlage für Kleinselbstständige wird der Gang in die GKV für diese Gruppe attraktiver. Diese Klientel bricht bei der PKV weg.

Ganz beiläufig wird im Bereich der Rentenversicherung eine Bürgerversicherung vorbereitet, in dem die gesetzliche Rente für Selbstständige gegenüber den Versorgungswerken gestärkt wird. Man muss beobachten, wann diese Absicht auch auf den Bereich Gesundheit und Pflege ausgeweitet wird.

Mit der Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung wird eine vermeintliche Gerechtigkeit hergestellt, in Wirklichkeit soll allen zukünftigen Finanzierungsmodellen über eine „Kopfpauschale“ der Garaus gemacht werden.

Die Folge: Es wird eine **schleichende Erosion** bei der PKV vorbereitet. Jetzt wird es spannend, welche Bundesländer dem Weg Hamburgs folgen und die GKV auch für ihre Landesbeamten öffnet.

Weitaus Bedeutsameres geschieht im Bereich der ärztlichen Honorierung. Ent-

gegen aller Logik, entgegen aller juristischen und gesundheitsökonomischen Expertise und entgegen den Willen und dem Selbstbestimmungsrecht der Ärzteschaft soll eine **einheitliche gemeinsame Gebührenordnung** vorbereitet werden. Zwar wird diese in eine „wissenschaftliche Kommission“ delegiert, man sollte aber nicht am entschiedenen politischen Willen zur Umsetzung zweifeln – nicht bei der SPD und auch nicht in Teilen der Union, wo entsprechende Wortspenden namhafter Gesundheitspolitiker aus der jüngsten Vergangenheit ebenfalls bekannt sind.

Für die Gestaltung und Weiterentwicklung der ärztlichen Gebührenordnung, also der Honorierung eines Freien Berufes sind aus konstitutionellen Gründen selbstverwaltende Gremien zuständig. Doch dies stört die künftigen Koalitionäre wenig. Die gesamte Vorarbeit für eine **novellierte GOÄ**, die im Bereich der Leistungsbeschreibungen fertiggestellt ist, ist damit faktisch hinfällig. Daher plädiere ich sehr nachdrücklich dafür, dass Bundesärztekammer und PKV-Verband schnellstmöglich der neuen Staatsministerin Annette Widmann-Mauz das konsentierete Leistungsverzeichnis der GOÄ übergeben – als politisches Zeichen, dass eine aktuelle Gebührenordnung des Freien Berufes Arzt mit dem gesamten Leistungsspektrum fertig vorliegt!

Der Koalitionsvertrag plant darüber hinaus im Bereich Gesundheitspolitik viele Arbeitsgruppen, Kommissionen und Gre-

mien, in denen sich die Politik selbst mehr Einfluss sichert:

- > Die erwähnte wissenschaftliche Kommission zur Angleichung von EBM und GOÄ soll bis Ende 2019 Vorschläge vorlegen.
- > Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Beteiligung der Regierungsfractionen wird die sektorenübergreifende Versorgung für die Bereiche Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung weiterentwickeln.
- > Die bestehenden Zulassungsausschüsse aus Krankenkassen und KVen werden erweitert um die Bundesländer, die ein Mitberatungs- und Antragsrecht erhalten.

Doch damit ist es nicht getan. Weitere Eingriffe in die Selbstverwaltung sind geplant:

- > Anstatt die bestehende und überalterte Bedarfsplanung abzuschaffen, soll sie „kleinräumiger“ werden.
- > Der Sicherstellungsauftrag der KVen wird durch eine gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankenhausesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung ausgehöhlt.
- > Die Terminservicestellen – finanziert übrigens allein von der Ärzteschaft – werde in Verbindung mit einer zusätzlichen „koordinierenden Leistung“ in der hausärztlichen Versorgung für das

Terminmanagement ausgebaut. Die Terminservicestellen sollen die Terminvergabe für möglichst alle haus- und fachärztlichen Überweisungen übernehmen. Es ist davon auszugehen, dass Ausweichtermine im Krankenhaus dann analog zur heutigen Regelung zu Lasten der Gesamtvergütung gehen werden.

Alle diese Vorhaben sind zusammen genommen ein Misstrauensvotum gegenüber allen Gremien der Selbstverwaltung. Die Politik sichert sich ihr zukünftiges direktes Einwirkungsrecht und schafft neue Einflussmöglichkeiten.

Das widerspricht vollkommen dem Ursprungsgedanken der Selbstverwaltung. Diese wird schrittweise abgeschafft, ihre Strukturen werden verstaatlicht. Ich habe deshalb gestern die Teile des Koalitionsvertrages öffentlich als „Totenschein für die Selbstverwaltung“ bezeichnet.

Aber auch die **ärztliche Freiberuflichkeit** wird weiter beschädigt. Das so genannte Mindestsprechstundenangebot für die Versorgung gesetzlich Versicherter soll von 20 auf 25 Stunden erhöht werden. Das ist eine Arbeitszeitverlängerung um 25 Prozent. Und das in einem budgetieren System. Ich fände dies interessant und ambitioniert, wenn diese Forderung mit einer entsprechenden Gegenfinanzierung hinterlegt wäre. Dazu schweigen sich die Koalitionäre allerdings aus.

Eine Ausweitung der Sprechzeiten hat Folgen: Unser medizinisches Fachpersonal muss ebenfalls 25 Prozent mehr arbeiten, schließlich haben wir dank der Kassenbürokratie auch nicht unerheblichen Vor- und Nacharbeitsbedarf. Haus- und Heimbefuche, Mitarbeiteranleitung, Organisation und Fortbildung sind dabei noch gar nicht berücksichtigt. Laut Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) widmen sich Vertragsärzte pro Woche



Koalitionsvertrag:
Politik sichert sich mehr Einfluss

im Durchschnitt 35,8 Stunden gesetzlich versicherten Patienten, Privatpatienten 5,8 Stunden. Für Unfall- und Krankenhaushfälle wenden sie weitere 2,2 Stunden, für Fortbildungen 2,4 Stunden und für das Praxismanagement 4,1 Stunden auf. Die Wochenarbeitszeit von Praxisinhabern mit einer 20-Stunden-Sprechzeitenregelung beträgt also heute schon über 50 Stunden.

Sie sehen, wir haben heute inzwischen eine gute eigene Datenlage, so dass wir diesem Unsinn mit Fakten entgegentreten können.

Ehrlicherweise muss aber auch eingestanden werden: An anderen Stellen wurden substanzielle Verbesserungen vereinbart: Hier sind die Förderung der „sprechenden Medizin“ und die regionalen Zuschläge für die ärztliche Versorgung in wirtschaftlich schwachen und unterversorgten ländlichen Räumen zu erwähnen. Diese sinnvollen Verbesserungen treten aber angesichts der unsinnigen Sprechzeiterhöhung in den Hintergrund.

Dieser Koalitionsvertrag atmet den Geist des Misstrauens und der Regulierungswut. Mit einer Vielzahl von Detailregelungen und der Einsetzung von Gremien und Kommissionen lässt sich unser Gesundheitssystem aber nicht positiv weiterentwickeln. Zur Belebung des Wettbewerbs und zur Sicherung des schnellen Zugangs zu Innovationen findet sich leider kein Wort. Weitere Fragen bleiben unbeantwortet:

- > Welche Zukunft haben Selektivverträge neben dem Kollektivvertrag?
- > Wie sichern wir den Zugang unserer Patienten zu wichtigen Innovationen?
- > Wie wird die Gesundheitsversorgung generationengerecht und nachhaltig finanziert?
- > Wie motivieren wir die nachfolgende Arztgeneration, Patienten zu versorgen?
- > Wie schaffen wir Strukturen, die ländliche Räume und prekäre Stadtquartiere ärztlich versorgen?

- > Und wie sichern wir Freiberuflichkeit in der Arztstätigkeit und die Selbständigkeit in der Berufsausübung?

Das Regieren kann beginnen

171 Tage hat es von der Bundestagswahl bis zur Regierungsbildung gedauert – so lange wie noch nie zuvor in der Bundesrepublik. Mit Jens Spahn (37) ist ein junger, aber im Gesundheitsbereich erfahrener Politiker an die Spitze des Bundesgesundheitsministeriums gewechselt. Der Koalitionsvertrag gibt ihm die Linie für seine Arbeit vor. Der CDU-Politiker hat aber auch eigene Ideen.

Jens Spahn hat diesmal nicht am Gesundheitsteil des Koalitionsvertrags mitgewirkt. Viel Spielraum wird ihm nicht bleiben, da der Vertrag sehr kleinteilig und detailliert gestaltet ist. Eine erste Bestandsaufnahme ist nach zwei Jahren vorgesehen.

Zu den Schwerpunkten der künftigen Gesundheitspolitik gehört die sektorübergreifende Versorgung. Geplant ist die Ein-

setzung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfraktionen im Deutschen Bundestag. Diese soll die sektorübergreifende Versorgung im Hinblick auf verschiedene Faktoren wie die Bedarfsplanung, Zulassung und Honorierung weiterentwickeln. Der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Dirk Heinrich, erachtet die stärkere Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors als sinnvoll. „Es ist jedoch unsinnig, dass die Bund-Länder-Kommission und nicht die Selbstverwaltung die Neustrukturierung im Gesundheitswesen und viele Details regeln soll. Dadurch schafft man eine Art zweiten Gemeinsamen Bundesausschuss.“

Terminservice zehn Stunden täglich

Im ambulanten Bereich soll ferner das Angebot der Terminservicestellen ausgeweitet werden. Künftig sollen diese von 8.00 bis 18.00 Uhr erreichbar sein und auch Haus- und Kinderarzttermine vermitteln. Die Patienten werden bei Nicht-Einhaltung von Terminen nach wie vor nicht in die Pflicht genommen.

Viel Kritik seitens der niedergelassenen Ärzteschaft hat die Regierungskoalition



Vereidigung zum Bundesgesundheitsminister

FOTO: DEUTSCHER BUNDESTAG/ACHIM MEDE

für ihr Vorhaben geerntet, die Mindestsprechstundenzeiten von 20 auf 25 Stunden pro Woche auszuweiten. Dr. Heinrich kritisiert: „Der Staat mischt sich dadurch in den Bundesmantelvertrag ein – und damit in originäre Angelegenheiten der Selbstverwaltung. Sprechstundenzeiten von 20 Stunden sind die Basis des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Eine Ausweitung kommt somit einer Entwertung des EBM gleich.“ Gesundheitsminister Spahn hingegen unterstützt die geplante Maßnahme. In einem Interview mit der Bild am Sonntag (BamS) sagte er: „Es ist einfach ärgerlich, dass ein Privatpatient zu oft viel schneller einen Arzttermin bekommt als ein gesetzlich Versicherter. Die Sprechstundenzeiten, die pro Woche für Kassenpatienten angeboten werden müssen, wollen wir daher ausweiten.“

Bedarfsplanung kleinräumig und flexibel

Laut Koalitionsvertrag soll die Bedarfsplanung kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler werden. Die Zulassungssperren in ländlichen und strukturschwachen Gebieten sollen entfallen. Die Bestimmung obliegt dabei den Ländern. Im BamS-Interview sagte der neue Bundesgesundheitsminister dazu: „Regionen, in denen Ärzte fehlen, müssen wir für diese attraktiver machen. Auch die Sperrung übergroßer Stadtteile für Neuzulassungen gehört dazu. Wir haben so viele Ärzte wie noch nie in der Geschichte Deutschlands. Die Frage ist, wie locken wir sie dorthin, wo sie dringend gebraucht werden.“ Für NAV-Chef Heinrich hat die Sache allerdings einen Haken: „Niederlassungsfreiheit ohne Aufhebung der Budgetierung wird nicht funktionieren, da ansonsten eine Pleitewelle über die Praxen rollen wird.“

Eine weitere Großbaustelle im Gesundheitssystem ist die Notfallversorgung. Diese soll unter gemeinsamer finanzieller Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Landeskrankenhausesgesellschaften sichergestellt werden. Dies ist nach Ansicht

von Dr. Heinrich so aber nicht umsetzbar, da die Krankenhausgesellschaften eingetragene Vereine sind und nicht gegenüber dem Staat rechenschaftspflichtig und haftbar zu machen sind.

Mehr Aufgaben für Pflegekräfte?

Im Bereich Krankenhaus wirft der Koalitionsvertrag viele Fragen auf. Er sieht eine Öffnung der Krankenhäuser mit dem Ziel einer stärkeren interdisziplinären Zusammenarbeit vor. Aussagen zur Finanzierung fehlen allerdings. Ungeklärt ist ferner, woher die 8.000 neuen Pflegekräfte kommen sollen, die die Große Koalition vorsieht. Auch das Modell der Pflegeuntergrenzen

ist nicht ausgereift. So ist nicht festgelegt, was passiert, wenn Personal fehlt und ob die Stationen dann geschlossen werden müssen. Jens Spahn will dem – ohnehin knappen – Pflegepersonal gleich noch weitere Aufgaben aufs Auge drücken. So schlug er auf dem Deutschen Pflorgetag vor, dass Pflegekräfte bestimmte Aufgaben von Ärzten übernehmen sollten. Auch die Ärzte hätten mehr davon, wenn eine gut qualifizierte Pflegekraft Aufgaben übernehmen könne, für die Ärzte keine Zeit mehr hätten, so der Gesundheitsminister. Mehr Luft will er den Pflegern durch eine Entbürokratisierung der Pflege verschaffen. „Man sollte mit mehr Grundvertrauen arbeiten und nicht alles zu Tode dokumentieren“, erklärte Spahn.

Antrittsbesuch im Bundesgesundheitsministerium



Dr. Veit Wambach,
Minister Jens Spahn und
Dr. Dirk Heinrich (v.l.)

Der neue Gesundheitsminister Jens Spahn sprach wenige Tage nach Amtsantritt mit dem Bundesvorsitzenden des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Dirk Heinrich, und Dr. Veit Wambach über die ersten Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag. Zentrale Themen im Gespräch zwischen Minister und NAV-Virchow-Bund waren Terminvergaben und Mindestsprechstundenzeiten, Digitalisierung im Gesundheitswesen so-

wie der Ausbau von Kooperationen und vernetzten Strukturen (Praxisnetze). „Auf Grundlage unserer langen Beziehung haben wir eine gute Gesprächsbasis. Wir werden die Gesetzesvorhaben im Dialog mit dem Minister begleiten und sehen uns auf einem guten Weg. Dabei ist der Ausstieg aus der Budgetierung für uns ein erster wichtiger Schritt“, erklärte der Bundesvorsitzende nach dem Treffen.

Honorarergebnis 2018 geht an Versorgungsrealität vorbei

Der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes hat den im Herbst 2017 getroffenen Honorarabschluss für die niedergelassenen Vertragsärzte scharf kritisiert. „Trotz Überschüssen der Krankenkassen von 17,5 Milliarden Euro wird mit einem Honorarplus von 1,18 Prozent noch nicht einmal der Inflationsausgleich von 1,9 Prozent erreicht“, bemängelte Dr. Dirk Heinrich. Die Kassenfunktionäre an der Bundesspitze hätten sich schon längst von der Versorgungsrealität verabschiedet: „Dort fehlen das Wissen und das Verständnis, was vor Ort in den Praxen an Versorgung geleistet wird. Nur so lässt sich erklären, dass der GKV-Spitzenverband überhaupt keine Honoraranpassungen zugestehen wollte.“

In den Verhandlungen hatte der GKV-Spitzenverband eine Nullrunde, die KBV ein Plus von 2,4 Prozent gefordert.

„Dieser Honorarabschluss ist eine Nullnummer“, so der Bundesvorsitzende. „Damit werden die Praxisärzte von der allgemeinen Lohn- und Gehaltsentwicklung abgekoppelt.“ Er befürchtet, dass der Investitionsstau und der Personalabbau, den das Statistische Bundesamt kürzlich bei niedergelassenen Ärzten festgestellt hat, weitergehen wird. Angesichts von Tarifsteigerungen in den Krankenhäusern, in der Pflege oder bei den Medizinischen Fachangestellten blieben niedergelassene Ärzte weit dahinter zurück. Dies seien keine guten Vorzeichen für die ambulante Versorgung.

Frustrierende Verhandlungen

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Gassen, ließ weder an der Art der Verhandlungen noch an deren Ergebnis ein gutes Haar. Auf der KBV-Vertreterver-

sammlung am 22. September 2017 sagte er, dass die Honorarverhandlungen „in diesem Jahr ungewöhnlich unerfreulich – um nicht zu sagen: frustrierend“ gewesen seien. „Versorgung kann man unter solchen Bedingungen nicht zukunftssicher gestalten und es stellt sich die Frage, ob der GKV-SV an Versorgung überhaupt interessiert ist“, so Gassen. Er forderte die Vertreter des GKV-Spitzenverbandes auf, die Vertragspartnerschaft auch als solche zu leben.

Zufrieden mit dem Verhandlungsergebnis zeigte sich erwartungsgemäß der GKV-Spitzenverband. In einer Pressemitteilung erklärte dessen stellvertretender Vorstandsvorsitzender Johann-Magnus von Stackelberg: „Das ist eine maßvolle Entscheidung, die sowohl den Honorarinteressen der niedergelassenen Ärzte als auch denen der Beitragszahler gerecht wird.“

Investitionsstau abbauen

Dr. Heinrich appellierte an die künftige Bundesregierung, dringend den gesetzlichen Ablauf der Honorarverhandlungen zu prüfen. „Und eine weitere wichtige Aufgabe einer neuen Bundesregierung ist die Beendigung der Budgetierung. Als Einstieg dazu müssen zunächst alle Leistungen der haus- und fachärztlichen Grundversorgung aus der Budgetierung herausgenommen werden. Nur so lässt sich der bestehende Investitionsstau in den Praxen abbauen und der Beruf des Praxisarztes in selbstständiger oder angestellter Form erhalten“, so der NAV-Chef.



Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat schließlich folgende Steigerungen für das Jahr 2018 beschlossen:

> Der Orientierungswert steigt ab 1. Januar 2018 für alle Leistungen um 1,18 Pro-

zent auf 10,6543 Cent. Dies entspricht einer Honorarerhöhung von ca. 438 Millionen Euro.

> Für extrabudgetäre Leistungen – wie beispielsweise Vorsorgeuntersuchungen

– ist ein Plus in Höhe von 400 Millionen Euro vorgesehen.

> Für die Leistungen des nichtärztlichen Praxispersonals (NäPa) erhalten die niedergelassenen Ärzte 63 Millionen Euro.

Appell zur Einigkeit: Ausstieg aus der Budgetierung ist gemeinsame Aufgabe

Mit Blick auf die anstehenden Herausforderungen in der ambulanten Versorgung appelliert der Bundesvorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands an die Einigkeit aller Praxisärzte: „Die ambulante Versorgung unserer Patienten kann nur gemeinsam gelingen. Daher ist es widersinnig, wenn sich eine Arztgruppe gegenüber allen anderen als unverzichtbar erklärt und für sich reklamiert, allein qualifiziert und legitimiert zu sein, im Mittelpunkt der Versorgung zu stehen“, stellt der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Dirk Heinrich, fest.

Daher müsse der erste Schritt einer neuen Bundesregierung sein, den Einstieg in den Ausstieg aus der Budgetierung zu beschlie-

ßen: „Hierzu müssen zunächst alle Leistungen der Grundversorgung entbudgetiert werden. Dies muss für Leistungen der Hausärzte wie der Fachärzte gleichermaßen gelten“, fordert Dr. Heinrich.

Das entsprechende gemeinsame Signal von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und den in der Allianz deutscher Ärzteverbände zusammengeschlossenen Berufsverbänden von Haus- und Fachärzten sei dabei ein erstes wichtiges Zeichen in Richtung Politik gewesen. Es verdeutliche, dass die Praxisärzte über alle Fachgruppen hinweg die Versorgung vor Ort mitgestalten wollen. Zur Allianz deutscher Ärzteverbände gehören neben dem NAV-Virchow-Bund MEDIGeno, der Hartmannbund, die GFB, der Berufs-

verband deutscher Internisten und der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands.

„Die Fachärzte für Allgemeinmedizin sind und bleiben ebenso wie die hausärztlichen Internisten erster Ansprechpartner für den Patienten und Koordinator multimorbider Menschen. Aber beispielsweise auch die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin als ‚Hausärzte der Kinder‘ oder die Gynäkologen als ‚Hausärzte der Frauen‘ leisten heute bereits Grundversorgung. Wenn nun eine Arztgruppe allein um das größte Stück vom Kuchen kämpft, anstatt gemeinsam dafür zu sorgen, dass die Torte größer wird, ist das für mich zu kleines Karo. Es wird den anstehenden Aufgaben, wie beispielweise der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung, der weiteren Ambulantisierung und Spezialisierung sowie den Herausforderungen durch die Digitalisierung, auch nicht gerecht“, erklärt der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, der Haus- und Fachärzte gleichermaßen vertritt.

„Ich hoffe sehr, dass wir ärztlichen Funktionsträger in den Verbänden nun auf eine gemeinsame Linie zurückkehren, weil uns die Grabenkämpfe der Vergangenheit nicht mehr weiterbringen. Das muss sich in den Köpfen vieler altgedienter ärztlicher Funktionsträger erst noch ändern. Ich bin hierzu jedoch sehr zuversichtlich, weil diese neue Gemeinsamkeit bei den jungen Kolleginnen und Kollegen vor Ort längst schon in gemeinsamer Versorgungsverantwortung praktiziert wird“, so Dr. Heinrich.



Einigkeit statt Grabenkämpfe

Experten belegen: Einheitliche Gebührenordnung ist juristischer und wirtschaftlicher Unsinn

Pünktlich zu den Koalitionsverhandlungen haben sich führenden Rechtswissenschaftler in einem Memorandum mit dem Titel „Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem?“ zu Wort gemeldet. Dies ließ kein gutes Haar an den politischen Bestrebungen, die bestehenden Gebührenordnungen zu vereinen – gleich auf welcher Basis. Zu dem Memorandum bezog auch gleich der NAV-Virchow-Bund Stellung:

„Führende Juristen und Ökonomen mit Expertise im Gesundheitswesen belegen

den Koalitionären schwarz auf weiß: Eine einheitliche Gebührenordnung führt zur Beitragsexplosion oder wirft essentielle Prinzipien des Rechtsstaates über Bord. Die einheitliche Gebührenordnung ist der Unsinn des Jahres, der schnellstmöglich beendet werden sollte.

Fünf der renommiertesten Juristen und Ökonomen des deutschen Gesundheitswesens kommen in ihrem Memorandum zur einheitlichen Gebührenordnung gemeinsam zum Ergebnis, ein solcher Systemumbruch wäre aus juristischer, politischer

und wirtschaftlicher Sicht fragwürdig und höchst bedenklich. Die SPD sollte das Thema angesichts der vorliegenden juristischen Fachexpertise endlich von der Agenda nehmen.

Die Wahrheit ist: Eine einheitliche Gebührenordnung nach den Vorstellungen der SPD wäre ein völlig neues Konstrukt, das mindestens zehn bis 15 Jahre Entwicklungszeit benötigen würde. Sie löst schon allein wegen der langen Vorlaufzeit keines der vorgegebenen Probleme. Um die Ursachen für Terminverschiebungen – die fälschlicherweise immer als Zwei-Klassen-Medizin beschrieben werden – zu beheben, sollte stattdessen endlich die Budgetierung beendet werden.“

Heinrich: „Ende der Budgetierung heißt Ende der Zwei-Klassen-Medizin“

Immer noch wird von vielen der Zusammenhang zwischen der anhaltenden Budgetierung und den Terminkapazitäten in den deutschen Arztpraxen bestritten oder nicht zur Kenntnis genommen. Wer die Patientenversorgung verbessern wolle, so der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, müsse den Honorardeckel bei der Vergütung für gesetzlich Versicherte (GKV) abschaffen. In einer Stellungnahme des NAV-Virchow-Bundes heißt es weiter: „Ein Ende der Budgetierung heißt Ende der immer behaupteten Zwei-Klassen-Medizin“, so Dr. Dirk Heinrich, der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes. Der Verband reagiert damit auf die jüngsten Äußerungen von Unionsfraktionschef Volker Kauder, der SPD bei den Koalitionsverhandlungen beim Thema Gesundheit entgegenkommen zu wollen.

Die Reform der GKV-Honorare müsse unabhängig von der Bezahlung durch selbstzahlende, meist dann privat versicherte

Patienten angegangen werden. Eine Angleichung der Honorare, wie von der SPD gefordert, käme einer Mammutaufgabe für mehrere Legislaturperioden gleich, warnt der NAV-Chef: „Alle Experten – auch die der SPD – sind sich einig: eine einheitliche Gebührenordnung ist nicht umsetzbar; jedenfalls nicht binnen einer, nicht einmal binnen zweier Legislaturen. Fachleute

schätzen, dass ein solches Projekt bestenfalls in zehn bis 15 Jahren zu verwirklichen ist.“ GKV-Budgets und PKV-Honorare seien schlichtweg nicht kompatibel, so Heinrich.

Die Auswirkungen einer solch massiven Systemveränderung wären völlig unklar. Heinrich: „Die heutigen Entscheider werden alle diese Auswirkungen nicht mehr



Komplizierte Abrechnung – unbefriedigend für Ärzte und Patienten

FOTO: LOPATA/AGENTIS.DE

zu vertreten haben, weil sie dann ihre Mandate schon längst los sind. Wir sitzen aber weiterhin in unseren Sprechzimmern vor unseren Patienten.“ Ein Ende der Budgetierung sei hingegen schnell umsetzbar, so Heinrich weiter.

Gleichzeitig mahnt Heinrich die Politik zu mehr Ehrlichkeit: „Wer heute Versprechungen macht, die morgen nicht eingehalten werden können, leistet dem grassierenden Vertrauensverlust in die Politik Vorschub.“ Die SPD wolle den Wählern verkaufen, dass die Terminprobleme in einigen Fachgruppen mit einem Schlag beendet werden können. „Das wird nicht passieren. Denn das eigentliche Problem liegt im budgetierten Honorar, das Ärzte für die Behandlung von GKV-Patienten erhalten“, so Heinrich. Der Ärztemangel und die Ursachen hierfür werden von der Politik ausgeblendet.

Vor diesem Hintergrund von einer „Zweiklassen-Medizin“ zu sprechen, diffamiere die gesamte Ärzteschaft, stellt Heinrich klar. Wer bei 90 Prozent der Menschen in Deutschland die Arzthonorare willkürlich drosselt und gleichzeitig Stimmung gegen eine Minderheit von Privatpatienten mache, handele angesichts des Ärztemangels unverantwortlich, so der Bundesvorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands.

Länger arbeiten, weniger Geld?

Das „Ende der Zweiklassenmedizin“ war das gesundheitspolitische Kernthema der SPD im Bundestagswahlkampf und in den Koalitionsverhandlungen. Auch wenn der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach nach wie vor sicher ist, „dass die Bürgerversicherung langfristig kommt“ – fürs erste ist sie gescheitert.



Doch die Sozialdemokraten haben eine weitere Idee aus dem Hut gezaubert, die die gefühlte Zweiklassengesellschaft in den Wartezimmern beenden soll: die Angleichung der Arzthonorare für Kassen- und Privatpatienten. Damit soll erreicht werden, dass die Behandlung von Privatpatienten für Ärzte weniger lukrativ und die Behandlung von GKV-Patienten aufgewertet wird. Ein Memorandum führender Rechtswissenschaftler kommt jedoch zu dem Schluss, dass verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Vereinheitlichung sprechen. „Eine einheitliche Gebührenordnung führt zur Beitragsexplosion oder wirft essentielle Prinzipien des Rechtsstaates über Bord. Die einheitliche Gebührenordnung ist der Unsinn des Jahres, der schnellstmöglich beendet werden sollte“, kommentiert der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Dirk Heinrich, das Gutachten.

Keine Vorteile für GKV-Versicherte

Kritik an einer Angleichung der Arzthonorare kommt auch von Vertretern der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Maßnahme gehe zulasten ihrer Beitragszahler. „Die Einführung

einer einheitlichen Honorarordnung würde 90 Prozent der Menschen derzeit keinerlei Vorteile bringen, aber die privat Versicherten entlasten“, sagte der Vizevorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Johann-Magnus von Stackelberg. Eine Angleichung der Honorare ohne Anpassung der ärztlichen Leistungen bedeute vor allem, dass die gesetzliche Krankenversicherung für die gleichen Leistungen mindestens sechs Milliarden Euro mehr bezahlen müsse. Es gebe keinen Grund anzunehmen, dass dies tatsächlich dazu führt, dass gesetzlich Versicherte schneller Arzttermine erhalten, so von Stackelberg.

Längere Sprechzeiten ohne Gegenfinanzierung

Ähnlich kritisch reagiert die Ärzteschaft auf die derzeit diskutierte Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten von 20 auf 25 Stunden. Für Patienten ist diese Idee sicherlich attraktiv, die niedergelassenen Ärzte sind hingegen verärgert, da es kein Modell zur Gegenfinanzierung gibt. Dr. Dirk Heinrich sieht darin einen Angriff auf die Freiberuflichkeit und Selbständigkeit der Ärzte: „Eine Ausweitung der Sprechzeiten hat Folgen: Unser medizinisches Fachpersonal muss

ebenfalls 25 Prozent mehr arbeiten, schließlich haben wir dank der Kassenbürokratie auch nicht unerheblichen Vor- und Nacharbeitungsbedarf. Haus- und Heimbefuche, Mitarbeiteranleitung, Organisation und Fortbildung sind dabei noch gar nicht berücksichtigt“, erklärt der Bundesvorsitzende.

Er befürchtet, dass kein Versorgungsbe- reich so stark betroffen sein wird wie die hausärztliche Versorgung: „Die Anhebung der Sprechstundenzeiten um 25 Prozent ist eine klare Anti-Hausarzt-Regelung.“ Eine Erhöhung der Sprechzeiten könnte somit ungewollt zulasten der zeitintensiven Haus- und Pflegeheimbesuche gehen. Dieser Bumerangeffekt sei wohl kaum beabsichtigt gewesen. Heinrich gibt zu bedenken, dass viele junge Hausärztinnen in der Familienphase solche Arbeitsbedingungen nicht mehr akzeptierten. Zudem müssten viele Hausärzte im Rentenalter ihre Praxen endgültig schließen, weil sie – meist aufgrund erfolgloser Nachfolgersuche – nur noch mit reduzierter Stundenzahl für ihre Patienten da sind. „Diese Regelung ist kurzsichtig und in ihren Folgen für die Patienten sogar gefährlich, weil sie das hausärztliche Praxissterben anheizt“, kritisiert der Bundesvorsitzende.

Auch bei diesem Thema war der GKV-Spitzenverband vorgeprescht und hatte sogar gefordert, dass Ärzte mit einer vollen Zulassung mindestens 30 Sprechstunden wöchentlich für gesetzlich Krankenversicherte anbieten müssten.

Ärzte arbeiten über 50 Stunden pro Woche

Laut Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) widmen Vertragsärzte gesetzlich versicherten Patienten bereits heute 35,8 Stunden pro Woche, Privatpatienten durchschnittlich 5,8 Stunden. Für Unfall- und Krankenhausfälle wenden sie weitere 2,2 Stunden, für Fortbildungen 2,4 Stunden und für das Praxismanagement 4,1 Stunden auf. Die Wochenarbeitszeit

von Praxisinhabern mit einer 20-Stunden-Sprechzeitenregelung beträgt also jetzt schon über 50 Stunden.

Terminvergaben: Studie mit mangelhaften Schlussfolgerungen

Eine Untersuchung der Hamburg Center for Health Economics (HCHE) schlägt hohe Wellen. Demnach erbringen Ärzte zum Quartalsende seltener Leistungen, die über Pauschalen und Globalbudgets vergütet werden, und nehmen dann weniger gesetzlich versicherte Patienten für einen Routinetermin an. Die Studie basiert auf Daten der Techniker Krankenkasse.

Vom Ansatz her richtig, in der Umsetzung und Schlussfolgerung jedoch mangelhaft, lautet der Kommentar der Bundesvorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, Dr. Dirk Heinrich. „Die Studie verschleiern die wahren Probleme im Gesundheitswesen, weil sie nicht wissenschaftlich genug und von zu wenig Systemkenntnis getragen ist.“

Dass gegen Ende des Quartals viele niedergelassene Ärzte aufgrund der Budgetierung weniger Termine vergeben können, sei seit Jahren bekannt. „Das hat nichts mit Schlechterstellung von gesetzlich Versicherten zu tun, sondern damit, dass Arztpraxen wirtschaftlich arbeiten müssen. Wenn am Quartalsende die Einnahmen sinken, müssen sie auch die Kosten senken – sprich: Die Sprechzeiten einschränken. Das kann im Übrigen auch nicht, wie fälschlicherweise immer angenommen wird, durch Privatpatienten kompensiert werden.“

Insofern leiste die Studie keinen nennenswerten Erkenntnisgewinn. Zudem sei die Untersuchung nicht repräsentativ angelegt und sie ignoriere wichtige Effekte, etwa dass Facharzttermine auf Überweisung gegen Quartalsende zurückgehen, weil dann auch die überweisenden Hausärzte weniger Termine anbieten können.

Aufklärung hätte eine tiefergehende Analyse bringen können, ob bei ausreichendem Budget eine gleichförmige Patientennahme über das ganze Quartal gewährleistet werden könne. Dies ist beispielsweise in Thüringen der Fall. Dort werde die hausärztliche Versorgung nämlich zu über 100 Prozent bezahlt, erklärt Dr. Heinrich.



Die einzige richtige „Therapie“ aus Sicht der niedergelassenen Ärzte sei, die Budgetierung aufzuheben. Als erster Schritt müsse diese Entbudgetierung bei allen Leistungen der haus- und fachärztlichen Grundversorgung umgesetzt werden. „Damit würden nicht nur die Terminschwierigkeiten, sondern auch die Verteilungsprobleme in der ambulanten Versorgung gelöst“, ist der Vorsitzende des NAV-Virchow-Bundes überzeugt.

Notfallversorgung: Sektorengrenzen müssen durchlässiger werden

Die Neustrukturierung der Notfallversorgung wird eine der größten Herausforderungen für Politik und Selbstverwaltung der noch jungen Legislaturperiode. Die steigenden Patientenzahlen bei gleichzeitiger Alterung der Gesellschaft bringen die aktuellen Notfallversorgungsstrukturen an die Belastungsgrenze. Eine Reihe von Vorschlägen und Visionen steht im Raum. Jetzt muss die neue Regierung zügig handeln.

Lange Zeit wurde das Problem der steigenden Fallzahlen in den Krankenhaus-Notaufnahmen ausgeblendet. Inzwischen hat man es erkannt und analysiert. Experten schätzen, dass rund 60 Prozent der Notfallpatienten gar keine echten Notfälle sind. Sie landen häufig aus Unwissenheit im Krankenhaus anstatt in der Praxis – Unwissenheit darüber, dass es den ärztlichen Bereitschaftsdienst gibt und was er leisten kann.

Aber hinter dem Phänomen steht auch ein neues Anspruchsverhalten der Patienten, von Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes, als „Zalando-Mentalität“ bezeichnet. Heinrich mahnte

wiederholt, dass die teuerste Form der Versorgung, nämlich die stationäre, trotz solcher Tendenzen nicht zur Regel werden dürfe.

Nach langen Grabenkämpfen scheint nun bei den Entscheidern und Akteuren die Einsicht gereift, dass dieses Problem nur kooperativ gelöst werden kann. Vertreter der niedergelassenen und der im Krankenhaus angestellten Ärzte haben zusammen ein neues Konzept erarbeitet. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen präsentierte kurz vor der Wahl seine Vision von der Notfallversorgung der Zukunft. Diese und andere Vorschläge, die seit einigen Wochen kursieren, haben vor allem eines gemeinsam: Sie denken die Notfallversorgung sektorenübergreifend.

Zentrale Anlaufstelle für alle Notfallpatienten

Demnach soll der Patient eine einzige Anlaufstelle für alle Sektoren haben. Dort wird er dann unter anderem nach Dringlichkeit und Zuständigkeit triagiert. Ob er die 112 oder die 116 177 wählt, ob er den

Bereitschaftsdienst oder die Notaufnahme aufsucht, überall sollen niedergelassene und Klinikärzte möglichst gemeinsam und vernetzt arbeiten. Damit das klappt, müssen beispielsweise auch IT-Schnittstellen zwischen Krankenhaus, Praxis und Rettungsdienst geschaffen werden. Für Experten ein weiterer, drängender Grund, die Digitalisierung im Gesundheitswesen nicht noch weiter zu verschleppen.

Viele der neuen Konzepte sehen darüber hinaus vor, einzelne Krankenhausstandorte von der Notfallversorgung auszuschließen. Die höhere Behandlungsqualität in spezialisierten Krankenhäusern sei etwa bei Schlaganfällen für das Patientenwohl relevanter als längere Transportwege. Nach den Vorstellungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) könnten beispielsweise die derzeit 44 Berliner Kliniken sogar auf 16 reduziert werden. Diese Überlegungen spielen auch mit in die Diskussion um eine Reform der Bedarfsplanung.

Bei den niedergelassenen Ärzten könnte der Bereitschaftsdienst auf ein 24-Stunden-Angebot ausgebaut werden. Der



Sachverständigenrat spricht sich zudem dafür aus, dass Arztpraxen längere und arbeitnehmerfreundlichere Sprechzeiten anbieten sollen, beispielsweise abends und an Wochenenden. Auch dadurch könne die Zahl der ambulanten Notfallbehandlungen gesteigert werden.

Mehr Gewinner als Verlierer

Kritische Stimmen zu den sektorenübergreifenden Notfallkonzepten wurden bislang vor allem aus dem Lager der Krankenhausträger und der Krankenkassen laut. Beide befürchteten, dass de facto ein „dritter Sektor“ geschaffen würde. Der NAV-Virchow-Bund dagegen hat die Förderung der ärztlichen Kooperation schon vor Jahren zu einer seiner Schwerpunktaufgaben gemacht.

Die Notfallversorgung ist, nach der Einschätzung des Sachverständigenrats, schon heute in einer Situation, in der die Beteiligten durch Kooperation viel mehr gewinnen können als sie zu verlieren glauben. Ihre Neugestaltung könnte daher ein erster Schritt auf einem Weg hin zu durchlässigeren und vernetzten Strukturen im gesamten Versorgungsgeschehen sein.

Wie eine Pille das Gesundheitswesen radikal verändern wird

Wenn in den USA ein Medikament zugelassen wird, ist das selten ein politisches Thema. In diesem Fall aber doch. Denn die erste „digitale Tablette“ des Herstellers Proteus beweist: Die Digitalisierung greift immer schneller und tiefer in das Gesundheitswesen ein. Umbrüche zeichnen sich ab.

Was für manche nach Science Fiction klingt, ist bereits Realität: Ein intelligentes



Die Digitalisierung krepelt das Arzt-Patienten-Verhältnis um.

Medikament meldet dem Arzt mittels Sensor und Funktechnologie, ob es vom Patienten wie verordnet eingenommen wurde. „Die Digitalisierung wird körperlich“, urteilt Deutschlands Digital-Guru und Gastreferent auf der Bundeshauptversammlung 2016, Sascha Lobo in seiner SPIEGEL ONLINE-Kolumne.

Via PC, Smartphone und zuletzt Wearables sei uns die Technologie in den letzten zwanzig Jahren immer näher gerückt, vom Tisch über die Handfläche zum permanenten Hautkontakt der Smart Watches. Als konsequenter nächster Schritt werde sie in den Körper eindringen, glaubt Lobo. Bereits in zehn Jahren könnten sich Menschen Nanoroboter ins Gehirn implantieren lassen und sich mit dem Internet vernetzen.

Zum Vergleich: Ebenfalls nur zehn Jahre ist es her, dass Apple das iPhone vorstellte und damit den Alltag und die Gewohnheiten der Menschheit revolutionierte. Laut Lobo steht nun ein ähnlicher Umbruch im Gesundheitswesen bevor. Und er kommt schnell: Während das Telefon noch 50 Jahre brauchte, um sich weltweit durchzusetzen, schaffte es der Computer in 14 Jahren, der iPod in vier.

Datenbegeisterung schwappt ins Gesundheitswesen

Patienten bestimmen mit ihrem Nutzungsverhalten, welche Technologien sich behaupten. Lobo prognostiziert: Viele werden sich den Arzt danach aussuchen, ob er ihre selbsterhobenen Gesundheitsdaten auslesen und analysieren kann. Ärzte, die sich der Digitalisierung verweigern, laufen Gefahr, Patienten zu verlieren. In Deutschland beginnt die digitale Euphorie im Gesundheitswesen gerade erst. Einer aktuellen Forsa-Umfrage im Auftrag der AOK Baden-Württemberg zufolge möchten 27 Prozent der Befragten Videosprechstunden bei ihrem Arzt nutzen; die Bertelsmann Stiftung kam in einer eigenen Erhebung auf 45 Prozent.

Beliebter ist die digitale Patientenakte, die rund 80 bis 90 Prozent der Deutschen befürworten. Sie erhoffen sich unter anderem eine bessere Vernetzung der vorhandenen medizinischen Informationen, dadurch Zeitersparnis sowie bessere Diagnostik und Therapie.

Gleichzeitig fürchtet deutlich mehr als die Hälfte, dass die Daten missbraucht werden – sowohl innerhalb des GKV-Systems als

auch vom Staat und von kriminellen Dritten. Das hat das Marktforschungsinstitut SPLENDID RESEARCH herausgefunden. Acht von zehn Patienten wollen selbst über die gespeicherten Daten bestimmen dürfen.

In der Realität dürften Datenschutzbedenken ganz schnell von der grassierenden Dateneuphorie geschluckt werden, glaubt Lobo. Wenn Menschen einen Vorteil davon hätten, teilten sie selbst Informationen über ihre Geschlechtskrankheiten, wie die Plattform hulahq zeige.

Technik schlauer als Ärzte?

Gesundheit wird zum digitalen, mobilen Lebensstil. Immer mehr Daten sind vorhanden und können von Künstlichen Intelligenzen (KI) verknüpft und analysiert werden. Schon jetzt gibt es KI, die beispielsweise MRT- und CT-Aufnahmen schneller und zuverlässiger befunden als erfahrene Radiologen. In China hat der Roboter „Xia Yi“ den nationalen Test für Mediziner überdurchschnittlich gut bestanden. Entwickler und Anwender betonen, dass solche KI Ärzte unterstützen und beraten sollen, aber nicht ersetzen.

Google, Apple und Co. sind bereits einen Schritt weiter. Aus der Summe der Daten von Wearables und Smartphones können sie schon heute einzelne Krankheiten, etwa Herzrhythmusstörungen und Depression, diagnostizieren. Die Trefferquote von deutlich über 90 Prozent ist zumindest für Medizinlaien äußerst eindrucksvoll. Die Konzerne beziehen auch Daten mit ein, die Ärzte bislang noch gar nicht nutzen.

Der Digitalverband Bitkom rief deshalb jüngst nach einer bundesweiten KI-Strategie. Deutschland müsse die Chancen der technologischen Entwicklung für sich nutzen. Ähnliches gab Sascha Lobo den Haus- und Fachärzten bereits 2016 mit auf den Weg. Bei der Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes mahnte er die niedergelassenen Ärzte,

ihre Vogel-Strauß-Taktik zu beenden und die Digitalisierung im Gesundheitswesen aktiv mitzugestalten. Das Feld dürfe nicht den Konzernen überlassen werden.

Ärzte und Apotheker planen koordiniertes Vorgehen

Ärzte und Apotheker wollen die Digitalisierung im Gesundheitswesen sinnvoll und im heilberuflichen Interesse vorantreiben. Um dieses Ziel zu erreichen, haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände eine entsprechende Absichtserklärung unterzeichnet.

In diesem „Letter of Intent“ sprechen sich beide Verbände für die Telematikinfrastruktur (TI) als wichtige Basis einer voranschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen aus. Gleichzeitig fordern sie, dass neue Technologien in die Weiterentwicklung der TI einfließen.

Digitalisierung hat dienenden Charakter

KBV und ABDA sehen in den Anwendungen der Digitalisierung Instrumente zur

Unterstützung der heilberuflichen Tätigkeit, heißt es in der Absichtserklärung. Digitalisierung habe dienenden Charakter und ersetze keine Entscheidungen von Ärzten oder Apothekern. Vielmehr erweitere sie deren Handlungsspektrum zum Wohle des Patienten. KBV und ABDA wollen mit der Digitalisierung das Primat der heilberuflichen Entscheidungs- und Therapiefreiheit unter Einbindung der Patienteninteressen stärken. Zudem beeinflussten eine ausgeprägte Vernetzung, optimierte Prozessabläufe und eine hohe Arbeitsteilung sowohl die Effektivität als auch die Effizienz in der Gesundheitsversorgung nachhaltig positiv.

Raum für datensichere sektorale Anwendungen

In der Erklärung betonen KBV und ABDA, dass auch ein Bedarf für eigene sektorale Anwendungen besteht. Deren Kompatibilität zur TI sei wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Digitalisierungsprozess im Gesundheitswesen. Dabei sei der Datenschutz, insbesondere der Schutz sozialer Daten, ebenso wie das Recht auf informationelle Selbstbestimmung ein hohes gesellschaftliches Gut. KBV und ABDA stimmen darin überein, dass auch nach Veröffentlichung der europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) sowie des Vertrauensdienstegesetzes Regelungen zum Datenschutz weiterentwickelt



Ärzte und Apotheker wollen die Digitalisierung gemeinsam vorantreiben

werden müssen, um den Versorgungsalltag rechtssicher und am Therapieerfolg orientiert zu gestalten. KBV und ABDA setzen sich für die Gestaltung der Datenschutzstandards im Sinne der Patienten ein, um Verständlichkeit und Wirksamkeit eigener Schutzrechte zu gewährleisten und gleichzeitig die Erfordernisse einer verbesserten Arzneimitteltherapie in den Fokus zu rücken.

Ausbau der intersektoralen Kommunikation

Besonders wichtig sei das Ziel, die intersektorale Kommunikation zwischen den Leistungserbringern auszubauen. Primär sei der sichere elektronische Austausch zwischen den ambulant tätigen Ärzten sowie den Apothekern in einem heilberuflichen Netzwerk stärker voranzutreiben. KBV und ABDA sind sich einig, dass es schnellstmöglich zu einer verbesserten, aber sicheren direkten elektronischen Kommunikation zwischen Heilberuflern kommen muss, damit die Arzneimitteltherapiesicherheit gerade im Falle von Polymedikation verbessert wird. Der bundesweite Medikationsplan sei nur ein erster Schritt und nicht ausreichend.

Einführung der elektronischen Patientenakte

Auch in diesem Sinne sei die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) ein wichtiges Vorhaben bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Ärzte und Apotheker setzen sich gemeinsam für deutschlandweit einheitliche Standards und Schnittstellen ein. Die gebündelten Kompetenzen und das Know-how von Ärzten und Apothekern müssten in die Erarbeitung dieser einheitlichen Standards und Schnittstellen einfließen. Laut Absichtserklärung „werden KBV und ABDA die Entwicklungen der Krankenkassen und ihrer Dienstleister gemeinsam verfolgen, bewerten und, wo sinnvoll, unterstützen.“

„Die Digitalisierung bietet sinnvoll eingesetzt viele Chancen. Uns ist es wichtig, diesen Prozess sinnvoll zu gestalten und die Kompetenz der Ärzte und Apotheker einzubringen“, erklärte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV. „E-Health darf nicht nur ein Schlagwort sein, sondern muss die Heilberufe unterstützen und Nutzen für die Patienten stiften. Ärzte und Apotheker wollen deshalb die Zukunft gemeinsam gestalten“, sagte ABDA-Präsident Friedemann Schmidt. Wo es sich anbietet, wollen Ärzte und Apotheker hierzu ihre Ressourcen bündeln.

Bedarfsplanung: Reformieren oder abschaffen?

Das ärztliche Angebot in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird über die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht gesteuert. Beide wurden mit dem Gesundheitsstrukturgesetz im Jahr 1992 eingeführt und basieren bis heute auf den damals erhobenen Verhältniszahlen zwischen Bevölkerung und niedergelassenen Ärzten. Nach Inkrafttreten der Neufassung der Bedarfsplanung-Richtlinie zum 1. Januar 2013 kann das Leistungsangebot nach Arztgruppen deutlicher differenziert werden. Doch nach wie vor wird weder der zukünftige Versorgungsbedarf erhoben, noch der tatsächliche Bedarf gesteuert, sondern überwiegend die regionale Verteilung der Ärzte.

Dies sieht auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) so. In ihrem Acht-Punkte-Programm „Strukturwandel gemeinsam bewältigen“ schreibt die Körperschaft: „Die bisherigen gesetzlichen Vorgaben für die Bedarfsplanung reichen – trotz der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz angestoßenen Reform – immer noch nicht

aus, um dem regionalen Versorgungsbedarf ausreichend Rechnung zu tragen.“ Es bestehe dringend Handlungsbedarf. „Die Verhältniszahlen, die für die Bedarfsplanung maßgeblich sind – nämlich wie viele Ärzte welcher Fachrichtung werden bei einer Einwohnerzahl X benötigt –, müssen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts, des demografischen Wandels und der Ambulantisierung der Medizin angepasst werden“, heißt es in dem Papier. Die KBV folgert daraus, dass die Bedarfsplanung weiterentwickelt werden muss: von einer reinen Zulassungsplanung zu einer echten Bedarfsplanung. Die Festlegung des Bedarfs dürfe sich nicht ausschließlich an der Demografie der Bevölkerung orientieren, sondern müsse um indikationsbezogene Parameter und regionale Strukturparameter ergänzt werden. Zusätzliche Arzt- und Psychotherapeutenstellen müssten gegenfinanziert werden.

NAV-Virchow-Bund für komplette Abschaffung

Der NAV-Virchow-Bund geht einen Schritt weiter. Er spricht sich dafür aus, die Bedarfsplanung für Vertragsärzte komplett aufzuheben. „Die Bedarfsplanung basiert rein auf statistischen Verhältniszahlen, die noch nie patientenorientiert waren. Sie bilden weder den realen Behandlungsbedarf noch die kommende demografische Entwicklung ab“, kritisierte der Bundesvorsitzende des Verbandes, Dr. Dirk Heinrich. Er betonte, dass es eine Illusion sei, durch Planung mit Zahlen von gestern die Versorgungslücken von morgen schließen zu können. „Auch Ärzte folgen dem aktuellen Trend zu Urbanisierung und lassen sich eher dort nieder, wo es sich gut leben und arbeiten lässt. Eine Umverteilung von Ärzten aus den Städten in ländliche Regionen ist deshalb nicht realisierbar. Die Patienten müssen mobiler werden und sind es – insbesondere auf dem Land – bereits heute.“ Der Bundesvorsitzende erklärte, dass Praxen in den Ballungsräumen schon heute viele Patienten aus dem Umland ver-



Steigende Praxisausgaben treffen auf einen miesen Honorarabschluss.

sorgten. Diese Mitversorgereffekte blieben bei der aktuellen Bedarfsplanung völlig unberücksichtigt.

Ein weiterer Aspekt: Durch die Freigabe der Niederlassungsmöglichkeiten entstünden endlich wettbewerbliche Elemente, soweit sie im Gesundheitswesen möglich sind. Voraussetzung dafür sei jedoch Transparenz im Leistungsgeschehen und eine stärkere Einbeziehung des Patienten in dieses, beispielsweise durch mehr Eigenverantwortung und angemessene Eigenbeteiligung.

Für Dr. Heinrich steht fest, dass Deutschland eines der besten Gesundheitssysteme der Welt hat. „Der Versorgungsstandard ist hoch und eine flächendeckende medizinische Infrastruktur ist sichergestellt.“ Laut einer Studie des Bundesinstituts für Bau-, Raum und Stadtforschung aus dem Jahr 2015 sind Hausärzte in strukturschwachen Landgemeinden durchschnittlich nur 2,4 km entfernt. Die nächste Einkaufsmöglichkeit liegt über 3 km entfernt und in die nächste Apotheke sind es schon 3,3 km. „Auch wenn die Wege in Einzelfällen weiter sind, zeigt sich, dass die Ärzte recht

gut über das Land verteilt sind“, so der NAV-Vorsitzende.

Zahnärzte ohne Zulassungsbeschränkungen

Ein Beispiel, dass medizinische Versorgung auch ohne politisch verordnete Steuerungselemente funktionieren kann, ist die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für Vertragszahnärzte. Bereits 2007 – mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes – wurden die entsprechenden Regelungen ersatzlos gestrichen. Begründet wurde dieser Schritt u. a. mit der erheblichen Eigenbeteiligung der Kassenpatienten. Die Gefahr von Leistungsausweitungen und angebotsinduzierter Versorgung wurde als weniger groß eingestuft als im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung. Ebenso konnten die befürchtete „Flucht“ der Zahnärzte in die Ballungszentren und Versorgungengpässe im ländlichen Raum nicht festgestellt werden. Allerdings gibt es – wie bei den niedergelassenen Ärzten – einen Trend weg von der Einzelpraxis hin zur Anstellung.

Ärztemonitor 2018

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte klagen nach wie vor über zu viel Bürokratie in der Arztpraxis. Dies belegen die Zahlen aus dem aktuellen Ärztemonitor, den der NAV-Virchow-Bund gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Oktober 2018 vorgelegt hat.

Mit durchschnittlich 7,4 Wochenstunden hat die Verwaltungstätigkeit nach der Patientensprechstunde den größten Anteil an der ärztlichen Arbeitszeit. Mit 8,2 Wochenstunden wenden Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sogar mehr Zeit für Verwaltungsarbeit auf als alle anderen Ärzte. Die Mär von der verwaltungsarmen

Arbeit in MVZ stimmt also nicht. Dennoch sind Ärzte, die in größeren Einrichtungen arbeiten, am zufriedensten (Einzelpraxis 75 %, MVZ 85 %).

Die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen ist insgesamt hoch und liegt bei 78 %. Die Befragung hat jedoch ergeben: Je mehr Patienten ein Arzt pro Tag behandelt, desto unzufriedener ist er. Hier schließt sich der Kreis, denn die überdurchschnittlich zufriedenen angestellten Ärzte und die MVZ-Ärzte behandeln deutlich weniger Patienten am Tag als ihre selbstständigen Kollegen. Zudem sind auch in Teilzeit tätige Ärzte mit 88 % zufriedener als ihre Vollzeit arbeitenden Kollegen (77 %).

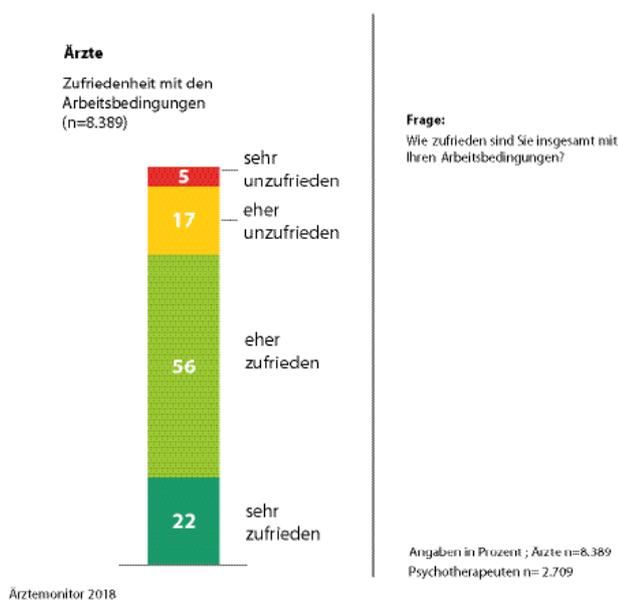
Auch hier haben die MVZ die Nase vorn, denn in Einzelpraxen arbeiten 90 % der Ärzte in Vollzeit, in MVZ nur 50 %.

Die Quintessenz aus diesen Zahlen ist aber nicht, dass möglichst viele Ärzte in MVZ arbeiten sollten. Der NAV-Virchow-Bund setzt sich für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für selbstständige Haus- und Fachärzte ein. Mit MVZ-Ärzten und angestellten Ärzten allein kann die Versorgung nicht auf dem heutigen Niveau aufrechterhalten werden, wie die geringere Zahl an behandelten Patienten und die hohe Teilzeitquote zeigen. „Die eigene Praxis und die Selbstständigkeit müssen weiter gefördert werden“, so der Verband der niedergelassenen Ärzte. Bei einem anhaltenden Trend zur Anstellung sind mehr Medizinstudienplätze notwendig, um Versorgungslücken vorzubeugen.

Die Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen ist – neben dem großen bürokratischen Aufwand – auch auf den Faktor Zeit zurückzuführen. So beklagen fast 60 % der Ärzte, nicht ausreichend Zeit für ihre Patienten zu haben. Insbesondere die Hausärzte sind bereits jetzt ausgelastet – und das, obwohl sie durchschnittlich 33 Stunden pro Woche für ihre Patienten da sind. Ärzte, die weniger als 20 Wochenstunden für die Sprechstunde aufwenden, sind in der Regel angestellt, in Teilzeit tätig oder arbeiten überwiegend nicht mit Patienten.

Zufriedener als in den Vorjahren sind die Ärzte mit ihrem Einkommen und der wirtschaftlichen Situation ihrer Praxis. So gaben 75 % der Hausärzte und 64 % der Fachärzte an, eher zufrieden oder sehr zufrieden mit

Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen: bei Ärzten hohe Zufriedenheit



Zufriedenheit mit persönlichem monatlichem Einkommen:
seit 2012 steigende Zufriedenheit mit dem Einkommen



Ärzte

Frage:
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem persönlichen monatlichen Einkommen aus Ihrer Arbeit? (denken Sie an Zufriedenheit mit Ihrem Gehalt...)

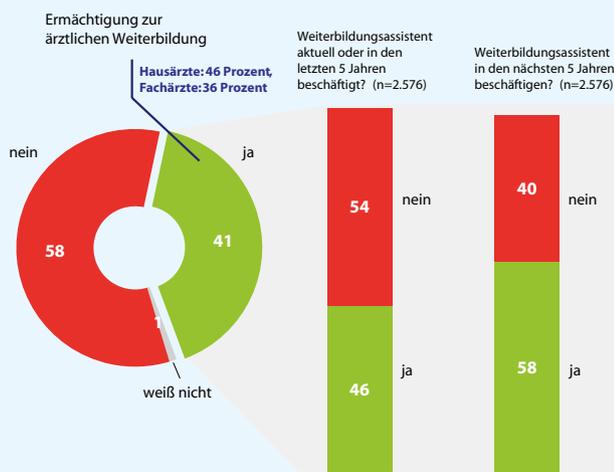
an 100% Fehlende: weiß nicht, keine Angabe
Angaben in Prozent:
2018: n=8.383, 2016: n=8.192
2014: n=8.093, 2012: n=8.272

ÄrzteMonitor 2018

Mittlerweile verfügen 41 % über eine entsprechende Ermächtigung (2016: 37 %). 46 % davon beschäftigen aktuell oder beschäftigten in den letzten fünf Jahren einen Weiterbildungsassistenten. Immerhin 58 % planen die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten in den nächsten fünf Jahren. Diese Zahlen zeigen, dass die Ärzte die Notwendigkeit erkannt haben, die Weiterbildung der jungen Kollegen aktiv zu fördern. An dieser Stelle fordert der NAV-Virchow-Bund nachdrücklich eine klare Regelung der Finanzierung.

Der Ärztemonitor hat ferner ergeben, dass das Interesse der niedergelassenen Ärzte an vernetzten Strukturen ungebrochen groß ist. 27 % der Befragten gaben an, in einem Ärztenetz zu arbeiten (2016: 26 %). 38 % haben schon einmal darüber nachgedacht, sich an einem Netz zu beteiligen. Und 39 % haben sich bereits über Ärztenetze beraten lassen.

Weiterbildung in der Praxis:
vier von zehn Ärzten mit Ermächtigung zur Weiterbildung



Der Ärztemonitor ist eine deutschlandweite Befragung ambulant tätiger Ärzte und Psychotherapeuten. Dazu führt das Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas) Telefoninterviews mit rund 11.000 per Zufallsprinzip ausgewählten Ärzten und Psychotherapeuten zu deren Arbeitssituation durch. Es handelt sich bereits um die vierte Befragung dieser Art, die der NAV-Virchow-Bund in Kooperation mit der KBV durchführt.

ihrer aktuellen wirtschaftlichen Situation zu sein. Seit dem ersten Ärztemonitor 2012 ist auch die Zufriedenheit mit dem monatlichen Einkommen deutlich gestiegen: von 58 % auf 73 % bei den Hausärzten und von 55 % auf 68 % bei den Fachärzten. An diesen Zahlen lässt sich ablesen, dass die steigende Unzufriedenheit der Ärzte

überwiegend den Arbeitsbedingungen mit immer mehr Bürokratie, einem hohen Patientenaufkommen und großem Zeitdruck geschuldet ist.

Leicht zugenommen hat die Zahl der Ärzte, die einen Weiterbildungsassistenten beschäftigen bzw. die dazu bereit sind.

Eskalation im Sprechzimmer

Meldungen über Angriffe auf Rettungssanitäter, Feuerwehrleute und Polizisten haben sich in den letzten Monaten wie ein roter Faden durch die Medienberichterstattung gezogen. Dass die gesellschaftliche Verrohung auch vor den Praxistüren der niedergelassenen Ärzte nicht Halt macht, zeigt der aktuelle Ärztemonitor, eine repräsentative Befragung unter rund 12.000 Ärzten, die alle zwei Jahre vom NAV-Virchow-Bund und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) durchgeführt wird. Das erschreckende Ergebnis: Jeder vierte ambulant tätige Arzt hat in seinem Berufsleben schon physische Gewalt durch Patienten erlebt.

Deutlich höher sind die Zahlen zu verbaler Gewalt: Sie kommt bundesweit 2.870 Mal pro Tag vor, vier von zehn Ärzten waren bereits betroffen. Laut Ärztemonitor nimmt verbale Gewalt zu, je größer die Praxis ist, während körperliche Gewalt zunimmt, je kleiner die Praxis ist. „Gewalt ist längst Alltag in unseren Praxen. Und es wird immer schlimmer. Die allgemeine Verrohung und ein immer höheres Anspruchsdenken sind die Ursache dafür“, erklärt Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes.

Ansprüche treffen Realität

Der HNO-Arzt hat in seiner Hamburger Praxis sowohl körperliche als auch verbale Gewalt erlebt. „Meistens entzünden sich die Angriffe daran, dass Patienten nicht das bekommen, was sie wollen“, so die Erfahrung des NAV-Vorsitzenden. Begehrt sind schnelle Termine, bestimmte Medikamente und Bescheinigungen. Anders als viele seiner Kollegen hat Heinrich bereits Patienten wegen massiver Beleidigungen angezeigt. Laut Umfrage melden die Ärzte nur etwa jeden vierten Angriff



bei der Polizei. Zu wenig, findet der Bundesvorsitzende und appelliert an seine Kollegen, sich mit juristischen Mitteln zu wehren, damit die Täter nicht ungeschoren davonkommen.

Medienberichte aus den vergangenen Monaten zeigen, mit welcher Brutalität manche

Patienten ihre Ärzte angreifen. So verletzte ein Mann in Stuttgart eine Ärztin und ihre Sprechstundenhilfe schwer, weil die Freundin des Mannes sich falsch behandelt fühlte. In Zwiesel fügte ein Patient seinem Arzt, der ein psychiatrisches Gutachten über ihn verfassen sollte, Stichwunden am Hals zu. Vergleichsweise harmlos wirkt dagegen der

Fall einer jungen Frau in Erfurt, die mit Einrichtungsgegenständen um sich warf, weil sie die Praxis nicht verlassen wollte. Die weniger spektakulären Beschimpfungen und Pöbeleien, die Alltag in Arztpraxen sind und oftmals von den Medizinischen Fachangestellten abgefangen werden, finden in der Öffentlichkeit hingegen kaum Gehör.

Nachholbedarf

NAV-Virchow-Bund und KBV fordern von der Politik ein höheres Strafmaß für tätliche Angriffe auf Ärzte und ihr medizinisches Personal. Für Polizisten, Feuerwehrlente und Rettungsdienstmitarbeiter ist ein entsprechender neuer Straftatbestand – „Widerstand gegen oder tätlicher Angriff auf Personen, die Vollstreckungsbeamten gleichstehen (§ 115 StGB)“ – bereits in Kraft. Bei ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten besteht allerdings Nachholbedarf. Einen ersten Schritt in diese Richtung ist der 121. Deutsche Ärztetag in Erfurt gegangen, indem er einem Antrag zugestimmt hat, der eine Ausweitung des § 115 StGB auf niedergelassene Ärzte und ihr Fachpersonal fordert.

Nachholbedarf besteht allerdings auch bei der Vorsorge, die die Praxen selbst gegen Übergriffe treffen. Dreiviertel der Befragten haben keinerlei Maßnahmen initiiert. Neun Prozent belassen es bei Konfliktmanagement und Deeskalationstraining. KBV-Chef Dr. Andreas Gassen empfiehlt den Praxen, sich auf Gewaltvorfälle vorzubereiten. „Ärzttekammern und Kassenärztliche Vereinigungen helfen mit Beratungen. Die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sollten mögliche kritische Situationen mit ihren Teams besprechen und Schutz- und Verhaltensregeln festlegen“, erklärte Gassen in der „Bild am Sonntag“. Dass Arzt-Patienten-Kontakte immer häufiger eskalieren, führt der Vorstandsvorsitzende der KBV auch auf das populistische Ärzdebashing durch Politik und Krankenkassen zurück. „Wer ständig einen kompletten Berufsstand verbal krimina-

lisiert, braucht sich nicht zu wundern, wenn dies zur Gewalt in Praxen führt“, so Gassen.

Pro Jahr gibt es rund eine Milliarde Arzt-Patienten-Kontakte und über 600 Millionen Behandlungsfälle im Rahmen der ambulanten Versorgung in den Praxen der Niedergelassenen.

Bundeshauptversammlung 2017: Die wichtigsten Entschlüsse

Mit den drei Kernforderungen

- > Ende der Budgetierung,
 - > Wiedereinführung der Niederlassungsfreiheit und
 - > mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen
- beendeten die Delegierten des NAV-Virchow-Bundes ihre Beratungen zur Bundeshauptversammlung 2017 in Berlin. Sie setzten damit ein deutliches Zeichen der Praxisärzte in Richtung der derzeit sondierenden Teilnehmer einer „Jamaika-Koalition“.

Ende der Budgetierung

In 30 Jahren Budgetierung im Gesundheitswesen wurden immer mehr Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert, ohne dass das entsprechende Geld gefolgt ist. Die Budgetierung ist heute eines der Haupthindernisse für

junge Mediziner, sich niederzulassen. Hier muss ein Einstieg in den Ausstieg aus der Budgetierung zumindest bei den haus- und fachärztlichen Leistungen der Grundversorgung gefunden werden, fordert der Verband der niedergelassenen Ärzte.

Wiedereinführung der Niederlassungsfreiheit

Seit der Abschaffung der Niederlassungsfreiheit vor rund 25 Jahren hat sich eines gezeigt: Mit Planwirtschaft lässt sich keine Versorgung organisieren. Planwirtschaft schafft keine neuen Ärzte und eine weiterführende Differenzierung der bestehenden Planungsinstrumente verschleiert nur die bisherigen grundsätzlichen Fehler. Daher fordert der NAV-Virchow-Bund die Wiedereinführung der Niederlassungsfreiheit, die der Verband erstmals 1960 vor

dem Bundesverfassungsgericht erstritten hat.

Die Zahnärzte machen es vor: Sie dürfen sich seit 2007 wieder frei niederlassen. Die Folge: Probleme von Unterversorgung im ländlichen Raum oder in schwierigen Stadtquartieren wurden gelöst. Auch für junge Zahnärzte ist es attraktiv, ihre Praxis im Bayerischen Wald oder in sozialen Brennpunkten von Städten zu eröffnen. Dafür gibt es drei Gründe:

- > ausreichend ausgebildeter (Zahn-) Mediziner-Nachwuchs,
- > attraktive und leistungsgerechte Vergütung und
- > Niederlassungsfreiheit, also die Möglichkeit, sich im Wettbewerb frei niederzulassen und das wirtschaftliche Risiko dieser Standortwahl zu tragen.

Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen

Als dritten Punkt forderten die Praxisärzte in ihrer Diskussionsrunde mit Gesundheitspolitikern den Ausbau des Wettbewerbs. Dieser Wettbewerb darf sich keinesfalls – wie bisher – um die besten Risiken oder den geringsten Zusatzbeitrag drehen. Er muss sich stattdessen auf einen angemessenen und leistungsgerechten Preis und vor allem auf die Qualität konzentrieren. Praxisärzte scheuen diesen Qualitätswettbewerb nicht.

Ein Dauerbrenner ist die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Delegierten appellierten an die Bundesärztekammer und den Verband der Privaten Krankenversicherungen, sich bei den Ver-



Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Heiner Garg sprach auf der BHV 2017.

handlungen an den Honorarsteigerungen von 18 Prozent in vier Jahren bei der Gebührenordnung der Unfallversicherung (UV-GOÄ) zu orientieren. „Der von beiden Parteien diskutierte Preiskorridor von 5,8 Prozent in drei Jahren muss noch einmal auf den Verhandlungstisch“, betonte die Bundeshauptversammlung.

Reform der Notdienstversorgung zentrales Thema

Als „zentrales Projekt der ärztlichen Selbstverwaltung“ bezeichneten die Delegierten die Neuausrichtung der Notdienstversorgung. Als Lösung wird eine zentrale, sektorenübergreifende Anlaufstelle für alle Patienten innerhalb des ärztlichen Notdienstes („Ein-Tresen-Prinzip“) vorgeschlagen. In diesem Zusammenhang warnen die niedergelassenen Ärzte die Bundesregierung und die gesetzlichen Krankenkassen davor, bestehende Herausforderungen in der hausärztlichen Versorgung oder bei Not- und Bereitschaftsdiensten mit der institutionellen Öffnung von Krankenhäusern zu beantworten. „Nur niedergelassene Ärzte werden die ambulante wohnortnahe Versorgung mit entsprechend hoher Qualität und Wirtschaftlichkeit zukunftsfest sicherstellen. Dies gilt auch und gerade für den ärztlichen Bereitschafts- und Notdienst“, heißt es in der EntschlieÙung.

Weitere Themen der Bundeshauptversammlung waren unter anderem die Abschaffung der Terminservicestellen, die Digitalisierung und die Wiederbelebung des Belegarztwesens. Alle EntschlieÙungen und weitere Informationen finden Sie auf den Sonderseiten zur Bundeshauptversammlung 2017 unter www.nav-virchow-bund.de.

Resolution: Solidarität mit polnischen Ärzten

Der NAV-Virchow-Bund hat sich zudem mit der polnischen Ärzteschaft solidarisch erklärt, die für eine Verbesserung ihrer

Arbeitsbedingungen kämpft. Um auf die Misere aufmerksam zu machen, waren Ärzte im Nachbarland in den Hungerstreik getreten. Sie fordern von der polnischen Regierung eine angemessene Anhebung der Gesundheitsausgaben, um eine adäquate und stabile Patientenversorgung gewährleisten zu können.

Dr. Christiane Wessel in den Vorstand des NAV-Virchow-Bundes gewählt

Dr. Christiane Wessel ist in den Vorstand des NAV-Virchow-Bundes gewählt worden. Die Wahl im Rahmen der Bundeshauptversammlung am 4. November erfolgte ohne Gegenstimmen bei einer Enthaltung.

Die Nachwahl war erforderlich geworden, nachdem Dipl.-Med. Mathias Coordt nach seiner Wahl in den Vorstand der KV Berlin von allen Ämtern im NAV-Virchow-Bund zurückgetreten war.

Die 58-Jährige ist niedergelassene Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

in Friedrichshain-Kreuzberg. Im September übernahm Sie den Vorsitz der Landesgruppe Berlin/Brandenburg des NAV-Virchow-Bundes. Sie ist außerdem Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin.

„Ich freue mich über das Vertrauen, das die Delegierten der Bundeshauptversammlung mir entgegengebracht haben“, so Wessel. „Zum einen werde ich mich besonders für den Erhalt der Freiberuflichkeit unseres Berufsstandes und die Stärkung der Selbstverwaltung und insbesondere des Ehrenamtes einsetzen.“

Des Weiteren möchte sie die Unterstützung des ärztlichen Nachwuchses in den Fokus ihrer Verbandsarbeit stellen. Ziel sei es, durch bessere Arbeitsbedingungen und eine ausgewogene Work-Life-Balance die Niederlassungsbereitschaft junger Kolleginnen und Kollegen zu fördern, so das neue Bundesvorstandsmitglied. Ihr Engagement soll zudem der Förderung der ambulanten Weiterbildung gelten. „Die fachärztliche Weiterbildungsordnung muss bundesweit geändert werden. Alle Facharztrichtungen müssen einen Teil ihrer Weiterbildung verpflichtend ambulant absolvieren“, erklärte Wessel.



Dr. Dirk Heinrich (links) und Dr. Veit Wambach gratulieren ihrer neuen Vorstandskollegin Dr. Christiane Wessel.



URKUNDE

**Der NAV-Virchow-Bund,
Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.,
verleiht**

Herrn Prof. Dr. phil. Dr. phil. habil. Dr. med. habil. M.P.H. Paul Ulrich Unschuld

in Würdigung seiner langjährigen Verdienste die

Kaspar-Roos-Medaille.

Professor Paul Unschuld, geboren am 19. August 1943 im schlesischen Lauban, schloss zunächst das Studium der Pharmazie, dann der Sinologie und der Politischen Wissenschaften an der Universität München ab. Er promovierte 1971 in Sinologie und Politik mit summa cum laude. Es folgte ein Studium der Public Health an der John-Hopkins-University in Baltimore, das er 1974 mit einem Master of Public Health beendete. Es folgte die Habilitation in der Geschichte der Pharmazie 1979 an der Universität Marburg, die Umhabilitation für Geschichte der Medizin 1982 an der Universität München und die Habilitation in Sinologie 1983 ebenfalls an der Universität München.

In seiner akademischen Laufbahn war er unter anderem von 1975 bis 1984 Professor an der Johns-Hopkins-University Baltimore von 1986 bis 2006 C4-Professor und Vorstand des Institutes für Geschichte der Medizin an der Universität München und ist seit 2006 Inhaber der Horst-Görtz-Stiftungsprofessur für Theorie, Geschichte und Ethik Chinesischer Lebenswissenschaften an der Charité-Universitätsmedizin Berlin.

Im Zentrum seiner Arbeit steht die Heilkunde im Allgemeinen und darin enthalten die ärztliche Tätigkeit im historischen Kontext. Durch seinen wissenschaftlichen Schwerpunkt, den chinesischen Lebenswissenschaften, durch seine zahllosen Reisen zu Konferenzen und Forschungsaufenthalten in allen Teilen der Welt hat er einen universellen Blick auf die Geschichte der Medizin von der Antike bis zur Gegenwart.

Professor Unschuld ist bis zum heutigen Tage für zahlreiche wissenschaftliche Publikationen im In- und Ausland als Autor oder beratend tätig. Seit 2006 ist er Träger des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland am Bande.

Durch seine kontinente umfassende, wissenschaftliche Arbeit und sein reiches Bild von der Tätigkeit des Arztes in zahlreichen Epochen und gesellschaftlichen Zusammenhängen hat Professor Unschuld eine Definition der ärztlichen Freiberuflichkeit abgeleitet, die inzwischen einen deklarativen Charakter hat und damit Gegenwart und Zukunft prägt. Die drei Grundsätze der ärztlichen Freiberuflichkeit nach Professor Unschuld sind

- > das eigenständige Schaffen von Wissen,
- > die unabhängige Anwendung des ärztlichen Wissens und eine eigene Berufsaufsicht sowie
- > der Erhalt der Kontrolle über die ärztliche Vergütung.

Kern seiner wissenschaftlichen und publizistischen Arbeit ist es, diese Werte zu vermitteln und gegen alle Angriffe von außen wie von innen zu verteidigen. Dabei nutzt er seine wissenschaftliche Expertise einerseits und sein klares Wort andererseits.

Er vermittelt die ärztliche Freiberuflichkeit in die eigenen Reihen gleichermaßen wie gegenüber allen anderen Partnern im System. Er stellt dabei stets klar, dass Freiberuflichkeit keine antiquierte Eitelkeit eines Berufsstandes, sondern als ein wesentliches Wirkelement medizinischen Handelns im gesellschaftlichen Kontext und im Miteinander zwischen Patient, Arzt, und allen anderen Akteuren für ein funktionierendes Gesundheitswesen notwendig ist.

Diesen Grundsatz der Freiberuflichkeit verteidigt Professor Unschuld insbesondere gegenüber politischen und gesellschaftlichen Entwicklungen sowie gegenüber der stetig fortschreitenden Ökonomisierung eines immer noch gemeinwohlorientierten Gesundheitswesens.

Professor Unschuld hat mit seiner Arbeit und seinem Wirken Großes für den ärztlichen Berufsstand geleistet und ist für die Zukunft ein elementarer Bezugspunkt im Diskurs um Werte und Selbstverständnis des Arztes. Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., zeichnet Professor Unschuld daher mit der Kaspar-Roos-Medaille aus.

Berlin, den 3. November 2017

„WIE GEHT
ES DIR?“

„Prima, ich
habe meine
Blutzuckerwerte
im Griff.“

**DAMIT ES IHNEN GUT GEHT, TUN WIR
BEI SANOFI ALLES, UM SIE EIN LEBEN
LANG ZU UNTERSTÜTZEN.**

Als ein führendes Gesundheitsunternehmen sind wir an Ihrer Seite, von den ersten Minuten bis ins hohe Alter. Entdecken Sie mehr auf www.sanofi.de



SANOFI
Empowering Life

AUS DEN LANDESGRUPPEN

BADEN-WÜRTTEMBERG

Neue Chefin der Landesgruppe Baden-Württemberg will junge Ärztinnen und Ärzte aufs Land holen

Dr. Brigitte Szaszi ist neue Vorsitzende der Landesgruppe Baden-Württemberg des NAV-Virchow-Bundes. Die Allgemeinmedizinerin folgt auf Dr. Berthold Spahlinger, der 2017 in den Ruhestand trat.

Szaszi will ihre berufspolitische Arbeit darauf fokussieren, dem Ärztemangel entgegenzuwirken und die Niederlassungsbereitschaft unter jungen Ärzten zu fördern. „Die Niederlassung muss – besonders in der Peripherie – für junge Kolleginnen und Kollegen attraktiver werden. Insbesondere auf dem Land brauchen wir bei zunehmender Überalterung der Bevölkerung auch in Zukunft engagierte Ärzte. Dabei

gilt es auch, den zunehmenden Anteil an Ärztinnen zu berücksichtigen, die Familie und Beruf vereinbaren möchten.“ Die verheiratete Ärztin hat selbst zwei Kinder im schulpflichtigen Alter.

Wichtig ist Szaszi auch, dass junge Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen bereits während der Weiterbildung die Tätigkeit im ambulanten Bereich kennenlernen. So könnten schon früh Kontakte geknüpft und potentielle Nachfolger gefunden werden.

Die neue Chefin der Landesgruppe Baden-Württemberg fordert zudem mehr Studi-

enplätze, neue Regeln für die Auswahlkriterien zur Studienzulassung und eine transparentere, leistungsgerechte Vergütung in Form von Einzeleinstellungen. Im Praxisalltag solle es mehr Zeit für den Arzt-Patienten-Kontakt geben, der bürokratische Aufwand müsse reduziert werden.

Szaszi war bereits seit 2015 Mitglied des Landesvorstandes. Neben dem stellvertretenden Landesvorsitzenden Dr. Klaus Bogner gehören noch Dr. Rolf Seyffer, Dr. Herbert Mann, der ehemalige Bundesvorsitzende Dr. Maximilian Zollner sowie Dr. Fritz Lenz dem Vorstand der Landesgruppe Baden-Württemberg an.

Mit überörtlichen BAG gegen den Landarztmangel

Deutschlandweit wird Ärztenachwuchs für Praxen auf dem Land gesucht. Die Baden-Württembergische Landesvorsitzende Dr. Brigitte Szaszi glaubt, Geld alleine reicht nicht, um die Niederlassung attraktiver zu machen. Die Landärztin mit zwei schulpflichtigen Kindern weiß, worauf es ankommt:

„Junge Kollegen schreckt nicht nur das finanzielle Risiko einer Niederlassung auf dem Land ab. Sie suchen auch gute Lebens- und Arbeitsbedingungen“, sagt Szaszi. Beides fänden junge Ärzte in städtischen



Dr. Brigitte Szaszi ist neue Landesgruppenchefin in Baden-Württemberg

FOTO: PRIVAT

Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Darum brauche das Land ein Gegenmodell, etwa eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG).

Mehr Flexibilität für junge Ärzte auf dem Land

In einer überörtlichen BAG könnten Szaszi zufolge erfahrene Ärzte die Koordination, Supervision und Weiterbildung übernehmen; junge Ärzte hätten erfahrene Mentoren zur Seite. „Bei guter Vorbereitung und gezielter Hinführung, sowohl medizinisch als auch betriebswirtschaftlich, verliert die Selbständigkeit ihren Schrecken“, ist sie überzeugt. „Warum sonst übernehmen Kinder von Hausärzten so häufig die Praxis?“

Überörtliche BAG könnten außerdem flexiblere Arbeitszeiten ermöglichen. Wird ein Arzt, oder dessen Nachwuchs, krank, kann ein Kollege aus einer Partnerpraxis einspringen.

Ein weiterer Knackpunkt seien Wochenend- und Nachtdienste. Was tun, wenn man abends oder am Wochenende zu einem Notfall gerufen wird, wenn die Kita geschlossen ist? „Je nach Höhe des Dienstaufkommens kann der Notdienst für Ärztinnen mit Kindern sehr schwierig bis unmöglich werden; vor allem in dünn besiedelten Gebieten, wo sich weniger Ärzte die Dienste teilen.“

Szaszi ist überzeugt, zentrale Notfallpraxen könnten helfen, solche problematischen Dienste zu reduzieren oder auch „wegzutauschen“. Außerdem wären Ärztinnen dann nicht auf sich alleine gestellt. „Als Frau geht man ungern alleine in der Nacht zu einer unbekannt Person. Eine Begleitung wäre eine enorme Verbesserung und dringend notwendig. Im Idealfall gibt es in der Notfallpraxis einen Sitzdienst und einen Fahrdienst, und die Ärztin im Fahrdienst wird von einem Fahrer begleitet.“



Das Land(arzt)-leben ist für viele junge Mediziner nicht mehr attraktiv.

Für eine attraktive Work-Life-Balance auf dem Land braucht es aber auch abseits der Praxis die entsprechende Infrastruktur, stellt die Landesgruppenchefin klar: Schulen, Kinderbetreuung, Apotheken, Lebensmittelgeschäfte und Banken. Diese Faktoren erhöhen die Standortattraktivität auch für die Familie.

Finanzielles Risiko minimieren

Was die wirtschaftliche Seite der Niederlassung betrifft: Länder, KVen, Krankenkassen und Kommunen sollten nach Szaszi Vorstellung stärker kooperieren. Sie wünscht sich finanzielle Unterstützung bei der Praxisgründung, Honorarzuschüsse für unterversorgte Regionen, adäquate Bezahlung und Schutz vor Regressen. Hausärzte auf dem Land, wo der Weg zum Facharzt weit ist, sollten mehr und breiter verordnen dürfen. Es müsse an vielen kleinen Rädchen gedreht werden, um das finanzielle Risiko einer Niederlassung auf dem Land zu senken.

Gleichzeitig sei es entscheidend, Medizinstudierende schon so früh wie möglich für diese Option zu begeistern. Sie hält neben Praxis-Praktika unter anderem eine Landarztquote bei der Studienzulassung

für sinnvoll – als eine von einer Reihe von Maßnahmen.

Auch wenn sie die hausärztliche Brille aufhabe, sei sie sicher, dass von diesem breiten Maßnahmenpaket alle niedergelassenen Ärzte profitieren: „Nicht nur BAG, sondern auch Einzelpraxen, kleinere Gemeinschaftspraxen und Arztnetze; nicht nur Hausärzte, sondern auch Fachärzte. Darum engagiere ich mich in einem fachübergreifenden Verband der niedergelassenen Ärzte und will genau dafür Berufspolitik machen.“

BAYERN

Auszeichnung: Dr. Veit Wambach erhält Bundesverdienstkreuz

Dr. Veit Wambach ist einer der Pioniere der deutschen Praxis- bzw. Ärztenetze. Für seine „großen Verdienste um das Gemeinwohl“ wurde ihm nun im Rahmen eines Festaktes am 21. Juni in Nürnberg das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Dr. Wambach habe als Mitbegründer des 1996 ins Leben gerufenen, gemeinnützig tätigen Praxisnetz Nürnberg Nord e.V. (PNN) dazu beigetragen, dass zahlreiche innovative Projektideen und Denkansätze erstmals erprobt und später in die Regelversorgung übertragen wurden. So würdigte der Bayerische Staatsminister des

Innern, Joachim Herrmann, Wambachs jahrzehntelanges Engagement für ärztliche Kooperation. Als weiteres Beispiel nannte er das im Jahr 2000 eingeführte Projekt HomeCare Nürnberg (HCN). Mit diesem „virtuellen Altenheim“ wurde ein Beratungs- und Betreuungsangebot für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige geschaffen, das als Wegbereiter für die in Bayern mittlerweile breit eingeführten Pflegestützpunkte gilt.

Dr. Veit Wambach ist praktizierender Allgemeinmediziner in Nürnberg, Vorsitzender der Agentur deutscher Arztnetze und stellvertretender Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes, Verband der nieder-

gelassenen Ärzte Deutschlands e.V. Er ist seit 2005 Delegierter zum Deutschen Ärztetag, seit 2010 Delegierter des ärztlichen Bezirksverbandes Mittelfranken und der Bayerischen Landesärztekammer, und wirkte zuvor als regionaler hausärztlicher Vorstandsbeauftragter der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) sowie als Mitglied der Vertreterversammlung der KVB.

Als Netzwerker auf regionaler und überregionaler Ebene engagiert sich Dr. Wambach, um Probleme insbesondere an Sektorenschnittstellen durch enges und vertrauensvolles Miteinander zu beseitigen. Er ist Gründungsmitglied und Vorstandsvorsitzender des Gesundheitsnetzes Qualität und Effizienz (QuE), das sich eine konsequente Qualitäts- und Patientenorientierung sowie die Optimierung und Standardisierung von Versorgungsabläufen zur Aufgabe gemacht hat. Er ist ebenfalls Mitbegründer des Netzwerks Depression.

In seinem Gratulationsschreiben dankte Staatsminister Herrmann Dr. Wambach für dessen Einsatz. „Ihr umfassendes ehrenamtliches Wirken ist geprägt von beispielhaftem Engagement. Sie sind eine Persönlichkeit mit hoher fachlicher Kompetenz und Weitblick. Ich danke Ihnen für all das, was Sie für unsere Menschen hier in Bayern getan haben“, so Herrmann.



Dr. Veit Wambach (rechts) erhält das Bundesverdienstkreuz von Dr. Hans Reichhart, MdL und Staatssekretär im Bayerischen Staatsministerium der Finanzen, für Landesentwicklung und Heimat.

BERLIN/BRANDENBURG

Landesgruppe Berlin/ Brandenburg wählt neue Vorsitzende

Dr. Christiane Wessel wurde im September 2017 zur Vorsitzenden der Landesgruppe Berlin/Brandenburg des NAV-Virchow-Bundes gewählt. Die 58-Jährige ist niedergelassene Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Friedrichshain-Kreuzberg und seit Anfang des Jahres auch Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin.

Als stellvertretende Vorsitzende wählten die Mitglieder der Landesgruppe Dr. Regine Held, HNO-Ärztin und Vizepräsidentin der Ärztekammer Berlin, sowie den Allgemeinmediziner im Ruhestand Dr. Jobst Meißner. Als Beisitzer wurden Prof. Dr. Harald Mau (Ehrensitzender der Landesgruppe und Mitglied des Vorstandes der

Ärztekammer Berlin), Dr. Iris Dötsch (Hausärztliche Internistin und Diabetologin), Dr. Heike Kunert (Hausärztin und Vorstand der Hausarztakademie Treptow-Köpenick) und Dr. Klaus Burmeister (Hausärztlicher Internist im Ruhestand aus Brandenburg) bestimmt.

Dr. Christiane Wessel, Dr. Regine Held und Dr. Heike Kunert vertreten zudem die Landesgruppe bei der Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes als Delegierte.

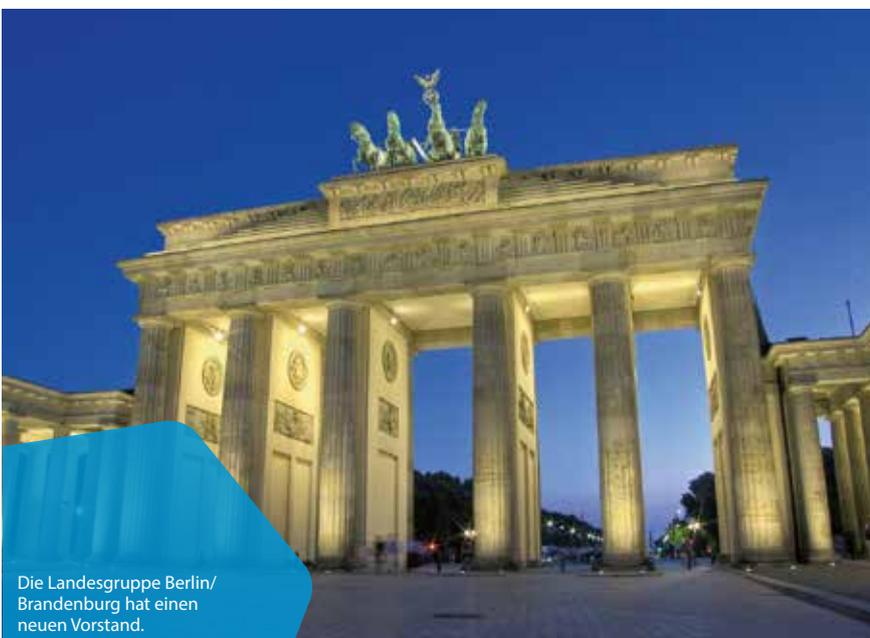
Bei der gestrigen Versammlung in Berlin beschloss die Landesgruppe, sich besonders für die Förderung der ambulanten Weiterbildung zu engagieren. Außerdem werden die Delegierten bei der Bundeshauptversammlung einen Vorschlag zur Reform der Mediziner Ausbildung einbringen. Die Förderung der Niederlassungsbereitschaft junger Kolleginnen und Kollegen wird der dritte Arbeitsschwerpunkt der Landesgruppe Berlin/Brandenburg sein.

Tagesspiegel „ÄrztKreis“ bietet fachlichen Austausch

Die Berliner Tageszeitung „Der Tagesspiegel“ führt jedes Jahr eine Umfrage unter niedergelassenen Ärzten durch, bei der diese gefragt werden, welches Krankenhaus sie bei welcher Erkrankung für die stationäre Behandlung empfehlen würden. Das Ergebnis dieser Befragung ist die Grundlage für die Veranstaltung „ÄrztKreis 2018“, die am 20. Juni 2018 in Berlin stattgefunden hat. Rund 50 Chefärzte der meistempfohlenen Kliniken Berlins haben an diesem Tag in je vier Minuten ihre Behandlungsmethoden für 50 unterschiedliche Krankheitsbilder vorgestellt.

Zielgruppe der Veranstaltung, bei der der NAV-Virchow-Bund erstmals als Kooperationspartner auftrat, sind niedergelassene Ärzte und Klinikärzte, die sich in kurzer Zeit einen guten Überblick über die Berliner Kliniklandschaft verschaffen und sich über die neuesten medizinischen Erkenntnisse der Chefärzte informieren können. Überdies bietet das Format die Möglichkeit, die kompetenteste Klinik für eine optimale Behandlung ihrer Patienten zu finden.

An der Expertendiskussion zum Thema „Nutzen und Risiken von Arztbewertungsportalen“ nahm Dr. Christiane Wessel, Bundesvorstandsmitglied im NAV-Virchow-Bund und Vorsitzende der Landesgruppe Berlin/Brandenburg, teil. Mit ihr haben Corinna Schaefer vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) sowie Dr. Peter Müller, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Gesundheit, diskutiert.



Die Landesgruppe Berlin/
Brandenburg hat einen
neuen Vorstand.

HAMBURG

Niederschwelliges Angebot im Problembezirk

Die Verbandszeitschrift der niedergelassene arzt berichtete über das Hamburger Projekt INVEST, zu dessen Initiatoren der NAV-Virchow-Bund gehört und das mit den Geldern aus dem Innovationsfonds gefördert wird. Zur Eröffnung des Gesundheitskiosks in Hamburg-Billstedt schrieb sie:

Ziel des neuen Beratungsangebotes ist es, dort weiterzuhelfen, wo der Bedarf am größten ist. In den Stadtteilen Billstedt und Horn ist sowohl die Lebenserwartung als auch die Ärztedichte deutlich geringer als in den besser gestellten Quartieren der Hansestadt. Im Hamburger Durchschnitt kommen 2,59 niedergelassene Ärzte auf 1.000 Einwohner, in Billstedt und Horn sind es nur halb so viele, nämlich 1,25 Ärzte auf 1.000 Einwohner. Die Kombination aus Ärz-

temangel und einer problematischen Bevölkerungsstruktur – überdurchschnittlich viele Sozialhilfeempfänger und Migranten – bringt die medizinische Versorgung vor Ort an ihre Grenzen.

Beratung in vielen Sprachen

Mit dem Gesundheitskiosk geht jetzt ein niederschwelliges Angebot an den Start, in dem medizinisch geschultes Personal ganztagig erreichbar ist. Die Beratung erfolgt kostenlos und nach Möglichkeit in der Muttersprache der Ratsuchenden. Dafür wurde eigens ein multilinguales Team zusammengestellt, in dem unter anderem Türkisch, Russisch und Spanisch gesprochen wird. Zum Angebot gehören die Vermittlung von wohnortnahen Hilfen, die Vor- und Nachbereitung von Arztbesuchen, die Erklärung von Arztbriefen sowie Schulungen und Vorträge zu Gesundheitsfragen.

Zu den Trägern des Projektes gehören neben dem NAV-Virchow-Bund das Ärz-

tenetz Billstedt-Horn, die Stadtteilklinik Mümmelmannsberg, die Firma OptiMedis sowie die AOK Rheinland/Hamburg. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch das Hamburg Center for Health Economics (HCHE) an der Universität Hamburg unter Leitung von Prof. Dr. Jonas Schreyögg. Damit soll die Übertragbarkeit des Projektes evaluiert werden.

Vorbild für den Gesundheitskiosk an der Möllner Landstraße 18 ist Finnland mit seinen „Terveyskioski“. Dort wurde der erste „Gesundheitsladen“ bereits 2009 eröffnet. Auch in den USA gibt es in manchen Supermärkten, Einkaufszentren und Drogerien solche medizinischen Beratungsangebote.

Gesundheitskiosk startet erfolgreich: Über 1.000 Patienten in den ersten sechs Monaten

Im März 2018, ein halbes Jahr nach der Eröffnung, zogen die Initiatoren ein erstes positives Fazit des Projektes „Gesundheitskiosk“. Das Modellprojekt will benachteiligten Menschen in Hamburgs Problembezirken Billstedt und Horn niederschwelligen Einstieg zu Gesundheitsförderung und Prävention ermöglichen. Damit entlastet der Kiosk auch die Ärzte, die wegen übervoller Praxen dafür zu wenig Zeit haben.

Patienten werden am Gesundheitskiosk vor oder nach dem Arzttermin niederschwellig beraten. Sie lernen, ihre Krankheiten und Therapieanweisungen zu verstehen, Arztberichte werden erläutert, Fragen zum Abnehmen, zur Rauchentwöhnung, zur Pflege und anderen The-



Senatorin Prüfer-Storcks (links) eröffnet den Gesundheitskiosk. Rechts neben ihr der stellvertretende Landesvorsitzende Dr. Gerd Fass.

FOTO: KIRA UNGER

men beantwortet. Rund 1.000 Beratungsgespräche in acht Sprachen wurden seit dem Start im Oktober 2017 geführt. Das Erstgespräch dauert rund 45 bis 60 Minuten, die Folgegespräche eine halbe Stunde.

Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender der Landesgruppe Hamburg beim Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow-Bund), wünscht sich, dass dieses Modellprojekt so erfolgreich ist, dass es auch auf andere Städte ausgedehnt wird. „Bislang sind wir die ersten in Deutschland mit so einer Idee. Wir haben Versorgungsprogramme zu Diabetes, Rücken, Herz und Pflege aufgelegt, eine Informationskampagne gestartet und die einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte geplant.“

Der Gesundheitskiosk ist nur eine Maßnahme eines groß angelegten Projekts: Die Gesundheitsversorgung in Billstedt und Horn soll neu organisiert, der medizinische und soziale Sektor vernetzt werden. „Gesundheit für Billstedt/Horn“ wird mit 6,3 Millionen Euro vom Innovationsfonds gefördert. Das Projekt wurde 2016 vom NAV-Virchow-Bund gemeinsam mit der OptiMedis AG, dem Ärztenetz Billstedt-Horn e. V. und der SKH Stadtteilklinik Hamburg GmbH ins Leben gerufen. Mittlerweile arbeiten bereits 18 Praxen, 42 Ärzte, acht Pflegeanbieter sowie drei Krankenkassen mit dem Kiosk zusammen; über 100 Gesundheitsangebote sind verfügbar. 15 Veranstaltungen zur Ärztefortbildung wurden abgehalten, drei Gesundheitsprogramme für Risikopatienten entwickelt.

In Billstedt und Horn wohnen überdurchschnittlich viele Sozialhilfeempfänger, Menschen mit niedrigen Schulabschlüssen, Migranten und Alleinerziehende. Menschen aus diesen Bevölkerungsgruppen erkranken Studien zufolge rund zehn Jahre früher an Diabetes, Asthma, Herz- oder Lungenleiden. Die Arztpraxen können den erhöhten Behandlungsbedarf der



Patienten kaum decken, es gibt schlicht zu wenig Ärzte.

Dr. Dirk Heinrich praktiziert seit 1996 als HNO-Arzt in Hamburg-Horn und erklärt: „Praxen an solchen Standorten, die ganz ohne Privatpatienten auskommen müssen, rechnen sich betriebswirtschaftlich häufig nicht. Zum Quartalsende ist das Budget der Kassen aufgebraucht und ich behandle meine Patienten, ohne dass ich von der Kasse dafür noch ein entsprechendes Honorar bekomme. Die Kosten für Mitarbeiter, Miete und Energie laufen aber weiter. Im schlimmsten Fall drohen mir sogar Honorarkürzungen und Regresse, wenn ich zu viel verschreibe.“

Ihn ärgert, dass die Sparmaßnahmen der Politik die Situation gerade in Problembezirken wie Billstedt und Horn verschärft haben: „Die Budgetierung im Gesundheitswesen ist der Hauptgrund, warum die Menschen das Gefühl haben, es gäbe eine Zwei-Klassen-Medizin. Unsinnige Forderungen wie zwangsweise noch mehr Sprechstunden ändern nichts daran, dass wir zu wenig Ärzte und zu wenig Geld für die Behandlung der Menschen in Billstedt und Horn haben.“

„Es gibt nur drei Möglichkeiten als Arzt in Billstedt mit der Situation umzugehen“, sagt Dr. Gerd Fass, Vorstandsvorsitzender des Ärztenetzes Billstedt-Horn und Vorstandsmitglied der Landesgruppe Hamburg beim NAV-Virchow-Bund. „Jammern, weggehen oder machen. Wir haben uns für die dritte Option entschieden.“ Heinrich pflichtet ihm bei: „Wenn die politisch Verantwortlichen und Teile der Krankenkassen jahrzehntelang die falschen Akzente gesetzt haben, müssen wir vor Ort eben bessere Alternativen entwickeln.“

NIEDERSACHSEN/BREMEN

Nachruf auf Udo Birkenfeld (1943 – 2017)

Am 17. November 2017 verstarb der langjährige Vorsitzende der Landesgruppe Niedersachsen, Udo Birkenfeld im Alter von 74 Jahren.

„Der Bundesvorstand und die Mitarbeiter des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., trauern um ihn und sprechen seiner Familie unser tief empfundenes Mitgefühl aus“, kondoliert der Bundesvorsitzende Dr. Dirk Heinrich.

„Uns haben viele Jahre der Zusammenarbeit und des gemeinsamen Engagements um die Sache der Ärzteschaft verbunden. Wir gedenken ihm als einen angenehmen und kollegialen Menschen“, so der Bundesvorsitzende. Besonders in Erinnerung bleibe sein ärztliches Engagement für Obdachlose und sozial Schwache in Hannover.



Udo Birkenfeld
(1943-2017)

Der Facharzt für Urologie Udo Birkenfeld, seit 1986 Mitglied im NAV-Virchow-Bund, führte die Landesgruppe Niedersachsen seit 2001 bis zu seinem Tode. Zuvor war er von 1997 bis 2001 stellvertretender Vorsitzender, von 1993 bis 1997 Beisitzer.

Ein weiterer Tagesordnungspunkt waren die Wahlen zum Vorstand der Landesgruppe Niedersachsen/Bremen. Mit der Augenärztin Dr. Frauke Wulf-Homilius konnte eine neue Landesgruppenvorsitzende gewonnen werden.

Landeshaupt- versammlung und Neuwahlen

Die Landesgruppe Niedersachsen/Bremen hat sich auf ihrer diesjährigen Landeshauptversammlung mit der Frage „Wohin steuert die ambulante Versorgung? - Die Gesundheitspolitik der GroKo“ beschäftigt. Dazu war der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Dirk Heinrich, nach Hannover gereist und hatte ein Impulsreferat zur aktuellen Gesundheitspolitik gehalten.

Ferner diskutierten Mitglieder und Interessierte über die Digitalisierung und deren Auswirkung auf die Praxen niedergelassener Ärzte. Frank Schultz vom Bereich „Ambulantes Gesundheitswesen“ der NAV-Wirtschaftsdienst GmbH referierte über das Thema „Schmerzensgeld für Computerprobleme – wie kann das sein?“.

Die Teilnehmer erhielten einen aktuellen Überblick über die bestehenden gesetzlichen Regelungen rund um die Datenverarbeitung, von der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) bis hin zum aktiven Schutz, zu dem niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auf Grund von Rechtsgrundlagen zur Digitalisierung und Cyberrisiken verpflichtet sind.

Ganz privat – können die auch!

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank –
der Vertrauenspartner, wenn es um
Ihre persönliche Vermögensanlage geht.

Joe Bausch
Arzt, Schauspieler, Autor
und apoBank-Mitglied

NORDRHEIN

Zwölf Forderungen an die Politik

Die Landesgruppe Nordrhein des NAV-Virchow-Bundes hat sich mit zwölf zentralen Forderungen an die neugewählte NRW-Landesregierung gewandt. Sie verlangt mehr Honorargerechtigkeit durch Abschaffung der Budgetierung und durch Nivellierung der Vergütungsunterschiede zwischen den Bundesländern. Die Landesgruppe drängt zudem auf die Schließung der Terminservicestellen und auf eine Neuregelung des Notdienstes unter Beibehaltung funktionierender Strukturen.

Die Budgetierung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen sei ein großer wirtschaftlicher Unsicherheitsfaktor

sowohl für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als auch für junge, niederlassungswillige Mediziner. Die Landesgruppe Nordrhein fordert daher von der Landesregierung, sich auf Bundesebene für ein Ende der Budgetierung stark zu machen und der Ärzteschaft dadurch Planungssicherheit zurückzugeben. So könne ein Haupthindernis für eine verlässliche, zukunftsorientierte Versorgung in Stadt und Land beseitigt werden und die Tätigkeit in der Niederlassung auch für den Ärztenachwuchs wieder attraktiver werden.

Gleiche bundesweite Honorierung ermöglichen

Noch immer bestehen große Verwerfungen bei der Honorierung zwischen den Bundesländern. Nordrheinische Ärzte fordern daher seit Jahren eine Konvergenz, al-

so eine Vereinheitlichung der Honorierung ärztlicher Leistungen über Landesgrenzen hinweg. Die jüngste Honorarreform sollte regionale Unterschiede bei der Vergütung nivellieren. Stattdessen habe sie für die nordrheinischen Ärzte zu mehr Ungerechtigkeit geführt, die es rasch auszugleichen gelte, so die Landesgruppe.

Terminservicestellen abschaffen

Die Praxis zeigt, dass die zwangsweise errichteten Terminservicestellen nicht jene positiven Effekte haben, die sich der Gesetzgeber von ihnen versprochen hat. Die logische Konsequenz lautet für die Landesgruppe Nordrhein daher, diese unverzüglich wieder abzuschaffen.

Notdienstversorgung regional und dezentral regeln

Beibehalten will die Landesgruppe dagegen erprobte, funktionierende Strukturen in der Notdienstversorgung. Der Notdienst solle überdies „bevorzugt regional und dezentral gestaltet werden“, heißt es in dem Positionspapier. Als Sprachrohr der niedergelassenen Ärzte appelliert die Landesgruppe an die KV Nordrhein, auf dem Weg zu einer Neuordnung den Sachverstand des NAV-Virchow-Bundes zu nutzen. Weitere Themen des Positionspapiers sind unter anderem das Spannungsfeld von Substitution und Delegation, Telematik und das Dispensierrecht. Das vollständige Dokument kann unter www.nav-virchow-bund.de heruntergeladen werden.



Klare Positionen der nordrheinischen Ärzteschaft.



Ärzte sollen die Digitalisierung mitgestalten, aber nicht zu Technikern werden.

Gemeinsames Studium für Ärzte und Ingenieure: Lob und Kritik

Die Landesgruppe Nordrhein des NAV-Virchow-Bundes sieht interessante Ansätze im geplanten gemeinsamen Bachelor-Studium für Ärzte und Ingenieure an der Universität Siegen. Sie plädiert aber für eine klare Trennung zwischen technisierter Forschung und „sprechender“ Medizin.

„Für uns ist klar, dass die Digitalisierung die Arbeit der Ärzte in den nächsten Jahren grundlegend verändern wird. Mediziner in Deutschland sollen sich dieser Entwicklung nicht nur anpassen; sie müssen sie aktiv mitgestalten“, erklärt Landeschef Dr. André Bergmann. „Darum brauchen wir neue Wege in der Forschung und eine neue Generation Forscher, die medizinische und technische Expertise zusammenbringt und über den eigenen Tellerrand blickt.“ Der Verband der niedergelassenen Ärzte sieht Kooperation im Gesundheitswesen als eine der wichtigsten Maßnahmen einer zukunftsorientierten Versorgung.

Der Modellversuch ‚Medizin neu denken‘ der Universität Siegen könne ein zukunftsweisender Ansatz sein, die Medizinausbildung zu technisieren, kommentiert der Vorstand der Landesgruppe Nordrhein. Gleichzeitig wünschen sich die Menschen in Deutschland mehr sprechende Medizin. Eine moderne Mediziner Ausbildung im

Rahmen des Masterplans Medizinstudium 2020 müsse daher vermehrt auf kommunikative und soziale Kompetenzen bei angehenden Ärzten abzielen.

„Ingenieurs-Ärzte wie in Siegen sind eine neue Berufsgruppe für eigenständige Aufgaben, sollten aber nicht in der Patientenversorgung landen“, sagt Bergmann. „Wenn mit dem Bachelor- und Masterstudiengang ein ‚Mediziner light‘ geschaffen und ärztliche Aufgaben substituiert werden sollen, würde dadurch ein eigentlich guter Ansatz in der Mediziner Ausbildung beschädigt. Wir hoffen, dass der Masterplan Medizinstudium 2020 hier klar abgrenzen wird. Er muss auch sicherstellen, dass durch dieses neue Studienangebot keine Ausbildungsplätze in Kliniken und Praxen blockiert werden, die wir so dringend für unseren Nachwuchs an ambulant praktizierenden Ärzten brauchen.“

Dr. Ernst H. Tremblau (1921 – 2018)

Er war in Köln daheim und in der Welt zu Hause: Dr. Ernst H. Tremblau war nicht nur leidenschaftlich gerne Arzt, sondern Vertreter einer universellen Bildung und einem

ganzheitlichen Blick auf die Welt. Geboren am 2. Mai 1921 in Köln bestand er das Abitur am Städtischen Gymnasium Kreuzgasse und studierte anschließend Medizin in Göttingen, Köln, Innsbruck und Bonn. Nach dem Staatsexamen und der Approbation 1947 war er bis 1952 als Assistenzarzt tätig. Dr. Tremblau promovierte und absolvierte die Facharztprüfung für Neurologie und Psychiatrie. Er ließ sich 1953 in eigener Praxis nieder und erwarb 1975 die Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Fortan engagierte er sich sowohl wissenschaftlich als auch berufspolitisch. Er war Mitbegründer der Deutschen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP), engagierte sich in der New York Akademie der Wissenschaften (NYAS), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und in der Deutschen Gesellschaft für Raum- und Luftfahrtmedizin (DGLRM).

Sein berufspolitisches Engagement führte ihn im Jahre 1971 in den NAV-Virchow-Bund, dem er letztlich über 46 Jahre lang angehörte. Als langjähriger Vorsitzender der Bezirksgruppe Köln, als Mitglied des Landesvorstandes und als Delegierter zur Bundeshauptversammlung erwarb er sich in fast fünf Jahrzehnten einen berufspolitischen Weitblick und Sachverstand, der ihm viel Respekt und Achtung verschaffte. Sein stets hellwa-



Der NAV-Virchow-Bund trauert um Dr. Ernst H. Tremblau

AUS DEN LANDESGRUPPEN

cher Geist und seine kurzen, aber pointierten Stellungnahmen waren dabei immer sachlich, auf Ausgleich bedacht, nie polemisch, aber oftmals mit einem Augenzwinkern versehen. Gerne begann er seine berufspolitischen Ausführungen mit den Worten: „Ich bin Psychiater; hier bin ich richtig!“

Seine Sprachbegabung – er konnte fließend englisch, spanisch, französisch und italienisch – setzte er unter anderem in der europäischen Berufs- und Gesundheitspo-

litik, beispielsweise bei der Mitarbeit in der „Continuous Medical Education“ (CME) ein.

Seine musische Ader fand Ausdruck im Verfassen zahlreicher Gedichte und in seiner Liebe zur Musik: Dr. Tremblau spielte mit großer Vorliebe Orgel.

Sein ärztliches und berufspolitisches Wirken ehrte der NAV-Virchow-Bund im Jahre 2004 mit der Verleihung der Kaspar-Roos-Medaille. Dr. Heinrich Ernst Tremblau starb

am 9. Juli 2018 im Alter von 97 Jahren im unterfränkischen Bad Königshofen.

Der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Dirk Heinrich: „Der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands trauert um eine den Verband prägende Person, um ein langjähriges, dem Verband eng verbundenes Mitglied und um einen großen Arzt. Mit seinen umfassenden Kenntnissen und seiner ausgleichenden Art wird er uns immer in Erinnerung bleiben. Unser ganzes Mitgefühl gilt seiner Familie.“

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Grippewelle: NAV-Landeschef fordert Vierfach-Impfung auf Kassenkosten

Gesetzlich Versicherte sollen nach Ansicht des Vorsitzenden der Landesgruppe Schleswig-Holstein des NAV-Virchow-Bundes künftig besser gegen Grippe geimpft werden können. „Es ist ein Unding, dass nur privat Versicherte die wirksamere Vierfach-Schutzimpfung erstattet bekommen und GKV-Patienten mit dem Dreifach-Mittel abgespeist werden“, kritisiert Matthias Seusing. Gerade Hochrisiko-Patienten seien während der aktuellen Grippewelle auf einen effektiven Schutz angewiesen.

Wenn sich im Laufe der Influenza-Saison ein Erreger als besonders aktiv erweise, wie es im vergangenen Winter der Fall war, müssen die Krankenkassen auf die veränderte Situation reagieren, fordert der Kieler Allgemeinarzt: „Als Arzt ist mir der Versichertenstatus eines Patienten erst einmal egal. Für mich ist es selbstverständlich, dass ich alle gleich gut behandeln möchte. Das sollte auch Ziel der Kassen sein.“ In besonderen Situationen, wie der 2017/2018 grassierenden heftigen Grippewelle, komme es auf schnelle und unbürokratische Hilfen an.

Zumindest Alte und Patienten mit bestimmten kritischen Vorerkrankungen sollen nach Ansicht Seusings künftig bei veränderten Erregerstämmen auf Kassenkosten nachgeimpft werden können. „Bei Patienten mit beispielsweise COPD und Herzinsuffizienz ist eine späte Nachimpfung in der Regel sinnvoll. Kommt bei diesen Menschen eine Grippe hinzu, kann sich der Gesundheitszustand dramatisch verschlechtern“, erklärt der Hausarzt.

Die Ständige Impfkommission des Robert-Koch-Instituts hatte erst im Februar die Vierfach-Impfung gegen Grippe empfohlen. Bis dahin waren die RKI-Experten von einem guten Schutz durch die Dreifach-Impfung ausgegangen. Im Unterschied zur Dreifach-Impfung ist der Vierfach-Impfstoff auch gegen die sogenannte Yamagata-Linie wirksam. Nach Angaben des RKI macht die Linie derzeit rund 75 Prozent der Grippeerkrankungen aus.



Händewaschen alleine hilft nicht gegen Grippe.

FOTO: ERWIN WODICKA

LANDESGRUPPEN

Hamburg

Dr. Dirk Heinrich
Rennbahnstraße 32c
22111 Hamburg
Fon: (0 40) 6 51 78 70
Fax: (0 40) 65 90 15 51
heinrich@nav-virchowbund.de

Schleswig-Holstein

Matthias Seusing
Werdenfeller Straße 2
24146 Kiel
Fon: (04 31) 78 92 29
info.schleswig-holstein
@nav-virchowbund.de

Mecklenburg-Vorpommern

Dipl.-Med. Angelika von Schütz
Carl-von-Ossietzky-Straße 1a
18507 Grimmen
Fon: (03 83 26) 8 02 04
Fax: (03 83 26) 8 02 04
vonschuetz@gmx.de

Niedersachsen/Bremen

Dr. Frauke Wulf-Homilius
Steinstr. 17
30982 Pattensen
Tel.: 05101/84697
dr.homilius@t-online.de

Berlin/Brandenburg

Dr. Christiane Wessel
Markgrafenstraße 20
10969 Berlin
Fon: (0 30) 6 14 30 40
Fax: (0 30) 6 15 91 36
info.berlin-brandenburg
@nav-virchowbund.de

Westfalen-Lippe

Gert Buchner
Adenauerstraße 16
59759 Arnsberg
Fon: (0 29 32) 3 12 50
Fax: (0 29 32) 5 49 87
gert.buchner@gmx.de

Mitteldeutschland (Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen)

Dr. Kerstin Jäger
Große Steinstraße 12
06108 Halle
Fon: (03 45) 2 08 05 73
Fax: (03 45) 2 08 05 74
dr.kerstinjaeger@yahoo.de

Nordrhein

Dr. André Bergmann
Schulplatz 1
47506 Neukirchen-Vluyn
Fon: (0 28 45) 29 88 80
Fax: (0 28 45) 70 19
andre@ca-bergmann.de

Rheinland-Pfalz

Stephan Kraft
Feldstraße 16
54290 Trier
Fon: (06 51) 94 78 27 99
Fax: (06 51) 9 47 28 30
kraft@nav-virchowbund.de

Bayern

Dr. Veit Wambach
Flataustraße 25
90411 Nürnberg
Fon: (09 11) 51 29 28
Fax: (09 11) 51 10 25
info@drwambach.de

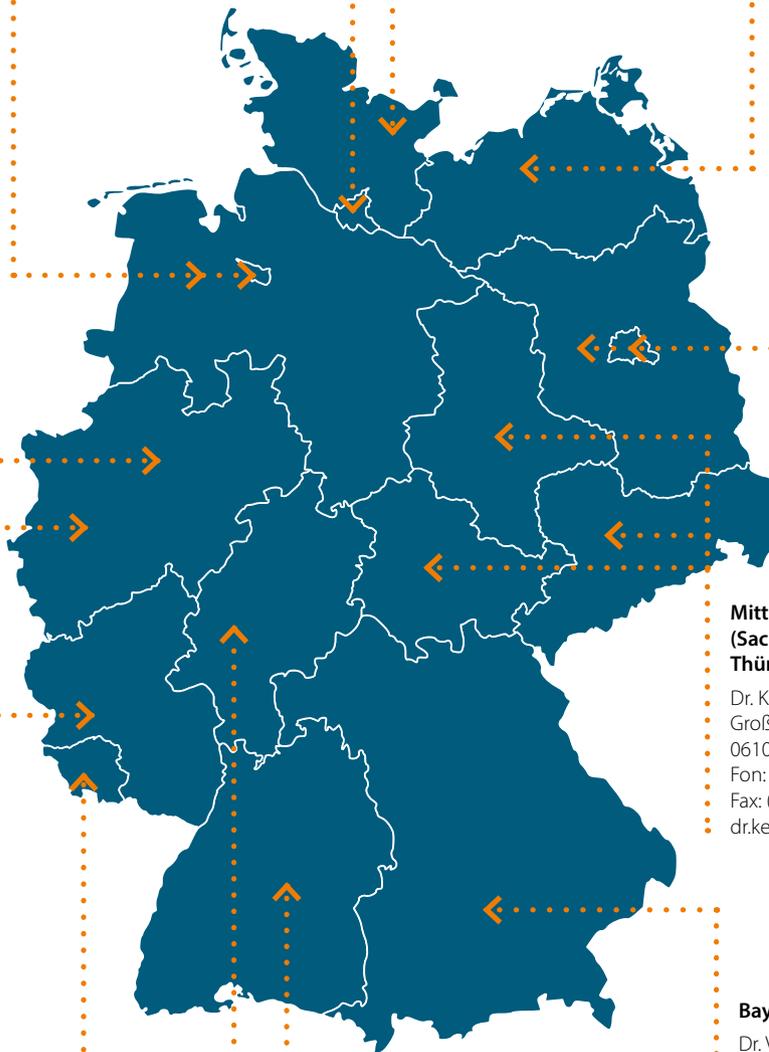
Saarland

Dr. Nikolaus Rauber
Rheinstraße 35
66113 Saarbrücken
Fon: (06 81) 9 71 72 33
Fax: (06 81) 9 71 72 35
nav-virchowbund.saarland@t-online.de

Hessen N.N.

Baden-Württemberg

Dr. Brigitte Szaszi
Schäferstraße 3
74343 Sachsenheim
Fon: 07147/921120
Fax: 07147/9211222
info.bw@nav-virchowbund.de



BUNDESVORSTAND

gemäß Wahl vom 10.11.2018

Bundvorsitzender

Dr. med. Dirk Heinrich

Facharzt für HNO
Facharzt für Allgemeinmedizin
Rennbahnstraße 32 c
22111 Hamburg
Fon: (0 40) 6 51 78 70
Fax: (0 40) 65 90 15 51
E-Mail: heinrich@nav-virchowbund.de

Stellv. Bundesvorsitzende

Dr. med. Veit Wambach

Facharzt für Allgemeinmedizin
Flataustraße 25
90411 Nürnberg
Fon: (09 11) 51 29 28
Fax: (09 11) 51 10 25
E-Mail: info@drwambach.de

Dr. med. Christiane Wessel

Fachärztin für Gynäkologie
Markgrafenstraße 20
10969 Berlin
Tel.: 030/6143040
wesselchristiane@gmail.com

Beisitzer

Dr. André Bergmann

Facharzt für Allgemeinmedizin
Schulplatz 1
47506 Neukirchen-Vluyn
Fon: (0 28 45) 29 88 80
E-Mail: andre@ca-bergmann.de

Dr. med. Dr. vet. Rainer Broicher

Facharzt für HNO
Kitschburger Straße 9
50935 Köln
E-Mail: dr.broicher@koeln.de

Dr. med. Kerstin Jäger

Fachärztin für Gynäkologie
Gr. Steinstraße 12
06108 Halle
Fon: (03 45) 2 08 05 73
Fax: (03 45) 2 08 05 74
E-Mail: jaeger@nav-virchowbund.de

Dr. Andreas Lipécz

Facharzt für Innere Medizin
Pirckheimerstraße 40
90408 Nürnberg
Fon: (09 11) 35 25 99
E-Mail: lipecz@t-online.de

Dr. Nikolaus Rauber

Facharzt für Neurologie
Rheinstraße 35
66113 Saarbrücken
Fon: (06 81) 9 71 72 33
E-Mail:
nav-virchowbund.saarland@t-online.de

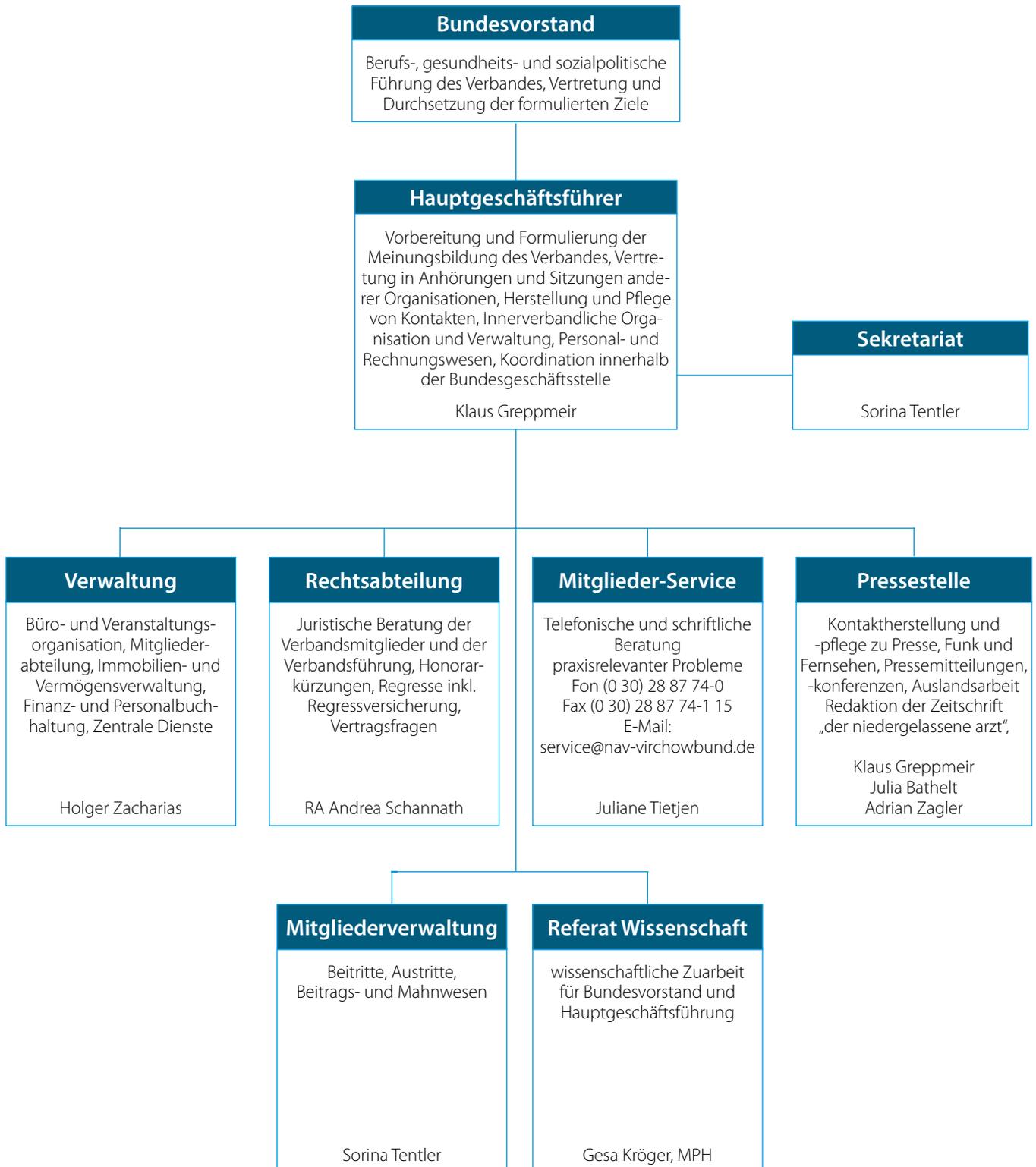
Fritz Stagge

Arzt für Gefäßchirurgie
Olbrichstraße 16
45138 Essen
Fon: (02 01) 7 22 87 45
E-Mail: stagge@nav-virchowbund.de

Stand: November 2018

BUNDESGESCHÄFTSSTELLE

(genannt sind die wichtigsten Aufgaben)



Stand: September 2018

Künstliche Intelligenz: In welche Richtung geht die Digitalisierung im Gesundheitswesen?

Die gegenwärtige Diskussion um die Digitalisierung im Gesundheitswesen hat den NAV-Virchow-Bund dazu veranlasst, die Brendan-Schmittmann-Stiftung zu beauftragen, die Einflüsse und die technischen Hintergründe der künstlichen Intelligenz, auch artificial intelligence genannt (AI), näher darzustellen.

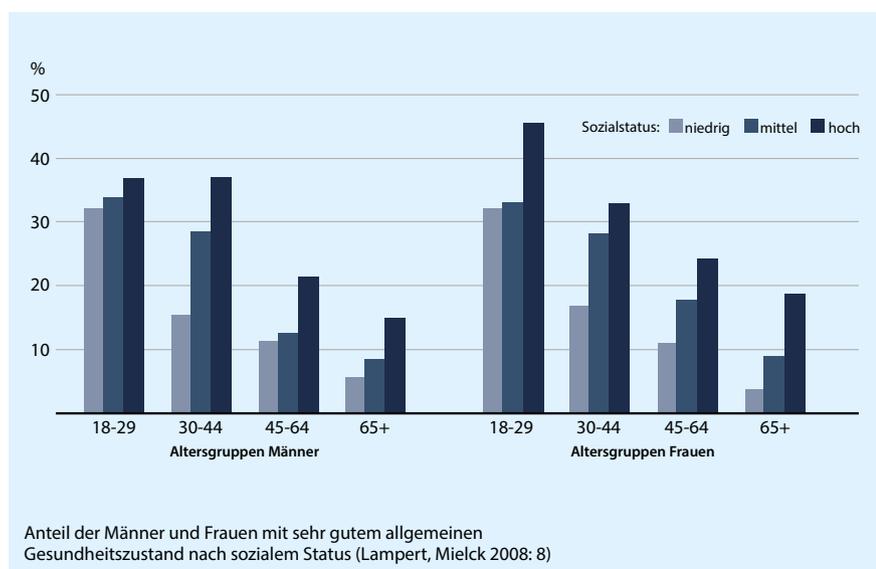
Zunächst erfolgt die Klärung von Begrifflichkeiten, wie z. B. die Definition von AI und maschinellem Lernen, um sie anschließend mit ihren Hauptanwendungsbereichen im Gesundheitssektor, in Bezug setzen zu können. Ebenso werden die Bedeutsamkeit von eHealth und Big Data für die AI, deren Historie sowie ein Übergang zum künstlichen Leben erörtert. Neben den Vor- und Nachteilen der AI im Gesundheitswesen werden zudem treibende und bremsende Faktoren beleuchtet. Schlussendlich führt die Zusammenstellung der

dargestellten Abschnitte in die Diskussion um die Frage, was bei der Ärzteschaft, den Patienten sowie bei der Arzt-Patienten-Beziehung durch die KI an Bedeutung verliert und was Bestand hat.

Digitalisierung im Gesundheitswesen ermöglicht eine evidenzbasierte inter- und multiprofessionelle Behandlung sowie die Entwicklung eines lernenden Gesundheitssystems. Einer auf der künstlichen Intelligenz-basierenden Datennutzung bzw. eine zunehmende Nutzung digitaler Geräte, soll im Rahmen der Digitalisierung im Gesundheitssektor medizinische Möglichkeiten ausbauen und besser zugänglich machen. In diesem Kontext wird darüber hinaus versucht, eine administrative und routinemäßige Entlastung der Leistungserbringer anzustreben, um die medizinische Versorgung in ländlichen Regionen optimieren zu können.

Im Fokus dieses Artikels liegt der Schwerpunkt auf der AI, da diese Ausgangspunkt für eine funktionierende Digitalisierung darstellt. Die AI realisiert Denk- und Bewusstseinsprozesse in künstlichen Materialien, wie z. B. Computern. Die natürliche, evolutionsbedingte Intelligenz ist der AI durch verschiedene Algorithmen um Effizienz und kognitive Leistungen nach wie vor um Einiges voraus. Im Gegensatz zur AI strebt das künstliche Leben (KL) primär die Reproduktion des uns bekannten und bislang unbekanntes Lebens an. Sowohl AI als auch KL gehen hierbei jedoch mit einer ähnlichen Methodik vor. Veraltete Regelungen und Anreizstrukturen erschweren Data-Ableitungen bzgl. Diagnosen und Behandlung für Patienten und Patientengruppen im Rahmen der AI. Big Data und eHealth im Gesundheitssektor werden zwar staatlich gefördert, bislang allerdings insbesondere im Rahmen der Technologie. Wichtig ist dabei jedoch eine Versorgungsprozessorientierung und der Ausbau der Entwicklung ressourcenübergreifender Maßnahmen. Nur so können Doppelstrukturen vermieden und Synergien realisiert werden.

Nach wie vor mangelt es bei den eHealth-Strategien insbesondere an Überprüfungen bei der Planung, Implementierung (z. B. rechtliche Hürden, mangelnde Wissensverbreitung und zielgruppenspezifischer Einsatz) und Wartung. Eine Unterstützung durch Ministerien, Behörden und Organisationen ist dabei unumgänglich. Ein konstruktiver Dialog verantwortungsvoller Akteure über den weiteren sinnvollen Einsatz der AI im Rahmen ethischer Richtlinien ist



im Gegensatz zu oftmals erfolgten einseitigen Schuldzuweisungen bzgl. möglicher ‚Digitalisierungsbremser‘ anzustreben.

Die gesteigerte Komplexität des weiterreichenden Einsatzes von Technologie in medizinischen Abläufen ist insgesamt durchaus zwiespältig zu betrachten: Je höher die Anzahl elektronischer Elemente in einem Verbund von Systemen ist, desto höher wird die Wahrscheinlichkeit für spontane Ausfälle und Fehlfunktionen des Gesamtverbunds. Elektronische Kontrollmechanismen werden menschliche Kontrollen somit jedoch vorerst nicht ersetzen können.

Der ausführliche Artikel kann kostenlos auf der Homepage der Brendan-Schmittmann-Stiftung heruntergeladen werden.

Armut, Morbidität und Mortalität in Deutschland

Auch wenn Armut, Morbidität und Mortalität oftmals im Rahmen der Wissenschaft des Öfteren untersucht werden, so findet das Thema in der Öffentlichkeit nur relativ wenig Aufmerksamkeit. Aus diesem Grunde analysiert die Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes gegenwärtig im Rahmen einer Art Übersichtsarbeit, wie die Situation im Hinblick auf Armut, Morbidität und Mortalität in Deutschland aussieht, welche Korrelationen zwischen den jeweiligen Aspekten bestehen und welche weiteren, einflussnehmenden Faktoren berücksichtigt werden müssen, um aussagekräftige Aussagen treffen zu können.

Zunächst soll geklärt werden, was Armut überhaupt bedeutet und welche verschiedenen Formen es gibt. Ebenfalls wird sich der Sozialepidemiologie, deren Historie und Bedeutsamkeit für dieses Thema gewidmet. Auch der medizinsoziologische Hintergrund, wie z. B. Determinanten und soziologische Modelle gesundheitlicher Ungleichheit spielen in diesem Kontext

eine entscheidende Rolle. Im Rahmen des Forschungsstandes soll der eigentliche Kern der Arbeit, die lokalen Unterschiede, dargestellt werden. Mittels empirischer Grundlagen, sollen Aspekte, wie chronische und psychische Erkrankungen, subjektive Einschätzung der Lebensqualität und der allgemeine Gesundheitszustand angesprochen werden. Darüber hinaus stellen auch der individuelle Lebensstil, Mortalitätsrisiken, Lebenserwartung, Geschlecht (s. Abb.), geschlechtsspezifisches Risikoverhalten und Alter und insbesondere auch die sozialen Unterschiede in der Gesundheitsversorgung eine entscheidende Rolle. Nachdem die Public Health-Relevanz der Thematik dargelegt wird, schließt die Arbeit mit einem Ausblick und möglichen Lösungsansätzen.

Der Gegenstand der Arbeit ist sehr umfangreich und umfasst viele verschiedene, mit einander verlinkte Gesichtspunkte. Der hier dargestellte Ablauf befindet sich noch in Arbeit, weshalb Änderungen in der Vorgehensweise durchaus möglich sind.

Nach Fertigstellung können Sie die Arbeit kostenlos auf der Homepage der Brendan-Schmittmann-Stiftung einsehen bzw. herunterladen.

VORSTAND DER BRENDAN-SCHMITTMANN-STIFTUNG

des NAV-Virchow-Bundes



Vorsitzender

Dr. Veit Wambach

Arzt für Allgemeinmedizin
Ewaldstraße 54
90491 Nürnberg

Stellv. Vorsitzende

Dr. Andreas Lipécz

Facharzt für Innere Medizin
Pirckheimerstraße 40
90408 Nürnberg

Beisitzer

Dr. Nikolaus Rauber

Facharzt für Neurologie
Friedensweg 1
66740 Saarlouis

Dr. André Bergmann

Arzt für Allgemeinmedizin
Schulplatz 1
47506 Neukirchen-Vluyn

Dr. Lutz Kindt

Peschkenstraße 20
47506 Neukirchen-Vluyn

Anschrift:

Brendan-Schmittmann-Stiftung des
NAV-Virchow-Bundes
Chausseestraße 119b
10115 Berlin
Fon (030) 288774-0
Fax (030) 288774-115
E-Mail: info@nav-virchowbund.de

KURATORIUM DER BRENDAN-SCHMITTMANN-STIFTUNG



Prof. Rainer Rix,
Mitglied des
Kuratoriums der
Brendan-Schmitt-
mann-Stiftung

Mitglieder	
<p>Prof. Dr. Dr. Rainer Rix Arzt für Augenheilkunde</p>	<p>Dr. Klaus Bogner Arzt für Allgemeinmedizin</p>
<p>Dr. Helmut Gudat Arzt für Innere Medizin</p>	<p>Katrin Koepchen Tochter von Dr. Brendan Schmittmann</p>
<p>Ewald Kraus Notgemeinschaft Medizingeschädigter e.V.</p>	<p>Dr. Dirk Heinrich Arzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Arzt für Allgemeinmedizin, Bundesvorsitzender NAV-Virchow-Bund</p>
<p>Dipl.-Med. Angelika von Schütz Ärztin für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde</p>	<p>Beate Stadge-Bourguignon WPV Verlag, Geschäftsführerin</p>

Stand: September 2018

Der NAV-Virchow-Bund ist Experte für die Niederlassung – von Ärzten für Ärzte. Seit Generationen unterstützt der Verband niedergelassene Haus- und Fachärzte beim Praxismanagement. Um den Mitgliedern von der Praxisgründung bis zur Praxisabgabe mit kompakten Informationen und konkreten Tipps hilfreich zur Seite stehen zu können, wird das Serviceangebot ständig erweitert und aktualisiert. Hier eine Auswahl aus der vielfältigen Servicepalette:

Datenschutz: Schärfere Regeln für Arztpraxen

Am 25. Mai ist die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung in Kraft getreten. Die Verunsicherung in der niedergelassenen Ärzteschaft ist groß, doch viele Vorgaben werden auch bisher schon in den Praxen berücksichtigt. Im Kern geht es bei der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) darum, das europäische Datenschutzrecht weitgehend zu vereinheitlichen und personenbezogene Daten in allen gesellschaftlichen Bereichen zu schützen. Ausgenommen ist die Privatsphäre.

Neu ist, dass Vertragsärzte die Einhaltung des Datenschutzes nachweisen müssen. Zum Datenschutzmanagement gehört unter anderem die Information der Patienten darüber, wie der Schutz ihrer Daten gewährleistet wird. Die wichtigsten Fakten zur Datensicherheit – wie Informationen zur Dauer der Speicherung sowie zum Zweck der Verarbeitung – sollten leicht verständlich und transparent in der Praxis dokumentiert werden, beispielsweise in einem Aushang.

Darüber hinaus muss jede Praxis ihre eigene Datenschutzrichtlinie formulieren. Darin regeln Praxisinhaber, wie sie und ihr Praxisteam die Vorgaben des Datenschutzes einhalten. Außerdem sollen in der Richtlinie die Zugriffsrechte auf die Daten

sowie technische und organisatorische Maßnahmen zum Schutz der Daten dargestellt werden.

Bestandsaufnahme wichtig

Die internen Verarbeitungsvorgänge von Patientendaten müssen auch auf ihre datenschutzrechtliche Konformität überprüft werden. Dazu ist eine Bestandsaufnahme erforderlich, welche Daten in der Praxis auf welcher Rechtsgrundlage verarbeitet werden. Dazu gehören die Patienten- und Personalakten sowie die Software für die

Buchhaltung und gegebenenfalls die Terminverwaltung.

Die EU-DSGVO schreibt ferner vor, dass ein Datenschutzbeauftragter benannt werden muss, wenn in einer Praxis mindestens zehn Mitarbeiter mit der automatisierten Verarbeitung von personenbezogenen Daten beschäftigt sind. Dies kann ein entsprechend geschulter Mitarbeiter oder auch ein extern Beauftragter sein. Nicht in Frage kommt dafür der Praxisinhaber, denn er kann und darf sich nicht selbst kontrollieren.



Viele Datenschutzvorgaben wurden auch bislang schon berücksichtigt.

FOTO: MOMIUS – FOTOLIA



Kontrollen durch Behörde möglich

Auch vor Inkrafttreten der DSGVO wurden viele in der DSGVO enthaltenen Vorgaben in den Praxen bereits berücksichtigt. Jetzt kann deren Einhaltung allerdings durch die Landesdatenschutzbeauftragten stichprobenartig kontrolliert werden. Bei Verstößen drohen Schadensersatzforderungen sowie Geldbußen – im Extremfall bis zu 20 Millionen Euro. Auch Patienten können Schadensersatzforderungen stellen. Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben bereits ihre „Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis“ überarbeitet und um die neuen Vorgaben ergänzt. Diese wurden bereits am 09.03.2018 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Der NAV-Virchow-Bund hat auf seiner Internetseite zahlreiche Informationen zum Thema Datenschutz zusammengestellt, die ständig ergänzt und aktualisiert werden: www.nav-virchowbund.de/mitgliederservice/rechtsberatung/datenschutzgrundverordnung.php

Neues Merkblatt zur DSGVO

Als Angebot für seine Mitglieder hat der NAV-Virchow-Bund zudem ein Merkblatt zur Datenschutz-Grundverordnung entwickelt, das diese kostenlos im Online-Bestellcenter herunterladen oder in der Geschäftsstelle anfordern können. Darin wird u. a. über die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten sowie

die Informations- und Auskunftspflicht von Praxen gegenüber Patienten informiert. Zudem hält der Leitfaden Informationen über das Recht auf Löschung und Berichtigung von Daten bereit, das Patienten ab sofort haben.

Neben den Rechtsgrundlagen beinhaltet das Merkblatt eine Checkliste, in der Schritt

für Schritt erklärt wird, welche Maßnahmen Praxisinhaber jetzt konkret umsetzen müssen. Hierzu gehören beispielweise die Schulung der Mitarbeiter, die Überprüfung der Praxis-Webseite und die Bestimmung eines Datenschutzbeauftragten. Zahlreiche Links zu Vertragsmustern und weiterführenden Informationen vervollständigen das Angebot.

Praxis-Webseite: Erfolgreiche Patientenwerbung im Netz

Die eigene Webseite ist das digitale Aushängeschild einer Arztpraxis. Mittlerweile suchen immer mehr Patienten ihren Arzt im Internet – sowohl über Suchmaschinen als auch über spezielle Bewertungsportale. Eine ansprechende, informative und intuitiv aufgebaute Webseite ist deshalb ein wichtiges Marketinginstrument. Hat eine Praxis keine eigene Internetpräsenz oder stimmt deren Erscheinungsbild nicht, fällt sie bei Patienten schnell durch.

Der NAV-Virchow-Bund hat sein Merkblatt „Praxis-Webseite“ komplett aktualisiert und um wichtige Aspekte ergänzt. Darin werden

Praxisinhaber u. a. über Layout, technische Voraussetzungen, rechtliche Vorgaben, Suchmaschinenoptimierung und die richtige Präsentation von Inhalten informiert. Der Verband macht zudem auf Fallstricke und Fehler aufmerksam, die immer wieder vorkommen, beispielweise fehlende Datenschutzerklärungen, die Nutzung von fremdem Kartenmaterial oder die Missachtung von Bildrechten. Der NAV-Virchow-Bund rät seinen Mitgliedern, sich professionelle Unterstützung beim Webdesign zu holen und die Inhalte regelmäßig auf Aktualität zu prüfen.



Webdesign gehört
in professionelle Hände.

Behandlungsverträge mit Privatpatienten abschließen

Privatpatienten bekommen Arztrechnungen oft nicht in voller Höhe von ihrer Krankenversicherung erstattet. Vielfach kommt es deshalb zu Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Patienten. Um Streitigkeiten von vornherein zu vermeiden, sind Behandlungsverträge mit Privatpatienten eine sinnvolle Lösung.

Der NAV-Virchow-Bund stellt seinen Mitgliedern seit Januar 2018 einen Musterbehandlungsvertrag zur Verfügung. Das Dokument im Word-Format kann individuell angepasst werden.

IGeLn – aber richtig

Ärzte, die Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) anbieten, erbringen und abrechnen wollen, müssen mit Kassenpatienten eine schriftliche Vereinbarung treffen. Dies ergibt sich aus § 18 Absatz 8 Bundesmantelvertrag Ärzte.

Der NAV-Virchow-Bund stellt seinen Mitgliedern seit diesem Jahr ein neues Musterformular „Vertrag über IGeL“ zur Verfügung. Das Dokument im Word-Format kann verändert und individuell angepasst werden. Beigefügt sind viele wichtige Informationen zum richtigen Umgang mit IGeL.

So wird ausführlich erklärt, welche Arten von IGeL es gibt. Neben Leistungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlt werden, weil ihr Nutzen (noch) nicht belegt ist, können dies auch ästhetische Operationen oder gutachterliche Leistungen wie Flugtauglichkeitsuntersuchungen sein.



wichtige Neuigkeiten zur Praxisführung aus steuerlicher Sicht in Kenntnis. Abonnenten werden frühzeitig über relevante Änderungen informiert und können dank praktischer Tipps bares Geld sparen.

Darüber hinaus wird erläutert, was Ärzte beachten sollten, wenn sie Individuelle Gesundheitsleistungen anbieten und erbringen. So muss beispielsweise der schmale Grat zwischen sachlicher Information und Werbung genau beachtet werden. Auch für die Aufklärung der Patienten und die Einhaltung einer angemessenen Bedenkzeit gibt es klare Regeln.



Neuer Newsletter „Steuern & Geld“

Der NAV-Virchow-Bund hat sein Service-Angebot für Mitglieder erweitert und gibt seit diesem Jahr einen Newsletter zum Thema „Steuern & Geld“ heraus. Der neue Newsletter erscheint in Kooperation mit den Wirtschafts- und Steuerprofis von ETL Advision. Er setzt Praxisinhaber und ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte über

**KOMPETENT
PERSÖNLICH
ZUVERLÄSSIG**



MediCura
Versicherungsservice

NAV-Wirtschaftsdienst GmbH

Alles greift ineinander

Damit Sie mit Ihren betrieblichen Risiken umfassend abgesichert sind, müssen verschiedene Versicherungen wie ein Rädchen ins andere greifen. Unser Expertenteam erstellt individuell für Sie

passgenaue Versicherungslösungen für die Mitglieder im NAV-Virchow-Bund e.V.

- mit günstigen Versicherungsprämien durch exklusive Sonderkonditionen
- mit professioneller Begleitung im Schadenfall
- mit Schulung und Fortbildung für Ihre Mitarbeitenden zu haftungsrechtlichen Themen
- mit Unterstützung bei der Umsetzung des Patientenrechtegesetzes hinsichtlich Risikomanagement und Fehlermeldesystem

Nehmen Sie Kontakt mit uns auf.

Damit es reibungslos läuft.

**MediCura Versicherungsservice
NAV-Wirtschaftsdienst GmbH**

Klingenbergstr. 4, 32758 Detmold
Telefon 0800 603 603-0, Telefax +49 (0) 5231 603-606363
info@medicura-online.de, www.medicura-online.de
Eine Marke der Ecclesia Gruppe



KOMMUNIKATION



NAV VIRCHOW-BUND
Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.



Ambulant ist dein Ding?

Wir sind Niederlassung – mit uns machst du von Anfang an alles richtig.
→ Wissen → Netzwerk → Praxis

www.nav-virchowbund.de



NAV VIRCHOW-BUND
Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.



Die Praxisgemeinschaft mit tausenden Haus- und Fachärzten

www.nav-virchowbund.de



NAV VIRCHOW-BUND
Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.



EINLADUNG ZUM PRESSEABEND
121. Deutscher Ärztetag in Erfurt




Sie kümmern sich um Ihre Patienten, wir uns um den Rest.



„Ich will eine Praxis übernehmen, ohne mich zu übernehmen.“

Dr. Johanna Todrovcic, Gynäkologin, Mitglied seit 2007

Für jede Lebenssituation gibt es die passende Niederlassungsform. Wir finden die richtige für Sie und begleiten Sie Schritt für Schritt.

Unser Service für Ihren Sprung in die Selbstständigkeit:

- › Die richtige Wahl: Jobsharing, Gemeinschaftspraxis, Einzelpraxis ...
- › Checkliste zur Niederlassung: von Arbeitsrecht bis Zulassung
- › Ärzte für Ärzte: Erfolgsrezepte aus der Praxis

4 | 5 NAV-Virchow-Bund

Service, der sich lohnt.

Im NAV-Virchow-Bund sind niedergelassene und ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen zuhause. Für ihre gemeinsamen Interessen setzen wir uns in der Bundespolitik ein und auch direkt vor Ort.

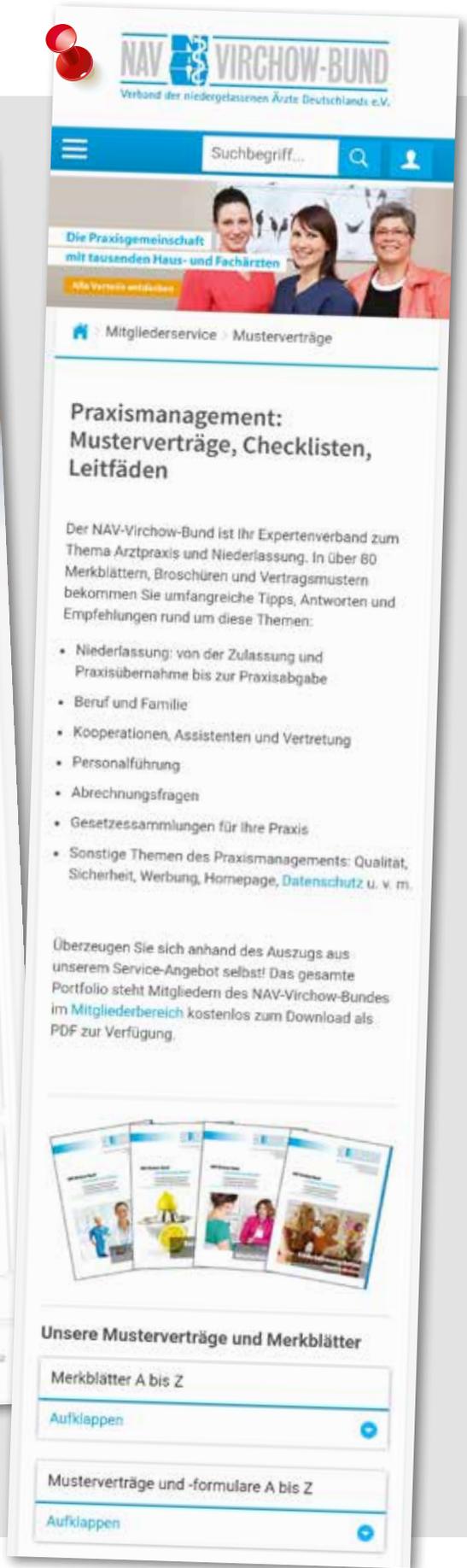
Und wir unterstützen Sie mit unserem ständig wachsenden Serviceangebot. Damit Sie mehr Zeit haben, einfach Arzt zu sein.

ONLINE-WISSENSDATENBANK	LEITFÄDEN	MUSTERVERTRÄGE	RECHTSBERATUNG	CHECKLISTEN	KOLLEGEN-NETZWERK
MITGLIEDER-MAGAZIN	VORTEILSKONDITIONEN UND RABATTE	REGIONALE VERANSTALTUNGEN	E-LEARNING UND WEBINARE	BEST PRACTICES	NEWSLETTER

10 | 11 NAV-Virchow-Bund

www.nav-virchowbund.de







NAV-Virchow-Bund
@NAV_News

Niedergelassene Ärzte erzielten im 1. Halbjahr 2016 mehr Honorar. Viele Leistungen sind trotzdem weiterhin unbezahlt. bit.ly/2Mm3FoU via @Dt_Aerzteblatt

	1. Quartal 2016	2. Quartal 2016
Alle Ärzte und Zahnärztinnen	2,6%	4,9%
Neurologischer Versorgungsbereich	1,8%	2,7%
Allgemeinmediziner / Hausarzt Internisten	4,7%	3,1%
Paläont.	1,8%	1,9%
Entwicklungs- Versorgungsbereich	2,3%	1,9%
Anästhesisten	0,5%	0,1%
Radiologen	1,9%	1,1%
Chirurgen	1,8%	1,0%
Geriatologen	1,7%	1,2%
HNW-Ärzte	1,5%	1,6%
Dermatologen	0,1%	1,1%
Internistische Fachärzte ohne Schwerpunkt	1,3%	1,4%

NAV-Virchow-Bund
@NAV_News

Am **26.** September 2018 findet die Hauptversammlung unserer Landesgruppe **#Berlin / #Brandenburg** statt. Auch Nicht-Mitglieder sind herzlich willkommen: bit.ly/2tWOr2o #gesundheitspolitik #networking

26. September 2018 | 17 Uhr
Öffentliche Hauptversammlung
Berlin/Brandenburg
KV Berlin
Münchener Allee 103/107 Berlin

Dr. Dirk Heinrich
@heinzdirkheinz

Gewalt ist längst Alltag in unseren Praxen. Und es wird immer schlimmer. #StGB114 muss auf Ärzte ausgeweitet werden! #HelferSchuetzen #AerzteMonitor @BILDamSONNTAG @LarsPetersen @NAV_News bit.ly/Ärzte-Gewaltop...

Je mehr Ärzte MIZ war schon Opfer von Gewalt

Startseite | Mitteilungen | Nachrichten | Twitter | Twitter über Facebook | Twitter

Starke Stimme für Haus- und Fachärzte

Tweets: 1.038 | Folge ich: 552 | Follower: 2.078 | Geliked: 660 | Mehr | Profil bearbeiten

NAV-Virchow-Bund
@NAV_News

Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. | vertritt als einziger freier Verband die Interessen aller niedergelassenen. #Digitalisierung #Politik

Berlin
nav-virchowbund.de
Registriert März 2011
319 Follower und 10000+ Tweets

Tweets | Tweets & Antworten | Medien

Angefordertes Tweet

NAV-Virchow-Bund @NAV_News · 6. Juli

„Die Grundversorgung zu budgetieren ist unethisch“

NAV-Virchow-Bund
@NAV_News

Wie kriegt man junge Ärztinnen (und Ärzte) aufs Land? Eine, die das Landarztleben kennt, hat spannende Vorschläge: bit.ly/2ECP6MT

@KindundKittel @DostalInfo @IGW_eV @marcellouwers @dittmarsabine @StephPilsinger

„Landarzt zu sein muss Freude machen“
Dr. Brigitta Saast

NAV-Virchow-Bund
@NAV_News

Diese **7** Schritte sollten Sie als niedergelassener Arzt setzen, bevor die EU-Datenschutzgrundverordnung in Kraft tritt. bit.ly/2HTkIV #Datenschutz #DSGVO #Servicetweet



NAV-Virchow-Bund
 Geostet von Pressestelle Nav | 19. Juni

Wann steht Ihr nächstes Mitarbeitergespräch auf dem Programm? Das Mitarbeitergespräch ist die ideale Gelegenheit um Feedback zu geben und zu bekommen, und um die Motivation im Team zu steigern. Hier erfahren Sie, wie das klappt.

<http://bit.ly/2sSa5W3>

NAV-Virchow-Bund
 Geostet von Pressestelle Nav | 17. April

ist hier: Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zu Gast. Er sprach mit unserem Bundesvorsitzenden Dr. Dirk Heinrich (rechts) und Dr. Veit Wambach (links) über die ersten Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag.

- Terminvergaben und Mindestsprechstundenzeiten
- Digitalisierung im Gesundheitswesen
- Ausbau von Kooperationen und vernetzten Strukturen (Praxisnetze)

Wir freuen uns auf den weiteren Dialog mit dem Minister. Der Ausstieg aus der Budgetkürzung wäre ein erster wichtiger Schritt!

NAV-Virchow-Bund
 Geostet von Pressestelle Nav | 10. April

Krempelt künstliche Intelligenz bald das gesamte Gesundheitswesen um? Oder sind die Änderungen nur oberflächlich? Die Brendan-Schnittmann-Stiftung hat den Trend untersucht und verrät, worauf Ärzte sich einstellen sollten: http://news.doccheck.com/.../b694-das-wird-kuenstliche-intel...

Revolution der KI?

NEWS.DOCHECK.COM
 Das wird künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen für Ärzte ändern - DocCheck Blogs

NAV-Virchow-Bund
 Geostet von Pressestelle Nav | 14. März

Kostenlose Rechtsberatung, so oft Sie sie benötigen: die Mitgliedschaft im NAV-Virchow-Bund lohnt sich!

Jetzt Mitglied werden: <https://www.nav-virchowbund.de/mitglied-werden>

Regress-Stress?
 Unsere Rechtsberatung hilft

Mehr erfahren

NAV-Virchow-Bund
 Geostet von Pressestelle Nav | 28. März

Als Mitglied des NAV-Virchow-Bundes sparen Sie diesen Frühling bis zu 36 % beim Autokauf – sofort, ohne langwieriges Punktesammeln oder Prämienmodelle. Mehr über unsere Kooperation mit CarFleet24 erfahren Sie hier: <http://bit.ly/2CKRCMD>.
 Übrigens: Auch Ihre Familie und Mitarbeiter profitieren: Ihre Mitgliedschaft im NAV-Virchow-Bund lohnt sich!

Mitglieder sparen beim Autokauf

NAV-VIRCHOWBUND.DE
NAV-Virchow-Bund
 Der NAV-Virchow-Bund ist der einzige freie ärztliche Verband, der...

DocCheck News
Die Krieg ist, die macht ist

Home : NAV-Virchow-Bund - Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.

PR: Datenschutz: 7 Schritte, um die Arztpraxis abzusichern

23.04.2018

Der Datenschutz nicht einzuhalten, kann ab 25. Mai 2018 teuer werden – und die Chance erwacht zu werden, steigt. Gerade Gesundheitsdaten müssen besonders gut geschützt werden. Ärzte und MFA haben eine große Verantwortung gegenüber ihren Patienten. Diese 7 Schritte sollten Sie setzen, bevor die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in Kraft tritt.

1. Stellen Sie fest, welche personenbezogenen Daten Sie (nimm, ma und wie) erfassen, verarbeiten oder speichern. Legen Sie für die Verarbeitungsvorgänge ein Daten- und Prozess-er, in dem die datenrelevanten Prozesse aufgelistet sind. Das bedeutet viel Aufwand für Sie und Ihr Personal, ist aber zwingend nötig.
2. Analysieren Sie, an welchen Punkten externe Dienstleister (z. B. IT-Dienstleister, aber auch externe Reinigungsdienste) Zugriff auf Daten haben könnten – also wann Sie auf Ihrem Schreibtisch liegen. Diese Dienstleister sollten Sie zur Verschwiegenheit verpflichten.

» » Har geht's zur Nutzen-Verschwiegenheitsklärung für Arztpraxen

DocCheck News
Die Krieg ist, die macht ist

Home : NAV Virchow Bund - Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.

PR: NAV-Virchow-Bund - Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.

NAV VIRCHOW-BUND
Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.

Hier bloggen die Experten rund um die Niederlassung und Praxisführung. Tipps und Antworten aus den Bereichen Recht, Praxismanagement, Honorar, Gesundheitspolitik und mehr speziell für niedergelassene Ärzte - und für solche, die es werden wollen. Der NAV-Virchow-Bund ist der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands. Er vertritt fachübergreifend die Interessen aller rund 144.000 Haus- und Fachärzte. Miteinander erreichen wir mehr! Alle Vorteile unter: www.nav-virchowbund.de/mitglied werden.

Bild hochladen Blog bearbeiten

15. APRIL 2018
PR: 9 Tipps für eine barrierefreie Arztpraxis
Eine neu gebaute Praxis muss eine ganze Reihe von Vorschriften zur Barrierefreiheit erfüllen. Aber auch bei einer Bestandspraxis kann sich der Umbau lohnen. Darum geht's: mehr...

09. APRIL 2018
PR: Patienten aus dem Ausland korrekt abrechnen
Sommer, Urlaubszeit, Hitzewelle: Da verirrt sich auch schon mal ein Patient mit ausländischer Krankenversicherung in die Praxis. Damit Sie die Behandlung korrekt abrechnen und Ihr Honorar auch sicher erhalten, sollten Sie diese Tipps beherzigen. mehr...

02. APRIL 2018
PR: Ärzte sind faul
Politiker und Krankenkassen unterstellen uns Ärzten, dass wir zu wenig arbeiten. So können sie die wahren Ursachen für Wartezeiten und andere Probleme im Gesundheitswesen bequem verdrängen. mehr...

25. APRIL 2018
PR: So schreiben Sie erfolgreiche Stellenanzeigen
Eine Medizinische Fachgesellschaft hat gekündigt. Ersatz muss her – möglichst rasch. Also schalten Sie eine Stellenanzeige. Nur: niemand bewirbt sich. Was ist passiert? mehr...

19. APRIL 2018
PR: „Es tut mir leid.“ – Sprechen Sie mit Patienten über Behandlungsfehler
Ärzte machen Fehler. Sie scheuen sich aber offen darüber zu sprechen. Zu groß ist die Angst, von Patienten verklagt zu werden, den Versicherungsschutz zu verlieren oder das eigene Ansehen bzw. das der Praxis zu beschädigen. Gastautor Johannes Jäkin, Fachanwalt. mehr...

12. APRIL 2018
PR: Wenn das Gesundheitsamt vor der Tür steht...
Es gibt ganz unterschiedliche Gründe für eine Praxisbegehung. Nur wer seine Pflichten als Arzt kennt, vermeidet Probleme mit den staatlichen Behörden. mehr...

DocCheck News
Hallo liebe Doc-MasterCheck

Spirale: Gynäkologen setzen Grünspan an
Die hormonfreie Verhütung mit Kupferspiralen wird immer beliebter. Trotzdem bieten viele Gynäkologen sie nicht an, denn um Kupferspirale, -ringe oder -bälle einzusetzen, sind ein spezielles Training und Erfahrung notwendig. Sollte es verpflichtende Schulungen geben? mehr...

Artikel von **Christiane Anrhehl**

Hepatitis E: Infektiöse Rippenchen vom Grill
Hepatitis-E-Infektionen nehmen in Deutschland zu, besonders in der Grillsaison sei das Infektionsrisiko erhöht, warnt Prof. Wadewitz, denn das Virus wird hauptsächlich über rohes Schweinefleisch übertragen. Die Infektion verläuft oft asymptomatisch und bleibt häufig unerkannt. mehr...

Videobeitrag von **DocCheck News Redaktion**

Advertorial: Datenschutz: 7 Schritte, um die Arztpraxis abzusichern
Den Datenschutz in der Arztpraxis nicht einzuhalten, kann ab 25. Mai teuer werden – und die Chance erwacht zu werden steigt. Diese 7 Schritte sollten Sie als niedergelassener Arzt setzen, bevor die EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in Kraft tritt. mehr...

Clozapin: Vorsicht beim Umstieg auf E-Zigaretten
Die Zahl der Räucher unter den bevölkerungsreichen Patienten ist hoch. Einige steigen mittlerweile auf E-Zigaretten um. Das ist gut, so verringern sich das Risiko für viele Erkrankungen. Aber: Wer Nicotinpräparate wie Clozapin einnimmt, muss bei der Umstellung aufpassen. mehr...

Blogbeitrag von **psychiaterblog**

Ich bin kein Leistungserbringer, kein Zuweiser, kein Mediziner – ich bin Arzt!

Ein Kommentar von Dr. Dirk Heinrich

Schon seit Jahren schleichen sich Begrifflichkeiten in den Sprachgebrauch im Gesundheitswesen ein, die es einmal näher zu betrachten lohnt. Der Einsatz von neuen Begriffen erfolgt oft schleichend, wirkt scheinbar harmlos und „nur“ vereinfachend. Aber ist das so? Oder ist es doch Absicht oder verrät zumindest die Denke, die diese Begriffe prägt?

„Leistungserbringer“

Von Seiten der gesetzlichen Krankenkassen wurde in den neunziger Jahren zunehmend der Begriff „Leistungserbringer“ anstelle der korrekten Begriffe wie Arzt, Physiotherapeut, Logopäde oder Psychotherapeut verwendet. Es handele sich dabei um eine vereinfachende Zusammenfassung, so die ersten Anwender. Der Begriff „Leistungserbringer“ reduziert die bezeichneten Berufsgruppen aber gleichzeitig auf einen Teil ihrer Tätigkeit. Diese umfasst ja deutlich mehr als nur die Erbringung von medizinischen, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen. Lag dieser Bezeichnung also nur der Wunsch nach begrifflicher Vereinfachung zugrunde? Ich glaube nicht.

Der neue Begriff wirft ein Licht auf dessen Verwender. Sie betrachten offensichtlich die eigentlich korrekt zu benennenden Berufsgruppen eben nicht in ihrer Gesamtheit und Ganzheit, sondern nur unter dem Aspekt der Kostenverursachung. Diese Reduktion offenbart auch eine

veränderte – verkürzte – Wahrnehmung des Gegenübers. Indem man nur die Leistungserbringung betrachtet, verliert man aus dem Blick, dass die genannten und gemeinten Berufsgruppen mehr als nur Leistungen erbringen, nämlich ihre Patienten als Menschen in ihrer Ganzheit betrachten, behandeln, begleiten und damit zu ihrer Genesung beitragen. Die Heilkunde kann nicht auf die Leistungserbringung verkürzt werden.

„Zuweiser“

Ein weiterer, sich zunehmend einschleifender Begriff ist der des „Zuweisers“. Eingeführt von Krankenhausverwaltungen, wird auch der Partner in der Behandlung von Patienten auf nur einen Aspekt der Zusammenarbeit reduziert. Es handelt sich um eine rein wirtschaftliche Betrachtung des einweisenden Arztes in seiner Rolle als Zuweiser von Patienten in das betroffene

Krankenhaus. Der Arzt wird verkürzt auf den Zubringer, der im Krankenhaus Leistungen auslöst und damit für den wirtschaftlichen Betrieb des Krankenhauses unerlässlich ist. Es schließen sich Begriffe wie „Einweiserpflege“ und Ähnliches an.

Im Deutschen Ärzteblatt wurde 2016 ein Artikel zum „Einweisermanagement“ veröffentlicht mit der schönen Einteilung in A-, B- und C-Einweiser. Dabei waren die B-Einweiser die interessantesten, um die sich ein Team aus Chefarzt, Oberärzten, Geschäftsführung, Controlling und Marketing kümmern sollte. Damit wird klar, dass in den Augen solcher Verwaltungen jedwede Kommunikation, Fortbildungsveranstaltung und Ähnliches im Wesentlichen als Marketingmaßnahmen verstanden werden. Das verkürzt auch hier das Verhältnis von Krankenhausärzten und vergisst ebenfalls, dass die ganzheitliche Betrachtung und Behandlung von Patienten im Vordergrund der Kommunikation zwischen den zurzeit noch stark getrennten Sektoren stehen muss. Es ist beredter Ausdruck der Ökonomisierung, und damit meine ich den mittlerweile bestehenden Primat der Ökonomie im Krankenhaus. Es drückt auch ein offensichtlich bestehendes Konkurrenzverhältnis von Krankenhäusern untereinander aus.

Ausdruck der Deprofessionalisierung

Die Begriffe „Leistungserbringer“ und „Zuweiser“ tragen damit zur Deprofessionalisierung des Arztberufes bei. Mit Deprofessionalisierung ist das Zurückdrängen des



Dr. Dirk Heinrich ist
Bundesvorsitzender des
NAV-Virchow-Bundes.



Arztsein: Empathie und Interaktion mit Patienten

freien Berufes Arzt gemeint. Profession ist hier im engeren Sinne die Berufung als Angehöriger eines freien Berufs, als Arzt und Heilkundiger, der nur dem Patienten und der Allgemeinheit zu dienen verpflichtet ist. Wie es in der Berufsordnung steht, geht der Arzt nämlich keinem Gewerbe nach – auch nicht als angestellter Arzt. Daher ist eine Verkürzung durch Begriffe wie „Einweiser“ auf Teilaspekte der Profession nicht nur unzulässig, sondern auch gefährlich und muss von allen Ärzten entschieden zurückgewiesen werden. In diesem Zusammenhang ist die Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, einen Klinik-Kodex zu entwickeln, mit dem klargestellt wird, dass Medizin vor Ökonomie geht, sehr zu begrüßen.

„Generalist“ und „Spezialist“

Aber auch im eigenen, ärztlichen Bereich müssen wir aufpassen mit bestimmten Begriffen. So wird zunehmend von interessierter Seite der angebliche Haus- und Facharzt-Konflikt immer wieder hochstilisiert. Dabei existiert dieser an der Basis überhaupt nicht. In meinem Stadtteil arbeiten Hausärzte und Fachärzte Hand in Hand und versuchen, der Patientenflut gemeinsam Herr zu werden.

Mit dem Projekt „Gesundheit für Billstedt/Horn“ zeigen die Ärzte im Stadtteil, dass sie an einer gemeinsamen Lösung der vor ihnen liegenden Aufgaben intensiv arbei-

ten wollen. Wir beginnen, die Probleme, die uns die Politik vor die Füße gekarrt hat, jetzt selbst zu lösen. Dies wird natürlich nur teilweise gelingen können, denn die ungünstigen politischen Rahmenbedingungen sind einfach überwältigend. Die Folgen jahrelanger Budgetierung, unsinniger Bedarfsplanung und Bürokratisierung tragen jetzt ihre unseligen Früchte. Dabei ist es wenig hilfreich, wenn mit Namen wie „Generalist“ auf der einen Seite und „Spezialist“ auf der anderen Seite neue abgrenzende Begriffe eingeführt werden und die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten belastet wird.

Das Sozialgesetzbuch kennt die Begriffe „Hausarzt“ und „Facharzt“. Dabei sollten wir es einstweilen belassen. Meine persönliche Meinung dazu ist sowieso eine andere: Für mich gibt es nur Fachärzte. Auch der Hausarzt ist für mich ein Facharzt, denn er versteht sein Fach (steht übrigens auch auf seiner Facharzturkunde). Die irri-ge und mit der Begrifflichkeit vergesellschaftete Meinung, Spezialisten-Fachärzte behandeln nur Organe und nicht den ganzen Menschen, führt auch hier ins Leere und verkürzt den Arztberuf auf etwas, was er nicht ist. Jeder Facharzt betrachtet den gesamten Menschen. Dies sollten wir einander nicht absprechen. Es schadet nur insgesamt dem Arztberuf und seiner immer noch hochangesehenen Profession.

Handeln wir also auch bei den Begrifflichkeiten, die wir selbst verwenden, professionell. Lassen wir uns nicht verkürzen auf „Leistungserbringer“, „Zuweiser“, „Generalist“ oder „Spezialist“.

„Mediziner“

Wir sind im Übrigen auch keine Mediziner. Wir sind Ärzte. Mediziner ist man mit Abschluss des Studiums. Dann beantragt der, der als Arzt tätig werden will, die Approbation. Damit wird er nominell Arzt. Lange Jahre war Karl Lauterbach eben nur Mediziner. Dann hat es ihn wohl so aufgeregt, nicht Arzt genannt werden zu können, dass er in hohem Alter noch die Approbation beantragte. Jetzt ist er nominell Arzt.

An diesem Beispiel zeigt sich aber, dass zum Arztsein mehr gehört als nur die Approbation. Arztsein will gelebt werden. Der Arzt entsteht in der Interaktion mit seinen Patienten. Der Arzt entwickelt seine empathischen Fähigkeiten, er betrachtet den Patienten in seiner Ganzheit und versucht, ihm, so gut es geht, zu helfen. Und genau in dieser Interaktion, in dieser auch konfliktreichen Tätigkeit entsteht das „Arztsein“. Dieses „Arztsein“ ist es, was die hohe Zufriedenheit der Ärzteschaft in allen Befragungen immer wieder zutage fördert. Dies geschieht trotz schlechter Rahmenbedingungen regelhaft. Das ist für mich immer wieder das Wunder des Arztberufes. Die Zufriedenheit, die Ärztinnen und Ärzte aus der Interaktion mit ihren Patienten ziehen, ist faszinierend und macht eben den Beruf aus. Daraus zu schließen, wie es Politiker gern tun, dass doch alles in Ordnung sei und man deshalb noch einen draufatteln könnte – wie jetzt geschehen mit der irrigen Absicht, man könnte doch das Mindestsprechstundenangebot ohne zusätzliche Vergütung um fünf Stunden erhöhen – zeigt, dass man nicht verstanden hat, was Arztsein ist. Das wird man erst merken, wenn es keine Ärzte mehr gibt, sondern nur noch Leistungserbringer und Zuweiser.

NAV-Virchow-Bund
Verband der niedergelassenen Ärzte
Deutschlands e.V.
Chausseestraße 119b
10115 Berlin
Fon: (0 30) 28 87 74-0
Fax: (0 30) 28 87 74-1 15
E-Mail: info@nav-virchowbund.de
www.nav-virchowbund.de