



Jahresbericht
2019

Seit Kurzem treten wir mit einem neuen Logo auf: Als „Virchowbund“ zeigen wir mit einem modernen und frischen Design, dass wir ein zeitgemäßes und attraktives Angebot für Praxi-särzte und all diejenigen haben, die sich für die ärztliche Tätigkeit in der ambulanten Versorgung interessieren.

Mit diesem konsequenten Schritt einer modernen Außendarstellung vollziehen wir aber auch das nach, was andere schon längst praktizieren: Sie bezeichnen uns schlicht und einfach als den „Virchowbund“.

Natürlich hat der „NAV“ seine großen und unvergessenen Verdienste. Er ist vielen bis in die 80er und 90er Jahre des letzten Jahrhunderts ein großer Begriff für den erfolgreichen Kampf um ärztliche Interessen. Leider weiß jedoch die heutige Arztgeneration mit „NAV“ nichts mehr anzufangen, zumal der Begriff nicht selbsterklärend und leicht mit anderen Abkürzungen zu verwechseln ist.

Die historische Fusion in der unmittelbaren Nachwendezeit zwischen dem damaligen NAV und dem „Rudolf-Virchow-Bund“ der DDR war ein bis dato einzigartiges Ereignis als Zusammenschluss zweier Verbände auf Augenhöhe. Dieses gleichberechtigte Zusammengehen wirkt bis in die Gegenwart als Motivation und Inspiration. Die daraus entstandene Namenskonstruktion „NAV-Virchow-Bund“, ist heute aber zu komplex und wenig verständlich.

Tempora mutantur, nos et mutamur in illis

Die Zeiten ändern sich, und wir ändern uns in ihnen

Im Sinne dieses Ovid zugeschriebenen Sprichwortes beziehen wir mit dem neuen Namen Virchowbund klar Stellung:



Dr. Dirk Heinrich
Bundesvorsitzender des
NAV-Virchow-Bundes

Dem Werk und Wirken unseres Namensgebers, dem Arzt und Politiker Rudolf Virchow treu verbunden, sind und bleiben wir zuallererst ein politischer ärztlicher Berufsverband. Wie Rudolf Virchow sehen wir das Arztsein nicht nur als einen heilenden Beruf, sondern stets auch im Kontext mit individueller und kollektiver sozialer und gesellschaftlicher Verantwortung. Wie Rudolf Virchow – als Entdecker der Zellulärpathologie und Begründer der modernen Sozialhygiene ein visionärer Arzt und fortschrittlicher Politiker – haben wir den Anspruch, als ärztlicher Berufsverband Tradition und Moderne zu verbinden.

„Die Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiktion“, lautet eines der bekanntesten Zitate Rudolf Virchows.

Diese große Verantwortung gegenüber der Allgemeinheit setzt jedoch gewisse Freiheitsgrade voraus. Daher bleiben Erhalt und Ausbau der ärztlichen Freiberuflichkeit für uns zentrale Aufgabe.

Zudem muss der Arztberuf – und das gilt insbesondere für Ärzte in der ambulanten Versorgung – attraktiv und zukunftsfähig bleiben. Daher ist eine unserer Hauptaufgaben neben der politischen Interessenvertretung in Bund und Land allen Praxisärztinnen und Praxisärzten Unterstützung und Entlastung bei ihrer Tätigkeit anzubieten.

VORWORT

Wir beraten und helfen bei allen Dingen der Praxisorganisation und der wirtschaftlichen Praxisführung. Unser Angebot werden wir deshalb konsequent noch weiter ausbauen und dabei auf die Chancen und Möglichkeiten der Digitalisierung setzen.

Dabei unterscheidet uns eins von allen anderen:

Als freie ärztliche Selbstorganisation sind wir unabhängig, nah an der Praxis und vor allem:

Wir sind „Ärzte für Ärzte“.

Dr. Dirk Heinrich
Bundesvorsitzender des Virchowbundes

IMPRESSUM



Klaus Greppmeir,
Hauptgeschäftsführer

Vorgelegt von der Hauptgeschäftsführung des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, zur Bundeshauptversammlung 2019.

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
post@wpv.de

Ecclesia med GmbH

Ecclesiastraße 1 - 4 · 32758 Detmold
Fon: (05231) 603-0
Fax: (05231) 603-197
info@ecclesiaMED.de
www.ecclesiaMED.de

DAZ

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde e. V.

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

AUS DEM INHALT

Gesundheitspolitik	6	Organisationsstruktur	42
Die Budgetierung und ihre Folgen: Das Gift im Gesundheitswesen	6	Bundsvorstand	42
TSVG und Entbudgetierung	8	Landesgruppen	43
TSVG: Der erste Schritt zur Entbudgetierung	8	Geschäftsstelle	44
TSVG-Detailregelungen stehen weitestgehend fest	9	Aus den Landesgruppen	46
Richtiges Signal: Parlament diskutiert Entbudgetierung	10	Bayern	46
Das ändert sich mit dem TSVG in den Praxen	11	Aus Fehlern lernen mit CIRS	46
„Das ist ein Paradigmenwechsel“	12	Berlin	47
Organspende: NAV-Virchow-Bund für Widerspruchslösung	14	NAV-Virchow-Bund mit zwei Mitgliedern im Kammervorstand	47
Digitalisierung	14	Hamburg	47
Spahn treibt Digitalisierung voran	14	Heinrich als Vorsitzender bestätigt	47
Kritik am „Digitale-Versorgung-Gesetz“: Viel Geld und heiße Luft?	16	Mecklenburg-Vorpommern	48
Experten-Tipp: korrekte Umsetzung der DSGVO schützt Patientendaten	17	Angelika von Schütz wiedergewählt	48
Sieben Thesen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen	18	Nordrhein	48
Fernbehandlung: Nicht alle ziehen mit	20	Weitere Amtszeit für Bergmann	48
Gesundheits-Apps: Nicht ohne Vertragsärzte	21	Schleswig-Holstein	49
Schnittstelle ambulant—stationär	22	Kontinuität im Norden	49
Praxisärzten droht Konkurrenz durch Krankenhäuser	22	Niedersachsen / Bremen	49
Vertragsärzte fordern Sperre für Termin-Schwänzer	23	Deutschland braucht Kooperation statt Chaos in der medizinischen Versorgung	49
Notdienstreform demontiert Sicherstellungsauftrag: ‚casus belli‘ für die Vertragsärzteschaft	24	Der Preis für schnelle Arzttermine	50
Führt die Reform der Psychotherapeutenausbildung zu einer eigenen KV?	25	Brendan-Schmittmann-Stiftung	51
Berufspolitik	26	Arm, krank und früher tot	51
122. Deutscher Ärztetag in Münster	26	Qualitätsfaktoren	52
Niedergelassene Ärzte stellen erstmals seit 40 Jahren den Präsidenten	26	Klimawandel und Gesundheit	53
Die wichtigsten Entscheidungen des Ärztetages	27	Nachruf: Dr. Brigitte Ernst (1941 – 2019)	54
Topthema Arztgesundheit	28	Vorstand	55
Honorar-Runde 2020: Trotz dürftigem Ergebnis	28	Kuratorium	56
Beweis für Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung	28	Service/Rechtsberatung	57
GOÄneu in Sichtweite	29	Niederlassung: Eine Typfrage	57
Tarifsteigerung für MFA	30	Vorne hui, hinten pfui? – Tipps für Personalräume in der Arztpraxis	58
Europäische Ärzte nehmen Stellung zur Delegation ärztlicher Leistungen	30	Praxisinfo: Honorar für ärztliche Atteste	60
Arztberuf	31	Das ändert sich mit dem TSVG in der Praxis	60
Ärztliches Arbeitszeitvolumen im Sinkflug	31	15 % Rabatt auf Berufsbekleidung für Ärzte und Praxispersonal	61
Heimbesuche: ethisch geboten, wirtschaftlich attraktiv	32	Datenschutzkonforme Arztpraxis leicht gemacht	61
Aus dem Verband	34	Nadelstichverletzungen: Fit für den Notfall	62
Bundeshauptversammlung 2018	34	Neues Angebot: Webinare	62
Praxisärzte zwischen Drangsalierung und Digitalisierung	34	Jetzt Service-Newsletter abonnieren	62
Hoheit über Arzttermine behalten	35	Kommunikation	64
Entschließungen der Bundeshauptversammlung	36	Epilog	70
Der neue Bundesvorstand	39	„Die Freiheit nehm ich mir ...“	70
Kaspar-Roos-Medaille für Dr. Klaus-Otto Allmeling	40		

Die Budgetierung und ihre Folgen: Das Gift im Gesundheitswesen

Der berühmt-berüchtigte Kompromiss von Lahnstein ist inzwischen über ein Vierteljahrhundert alt. Der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer schmiedete gemeinsam mit dem SPD-Gesundheitspolitiker Rudolf Dressler diesen unheiligen Kompromiss: Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), mit dem die Budgetierung sowohl der ärztlichen Leistungen als auch der Arzneimittelausgaben vereinbart wurde.

Quasi als siamesischer Zwilling der Budgetierung stellten Seehofer und Dressler die Bedarfsplanung komplett neu auf. Dabei war die Budgetierung sogar ein freiwilliges Angebot des damaligen KBV-Vorsitzenden Siegfried Häußler, um erstmals eine eigene Gebührenordnungsposition zur Ganzkörperuntersuchung einführen zu können: die GOP 19. Der damalige Ehrenvorsitzende

der KBV und frühere Bundesvorsitzende des Virchowbundes, Hans Wolf Muschalik, kommentierte diesen Kompromiss mit den Worten: „Wir stehen vor einem Scherbenhaufen.“

Und er behielt Recht: Die Budgetierung ist seitdem für viele negative Entwicklungen im Gesundheitswesen verantwortlich.

Budgetierung und Arzttermine

Ärzte sind als Angehörige eines freien Berufes nur ihren Patienten und der Allgemeinheit verpflichtet. Selbstständig niedergelassene Ärzte führen aber auch einen Wirtschaftsbetrieb. Medizinische Fachangestellte bekommen per Tarifvertrag regelmäßige Gehaltssteigerungen und das ist auch richtig so. Die Begrenzung der Mittel in der morbiditätsbedingten Ge-

samtvergütung (MGV) setzt der ärztlichen Arbeit in der niedergelassenen Praxis aber Grenzen. Am deutlichsten ist dies an dem Streit um Wartezeiten und fehlende Termine zu spüren.

Dabei ist es ganz einfach: Wenn der Inhaber eines mittelständigen Betriebs keine ausreichende finanzielle Deckung erzielen kann, rationalisiert er seinen Betrieb. Das Personal wird auf das Nötigste zurückgefahren, Investitionen zurückgestellt. Die Ärzte könnten mehr Termine nur dann anbieten, wenn sie in der Lage wären, ihre Praxen darauf auszurichten. Unter einem Budget ergibt es wirtschaftlich aber keinen Sinn, weitere Patienten aufzunehmen und Termine zu vergeben. Ganz im Gegenteil: Weitere Patienten lösen Kosten aus, die aus eigener Tasche finanziert werden müssten.

Facharztterminprobleme sind eine Folge der Budgetierung. Wer das nicht wahrhaben möchte, lügt sich in die eigene Tasche.

Budgetierung trifft Fachgruppen höchst unterschiedlich

Die Budgetierung betrifft die MGV. Daneben gibt es aber einen Bereich, die extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV). Diese Leistungen werden voll und unlimitiert vergütet. Hier finden sich insbesondere Leistungen der präventiven Medizin, wie zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Schwangeren, das ambulante und belegärztliche Operieren, Koordinierungsleistungen, sowie anderes mehr.



Dr. Dirk Heinrich

FOTO: SYEA PIETSCHMANN

Es gibt Fachgruppen, wie Kinderärzte und Gynäkologen, die einen großen Teil ihrer Leistungen in diesem EGV-Bereich erbringen. Andere Fachgruppen, wie z. B. HNO-Ärzte, haben fast keine extrabudgetär vergüteten Leistungen. Zum Ausgleich wurde eine, allerdings sehr geringe, Leistung eingeführt, die sich Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) nennt. Diese schafft es aber nicht annähernd, die Unterschiede zwischen den Fachgruppen auszugleichen.

Bestimmte Lasten in einer KV, wie zum Beispiel die Laborreform, werden ausschließlich aus der MGV finanziert. Damit tragen immer weniger Ärzte zu diesen allgemeinen Lasten bei. Fachgruppen, die in der MGV verhaftet sind, bluten aus. Die Budgetierung ist daher auch noch höchst ungerecht.

Budgetierung ist sozial ungerecht

Eine Praxis finanziert sich heute im Wesentlichen aus zwei Einnahmequellen: Zum einen die Vergütung aus der gesetzlichen Krankversicherung (GKV), zum anderen die auf der GOÄ basierende Vergütung von Selbstzahlern. Die meisten aus der Gruppe der Selbstzahler haben sich über eine private Krankenversicherung abgesichert. Der kleinere Teil sind Patienten, die individuelle Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen.

In den neuen Bundesländern gibt es weniger Privatpatienten. In sozialen Brennpunkten der großen Städte gibt es ebenfalls wenig Privatpatienten. Praxen dort sind auf die Einnahmen aus der gesetzlichen Krankversicherung angewiesen. Ihre Ertragslage ist deutlich schlechter als die von Praxen, die größere Teile ihrer Einnahmen von Selbstzahlern erzielen.

In den letzten 20 Jahren hat sich eine deutliche Gewichtsverschiebung ergeben. Durch die Budgetierung ist die

durchschnittliche Einnahme pro GKV-Patient deutlich gesunken. Die Einnahmen durch Privatpatienten sind nur leicht gestiegen – und diese sind gegenüber GKV-Patienten auch noch zahlenmäßig in der Minderheit.

Diese Einnahmeschwäche aus der GKV ist eine Hauptursache für die ungleiche Verteilung von Arztpraxen in Großstädten, aber auch eine Ursache für die Unattraktivität von Landpraxen in Bundesländern mit wenig Privatpatienten. In den Städten treffen Ärztemangel und Ertragsschwäche gerade jene Praxen, die sich um die Versorgung von Kassenpatienten in sozialen Brennpunkten kümmern. Das ist für die Patienten dieses Stadtteils sozial ungerecht.

Budgetierung führt zu Ärztemangel

Praxen, die auf die Einnahmen von GKV-Patienten angewiesen sind, sind durch die erwähnte Ertragsschwäche wirtschaftlich unattraktiv. Nachfolger finden sich nicht. Damit verschärft sich der Ärztemangel. Es ist die Budgetierung, die zu regionalem Ärztemangel führt. Sie ist der einzige Faktor, der in einer Großstadt, wie Hamburg, Berlin oder Köln einzelne Stadtteile einnahmeseitig unterscheidet.

Vor 20 Jahren war es beispielsweise in Hamburg kein Problem, alle Stadtteile mit Ärzten zu versorgen. Auch damals verdiente man in den sozial schwächeren Stadtteilen etwas weniger als in den anderen. Heute beträgt der Unterschied aber bis zu 50 Prozent.

Budgetierung und Bedarfsplanung sind siamesische Zwillinge

Neben der Budgetierung bestand der Lahnstein-Kompromiss gleichzeitig darin, die Schrauben bei der Bedarfsplanung anzuziehen. Aus der Angst der Politiker vor einer „Ärztenschwemme“, die die Kranken-

häuser ausbluten könnte, wurde die Bedarfsplanung zum siamesischen Zwilling der Budgetierung. Als Nebeneffekt wirkte sie zunächst ausgleichend zu den neuen Praxisbudgets, also im Sinne der Ärzte mit bestehender Niederlassung.

Seit einigen Jahren wird das Instrument von der Politik freilich anders eingesetzt. Heute wird versucht, durch einseitige Änderung an der Bedarfsplanung Versorgungslücken zu schließen. Eine immer kleinräumigere und mit vielen Bedingungen versehene Bedarfsplanung soll eine bessere Verteilung von Ärzten erreichen.

Doch eine noch so verschärfte Bedarfsplanung kann nicht kaschieren, dass Praxen mit einer durch die Budgetierung bedingten Einnahmeschwäche keine Nachfolger finden. Der Versuch, durch eine kleinräumige Bedarfsplanung Ärzte in diese Gegenden quasi zu zwingen, widerspricht dem Lahnstein-Kompromiss, der die Bedarfsplanung als Ausgleich für die Budgetierung sieht. Sie war als schützender Ausgleich für die Ärzteschaft gedacht und nicht als Instrument zu weiterem Zwang.

Ohne ein Ende der Budgetierung gibt es keine echten Lösungen

Seit 27 Jahren Budgetierung wird an vielen kleinen Rädchen gedreht, ohne wirkliche Verbesserungen zu erzielen. Das TSVG geht erste Schritte in Richtung Entbudgetierung. Erbrachte Leistungen werden erstmals voll bezahlt. Das kann besonders für grundversorgende Fachärzte eine Chance sein. Allerdings wird sich die Versorgung erst dann signifikant verbessern, wenn die Budgetierung ganz abgeschafft ist. Denn sie ist das Gift im Gesundheitswesen.

TSVG und Entbudgetierung

TSVG: Der erste Schritt zur Entbudgetierung

Es war das größte und zentrale Reformprojekt der Großen Koalition im Bereich Gesundheit: das „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ (TSVG). Für niedergelassene Ärzte kann es den ersten Schritt in Richtung Entbudgetierung bedeuten.

Die Erhöhung der Mindestsprechstundenzahl von 20 auf 25 Stunden und der Zwang zur offenen Sprechstunde waren das Aufregerthema der vorangegangenen Monate in der Ärzteschaft. Dass die neuen Vorschriften trotz aller Proteste nun tatsächlich Gesetz sind, wird allerdings kaum praktische Auswirkungen haben, schätzt der Virchowbund. Nur rund vier Prozent der Praxen boten vor Inkrafttreten des Gesetzes weniger als 20 Wochensprechstunden an.

Viel wichtiger für den Alltag der niedergelassenen Ärzte ist, dass eine jahrelange Forderung endlich umgesetzt wurde: Mit dem TSVG wird die Bedeutung der grundversorgenden Fachärzte festgeschrieben und die koordinierende Funktion des Hausarztes

gestärkt. Erstmals seit dem Kompromiss von Lahnstein (siehe „Die Budgetierung und ihre Folgen“) stehen die Zeichen wieder auf Entbudgetierung.

Zuschläge für Neupatienten und offene Sprechstunde

„Die Entbudgetierung für neue Behandlungsfälle und für Fälle in der offenen Sprechstunde ist eine signifikante Verbesserung zum ursprünglichen Gesetzentwurf, in dem noch ein Zuschlag von 25 Prozent auf die Versichertenpauschale vorgesehen war“, erklärt der Bundesvorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (Virchowbund), Dr. Dirk Heinrich. „Wenn damit die Anreize in allen Fachgruppen und Regionen gleich hoch sind, besteht eine echte Chance, dass Kapazitäten für entbudgetierte Neupatienten und für Patienten in offenen Sprechstunden entstehen.“

Hausärzte, die Patienten einen dringenden Facharzttermin vermitteln, erhalten dafür 10 Euro; die behandelnden Fachärzte be-

kommen alle Leistungen extrabudgetär vergütet. Zudem soll es nach Wartezeit auf die Behandlung gestaffelte Zuschläge, wenn Patienten über die Terminservice-stelle in die Praxis kommen – neben der extrabudgetären Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall.

Laut Gesetzestext werden all diese Zuschläge außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) bezahlt und sind somit de facto voll entbudgetiert. Dabei handelt sich zunächst nicht um Mehrvergütungen, sondern erbrachte Leistungen werden erstmals voll bezahlt. So will der Gesetzgeber aber die Voraussetzungen

Mehr Geld für ärztliche Leistung

Für grundversorgende Haus- und Fachärzte bietet das TSVG gleich mehrere Anknüpfungspunkte, um das Honorar zu erhöhen – teils außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung und nach festen Preisen im EBM:

- › Erfolgreiche Vermittlung eines dringenden Facharzttermins durch einen Hausarzt
 - Zuschlag von 10 Euro
- › (Akut-)Leistungen für Patienten, die von der Terminservice-stelle vermittelt werden
 - extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall und im Quartal sowie zusätzlich nach Wartezeit auf die Behandlung gestaffelte Zuschläge auf die Versichertenpauschale
- › Leistungen für neue Patienten in der Praxis
 - extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall und im Quartal
- › Leistungen, die in den offenen Sprechstundenzeiten erbracht werden
 - extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall und im Quartal
- › Leistungen für übernommene Patienten nach Terminvermittlung durch einen Hausarzt
 - extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall und im Quartal



Das TSVG verspricht schnellere Termine

schaffen, dass die organisatorischen und personellen Mehraufwendungen und Umstrukturierungen der Praxen für niedergelassene Ärzte attraktiv werden.

Keine Mehrarbeit für Ärzte

Ob sich die Anzahl der behandelnden Ärzte und die Summe der Arztzeit durch das Gesetz spürbar erhöht, ist fraglich. Der Virchowbund prognostiziert: Es wird schnellere Ersttermine geben, die Folgetermine können aber, je nach Erkrankung, entsprechend länger dauern. Schließlich bleibt die Versorgung chronisch Kranker weiterhin im Fokus ambulanter ärztlicher Behandlung. Mehrarbeit wird auch mit dem TSVG nicht zur Pflicht – aber immerhin mit zusätzlichem Geld belohnt.

Realpolitik führt zum Erfolg

Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens hatten zahlreiche Ärztegruppen zu Protesten aufgerufen, eine deutschlandweit organisierte Aktion gab es allerdings nicht. „Wenn die letzten zwölf Monate eines gezeigt haben, dann, dass mit Realpolitik und Hintergrundgesprächen mit Parlamentariern mehr zu erreichen ist als mit sturer Protesthaltung“, resümiert Heinrich. „Natürlich können wir die Eingriffe in die Selbstverwaltung und die Freiberuflichkeit nicht gutheißen. Aber die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten stand nun einmal fix im Koalitionsvertrag – das nicht umzusetzen, hätte zum Koalitionsbruch geführt. Darum haben wir uns auf die Punkte fokussiert, wo

wir tatsächlich Änderungen zugunsten der niedergelassenen Ärzte erreichen können.“

Ein Beispiel dafür: Die Verpflichtung zur offenen Sprechstunde ließ sich zwar nicht kippen, allerdings sind von der finalen Regelung weniger Fachgruppen betroffen als ursprünglich. Auch die Bezahlung hat sich grundlegend verbessert, vom geringen Zuschlag hin zum entbudgetierten Behandlungsfall. Die drohende Einführung der Bürgerversicherung konnte ganz gestoppt werden. Heinrich appelliert an seine niedergelassenen Kollegen: „Die Enttäuschung über die Grundfehler des TSVG sollte nicht den Blick auf die guten Ansätze verdecken, die auch im Gesetz stehen. Lasst sie uns nutzen!“

TSVG-Detailregelungen stehen weitestgehend fest

Im Juni haben sich Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss auf die Einzelheiten des TSVG geeinigt. Damit wurde ein wichtiger Meilenstein zur Mehrvergütung der im Gesetz festgelegten zusätzlichen Anforderungen an die Praxen erreicht. Für Praxisinhaber gilt es jetzt, die Organisation schrittweise anzupassen.

Neu: Der „Arztgruppenfall“

Mit dem sogenannten Arztgruppenfall hat der Bewertungsausschuss eine Neuerung eingeführt. Der Arztgruppenfall umfasst alle Leistungen, die bei einer der möglichen TSVG-Konstellationen von derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Quartals bei einem Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse erbracht werden. Greift also eine der neuen Regelungen, wie Behandlung in der offenen Sprechstunde oder als Neupa-

tient, ist der Patient für das restliche Quartal komplett aus dem Budget raus.

Vermittlung über die Terminservicestelle („TSS-Terminfall“)

Alle Leistungen für Patienten, die über die Terminservicestelle (TSS) vermittelt werden, werden im Arztgruppenfall voll vergütet. Diese Regelung gilt bereits seit dem 11. Mai 2019, dem Inkrafttreten des Gesetzes. Die bisherigen Regelungen zur TSS bleiben bestehen: Für den Anspruch auf die Vermittlung benötigen die Patienten eine Überweisung mit Überweisungscode. Davon ausgenommen sind Termine für Hausärzte, Kinderärzte, Augenärzte, Frauenärzte und Psychotherapeuten.

Zuschläge für TSS-Terminfälle

Neben der extrabudgetären Vergütung gibt es seit 1. September 2019 Zuschläge für TSS-Terminfälle, wenn der Termin innerhalb bestimmter Zeitfenster erfolgt. Diese

Zuschläge werden auf die Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale gewährt, wobei der Tag der Kontaktaufnahme des Patienten bei der TSS als erster Zähltag gilt:

- Zwischen dem 1. und 8. Kalendertag: 50 Prozent
- Zwischen dem 9. und 14. Kalendertag: 30 Prozent
- Zwischen dem 15. und 35. Kalendertag: 20 Prozent

Vom Hausarzt vermittelter Fall

Seit 1. September 2019 erhält der Hausarzt einen extrabudgetären Zuschlag von 10,21 Euro, wenn er einen Patienten direkt an einen Facharzt vermittelt. Der vereinbarte Termin muss innerhalb von vier Kalendertagen nach Kontakt mit dem Hausarzt liegen. Für den Facharzt ist dieser Arztgruppenfall bereits seit Mai 2019 extrabudgetär abrechnungsfähig.

Neue Patienten

Seit September 2019 werden die Leistungen für neue Patienten im Arztgruppen-



Neuvorstellung in der Arztpraxis: TSVG sieht extrabudgetäre Vergütung für bestimmte Fachgruppen vor

fall extrabudgetär vergütet. Die Regelung greift dann, wenn ein Patient noch nie oder mindestens die letzten acht Quartale nicht in der Praxis war. Bei fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften oder bei MVZ gilt diese Regelung nur bei maximal zwei „TSVG-Fachgruppen“. Zu diesen Fachgruppen zählen alle Gebiete außer Anästhesie (mit Ausnahme der Schmerztherapie), Humangenetik, Labormedizin, MKG, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie und Strahlentherapie.

Offene Sprechstunden

Bestimmte Fachgruppen (siehe Infobox) müssen seit September 2019 eine offene Sprechstunde anbieten. Die offene Sprechstunde muss mindestens fünf Stunden pro Woche umfassen und über die KV im Internet bekannt gemacht werden. Patienten,

Diese Fachgruppen müssen eine offene Sprechstunde anbieten

- › Augenärzte
- › Chirurgen
- › Frauenärzte
- › Hals-Nasen-Ohren-Ärzte
- › Hautärzte
- › Kinder- und Jugendpsychiater
- › Neurologen/Psychiater/Ärzte für Nervenheilkunde
- › Neurochirurgen
- › Orthopäden/Unfallchirurgen
- › Urologen

die in der offenen Sprechstunde behandelt werden, werden extrabudgetär honoriert. Der Bewertungsausschuss gibt vor, dass 17,5 Prozent der Arztgruppenfälle des Vorjahresquartals extrabudgetär vergütet werden.

Akutfälle über die TSS

Ab dem 1. Januar 2020 werden Patienten, die aufgrund einer dringenden Behandlung über die TSS binnen 24 Stunden einen Arzttermin vermittelt bekommen, extrabudgetär vergütet. Darüber hinaus

erhält der behandelnde Arzt einen Zuschlag von 50 Prozent auf die Versicherer-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale.

Bereinigung für ein Jahr

Alle extrabudgetären Leistungen, mit Ausnahme der Zuschläge, werden begrenzt auf ein Jahr und für die Ärzte, die TSVG-Fälle ausgelöst haben, bereinigt. Die Bereinigungszeiträume wurden wie folgt festgelegt:

- › Hausarztvermittlungsfall: Quartale 3/2019 bis 2/2020
- › TSS-Terminfall: Quartale 4/2019 bis 3/2020
- › Neupatientenfall und Fälle der offenen Sprechstunde: Quartale 4/2019 bis 3/2020
- › TSS-Akutfall: Quartale 1/2020 bis 4/2020

Außerhalb dieser Zeiträume werden alle extrabudgetären Honorare gezahlt, ohne dass das Budget gekürzt wird. Es erfolgt außerdem eine Nettobereinigung. Das heißt, dass das Leistungsbudget des nachfolgenden Jahres um die Menge gekürzt wird, die ohne die extrabudgetären Leistungen gegolten hätte.

Richtiges Signal: Parlament diskutiert Entbudgetierung

Auf Antrag der FDP hat der Deutsche Bundestag das Thema „Ambulante ärztliche Versorgung verbessern, Bürokratie abbauen, Budgetierung aufheben“ diskutiert. Die FDP-Fraktion forderte in ihrem Antrag,

- › die schrittweise Aufhebung der Budgetierung ärztlicher Leistungen
- › als ersten Schritt eine Entbudgetierung für die grundversorgenden Haus- und Fachärzte

- › Bürokratie und Berichtspflichten zu reduzieren.

Der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands hält die parlamentarischen Impulse im Deutschen Bundestag, die Budgetierung zu beenden, für richtig und wichtig. Der Bundesvorsitzende Dr. Dirk Heinrich erklärte: „Wir brauchen die Entbudgetierung aller zusätzlichen neuen Leistungen, die das TSVG vorsieht. Zuschläge tragen

zwar dazu bei, reichen aber nicht, um die Ziele des Gesetzes zu erreichen. Die durch Zuschläge geförderten Leistungen entsprechen in einigen Bezirken noch nicht einmal dem eigentlich vorgesehenen EBM-Preis. So wird nichts aus schnelleren Terminen.“

Terminengpässe als Folge der Budgetierung

Das sieht auch die FDP-Abgeordnete Christine Aschenberg-Dugnus so. Sie bezeichnete Terminprobleme als eine Folge der Budgetierung, als leistungsfeindlich und als „planwirtschaftliches Instrument“. Außerdem wies sie darauf hin, dass mit begrenzten Mitteln keine unbegrenzte

Patientenversorgung erreicht werden könne.

Dr. Kirsten Kappert-Gonther von den Grünen sprach sich gegen die Entbudgetierung aus, da diese für die Versorgung „rein gar nichts“ brächte. Stattdessen plädierte sie für Steuerung im Gesundheitswesen, um Überversorgung abzubauen, Fehlversorgung zu reduzieren und Unterversorgung zu beheben.

Heinrich ist anderer Meinung: „Das Ziel ist und bleibt, die Budgetierung endgültig zu beenden. Denn die Budgetierung stammt aus Zeiten eines Ärzteüberschusses. Heute hingegen herrscht Ärztemangel. Andere Zeiten brauchen andere Antworten.“

Leistungsanforderungen steigen

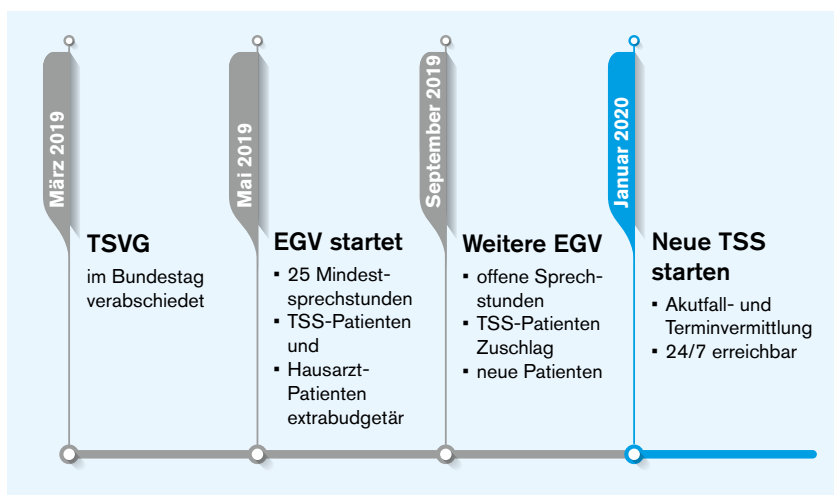
Durch das Prinzip „ambulant vor stationär“ sind die Leistungsanforderungen an niedergelassene Ärzte in den letzten drei Jahrzehnten stetig gestiegen. Eine ungerechtfertigte Leistungsausweitung müsse laut Heinrich niemand mehr befürchten. „Nur Ewiggestrige behaupten immer noch, die Budgetierung sei ein bewährtes und erforderliches Instrument, um Leistungsausweitung zu verhindern. Die Realität sieht anders aus. In Bayern und Baden-Württemberg sind hausärztliche Leistungen seit Jahren vollständig bezahlt, also unbudgetiert – und es lässt sich keine Leistungsausweitung nachweisen.“

Das ändert sich mit dem TSVG in den Praxen

Seit Mai sind Ärzte mit voller Kassenzulassung verpflichtet, mindestens 25 statt wie bisher 20 Sprechstunden anzubieten. Was das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) darüber hinaus für niedergelassene Ärzte bringt, darüber informiert der Verband der niedergelassenen Ärzte mit der Praxisinfo „Das TSVG in der Praxis“. Darin werden die häufigsten Fragen niedergelassener Ärzte im Zusammenhang mit dem TSVG beantwortet, unter anderem:

- › Bringt das TSVG mehr Honorar für Ärzte oder bloß mehr Bürokratie?
- › Wie müssen offene Sprechstunden organisiert und abgerechnet werden?
- › Was können Ärzte tun, die weniger als 25 Sprechstunden anbieten möchten?

Die Praxisinfo bietet einen kompakten Überblick über den Regelungswust aus Sicht der niedergelassenen Ärzte.



Mitglieder im Virchowbund können diese und über 40 weitere Praxisinfos kostenlos online herunterladen oder per Post bestellen:
www.nav-virchowbund.de/bestell-center

„Das ist ein Paradigmenwechsel“

Öffnet das TSVG die Tür zur Entbudgetierung? Dr. Dirk Heinrich über vollständig bezahlte Behandlungsfälle, überflüssige Zwangsmaßnahmen und die Auswirkung des Gesetzes auf die Versorgung.

Der Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) ist bei vielen Ärzten und Psychotherapeuten auf Ablehnung gestoßen. Sie haben von Anfang an auch Chancen gesehen. Was halten Sie vom fertigen Gesetz?

Das TSVG bleibt eine zweiseitige Angelegenheit: Ich kritisiere weiterhin die Eingriffe in Selbstverwaltung und Praxisorganisation. Ich begrüße aber sehr, dass erstmals in einem Gesetzestext der Begriff „Fachärzte der wohnortnahen Grundversorgung“ auftaucht, womit die Bedeutung dieser Gruppe gewürdigt und festgeschrieben wird. Am wichtigsten ist aber, dass die Tür zur Entbudgetierung aufgestoßen wird. Das ist ein Paradigmenwechsel für die gesamte vertragsärztliche Versorgung.

Wie groß sind denn die Honoraranteile, die aus dem Budget herausfallen? Was schätzen Sie?

Die Entbudgetierung betrifft die Patienten in der offenen Sprechstunde, die „neuen Patienten“ und die vom Hausarzt oder über die Terminservicestelle (TSS) vermittelten Patienten. Beginnen wir mit der offenen Sprechstunde: Die Mindestsprechstundenzeit für GKV-Patienten beträgt künftig 25 Stunden. Fünf davon müssen grundversorgende Fachärzte – die genauen Fachgruppen müssen noch durch KBV/GKV-Selbstverwaltung definiert werden – ab August als offene Sprechstunden anbieten. Alleine durch die Regelung zur offenen Sprechstunde fallen also etwa 20 Prozent der Behandlungsfälle aus dem Budget.

Selbst wenn der Patient in der offenen Sprechstunde nur angesehen und erst drei Wochen später behandelt wird, werden alle Leistungen voll bezahlt. Egal, wie oft der Patient in diesem Quartal wiederkommt, der ganze Behandlungsfall ist raus aus dem Budget. Wie ist das bei Patienten, die neu in die Praxis kommen?

Diese Regelung ist weiter gefasst. Sie betrifft nicht nur die grundversorgenden Fachärzte, sondern alle Ärzte, die an der unmittelbaren Versorgung teilnehmen – auch hier steht noch die genaue Definition aus. Jedenfalls sind Haus- und Kinderärzte dabei und der überwiegende Teil der Fachärzte mit Patientenkontakt. Ich schätze, dass durch diese Regelung etwa 10 bis 15 Prozent der Behandlungsfälle aus dem Budget fallen.

Dann gibt es noch die Terminvermittlung vom Hausarzt zum Facharzt oder über die TSS ...

Wenn der Hausarzt einen Termin beim Facharzt vermittelt, bekommt der Hausarzt 10 Euro, und die Behandlungsfälle beim Facharzt sind entbudgetiert. Hier geht es um einige Prozent. Rechnen wir jetzt noch Behandlungsfälle dazu, die über die TSS kommen, ergibt das beim grundversorgenden Facharzt eine Entbudgetierung von 30 bis 50 Prozent der Patienten. Das heißt: Ein Drittel bis die Hälfte der Behandlungsfälle pro Quartal wird extrabudgetär vergütet.

„Das Gesetz sorgt für einen schnellen Erstkontakt. Danach wird die Versorgung gestaffelt – je nach Dringlichkeit.“

Wo soll das Geld herkommen? Werden die Versichertenbeiträge erhöht?

Die Krankenkassen haben bundesweit 21 Milliarden Euro an Rücklagen. Das reicht für einige Jahre.

Der Virchowbund steht mit seiner optimistischen Interpretation des TSVG ziemlich alleine da. Warum ist ein Großteil der Ärzteschaft so skeptisch?

Viele Ärzte sind über Jahre enttäuscht worden und ziemlich frustriert. Es besteht natürlich immer das Risiko, dass wir Ausführungsbestimmungen oder Bewertungsausschuss-Beschlüsse bekommen, die Effekte des TSVG wieder zusammenschrumpfen lassen. Ich halte es aber für falsch, jetzt Risiken heraufzubeschwören. Meine Botschaft an die Ärzte lautet: Es läuft was. Es lohnt sich, die offene Sprechstunde einzuführen.

Für die Hausärzte ist die Bilanz nicht ganz so erfreulich, oder?

Die Regelung zur offenen Sprechstunde sollte ursprünglich auch für Hausärzte gelten. Das wollte der Hausärzterverband nicht – und verzichtete damit auf den attraktivsten Anreiz des neuen Gesetzes im Kollektivvertrag. Die Hausärzte profitieren aber immerhin von der Entbudgetierung der neuen Patienten

und der über die TSS vermittelten Patienten – und von der 10-Euro-Gebühr für die Vermittlung zum Facharzt. Außerdem wird die

hausarztzentrierte Versorgung (HZV) gefördert – das war, so mein Eindruck, dem Hausärzterverband wichtiger als alles andere.

Der Entbudgetierungs-Anteil bei den Hausärzten ist geringer ...

Ja. Da die Hausärzte nicht von allen Regelungen betroffen sind, ist die Entbudgetierung geringer. Es stimmt: Die Hausärzte profitieren von dem Gesetz deutlich weniger als die Fachärzte. Man darf aber nicht vergessen: Die Regelungen wurden auf den Weg gebracht, weil es Probleme mit den Facharztterminen gibt. Es ist nun mal ein Facharztgesetz.

Wie wird sich das TSVG auf die Versorgung auswirken? Geht der schnellere Zugang zu Facharztterminen auf Kosten chronisch kranker Patienten?

Nein. In die offene Sprechstunde werden auch Patienten kommen, die chronisch krank sind und eine Verschlechterung ihres Leidens erfahren haben – also entgleiste Diabetiker oder Rheumatiker mit einem akuten Schub. Das Gesetz sorgt für einen schnelleren Erstkontakt. Danach wird die Versorgung je nach Dringlichkeit gestaffelt. Wenn die Behandlung nicht dringend ist, kann es möglicherweise länger dauern, bis die Behandlung abgeschlossen ist – doch das ist aus medizinischer Sicht kein Problem.

Zwischen dem ersten Entwurf und dem verabschiedeten Gesetzestext gibt es einige Unterschiede. Wie kam es zu diesen Änderungen?

Naja, das Gesetz wurde sehr ausführlich diskutiert. Und man kann sagen: Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ist nicht beratungsresistent. Er hat mit vielen Betroffenen gesprochen, er hat uns als Verbände angehört, er hat mit allen auch offen diskutiert – wie beispielsweise auf der KBV-Veranstaltung im Januar 2019 – und sich in so manchem auch überzeugen lassen. Beispielsweise wurde die Entbudgetie-

„Bei grundversorgenden Fachärzten reche ich mit einer Entbudgetierung von 30 bis 50 Prozent der Patienten.“



Dr. Dirk Heinrich schärft den Blick für die positiven Aspekte des TSVG

rung im Vergleich zum ersten Entwurf deutlich ausgeweitet. Die Eingriffsmöglichkeiten des Staates in die Bedarfsplanung oder in den Leistungskatalog wurden etwas zurückgenommen. Und die anfangs geplante Regelung für einen gestuften und gesteuerten Zugang zur Psychotherapie ist gestrichen.

Bei welchen Aspekten konnten sich die Ärztevertreter nicht durchsetzen?

Die Anhebung der Mindestsprechzeiten für GKV-Patienten auf 25 Stunden ist im Gesetz geblieben. Das ist ärgerlich. Die Mindestsprechstundenzeit wird verhandelt zwischen Ärzten und Krankenkassen – da hat sich der Gesetzgeber nicht einzumischen. Die Regelung unterstellt außerdem, dass wir nicht genügend arbeiten. Das ist für jeden Arzt ein Schlag ins Gesicht. Die Anhebung der Mindestsprechzeiten stand aber leider im Koalitionsvertrag. Die Koalitionäre hatten sich darauf geeinigt – es war der einzige Punkt, der von der Diskussion um

die Bürgerversicherung übrig geblieben ist. Deshalb war dieser Punkt nicht verhandelbar. Auch mit der Forderung, die offenen Sprechstunden freiwillig zu gestalten, konnten wir uns nicht durchsetzen. Die Anreize hätten völlig ausgereicht, um den gewünschten Effekt zu erzielen: Ich möchte den Arzt sehen, der auf die Einrichtung offener Sprechstunden verzichtet, wenn er damit etwa 20 Prozent seiner Fälle entbudgetieren kann. Hätte man die Mindestsprechzeiten-Regelung und die Verpflichtung zur offenen Sprechstunde weggelassen, wäre das Gesetz genauso effektiv geworden – doch man hätte sich viel Ärger mit der Ärzteschaft erspart.

Das Interview wurde mit dem KVH-Journal geführt.

Organspende: Virchowbund für Widerspruchslösung

Erstmals seit 2010 hat sich die Zahl der Organspender in Deutschland merklich erhöht. Die Zahl der Menschen, die nach ihrem Tod ihre Organe gespendet haben, ist 2019 im Vergleich zum Vorjahr um fast 20 Prozent gestiegen, teilte die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) mit.

Erfreulich sei auch das verstärkte Engagement der Kliniken, so die DSO. Sie hätten der Koordinierungsstelle 26 Prozent mehr Meldungen über eine mögliche Organspende zukommen lassen als im Vorjahr. Studien zufolge ist das zurückhaltende Meldeverhalten der Kliniken ein Grund für die niedrigen Organspendezahlen. Die gesellschaftliche Debatte über die Einführung einer Widerspruchslösung scheint Früchte getragen zu haben.

Auch die Bundeshauptversammlung des Virchowbundes hatte sich 2018 dafür ausgesprochen, § 2 Abs. 2 Transplantationsgesetz (TPG) im Sinne einer Widerspruchslösung zu formulieren. Voraussetzung sei eine breit

angelegte Aufklärungskampagne, die der Gesetzesänderung vorausgehen müsse, so die Delegierten. Sie plädierten für eine Verbesserung der Organisationsstrukturen und die Vollzeitbeschäftigung von Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern.

„Jeder kann in die Lage kommen, ein Spenderorgan zu benötigen. Daher ist es jedem zuzumuten, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen. Niemand erleidet durch die Einführung einer Widerspruchslösung einen Nachteil, da ein Widerspruch des Spenders jederzeit möglich ist und zudem die Angehörigen ebenfalls widersprechen können“, heißt es in der Entschließung.



Beim Transport eines Spenderorgans kommt es auf jede Minute an

Digitalisierung

Spahn treibt Digitalisierung voran

Als einen Themenschwerpunkt seiner Amtszeit hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die Digitalisierung des Gesundheitswesens bestimmt. Als ersten wichtigen Schritt initiierte Spahn per Gesetzesänderung, dass das Bundesgesundheitsministerium die Mehrheit an der gematik übernahm – ein weiterer Eingriff in die Selbstverwaltung. Die gematik hat seit 14 Jahren die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und den Aufbau der Telematik-Infrastruktur zur Aufgabe.

Der zweite, aber wesentlich größere Wurf besteht im „Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“, kurz Digitale Versorgung-Gesetz (DVG). Das DVG regelt die schnelle Einführung von Gesundheits-Apps, verschärft aber auch Sanktionsmaßnahmen für die Praxisärzte, die sich nicht frist-

gerecht an die Telematik-Infrastruktur anschließen.

Ein heikles Unterfangen, wird damit doch den Ärzten unterstellt, sie verweigerten sich den technologischen Entwicklungen. Das Gegenteil jedoch ist richtig. Ärzte wissen, dass Innovationen erforderlich und für den medi-

zischen Fortschritt elementar wichtig sind. Niedergelassene Ärzte wollen Innovationen, sind oft sogar Ideengeber und Entwickler. Sie stehen aus ihrem Berufsverständnis heraus Neuem grundsätzlich offen gegenüber. Die Digitalisierung ist da keine Ausnahme.

Die Einführung und Umsetzung von Innovationen wird Ärzten aber oftmals durch bürokratische Vorgaben, technische Hürden und ungeklärte Haftungsfragen erschwert. Zudem achten Ärzte stets auf das Vertrauensverhältnis zu Patienten, das Teil des medizinischen Wirkens ist und deshalb nicht durch Interessen und Einflüsse von dritter Seite belastet werden darf. Das daraus resultierende, differenzierte Verhalten von Ärzten zur Digitalisierung wird fälschlicherweise oft als Verhinderung oder Technikfeindlichkeit interpretiert.

Die wahren Gründe, warum Ärzte den TI-Anschluss verweigern

Die Zahl der angeschlossenen Praxen bleibt hinter den Erwartungen, vor allem aber hinter den Voraussetzungen zum dringend erforderlichen digitalen und sicheren Ausbau des Gesundheitswesens zurück. Weil die Politik mit der Androhung von Honorarkürzung reagiert, gehen einige Praxen den Weg von Musterklagen.

Doch die wahren Gründe liegen woanders: Nach der langen Vorgeschichte bis zur Bereitstellung geeigneter Konnektoren hat die Industrie nachhaltig an Vertrauen eingebüßt. Die als Angebotskartell auftretenden Anbieter von Konnektoren setzen ihre Monopolstellung durch illusorische Kostenmodelle und fragwürdige Installationspraktiken fort. Zudem entbinden sie sich geschickt aus der Haftungsfrage und wälzen diese auf die Praxen ab. Das gemeinsame Agieren mit einigen ebenfalls als Oligopol auftretenden Herstellern von Praxisverwaltungssoftware zerstört weiteres Vertrauen. Zudem bleibt die haftungsrechtliche Situation in den Praxen weiterhin ungeklärt. Die Frage des Versicherungsschutzes im Falle eines Dateneignisses ist ungewiss.

Verlorenes Vertrauen, eine unklare rechtliche Situation und Sanktionsdrohungen der Politik machen die Zurückhaltung einiger Praxen mehr als verständlich. Zurückhaltung ist aber keine Verhinderung, schon gar keine Technikfeindschaft.

Mit 3-Punkte-Plan die Digitalisierung vorantreiben

Deshalb plädiert der Virchowbund für einen anderen Weg: Das Automobil hat sich seinerzeit auch nicht durchgesetzt, weil die Besitzer von Pferden bestraft wurden. Getreu dem Motto „Innovation muss attraktiv sein“ und angesichts der Fehler aus der Vergangenheit schlägt der Virchowbund daher einen Drei-Punkte-Plan vor:

1. Vertrauen wiederherstellen

Zunächst müssen alle Sanktionsdrohungen zurückgenommen werden. Stattdessen sollen Anreize statt Strafen die Bereitschaft zur Anbindung an die TI erhöhen. Die Krankenkassen müssen alle Kosten übernehmen, die den Praxen im Zusammenhang mit der TI-Anbindung entstehen. Dazu gehört auch die Anschaffung neuer und zusätzlicher Technik sowie die Absicherung der Praxen, beispielsweise mit Prämien für spezielle Cyber-Versicherungen.

2. Verantwortliche benennen

Für das Chaos bei der Bereitstellung von Konnektoren und bei deren Installation ist in erster Linie die Industrie verantwortlich. Deshalb muss die Industrie stärker in die Verantwortung und in die Haftung genommen werden. Nur wenn Industrie und PVS-Hersteller für ihr Handeln haften, steigt deren Interesse an einer sicheren Umsetzung.

3. Vorteile sichtbar machen

Ärzten muss verdeutlicht werden, wo und wie sie durch digitale Entwicklungen und Techniken von arztfremder Tätigkeit entlastet werden und sich somit mehr auf die ärztliche Tätigkeit konzentrieren können. Wenn beispielsweise Informationen schneller bereit stehen, valider und umfangreicher sind, können Fehlinformationen und dadurch auch Fehldiagnosen reduziert werden. Zudem bedeutet der Abbau von Bürokratie mehr Zeit für Patienten.

Keine einseitigen „Kassen-Innovationen“

Dass mit der „Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen durch Krankenkassen“ per DVG ausschließlich gesetzliche Krankenkassen digitalen Versorgungsinnovationen anbieten, ist nicht hinnehmbar. Krankenkassen sind nicht Teil der Patientenversorgung und lediglich einer von drei Partnern der Selbstverwaltung (Krankenkassen, Ärzte, Krankenhäuser). Wenn digitale Versorgungsinnovationen nun einseitig von Krankenkassen gefördert werden sollen oder sich Kran-

kenkassen gar an bestimmten Strukturen beteiligen können, entsteht ein einseitiger Einfluss auf das Patienten-Arzt-Verhältnis zu Lasten der Leistungserbringer. Der Versorgungsbedarf für digitale Innovationen kann nicht alleine durch die gesetzlichen Krankenkassen festgestellt werden. Die Feststellung eines solchen Bedarfes erfordert Anamnese, Diagnose und Indikationsstellung einer Therapie durch Ärzte.

„App-Turbo“ als Wirtschaftsförderung

Das Gesundheits-Apps bürokratiearm in ein Leistungsverzeichnis beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommen werden, kann sinnvolle Innovationen schneller ins System bringen. Wenn das BfArM Gesundheitsapps prüft, muss es unbedingt ärztlichen Sachverstand mit einbeziehen. Ein unabhängiger ärztlicher Beirat sollte Kriterien für medizinische Evidenz entwickeln.

Die unmittelbare Erstattungsfähigkeit im ersten Jahr, in dem dann „positive Effekte“ nachgewiesen müssen, enthält jedoch systemfremde Anteile an Wirtschaftsförderung. Beiträge gesetzlich Versicherter werden zumindest teilweise zweckentfremdet. Darum sollten in der einjährigen Erprobungsphase Mittel aus Wirtschaftsfördertöpfen herangezogen werden.

Unklar ist noch der Erklär- und Erfüllungsaufwand in den Praxen. Denn es wird zu erhöhtem Informationsbedarf der Versicherten kommen. Dieser entsteht auch durch die Einführung der elektronischen Patientenakte – ganz zu schweigen vom Aufwand, die Akten zu befüllen. Die sich abzeichnende Mehrarbeit kann nicht von Vertragsärzten bewältigt werden. Daher schlägt der Virchowbund eine Evaluation zur Einführung der ePA, beispielsweise in Pilot- oder Testregionen, vor, um den zusätzlichen Aufwand repräsentativ zu erheben und zu quantifizieren.

Kritik am „Digitale-Versorgung-Gesetz“: Viel Geld und heiße Luft?

Apps auf Rezept, höhere Strafen für TI-Verweigerer und mehr Tempo bei der Digitalisierung – mit dem „Digitale Versorgung-Gesetz“ (DVG) macht Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gehörig Druck. Doch wenn der TI-Rollout klappen soll, sind drei Faktoren wichtig, die im Gesetz zu kurz kommen, erklärt der Virchowbund in seiner Stellungnahme.

Mit dem DVG will Spahn Gesundheits-Apps leichter in das bislang stark abgeschottete GKV-System integrieren. Ärzte sollen Apps in Zukunft flächendeckend zu Lasten aller Kassen verschreiben können. Die Hersteller müssen erst nach einem Jahr die Evidenz ihrer Medizinprodukte nachweisen. Zum Start ist nur eine einfache Prüfung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vorgeschrieben.

Das riecht nach systemfremder Wirtschaftsförderung. Versicherungsgeld, das eigentlich für die Versorgung gedacht ist, wird teilweise zweckentfremdet, um App-Entwicklungen zu finanzieren. Das Geld für die einjährige Probephase sollte besser aus Wirtschaftsfördertöpfen kommen, findet der Verband.

Selbstverständlich können manche Apps die Versorgung verbessern – viele andere werden an diesem Versprechen scheitern. Darum ist die Prüfung im Vorfeld so wichtig. Wenn das BfArM Gesundheitsapps prüft, dann muss es unbedingt ärztlichen Sachverstand mit einbeziehen. Ein unabhängiger ärztlicher Beirat sollte Kriterien für medizinische Evidenz entwickeln. Die WANZ-Kriterien müssen auch für digitale Anbieter gelten.



Es wäre auch falsch, wenn Krankenkassen digitale Versorgungsinnovationen einseitig fördern. Damit entsteht eine Schiefelage im System. Kassen selbst versorgen keine Patienten und sollten daher auch nicht ohne Stimme der Leistungserbringer entscheiden dürfen, welche Gesundheitsangebote für die Patienten zur Verfügung stehen.

Honorarkürzungen für TI-Verweigerer

Spahn setzt auch die Daumenschrauben bei all jenen Praxisinhabern an, die sich immer noch nicht an die Telematik-Infrastruktur (TI) angeschlossen haben. In den ersten Monaten werden Verweigerer noch mit 1 Prozent Honorarabzug bestraft. Ab März 2020 sollen es aber 2,5 Prozent werden – und vermutlich wird das Bußgeld in der Folge weiter erhöht.

Denn bislang sind geschätzt noch nicht einmal drei Viertel aller Kassen-Arztpraxen in Deutschland an die TI angeschlossen. Dabei sind Ärzte im Grunde keine Technologie-Verweigerer. Aber die TI hat eine lange Geschichte voller Pannen: Lieferschwierigkeiten, illusorische Kostenmodelle, Machtdemonstrationen durch Kartelle von Herstellern und PVS-Anbietern, fragwürdige Installationspraktiken, unklare Haftungsrisiken... Kein Wunder, dass die Ärzteschaft skeptisch ist. Zurückhaltung ist aber keine Verhinderung.

Wenn die Digitalisierung im Gesundheitswesen Erfolg haben soll, geht das nur über das Vertrauen der Anwender. Und das sind neben den Patienten auch Ärzte, Apotheker, Therapeuten und Co. Ihr Vertrauen gewinnt man aber nicht durch immer schärfere Sanktionen, Bürokratie und

technische Hürden, sondern durch Anreize und sichtbare Vorteile.

Mit 3-Punkte-Plan Vertrauen wiederherstellen

Deshalb plädiert der Virchowbund für einen anderen Weg: Das Automobil hat sich seinerzeit auch nicht durchgesetzt, weil die Besitzer von Pferden bestraft wurden. Getreu dem Motto „Innovation muss attraktiv sein“ und angesichts der Fehler aus der Vergangenheit schlägt der Virchowbund einen Drei-Punkte-Plan vor:

1. Vertrauen wiederherstellen

Zunächst müssen alle Sanktionsdrohungen zurückgenommen werden. Stattdessen sollen Anreize statt Strafen die Bereitschaft zur Anbindung an die TI erhöhen. Die Krankenkassen müssen alle Kosten übernehmen, die im Zusammenhang mit der TI-Anbindung den Praxen entstehen. Dazu gehört auch die Anschaffung neuer und zusätzlicher Technik sowie die Absicherung der Praxen, beispielsweise mit Prämien für spezielle Cyber-Versicherungen.

2. Verantwortliche benennen

Für das Chaos bei der Bereitstellung von Konnektoren und bei deren Installation ist in erster Linie die Industrie verantwortlich. Deshalb muss die Industrie stärker in die Verantwortung und in die Haftung genommen werden. Nur wenn Industrie und PVS-Hersteller für ihr Handeln haften, steigt deren Interesse an einer sicheren Umsetzung.

3. Vorteile sichtbar machen

Ärzten muss verdeutlicht werden, wo und wie sie durch digitale Entwicklungen und Techniken von arztfremder Tätigkeit entlastet werden und sich somit mehr auf die ärztliche Tätigkeit konzentrieren können. Wenn beispielsweise Informationen schneller bereitstehen, valider und umfangreicher sind, können Fehlinformationen und dadurch auch Fehldiagnosen reduziert werden. Zudem bedeutet der Abbau von Bürokratie mehr Zeit für Patienten.

Experten-Tipp: korrekte Umsetzung der DSGVO schützt Patientendaten

Datenschutz in Arztpraxen ist ein komplexes und zeitintensives Thema. Die Health Data GmbH ist spezialisiert auf die DSGVO-konforme Praxisführung und arbeitet dafür mit dem Virchowbund zusammen.

Auch nach dem Inkrafttreten sorgt die neue Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) noch für heftige Diskussionen in der Ärzteschaft. Seitenlange Einwilligungen, anzupassende Räumlichkeiten und erhöhte Sicherheitsvorkehrungen in den IT-Systemen, sogar Abmahnungen und Erpresser-Malware mischen sich seit dem 25. Mai 2018 mit viel Unsicherheit in den Arztpraxen.

Prof. Dr. Dr. Alexander Ehlers, selbst Mediziner und Rechtsanwalt, hat mit anderen Juristen sowie IT- und Servicespezialisten eine Firma gegründet, die sich auf den Datenschutz für Arztpraxen spezialisiert hat. Mitglieder im Virchowbund erhalten Sonderkonditionen.

Herr Prof. Ehlers, können Sie verstehen, dass einige Ärzte von den neuen Datenschutzvorschriften ganz schön genervt sind?

Selbstverständlich. Für Ärzte ist der Umgang mit der berufseigenen Schweigepflicht und dem Vertrauen der Patienten seit Jahrhunderten eine Selbstverständlichkeit. Eine valide juristische Basis für den Datenschutz in der ärztlichen Tätigkeit bietet der Schweigepflichtparagraf (§203 StGB). Die Änderungen, die sich aus der DSGVO ergeben, sollen insbesondere große Unternehmen zum verantwortungsvollen Umgang mit Kunden- und Nutzerdaten veranlassen und die Rechte der Bürger stärken. Für Arztpraxen bringen diese Änderungen ebenfalls zusätzliche technische und organisatorische Herausforderungen mit sich, die nicht zu unterschätzen und leider in der Umsetzung zeitintensiv sind.

Sehen Sie auch Chancen in der DSGVO?

Die DSGVO hilft Unternehmen, Organisationen und den betroffenen Bürgern bei der Sensibilisierung zum Thema Datenschutz. Schaut man sich die digitale Entwicklung an, ist ein schützendes Regelwerk notwendig, um einen Missbrauch von personenbezogenen Daten zu verhindern und die Persönlichkeitsrechte der Menschen zu stärken.

Im Rahmen der DSGVO-Umsetzung in Arztpraxen sollten bestehende Prozesse genau durchleuchtet werden und unter dem Gesichtspunkt der neuen Anforderungen überprüft werden. Diese Maßnahme stellt nicht nur einen lästigen Aufwand dar, sondern ist ein sinnvoller Schritt zur Neuorganisation relevanter Praxisabläufe. Je besser bestehende Strukturen an die DSGVO angepasst sind, desto reibungsfreier laufen die Prozesse und desto weniger treten Störungen im Praxisalltag auf. So gesehen kann jede Minute, die sich ein Praxisinhaber

mit seinen internen Abläufen beschäftigt, sehr sinnvoll sein. Die Vorgaben der DSGVO werden sich wie die Hygienevorschriften oder das Qualitätsmanagement in den Praxisalltag einfügen, sobald die Prozesse in der Praxis entsprechend optimiert sind.

Welchen Rat geben Sie Arztpraxen in Bezug auf die neue Verordnung? Welche Kompetenzen werden für die erfolgreiche Umsetzung des Datenschutzes in Arztpraxen benötigt?

Leider ist den meisten Praxisinhabern der eigene DSGVO-Status nicht bekannt, so dass sie keine gezielten Maßnahmen ergreifen können. Ohne die entsprechende Expertise bzw. einen Datenschutzbeauftragten wiegen sich die Praxen in Sicherheit. Ich empfehle in Sachen DSGVO, den Stier bei den Hörnern zu packen!

Dabei ist das Thema Datenschutz bei weitem nicht nur ein juristisches. Datenschutz erfordert immer einen Dreiklang aus Juristen, Organisationstalenten und IT-Experten, die sich im Detail mit den neuen Anforderungen auskennen.



Patientenakten –
in Zukunft digital

Sieben Thesen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen

Die einen fühlen sich überfordert, die anderen hingehalten. Den einen macht sie Angst, den anderen Hoffnung, und manchen beides zugleich. Die Rede ist von der Digitalisierung. Im Gesundheitswesen rollt die Welle des Umbruchs gerade erst auf uns zu. Wie schaffen wir es, auf ihr zu segeln anstatt von ihr überrollt zu werden?

Als freier Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gestaltet der Virchowbund proaktiv die Gesundheitspolitik der Zukunft. Unsere 7 Thesen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen sollen zur Diskussion und zum Nachdenken anregen. Welche Chancen ergeben sich für Praxisärzte und ihre Patienten und wo müssen wir uns als freier Beruf aktiv engagieren?

These 1: Gesundheitsdaten sind einzigartig

Im Dezember 2018 zeigte der Hacker Martin Tschirsich eindrucksvoll, wie es um den Datenschutz bei allen bisherigen Angeboten von Gesundheitsakten à la Vivv, TK-Safe und Co. bestellt ist. Das knappe

Fazit: mager bis schlecht. Überall gab es Schwachstellen, die einem findigen Profi erlaubten, sensible Patientendaten von außen abzugreifen. Tschirsich machte auch klar: Selbst Daten, die nach heutigen Standards für Bankdaten anonymisiert und verschlüsselt wurden, werden mit großer Wahrscheinlichkeit innerhalb der nächsten 50 Jahre gehackt werden können.

Nun, ein gehacktes Bankkonto kann man schließen und neu eröffnen. Bei der eigenen Krankheitsgeschichte geht das nicht. Das ist der Grund, warum für Gesundheitsdaten ein höherer Sicherheitsstandard gelten muss als für Online Banking. Wer die Sicherheit von Patientendaten aufs Spiel setzt, untergräbt das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt. Ohne Vertrauen keine medizinische Versorgung.

Diese Erkenntnis bedeutet nicht automatisch, dass es gar keine elektronischen Patientenakten oder datengetriebenen Anwendungen geben sollte. Sie sollte vielmehr ein Ansporn sein, immer noch sicherere Lösungen zu entwickeln, die sich den immer neuen Bedrohungen anpassen.

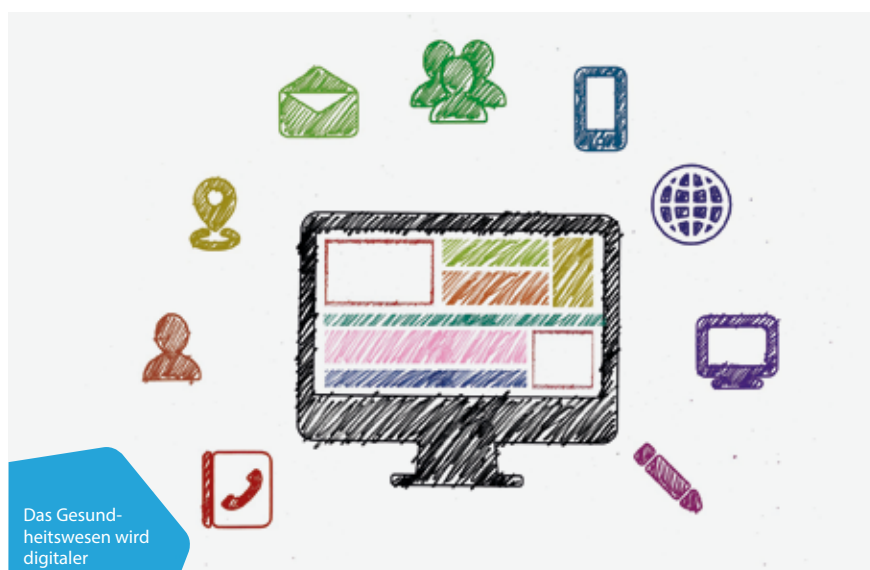
Auf keinen Fall dürfen wir diesen Schutz als Ausrede benutzen, gar nichts zu tun (siehe These 4).

These 2: Unser Verständnis vom Eigentum der Daten wird sich wandeln

Daten sind der wertvollste „Rohstoff“ des 21. Jahrhunderts. Die größten Konzerne der Welt, wie Google, Facebook und Amazon, haben ihre Geschäftsmodelle auf Daten ausgerichtet. Das funktioniert, weil viele Menschen aktuell ihre Daten relativ bedenkenlos teilen. Das Verständnis vom Wert der eigenen Daten wächst nur langsam. Datenschutz und Datensouveränität, also die Herrschaft über die eigenen Daten, gehen nicht zwangsläufig Hand in Hand.

Große Datenmengen („Big Data“) sind nicht nur für Unternehmen bedeutsam, sondern auch für die (medizinische) Forschung. Der deutsche Ethikrat hat das Konzept der „Datenspende“ entwickelt. Die Idee dahinter ist knapp gesagt: Wenn viele Bürger freiwillig oder gesetzlich vorgeschrieben anonymisierte Gesundheitsdaten für die wissenschaftliche Forschung zur Verfügung stellen, befördert das neue Erkenntnisse, die einer größeren Gruppe zugute kommen. Offen ist, ob und in welchen Fällen das Gemeinwohl die individuellen Datenschutzinteressen überwiegt.

Denkbar ist, dass viele unserer Daten künftig nicht als persönliches Eigentum, sondern als Gemeingut definiert werden, wie es bereits in Schweden der Fall ist. Bei Gesundheitsdaten sind die Hürden dafür allerdings besonders hoch (siehe These 1). Als Bürger und Patienten müssen wir darauf vertrauen können, dass die gespendeten Gesundheitsdaten nur in absolut vertrauenswürdige Hände gelangen und nur in anonymisiertem und aggregiertem Zustand vorliegen. Kontrovers ist auch die Frage, ob Menschen für die Datenspende incentiviert werden sollen. Die Befürworter versprechen sich davon eine schnell-



lere Verbreitung des Konzepts; die Gegner warnen vor Missbrauch und Ausbeutung. Nach dem Vorbild der aktuellen Organ-spende-Debatte brauchen wir auch eine breite Datenspende-Diskussion.

These 3: Für Ärzte bedeutet die Digitalisierung kein gesteigertes Haftungsrisiko

Manche Ärzte lehnen die Digitalisierung ab, weil sie ein höheres Haftungsrisiko fürchten. Werden Ärzte zum Beispiel verpflichtet, sämtliche Daten in der elektronischen Patientenakte im Rahmen der Anamnese und Diagnose heranzuziehen? Wer haftet für unvollständige oder fehlerhafte Daten, oder für falsche Auswertungen und Empfehlungen einer KI? Wird software-assistierte Medizin zukünftig zur Pflicht?

Viele dieser Fragen stellen sich heute schon auf ähnliche Weise im analogen Alltag. Da gibt es beispielsweise Patienten, die ganze Ordner mit Arztbriefen und Untersuchungsergebnissen mitbringen. Auch hier muss der Arzt von Fall zu Fall entscheiden, ob er diese Daten auswertet oder nicht, bzw. ob er sie auf anderem Weg (z. B. im Gespräch) erhebt. Die Bewertung, welche Information relevant sein könnte und welche nicht ist bereits heute Alltag der ärztlichen Arbeit in Praxis und Klinik. Dort, wo Maschinen oder KI autonom agieren, sind die Hersteller in der Haftung. Werden sie dagegen nur unterstützend eingesetzt, bleibt der Arzt als Anwender theoretisch in der Letztverantwortung.

Praktisch ist selbst hier die Haftung beschränkt durch die Sorgfaltspflicht. Denn die ärztliche Sorgfaltspflicht gilt nur in einem Rahmen, den ein Arzt auch realistisch leisten kann. Ein Arzt haftet nur dann, wenn er seine Pflicht verletzt hat, weil er nicht gewissenhaft und aufmerksam war und nicht fachgerecht gehandelt hat. Im Umkehrschluss heißt das: Nutzt ein Arzt z. B. eine zertifizierte Software zur Unter-

stützung der Behandlung, muss er sich darauf verlassen können, dass die Software fehlerfrei arbeitet, solange es nicht eindeutige Hinweise für einen Fehler gibt. Die ärztliche Sorgfaltspflicht bleibt bestehen – im analogen genauso wie im digitalen Bereich.

These 4: Wer sich nicht bewegt, wird überholt

Die Vogel-Strauß-Taktik ist keine sinnvolle Reaktion auf Veränderungen. Die Digitalisierung geht nicht weg, lässt sich nicht aussitzen oder wegdrängen. Sie ist bereits da, und in vielen anderen Ländern viel weiter fortgeschritten als in Deutschland. Das ist Chance und Gefahr zugleich.

Es ist eine Chance, weil wir aus den Fehlern anderer Länder lernen können. Es ist auch eine Gefahr, weil Lösungen aus Ländern mit niedrigeren rechtlichen und ethischen Standards heimische Entwicklungen ausbremsen können. Wo der Bedarf da ist und es eine Lösung gibt, hinter der vielleicht sogar ein etablierter Konzern mit vielen Ressourcen steht, haben Neuentwicklungen es schwer.

Wenn wir also Lösungen für das deutsche Gesundheitssystem wollen, die nicht von Apple und Google kommen und auf Profit statt Versorgungsqualität aus sind, dann werden wir sie selbst entwickeln müssen. Das Zeitfenster dafür ist aber klein und schrumpft mit jedem Tag. Denn Digitalisierung bedeutet auch, dass Entwicklungen immer rascher passieren.

Der Bedarf für digitale Lösungen ist da. Immer mehr Patienten, aber auch Ärzte und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind unzufrieden mit den aktuellen Zuständen und entdecken digitale Anwendungen mit eindeutigem Mehrwert. Wo Unzufriedenheit herrscht, steigt der Druck etwas zu verändern. Wer die Zeichen der Zeit erkennt, kann den Weg der Veränderung mitbestimmen. Wer verharrt, wird am Ende von der Welle überrollt.

These 5: Die perfekte Lösung gibt es nicht

Interoperabel, auf dem neuesten technischen Stand, intuitiv bedienbar, barrierefrei, auf dem Smartphone genauso zugänglich wie in der Arztpraxis, gleichzeitig vollkommen sicher vor unbefugtem Zugriff, geordnet, standardisiert, fehlerfrei, lückenlos, haftungssicher, durchsuchbar – die Anforderungsliste an die elektronische Patientenakte und andere digitale Anwendungen im Gesundheitswesen könnten wir beliebig erweitern.

Es ist gut, dass in Deutschland der Datenschutz einen hohen Stellenwert hat. Es ist richtig, dass gerade im Gesundheitsbereich die Schutzmechanismen besonders hoch sein müssen (siehe These 1). Doch anstatt auf die Suche nach der „eierlegenden Wollmilchsau“ zu gehen, sollten wir akzeptieren, dass eine unvollständige aber funktionierende Lösung oftmals die bessere Alternative ist. Fast jede Software heutzutage wird nach Veröffentlichung weiter verbessert und um zusätzliche Funktionen erweitert („iterative Entwicklung“). Auch die ePA soll sukzessive immer mehr Anwendungen erhalten. Wer in Teilprojekten denkt, arbeitet überschaubarer und schneller.

These 6: Es ist nicht alles Gold, was digital ist

Es wäre falsch, in der Digitalisierung die Lösung für alle Probleme im Gesundheitswesen zu sehen. Im besten Fall hilft die Digitalisierung, die vorhandenen Ressourcen etwas effizienter einzusetzen. Doch selbst wenn sie einige Probleme löst, werden neue auftauchen.

Und so mancher Hype rund um Künstliche Intelligenz, Big Data und Co. endet in einer herben Enttäuschung. Googles Suchalgorithmus scheiterte nach ersten Erfolgen bei der Vorhersage von Grippewellen. IBMs Dr. Watson gab so häufig falsche Therapieempfehlungen, dass zahlreiche Kliniken den Einsatz des Supercomputers stoppten.

Kritiker wie Dr. Gerd Antes glauben, Big Data bringe die Evidenzbasierte Medizin nicht weiter. Im Gegenteil: Unechte Korrelationen und falsche Ergebnisse würden sich häufen, während die wenigen relevanten Informationen im Berg der irrelevanten Daten untergingen. Auch wenn es kontra-intuitiv sei, wäre mehr Information dieser These zufolge schlechter.

Die Digitalisierung kann kein Selbstzweck sein. Nicht alles, was technisch möglich ist, ist auch sinnvoll. Weder blinder Technikglaube noch totale Ablehnung bringen

uns weiter. Die Wahrheit liegt, wie so oft, irgendwo dazwischen.

These 7: Der Mensch ist unersetzbar

Auch wenn KI in absehbarer Zeit einige routinemäßige Aufgaben übernimmt, die heute noch von Ärzten geleistet werden, bedeutet das noch nicht, dass Ärzte überflüssig werden. Das Gespräch von Mensch zu Mensch, das Einfühlen, Erklären, Bestärken – kurz, die sprechende Medizin – wird ihre Bedeutung behalten, wahrscheinlich sogar zunehmen.

Computer sind bei regelbasierten, repetitiven Anwendungen dem Menschen überlegen. Der Arzt aus Fleisch und Blut definiert sich aber nicht nur durch sein medizinisches Wissen, sondern auch über seine Erfahrung, seine Intuition und seine Empathie. Gute Medizin braucht Zuwendung. Hier stößt Technik an ihre Grenzen.

Die Aufgaben werden neu zwischen Mensch und Maschine aufgeteilt. Für Ärzte, die keine Berührungängste mit der Digitalisierung haben, kann das zur Chance werden.

Fernbehandlung: Nicht alle ziehen mit

Der Deutsche Ärztetag 2018 hat die Vorgaben zur Fernbehandlung gelockert. Künftig soll es möglich sein, Patienten ohne vorherige persönliche Visite telemedizinisch zu behandeln. Die Landesärztekammern sind aufgefordert, die Neuregelung in ihre Berufsordnungen zu übernehmen. Eineinhalb Jahre danach ist das noch nicht in allen Bundesländern passiert. Ein Überblick im September 2019:

Baden-Württemberg

Den ersten Schritt in Richtung Telemedizin wagte die Landesärztekammer Baden-Württemberg. In einer bundesweit einmaligen Regelung ermöglichte sie bereits im Juli 2016 Modellprojekte, in denen ärztliche Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführt werden. Seitdem sind zahlreiche telemedizinische Projekte an den Start gegangen. Die Besonderheit im Ländle: Die ausschließliche ärztliche Fernbehandlung darf nur zwischen baden-württembergischen Ärzten und baden-württembergischen Patienten stattfinden.

Bayern

Im Oktober 2018 stimmten die Delegierten des 77. Bayerischen Ärztetages für die Öffnung. Sie übernahmen die Formulierung des Deutschen Ärztetages in die Berufsordnung.

Berlin

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin votierte einstimmig für die Vorgabe des Deutschen Ärztetags. Der Berliner Kammerprä-

sident Dr. Günther Jonitz würdigte den Beschluss als eine „Stärkung des Arzt-Patientenverhältnisses“.

Brandenburg

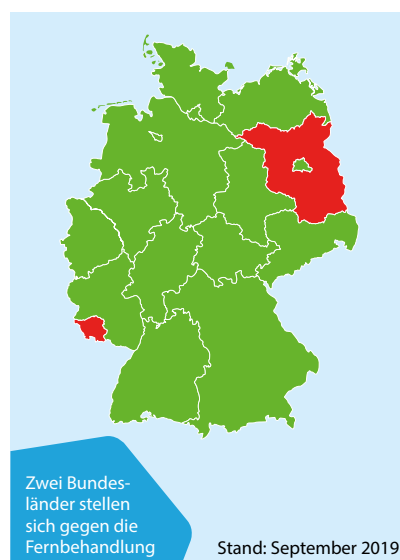
In Brandenburg mochte man der Empfehlung des Erfurter Ärztetags nicht folgen. „Aus der Sicht der Landesärztekammer Brandenburg ist die aktuelle Regelung in der Berufsordnung bezüglich der Fernbehandlung ausgewogen und bedarf keiner Änderung“, hieß es von Seiten der Kammer. Die Fernbehandlung von unbekanntem Patienten birgt nicht vertretbare Risiken.

Bremen

Anfang September 2018 stimmten die Delegierten aus Bremen dafür, die Formulierung der Musterberufsordnung zu übernehmen. Aus Überzeugung taten sie es allerdings nicht, teilte die Kammer im Anschluss mit: „Trotz eines einstimmigen Beschlusses blieben die Delegierten skeptisch und stellten klar, dass der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt weiter unerlässlich bleibe.“

Hamburg

Knapp 11 Monate nach der Entscheidung in Erfurt hob die Hamburger Ärztekammer das Verbot ausschließlicher Fernbehandlung auf



und übernahm den Wortlaut der Musterberufsordnung. „Wir werden uns künftig sicherlich häufig mit der Frage beschäftigen, welche Angebote auf dem Markt zulässig sind und welche Angebote aus unserer Sicht den berufsrechtlichen Rahmen sprengen“, erklärte Kammerpräsident Dr. Pedram Emami.

Hessen

Man wolle die Entwicklungen aktiv mitgestalten, verlautbarten die Delegierten in Hessen. Das hessische Ärzteparlament lockerte das Verbot, betonte aber auch dringenden Handlungsbedarf bei der Definition von Rahmenbedingungen für die Fernbehandlung und bei der Klärung offener Fragen durch den Ausschuss der Bundesärztekammer.

Mecklenburg-Vorpommern

Die Kammerversammlung im Nordosten verwies die Anpassung der Berufsordnung im Herbst 2018 aufgrund zahlreicher offener Fragen in die Ausschüsse. Zum Jahresende 2019 steht das Thema erneut zur Abstimmung.

Niedersachsen

Lediglich die älteren Kolleginnen und Kollegen in der Kammerversammlung hätten Bedenken gegen die „moderate Öffnung“ geäußert, hieß es aus Niedersachsen, nachdem die Öffnung im September 2018 beschlossen wurde.

Nordrhein

Der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Rudolf Henke, begrüßte die erweiterte Möglichkeit zur Fernbehandlung. „Der verantwortungsbewusste Einsatz moderner Kommunikationsmedien erweitert das Spektrum unserer Versorgungsmöglichkeiten.“

Saarland

Mit ihrer ablehnenden Haltung stehen die Brandenburger Ärzte nicht allein da. Bereits vor dem Deutschen Ärztetag stimmte die saarländische Delegiertenversammlung mehrheitlich gegen gelockerte Vorgaben bei der Telemedizin. Die Einwände reichten von befürchteter Rosinenpickerei durch

größere MVZ bis zur grundsätzlichen Kritik am Eingriff in die ärztliche Kunst.

Sachsen-Anhalt

Ganz anders in Sachsen-Anhalt: „Mit Augenmaß und nach einer umfassenden Diskussion haben sich unsere Ärzte für eine Öffnung der bestehenden Fernbehandlungsmöglichkeiten entschieden, die zugleich den Patientenschutz nicht außer Acht lässt“, erklärte Kammerpräsidentin Simone Heinemann-Meerz im November 2018.

Rheinland-Pfalz

Schon im September 2018 entschied sich Rheinland-Pfalz für die Öffnung. Kammerpräsident Günther Matheis sah in dem Beschluss „keinen Paradigmenwechsel“. Es handele sich vielmehr um eine Angebotserweiterung in einem streng limitierten Rahmen.

Sachsen

Beim Erfurter Ärztetag zeigten sich die sächsischen Vertreter offen für eine Liberalisierung der Fernbehandlung. „In den Ländern, wo Fernbehandlung gemacht wird, liegen doch keine Leichenberge auf den Straßen“, appellierte Dr. Thomas Lipp aus Leipzig damals. Entsprechend zügig

stimmten die Sachsen Anfang Juni 2018 als dritte Ärztekammer für eine Änderung der Berufsordnung.

Schleswig-Holstein

Bereits im April 2018 und damit noch vor dem Deutschen Ärztetag beschloss die Kammerversammlung eine Lockerung des Fernbehandlungsparagrafen. Treibende Kraft war dabei der ehemalige Kammerchef und Vorsitzende des Telematik-Ausschusses der Bundesärztekammer, Dr. Franz Bartmann.

Thüringen

Auch die thüringischen Delegierten der Landesärztekammer sagten „Ja“ zur Fernbehandlung. Man verliere mit der Neuregelung den Patientenschutz nicht aus den Augen, kommentierte Dr. Ellen Lundershausen die Entscheidung. Mit der ärztlichen Fernbehandlung trage man neueren Entwicklungen Rechnung.

Westfalen-Lippe

Mit zwei Gegenstimmen und einer Enthaltung fiel das Votum im Heimatland von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn klar für mehr Telemedizin aus.

Gesundheits-Apps: Nicht ohne Vertragsärzte

Ende 2018 kündigte die Techniker Krankenkasse (TK) an, ihren Versicherten die Gesundheits-App „ADA“ anzubieten und sich nach Diagnosestellung von Ärzten im TK-eigenen Ärztezentrum beraten zu lassen. Der Bundesvorsitzende des Virchowbundes, Dr. Dirk Heinrich, kritisierte den Plan:

„Wir Ärzte müssen und werden die Digitalisierung und die Möglichkeiten von Künstlicher Intelligenz (KI) nutzen. Apps wie z.B. ADA werden von Patienten immer stärker genutzt und die Ergebnisse dieser Apps werden voraussichtlich auch immer besser.“

Wichtig ist jedoch, dass am Ende dieser Angebote immer ein Vertragsarzt steht.



Das erwarte ich auch vom neuen Angebot der TK. Ansonsten ist das faktisch die Kündigung der Kollektivverträge und die Übernahme des Sicherstellungsauftrages durch die Krankenkassen. Telemedizin durch kasseneigene Ärzte sehen wir sehr kritisch. Die Versorgung durch von Kassen angestellte Ärzte hat schon im letzten

Jahrhundert nicht funktioniert. Wenn der Kostenträger selbst behandelt, verändert sich die Versorgung zu Lasten der Patienten. Das kann nichts werden.

Für uns niedergelassene Ärzte liegt der Schlüssel für die Zukunft darin, dass wir unsere Termine nicht aus der Hand geben.

Im Angesicht der Plattformökonomie heißt das: Entweder die Termine werden zukünftig über Plattformen wie ‚jameda‘ oder ‚doctolib‘ vergeben oder über die Terminservicestellen unserer KVen. Und da sind mir die KVen lieber, weil sie uns Ärzten gehören und nicht von Investoren und kommerziellen Interessen bestimmt werden.“

Schnittstelle ambulant — stationär

Praxisärzten droht Konkurrenz durch Krankenhäuser

Soll die ambulante Versorgung in Zukunft für Krankenhäuser geöffnet werden? Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe für die sektorenübergreifende Versorgung möchte den Sicherstellungsauftrag neu definieren.

Seit Jahren beschäftigen sich unzählige Experten in Deutschland damit, wie sich die getrennten Sektoren der ambulanten und der stationären Versorgung besser verbinden lassen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen legte sein rund 700 Seiten starkes Gutachten im Sommer 2018 vor. Nun ist die Politik am Zug. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe (BLAG) soll bis 2020 Vorschläge zur Weiter-

entwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung machen und dabei besonders Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung und Kooperation neu regeln.

Arbeitsgruppe sieht Kliniken als ambulante Versorger

Im Juni 2019 wurden erste Ergebnisse öffentlich. Demnach scheint die BLAG den Krankenhäusern den Weg in die ambulante Versorgung erleichtern zu wollen. Der ambulante Versorgungsauftrag, derzeit bei den niedergelassenen Ärzten, soll damit ausgeweitet werden. Das ambulante Leistungsspektrum der Krankenhäuser soll laut BLAG nur Leistungsbereiche, in denen „ein aktueller oder

zukünftiger ambulanter Versorgungsbedarf besteht“, umfassen. Diesen sollen zudem die Länder feststellen können. Ein Krankenhaus mit internistischer Abteilung könnte also auch hausärztliche Leistungen erbringen.

Fachärzte sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor sollen identische Leistungen erbringen dürfen und nach einheitlichen Sätzen vergütet werden. Wie diese Vergütungssystematik aussehen soll, dazu verliert die Arbeitsgruppe kein Wort. „Ziel ist es, die Versorgung deutlich patientenzentrierter zu gestalten, indem Leistungen flexibler als bisher dort erbracht werden können, wo es qualitativ und ökonomisch am sinnvollsten ist“, heißt es lediglich. Außerdem soll die gemeinsame Selbstverwaltung einheitliche Vorgaben zu Qualität, Struktur, Dokumentation, Mindestmengen, Vergütung und IT-Ausstattung machen.

Im Gegenzug sollen Krankenhäuser, die nicht „bedarfsnotwendig“ für die stationäre Versorgung sind, in ambulante Gesundheitszentren umgewandelt werden. Das entspricht den Vorschlägen des Sachverständigenrats und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Als dritte Option sollen sektorenübergreifende „ambulant-stationäre Gesundheitszentren“ (ASGZ) möglich werden.

Die AOK schätzt, dass jedes vierte der knapp 1.400 Krankenhäuser nicht systemrelevant ist; die Bertelsmann Stiftung empfiehlt sogar, mehr als jedes zweite zu schließen. Die



Erhalten Krankenhäuser Zugang zur ambulanten Versorgung?

verbleibenden Häuser könnten dann mehr Personal und eine bessere Ausstattung erhalten. Häufig scheitern Initiativen zur Umwandlung von kleinen, wenig spezialisierten Krankenhäusern aber an Widerständen vor Ort – an der Angst der Anwohner „ihr“ Krankenhaus zu verlieren.

Eine undifferenzierte Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung könnte als „Lex Landrat“ dafür sorgen, dass gerade solche Kliniken von ehrgeizigen Kommunalpolitikern gerettet werden, um Wählerstimmen zu sichern. Denn über die regionale Bedarfsplanung haben Länder und Kommunen in den letzten Jahren immer größere Mitbestimmungsrechte erhalten, auch im vertragsärztlichen Bereich. Wenn Krankenhaus- und Arztsitzplanung künftig

stärker verschränkt werden, könnten aus politischem Kalkül weiterbetriebene Kliniken auch die Zahl der freien Arztsitze verringern.

Fragezeichen bei Qualität und Kosten

Der ehemalige Gesundheitsweise Prof. Eberhard Wille hält das Konzept der BLAG auch aus anderen Gründen für den falschen Weg: Es sei fraglich, ob strukturschwache Gebiete überhaupt davon profitierten – schließlich scheiterten viele Kliniken bereits jetzt daran, rund um die Uhr den Facharztstandard, ausreichend Pflegepersonal und andere Qualitätsfaktoren zu garantieren. Wille geht davon aus, dass solche Häuser durch zusätzliche ambulante Leistungen eher noch überfordert würden.

Ein weiteres Problem liegt in der Vergütung. Für Krankenhäuser könnte es sich lohnen, ambulante Patienten stationär aufzunehmen und dafür eine höhere Honorierung über die DRGs zu erhalten. Schon jetzt gelten 20 Prozent aller stationären Fälle als vermeidbar. Aber auch wenn Kliniken ambulant versorgen, geht das aktuell zulasten des ohnehin angespannten Budgets der Vertragsärzte.

Die Ideen der BLAG müssen nach Ansicht des Virchowbundes dringend und grundsätzlich diskutiert werden. Eine derart einseitige Besetzung des stationären Bereichs könnte für die Praxisärzte zum „casus belli“ werden. In diesem Zusammenhang müssen auch die sektorenübergreifende Weiterbildung und deren Finanzierung angegangen werden. Das sind zwei Seiten einer Medaille.

Vertragsärzte fordern Sperre für Termin-Schwänzer

Patienten versäumen rund 30 Prozent der über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) vermittelten Arzttermine unentschuldigt. Das ergaben Rückmeldungen beim Virchowbund.

„Im Zuge der Ausweitung der Terminservicestellen muss eine Sperre für diejenigen Patienten eingeführt werden, die ihren Termin unentschuldigt versäumen. Wer sich über die Vermittlungsstellen der KVen einen Termin besorgt und ihn dann ohne

rechtzeitige Absage nicht wahrnimmt, der soll für vier Wochen für alle weiteren Termine über die Terminservicestellen gesperrt werden“, so die Forderung des Bundesvorsitzenden des Virchowbundes, Dr. Dirk Heinrich.

„Wir befinden uns in einem Solidarsystem, in dem es ein gesetzliches Wirtschaftlichkeitsgebot gibt. Wer keine Terminmoral zeigt und als Patient nicht daran mitwirkt, das Gesundheitssystem durch sein persönliches Verhalten wirtschaftlich zu nutzen, verhält sich unsolidarisch gegenüber anderen Patienten und unangemessen gegenüber den begrenzten Ressourcen im System“, erklärte Dr. Heinrich.

Der Gesetzgeber muss nun ein Zeichen dafür setzen, dass ein solches unsoziales Verhalten nicht unbeantwortet bleibt. Neben zahlreichen Rechten sind den Patienten in der Vergangenheit auch Mitwirkungspflichten auferlegt worden. „Hier muss der Gesetzgeber deutlich nachschärfen, sonst blockieren die Terminschwänzer unsere Praxisorganisation“, fordert der Bundesvorsitzende. „Denn



Terminuntreue
soll bestraft
werden

diese Schwänzer nehmen denen die Termine weg, die wirklich dringend einen brauchen.“

Die Durchführung kann durch eine Rückmeldefunktion erfolgen, welche in das System der Terminservicestellen bei den

Kassenärztlichen Vereinigungen integriert wird. Gesperrte Patienten werden weiterhin innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung behandelt. Sie erhalten lediglich für vier Wochen keine bevorzugte Vergabe mehr über die Servicestellen der KVen.

Zur Umsetzung schlägt der Virchowbund eine Ergänzung des § 75 Absatz 1a Satz 10 SGB V vor, mit der die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages eine entsprechende Regelung vereinbaren können.

Notdienstreform demontiert Sicherstellungsauftrag: ‚casus belli‘ für die Vertragsärzteschaft

Mit der Demontage des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante Versorgung, indem der Notdienst ausgegliedert und den Ländern übertragen werden soll, wird die ambulante Versorgung ohne Not von den Füßen auf den Kopf gestellt. Gleichlautende Planspiele im Diskussionsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zur Reform der Notfallversorgung lehnt der Virchowbund ab.

„Die breitbeinigen Wortspenden der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), sie könne die ambulante Notfallversorgung in Deutschland auch alleine stemmen, wenn man ihr nur genügend Geld dafür gebe, sind bedenkliche, aber allzu durchsichtige Entwicklungen: Es ist klar, dass es der DKG ausschließlich um die Tatsache geht, dass rund 50 Prozent der stationären Aufnahmen aus den jeweiligen Notaufnahmen

generiert werden. Das soll nach Wunsch der DKG nachhaltig zementiert werden“, erklärte der Bundesvorsitzende, Dr. Dirk Heinrich.

Die Vorschläge gehen zudem völlig am Problem vorbei, weil in den Notaufnahmen der Krankenhäuser bekanntermaßen eine Großzahl an Fällen auftritt, die nicht dort hingehören. Daher sind Lösungen wichtig,

die den Patienten bereits zu Hause den Weg in den richtigen Versorgungsbereich aufzeigen. Gut funktionierende Vorbilder gibt es in den KVen von Baden-Württemberg und Hamburg.

Für Vertragsärzte war, ist und bleibt die Organisation des Notdienstes einerseits eine zentrale vertragsarztrechtliche Verantwortung, andererseits aber auch eine elementare ethische und berufsrechtliche Verpflichtung. Ihnen für diesen Versorgungsbereich die Verantwortung zu entziehen, ist der casus belli für die Vertragsärzteschaft.

„Vertragsärzte tun heute bereits nichts anderes als tagtäglich den Behandlungsbedarf ihrer Patienten einzuschätzen. Daher gehört die im organisierten Notdienst und in den durch die KVen betriebenen Integrierte Notfallzentren (INZ) erforderliche Ersteinschätzung bei einem akuten Versorgungsbedarf – allein schon zum Erhalt der guten Versorgungsqualität – ausschließlich in die Hand der Vertragsärzte“, stellte Heinrich fest. „Daher freuen wir uns, dass sich aktuell auch der GKV-Spitzenverband und die KBV mit ihren Vorstellungen zu INZ am Gutachten des Sachverständigenrates orientieren.“

Wichtige Grundlagen für eine bessere Patientensteuerung und -versorgung wurden durch das Terminservicegesetz gelegt. Dieser Änderungsimpuls wäre durch einen Ausschluss des Notdienstes aus der Sicherstellung nur noch Makulatur.



Der Sicherstellungsauftrag ist unteilbar

Führt die Reform der Psychotherapeutenausbildung zu einer eigenen KV?

Die Psychotherapeutenausbildung soll reformiert werden. Die Allianz deutscher Ärzteverbände zeigte sich vom Gesetzesentwurf besorgt: Damit werde ein von der Ärzteschaft abgespaltener Heilberuf etabliert und ein neues psychologisches Versorgungssystem neben und teils konkurrierend mit dem ärztlich-medizinischen. Die logische Konsequenz sei eine eigene Kassen-Psychologisch-Psychotherapeutische Vereinigung.

Der Gesetzesentwurf sieht auch vor, dass die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ verallgemeinernd für Leistungserbringer sehr unterschiedlichen Qualifikationsniveaus genutzt werden soll. Absolventen des geplanten neuen Studiengangs etwa können die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ erhalten, ohne umfassende praktische Erfahrung in Psychotherapie zu besitzen, während Ärzte sie im Rahmen der Weiterbildung erhalten. Die Allianz verlangt im Sinne der Patienteninformation die Unterscheidung in „Ärztliche“ und „Psychologische Psychotherapeuten“. Denn Ärzte mit einer Weiter-

Die Allianz deutscher Ärzteverbände ist der Zusammenschluss der größten, bundesweit tätigen und fachübergreifenden Verbände und besteht aus

- › Berufsverband deutscher Internisten (BDI)
- › Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GFB)
- › Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands
- › MEDI GENO Deutschland
- › Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands
- › Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpFa)

bildung zum Psychotherapeuten sorgen dafür, dass hilfeschende Patienten in ihrer Ganzheit von Körper und Geist betrachtet würden. Körperliche Erkrankungen mit psychischen Folgestörungen könnten nur von Ärzten diagnostiziert und angemessen therapiert werden. Auch der Deutsche Ärztetag kritisierte das Vorhaben mit dem Hinweis, dass die Psychotherapie keine alleinige Angelegenheit der Psychologen sei.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die Weiterbildung der Psychologischen Psychothe-

rapeuten. Sie soll in Teilen über die Kassenärztlichen Vereinigungen finanziert werden. Gleichzeitig wolle man aber die psychotherapeutischen Fachgebiete kammerautonom und jenseits der Kontrolle des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) entwickeln, monierte die Allianz. „Rosinenpickerei auf Kosten der Patienten und Ärzte können wir nicht tolerieren“, kritisierte Dr. Dirk Heinrich, Sprecher der Allianz und Bundesvorsitzender des Virchowbundes.



Patienten sollen psychotherapeutische Qualifikationen erkennen können

122. Deutscher Ärztetag in Münster

Niedergelassene Ärzte stellen erstmals seit 40 Jahren den Präsidenten

Mit der Wahl des Bielefelder Hausarztes Dr. Klaus Reinhardt steht zum ersten Mal seit über 40 Jahren wieder ein Praxisarzt an der Spitze der deutschen Ärzteschaft.

Am 122. Deutschen Ärztetag in Münster zeigte sich, dass der Zusammenschluss der Verbände und ein konzertiertes Agieren zum Erfolg führen kann. Reinhardt, der Kandidat der Allianz Deutscher Ärzteverbände (Virchowbund, BDI, GFB, MEDI, Hartmannbund und SpiFa) siegte im dritten Wahlgang mit 124 zu 121 Stimmen gegen seine Mitbewerberin Dr. Martina Wenker (Marburger Bund). Als Vizepräsidentinnen wurden Dr. Heidrun Gitter und Dr. Ellen Lundershausen gewählt. Sie waren explizit

als Team gemeinsam mit Reinhardt angetreten – ein Novum in der Geschichte des Deutschen Ärztetages.

Die Kombination aus einem niedergelassenen Hausarzt, einer niedergelassenen Fachärztin und einer Klinikärztin, die allesamt noch in der Patientenversorgung tätig sind, fand dann auch bei einer großen Mehrheit Zustimmung. Das neue Führungstrio will nach eigenen Angaben weg von der „One-man-show“ und hin zu einem möglichst breiten Konsens innerhalb der Ärzteschaft.

Reinhardt, Gitter und Lundershausen wollen die Bundesärztekammer aber auch proaktiver machen: „Wenn wir keine eigenen Lösungsvorschläge entwickeln, müssen

wir uns nicht wundern, wenn es andere machen“, erklärte Dr. Heidrun Gitter vor der Wahl und Dr. Klaus Reinhardt ergänzte: „Dazu müssen die ärztlichen Organisationen, d. h. ausdrücklich auch Verbände und Fachgesellschaften, durch die Bundesärztekammer moderiert in einen internen Reflexionsprozess eintreten und aus diesem heraus der Politik politisch praktikable Lösungen anbieten. Das politische ‚Pfund‘, mit dem wir die Politik bewegen müssen, ist die gute ärztliche Versorgung und der empathische Umgang mit den Patientinnen und Patienten, die sich uns anvertrauen.“

So sehen die niedergelassenen Ärzte die Wahl

Der Bundesvorsitzende des Virchowbundes, Dr. Dirk Heinrich, sprach unmittelbar nach der Wahl von einem „historischen Moment und einer großen Chance für einen Neuanfang der Bundesärztekammer“. Die wichtigste Aufgabe sei nun, nicht nur die 17 Landesärztekammern zusammenzubringen, sondern insbesondere die ärztlichen Verbände in einem strukturierten und kontinuierlichen Prozess einzubinden. „Das Team Reinhardt, Gitter und Lundershausen steht für ein neues Miteinander zwischen Klinik- und Praxisärzten. So wie in der Versorgung das Zusammenspiel zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen Klinikärzten und Praxisärzten längst Wirklichkeit ist, muss dies auch in der Spitzenorganisation der Ärzteschaft besser sichtbar werden.“



Reinhardt, Lundershausen, Gitter (v.l.n.r.)

FOTO: JURGEN GERHARDT

Die wichtigsten Entscheidungen des Ärztetages

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn musste bei der Eröffnung des Ärztetages scharfe Kritik an seinem „Gesetzesturbo“ einstecken. Spahn konterte: Die von den Ärzten so scharf kritisierte Erhöhung der Mindestsprechstundenzeit sei nötig, um das duale System zu erhalten.

Im Leitantrag des Präsidiums forderten die Delegierten von den verantwortlichen Gesundheitspolitikern ein klares Bekenntnis zur Freiberuflichkeit der Ärzteschaft. Gleichzeitig lehnten sie „dirigistische Eingriffe“ in Praxisablauf und Selbstverwaltung ab.

Digitalisierung

Insbesondere die Digitalisierung und die aktuellen Gesetzesvorhaben vor diesem Hintergrund führten dazu, dass der Ärztetag „Eckpunkte für Ausbau der Digitalisierung im Gesundheitswesen“ formuliert hat. Sie beinhalten Rahmenbedingungen für die elektronische Patientenakte und die Einführung von Gesundheits-Apps.

Außerdem forderte der Ärztetag die zügige Einführung der bereits seit Ende

2017 fertig spezifizierten medizinischen Anwendungen Notfalldaten und eMedikationsplan mit einer begleitenden Evaluation. Hintergrund ist, dass in dem gegenwärtig von der gematik praktizierten Marktmodell die Industrie in eigener Verantwortung für die Tests und die flächendeckende Einführung zuständig ist. Damit bleibe grundsätzlich offen, ob, wann und vor allem in welcher Qualität diese Anwendungen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung gestellt werden, so der Ärztetag. Das Marktmodell sei für die Entwicklung und Einführung digitaler medizinischer Anwendungen nicht geeignet. Zudem stellte der Ärztetag klar, dass Ärzte nicht mit finanziellen Sanktionen belastet werden dürfen. „Sanktionen sind kein geeignetes Mittel, Akzeptanz zu schaffen“, so der Ärztetag.

Eine bundesweit einheitliche Regelung zur Fernbehandlung soll fragwürdigen telemedizinischen Leistungen in einzelnen Bundesländern (z. B. AU-Schein via WhatsApp) einen Riegel vorschieben.

Die Delegierten sprachen sich auch klar gegen die zunehmende Kommer-

zialisierung aus. Diese gefährde die Patientensicherheit.

Impfpflicht

Der Ärztetag forderte eine Impfpflicht gegen Masern. Um das Ziel eines möglichst lückenlosen Impfschutzes der Bevölkerung zu erreichen, müsse aber nicht nur der Masernschutz, sondern der Impfschutz von Kindern und Erwachsenen insgesamt deutlich erhöht werden, so die Abgeordneten. Künftig soll jeder Arzt berechtigt sein, Schutzimpfungen durchzuführen. Fachärztinnen und -ärzte sind bei Impfungen nicht an ihre Gebietsgrenzen gebunden. Als einen falschen Weg sieht der Ärztetag hingegen die vom Gesetzgeber geplante Regelung an, Gripeschutzimpfungen in Apotheken zu ermöglichen. Apotheker verfügten nicht über die hierfür notwendigen Kompetenzen, stellte der Ärztetag klar.

Vermischtes

Auf Antrag des stellvertretenden Vorsitzenden des Virchowbundes, Dr. Veit Wambach, lehnten die Delegierten eine Streichung der DMP-Programmkostenpauschale im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ab. Damit fehle den Krankenkassen der Anreiz, DMP-Programme zu fördern, argumentierte Dr. Wambach. Eine Streichung der Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds komme de facto der Abschaffung der DMP gleich. Dies gehe allein zulasten der Versorgung chronisch kranker Menschen.



FOTO: WULF-HOMILIUS

Dr. Veit Wambach

Topthema Arztgesundheit

Das Schwerpunktthema des Ärztetages 2019 lautete „Arztgesundheit“. Selbstkritisch attestierten die Ärzte in Münster ihrem Berufsstand einen Hang zur Selbstausbeutung. Der eigene Anspruch, rund um die Uhr verfügbar zu sein, kollidiere mit der „Vollkasko-Mentalität“ der Patienten, während die Politik alle Forderungen nach sinnvoller Patientensteuerung ignoriere.

Personalnot, Arbeitsverdichtung und Wettbewerbsdruck führen bei immer mehr Ärzten zu körperlicher und emotionaler Überlastung. Gleichzeitig fordern Ärzte Arbeitsschutzmaßnahmen am Arbeitsplatz, die ihnen eigentlich zustehen, nicht ein, berichtete Arbeitsmedizinerin Prof. Dr. Monika Rieger. Ein Beispiel sei die Arbeitszeiterfassung im Klinikalltag: „Ärzte stempeln aus und gehen an den

Arbeitsplatz zurück, weil sie sich verpflichtet fühlen.“

Endlich Schutz vor Gewalt

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn betonte in seiner Eröffnungsrede einmal mehr, dass er „zufriedene Ärzte“ wolle, ließ aber – von altbekannten Phrasen abgesehen – kaum konkretere Maßnahmen verlautbaren. In einem Punkt scheint sich Spahns Meinung innerhalb der letzten Monate jedoch geändert zu haben: Er will nun doch Praxisärzte stärker vor Gewalt durch aufgebrachte Patienten schützen und befindet sich dafür nach eigener Aussage bereits in Gesprächen mit dem Justizministerium.

Der Virchowbund appelliert seit geraumer Zeit an die Politik, die Schutzbestimmungen des § 115 StGB (Gewalt gegen Rettungskräfte) auf niedergelassene



Ärzte und ihre Mitarbeiter auszudehnen. Eine Umfrage zu Gewaltausbrüchen in Arztpraxen im Rahmen des Ärztemonitors 2018 (bit.ly/Gewalt-gegen-Ärzte) untermauerte die Forderung. Demnach kommt es täglich zu mindestens 75 Fällen von körperlicher Gewalt gegen niedergelassene Ärzte und ihre Praxisteam.

Honorar-Runde 2020: Trotz dürftigem Ergebnis Beweis für Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung

Zu den Ergebnissen der Honorarverhandlungen für 2020, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband erzielt haben, erklärte der Bundesvorsitzende des Virchowbundes:

„Trotz eines dürftigen Ergebnisses ist diese Einigung ein Beweis für die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung. Der Abschluss kam ohne Anrufung des Erweiterten Bewertungsausschusses und somit ohne einen entsprechenden Schiedsspruch eines Dritten zustande. Dies lässt für die gesetzlich vorgegebene Reform des EBM zum Jahresende hoffen.“

Allerdings sind für dieses magere Resultat die rückläufigen Entwicklungen bei den gesetzlich vorgegebenen Stellgrößen wie Demografie und Morbidität verantwort-

lich. Umso wichtiger ist es daher, bei der anstehenden EBM-Reform das kalkulatorische Arztgehalt endlich an die reale Vergleichsgröße, nämlich an das inzwischen erzielbare Oberarztgehalt in den Krankenhäusern anzupassen. Hier wurden die Tarifentwicklungen der letzten Jahre leider noch nicht nachvollzogen.

Das Verhandlungsergebnis von 1,52 Prozent auf den Orientierungspunktwert und damit rund 565 Millionen Euro mehr für die knapp über 101.000 Praxen in Deutschland



bedeuten rechnerisch rund 466 Euro mehr pro Monat und Praxis. Das ist angesichts der allgemeinen Preisentwicklung, vor allem jedoch hinsichtlich der Personalkosten kein gutes Zeichen. Der Fachkräftemangel hat längst die Praxen niedergelassener Ärzte erreicht. Wir befinden uns in einer harten Konkurrenz zu anderen Akteuren im Gesundheitswesen und müssen unserem qualifizierten und motivierten Personal in Zukunft mehr bieten.“

GOÄneu in Sichtweite

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist die Dauerbaustelle im Gesundheitswesen. Beim SpiFa-Fachärztetag in Berlin zeigte sich Dr. Klaus Reinhardt, Verhandlungsführer der Bundesärztekammer (BÄK), dennoch optimistisch: Noch 2019 sollen die Leistungen mit den Verbänden bewertet werden. Eine vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzte Honorarkommission arbeitet parallel an Vorschlägen für ein neues Vergütungssystem.

Wer heute privatärztliche Leistungen abrechnet, greift dazu auf ein reichlich in die Jahre gekommenes Gebührenverzeichnis zurück. Denn die derzeit gültige GOÄ stammt aus dem Jahr 1982. Im selben Jahr wurde Helmut Kohl Bundeskanzler und mit dem Commodore 64 eroberte der erste Heimcomputer die Wohnzimmer. Den Stand der Wissenschaft bildet das Honorarverzeichnis längst nicht mehr ab. Neue Leistungen müssen über Analogziffern abgerechnet werden.

Seit einigen Jahren laufen Verhandlungen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und den Vertretern der Beihilfe, die GOÄ zu reformieren. Der Prozess war anfangs von innerärztlichem Streit begleitet. Mit Klaus Reinhardt ist seit 2016 ein niedergelassener Arzt in eigener Praxis mit der Novelle betraut, dessen transparenter Reformkurs von den Verbänden unterstützt wird. Die Debatte ist seitdem von einem sachlichen Stil geprägt. Wenn auch nicht im vorgesehenen Tempo, geht die Arbeit an der Neufassung voran.



Dr. Klaus Reinhardt verhandelt die GOÄ

5.500 Einzelleistungen, 37 Prozent Plus

Den Fortschritt bekräftigte Reinhardt beim Fachärztetag 2019 in Berlin. Die neue Gebührenordnung mit über 5.500 Einzelleistungen für alle Tätigkeiten liege vor. Basis der Kalkulation seien die Angaben der Berufsverbände und Fachgesellschaften.

Mit welcher Honorarsteigerung können die Ärzte rechnen? Für viele ist das die zentrale Frage nach 36 Jahren GOÄ-Stillstand. „Wenn wir keine Rücksicht auf den Preiseffekt nehmen, den wir mit der neuen GOÄ erzielen, kommen wir zu einem Plus von 37 Prozent“, rechnete Reinhardt vor. Der Bundesvorsitzende des Virchowbundes, Dr. Dirk Heinrich, relativierte: „Das Bittere wird sein, dass wir natürlich keine 37 Prozent bekommen.“ Die zukünftige Gebührenordnung brauche einen Mechanismus, der verhindere, dass wieder 20 Jahre nichts getan werde.

Dr. Frank Schulze-Ehring, der für den PKV-Verband an der Diskussionsrunde teilnahm, zeigte sich nicht verwundert über die Zahl. Gleichzeitig betonte er, dass man die Versicherten nicht überfordern dürfe. Wenn die innerärztliche Abstimmung beendet sei, sei man bereit, „weiterzuverhandeln und dann das Preisschild dranzuhängen.“ Alle drei Diskutanten hielten es für wichtig, dass die neue GOÄ noch vor dem Ergebnis der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) vorliege.

Verhandlungsmandat mit Bedingungen

Die Einsetzung der Honorarkommission geht auf den Koalitionsvertrag von Union und SPD zurück. Darin ist festgehalten, dass sowohl der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) als auch die GOÄ reformiert werden müssen. Dabei soll auch die Zusammenführung der bestehenden Honorarordnungen geprüft werden.

Eine eigene Gebührenordnung gehöre per Definition zu einem freien Beruf, unterstrich Heinrich. Das dürfe von der KOMV nicht angegriffen werden. „Wenn irgendeine Regierung daran herumfrickeln will, dann stehe ich draußen auf der Straße mit einem großen Schild!“ Vor diesem Hintergrund betonte er, dass das Verhandlungsmandat des Deutschen Ärztetags nur unter der Bedingung gilt, dass das duale Versicherungssystem aus GKV und PKV erhalten bleibt. Andernfalls wäre der Beschluss hinfällig.

Tarifsteigerung für MFA

MFA, die nach Tarifvertrag bezahlt werden, erhalten seit dem 1. April 2019 um 2,5 Prozent mehr Gehalt. Die nächste Er-

höhung zum April 2020 beträgt noch einmal 2 Prozent. Für Auszubildende steigt die Vergütung um rund 60 Euro. Die Gehalts-

steigerung wurde zwischen dem Verband medizinischer Fachberufe e. V. und der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/ Medizinischen Fachangestellten (AAA) verhandelt. Der neue Tarifvertrag gilt bis Ende 2020.



MFA freuen sich über mehr Gehalt

Der Virchowbund stellt den aktuellen Gehaltstarifvertrag kostenlos als PDF zur Verfügung. Auch der Manteltarifvertrag, der Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung und die Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen können auf der Homepage heruntergeladen werden.

Bei Fragen rund um den Tarifvertrag und das Arbeitsrecht können Mitglieder im Virchowbund sich kostenfrei an die Rechtsberatung des Verbandes wenden.

➤ Tarifvertrag zum Download: bit.ly/MFATV19

Europäische Ärzte nehmen Stellung zur Delegation ärztlicher Leistungen

Im Sommer 2018 haben sich die Mitglieder der E.A.N.A., der Europäischen Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Ärzte, zu einer zweitägigen Sitzung in Berlin getroffen. Dabei haben die Ärzte eine Stellungnahme zur Delegation von Aufgaben zwischen Ärzten und Fachkräften im Gesundheitswesen verfasst.

Grundvoraussetzung für die Delegation sei eine Harmonisierung auf europäischer Ebene sowie eine professionelle Ausbildung, um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, so die E.A.N.A. Für die Aufgabenübertragung müssten klare Ziele definiert werden und gesetzliche Vorgaben unter Achtung der jeweiligen staatlichen Souveränität gemacht werden.

Die E.A.N.A., deren Gründungsmitglied der Virchowbund ist, fordert die Einführung klarer Prozesse für alle Teilnehmer, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu garantieren und das Auftreten unerwünschter



Europas Ärzteschaft will die Versorgung verbessern

Vorfälle zu reduzieren. Wird die Delegation von Aufgaben zwischen Ärzten und medizinischem Fachpersonal eingeführt, dürfe dies nur in Übereinstimmung mit ihren Vertretungsorganisationen erfolgen. Außerdem sei es unerlässlich, die in den jeweiligen Ländern bestehenden Gesundheitssysteme mit ihren Besonderheiten und üblichen Verfahrensweisen zu berücksichtigen, so die europäischen Ärzte.

Die E.A.N.A. setzt sich bereits seit mehr als 40 Jahren dafür ein, die Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte in Europa zu fördern und sicherzustellen. Mehr dazu unter www.nav-virchowbund.de/ueber_uns/auslandsreferat.php

Ärztliches Arbeitszeitvolumen im Sinkflug

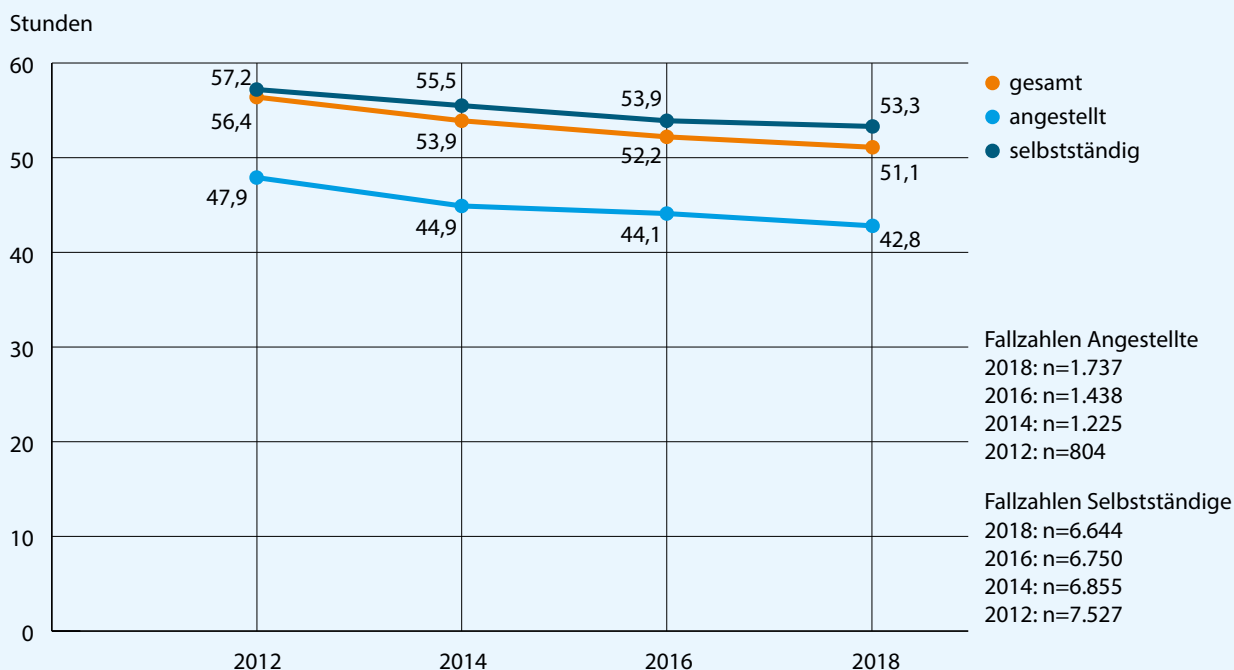
Das Arbeitszeitvolumen der niedergelassenen Ärzte ist in den vergangenen sechs Jahren um über zehn Prozent zurückgegangen. Das hat der Ärztemonitor von Virchowbund und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) ergeben. Die niedergelassenen Ärzte arbeiten mit 51 Stunden pro Woche immer noch überdurchschnittlich viel. Dennoch sind diese Zahlen bedenklich.

Als Grund für die sinkende Arbeitszeit nannte der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas

Gassen den Generationenwechsel und die damit einhergehenden veränderten Lebensmodelle. „Der Charme, 65 Stunden pro Woche zu arbeiten, erschließt sich immer weniger Kollegen.“ Zudem sei die Zahl der angestellten Ärzte immens angestiegen. Vor zehn Jahren arbeiteten gerade einmal 5.500 Ärztinnen und Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), heute seien es rund 32.000. „Angestellte arbeiten im Schnitt deutlich weniger als Selbstständige, schon aufgrund des Arbeitszeitgesetzes“, so Gassen.

Rein rechnerisch arbeite ein selbständiger Arzt mindestens elf Stunden pro Woche mehr als ein in Vollzeit angestellter Kollege. Doch viele Ärzte entschieden sich für die Anstellung, weil sie ohnehin nur in Teilzeit arbeiten wollten oder könnten, erklärte der KBV-Chef auf der Pressekonferenz zum Ärztemonitor in Berlin. „Wir haben es also absehbar weniger mit einem Mangel an Ärzten, sondern in erster Linie mit einem Mangel an ärztlicher Arbeitszeit zu tun“, erläuterte Gassen. Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des Virchowbundes, ergänzte, dass die

Wochenarbeitszeit im Zeitvergleich (mit Bereitschaftsdienst): rückläufige Entwicklung seit 2012



ARZTBERUF

selbstständig geführte Praxis – einzeln oder als Kooperation – gefördert werden müsse, um bei gleichbleibender Arztzahl die Versorgung sicherzustellen. „Das gilt umso mehr bei sinkenden Arztzahlen“, so Heinrich.

Politik produziert Ärztemangel

Der KBV-Vorsitzende kritisierte, dass die Politik den Ärztemangel, den sie mit verschiedenen Maßnahmen angeblich beseitigen wolle, selbst produziere und verschärfe. „Hier löscht jemand Feuer mit Benzin“, empörte sich Gassen. Konkret ging er auf die neuen Regelungen im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ein, die immer weiter in die ärztliche Berufsfreiheit eingreifen, u.a. die Anhebung der Mindestsprechstundenzeiten, die offenen Sprechstunden und die Terminservicestellen. Diese Maßnahmen würden diejenigen verprellen, „die als einzige noch in der Lage wären, die Nachfrage überhaupt abzarbeiten: die selbstständigen Ärztinnen und Ärzte.“

Dr. Dirk Heinrich machte darauf aufmerksam, dass MVZ-Konstrukte zunehmend

von Investoren aus dem In- und Ausland „als lukratives Einfallstor in die ambulante Versorgung“ gesehen würden. „Hier muss der Gesetzgeber die Zulassungsmöglichkeiten und Rahmenbedingungen noch einmal kritisch überprüfen.“

Der Virchowbund schlägt vor, begrenzende Regelungen für eine maximale Anzahl angestellter Ärzte sowie eine maximale Anzahl der Tätigkeitsorte eines Trägers zu prüfen. Zudem sei es sinnvoll, dass der Ärztliche Leiter eines MVZ Vertragsarzt und Mitglied der Geschäftsführung sein muss und ab drei Ärzten im MVZ in voller Zulassung arbeitet. „MVZ-Neugründungen sollten statt als GmbH nur noch als gGmbH möglich sein. Ziel muss es sein, die Selbstständigkeit durch Vertragsärzte zu privilegieren, um Wettbewerbsgleichheit mit finanzstarken Investoren herzustellen“, betonte Heinrich.

Weiterbildung: Kein Flaschenhals in Sicht

Der Bundesvorsitzende wies ferner darauf hin, dass die Bedeutung des ambulanten

Bereichs für die Versorgung weiter zunähme, da immer mehr Leistungen ausschließlich in den Praxen erbracht würden. Erfreulich seien deshalb die Ergebnisse des Ärztemonitors im Bereich „Ärztliche Weiterbildung im ambulanten Bereich“. Die Zahl der Ärzte mit Ermächtigung zur Weiterbildung ist erneut gestiegen. 41 Prozent der Vertragsärzte können heute in ihren Praxen weiterbilden (2016: 37 Prozent). Davon haben 46 Prozent aktuell oder in den vergangenen fünf Jahren einen Weiterbildungsassistenten beschäftigt. „Die Zahlen belegen: Bei der Weiterbildung wird es keinen Flaschenhals im ambulanten Bereich geben“, erklärte Heinrich. Er forderte aber Politik und Kammern auf, nun auch für die Finanzierung zu sorgen.

Der Ärztemonitor von Virchowbund und KBV ist die größte Befragung unter niedergelassenen und angestellten ambulant tätigen Ärzten und Psychotherapeuten in Deutschland. Er erscheint alle zwei Jahre. Für den aktuellen Ärztemonitor hat das Meinungsforschungsinstitut infas rund 11.000 Telefoninterviews durchgeführt.

Heimbesuche: ethisch geboten, wirtschaftlich attraktiv

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wurden die Heime verpflichtet, Versorgungsverträge mit Vertragsärzten abzuschließen. Pflegeheime haus- oder fachärztlich zu versorgen, kann für niedergelassene Ärzte äußerst attraktiv sein. Eine Reihe von abrechenbaren Leistungen sind extrabudgetär vergütet; von den bereitgestellten 50 Millionen Euro werden aktuell aber nur 15 Millionen abgerufen.

Bundesweit gibt es 13.600 Heime und mindestens 800.000 Heimbewohner. Die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen fällt unter den Sicherstellungsauftrag der Kassenärzt-



Kooperationsverträge mit Pflegeheimen lohnen sich

FOTO: LOPATA / AXENTIS

lichen Vereinigungen (KVen). Doch selbst in den Großstädten und Ballungszentren mangelt es an Ärzten, die regelmäßig Pflegebedürftige in den Einrichtungen aufsuchen. Wie groß die Versorgungslücke genau ist, darüber existieren kaum belastbare Daten.

Seit 2008 hat es verschiedene Versuche gegeben, die Heimversorgung durch Ärzte zu fördern. Heime sollen seitdem Verträge mit einzelnen Vertragsärzten abschließen. Gelingt dies nicht, können Pflegeheime per vertragsärztlicher Ermächtigung eigene Heimärzte beschäftigen. Da beide Varianten das Problem der Unterversorgung nicht lösen konnten, wurden die Verbindlichkeiten für die Pflegeeinrichtungen kontinuierlich verschärft.

Neues Gesetz: Pflicht zum Vertragsabschluss

Mit dem Anfang 2019 in Kraft getretenen Pflegepersonal-Stärkungsgesetz zieht der Gesetzgeber noch einmal die Schrauben an. Aus der Soll- wird eine Muss-Regelung

im Gesetz: Heime müssen künftig Verträge mit niedergelassenen Ärzten abschließen. Schaffen sie das nicht, ist es Aufgabe der KVen, innerhalb von drei Monaten einen Vertragsarzt zur Verfügung zu stellen. Die praktische Umsetzbarkeit dieser Regelung ist allerdings fragwürdig, meint Dr. Dirk Heinrich (Bundesvorsitzender des Virchowbundes). „Man wird Kassenärzte wohl kaum zwingen können, Kooperationsverträge mit Heimen abzuschließen. Dann müsste man so manchem Arzt die Hand führen.“

Dennoch ist der Heimbesuch weniger aufwändig und kostenintensiv als der Transport von Heimpatienten in die Praxis. Auch Heinrich besucht als HNO-Arzt Pflegeheime in Hamburg: „Für mich sind Heimbesuche nicht nur medizinisch sinnvoll, sondern auch menschlich geboten.“

Darüber hinaus lohnen sie sich auch finanziell. Für die Finanzierung des Heimbesuchs stehen gesonderte Gebührenordnungspositionen (GOP) im EBM (Kapitel 37) zur Verfügung. Die Vergütung der GOP

erfolgt extrabudgetär und damit ohne Mengenbegrenzung und zu festen Preisen. Zusätzlich zu den Ziffern aus Kapitel 37 können der Hausbesuch (GOP 01410 oder 01413) und die Grundpauschale abgerechnet werden. Mitsamt der Wegepauschale ergibt sich daraus ein im Vergleich zur normalen Sprechstunde in der Praxis durchaus attraktives Honorar.

Kooperationsvertrag richtig abschließen

Bevor die Heimversorgung beginnen kann, muss ein Kooperationsvertrag zwischen der Pflegeeinrichtung und dem Vertragsarzt abgeschlossen werden. Der Vertrag muss die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag erfüllen. Das unterzeichnete Dokument muss anschließend von der KV genehmigt werden. Erst dann hat der Arzt die Abrechnungsgenehmigung für die zusätzlichen Ziffern, die für Heimbesuche zur Verfügung stehen. Der Virchowbund stellt seinen Mitgliedern dafür einen Mustervertrag bereit.

Gesonderte EBM-Leistungen außerhalb des Budgets

Diese Leistungen können beim Pflegeheimbesuch abgerechnet werden:

GOP 37100 (125 Punkte): „Kooperationspauschale“ als Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale. Einmal im Behandlungsfall, aber höchstens zweimal im Krankheitsfall und nicht neben GOP 37102.

GOP 37102 (125 Punkte): „Kooperationspauschale“ als Zuschlag zur GOP 01410 (Besuch) oder 01413 (Mitbesuch). Einmal im Behandlungsfall. Die GOP 37102 kann für jeden Patienten

im Pflegeheim mit Kooperationsvertrag, der mindestens einmal im Quartal durch den Arzt besucht wird, angesetzt werden.

GOP 37105 (275 Punkte): „Koordinierungspuschale“ als Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale z. B. für den koordinierenden Hausarzt. Einmal im Behandlungsfall und nicht neben den Kooperationspauschalen.

GOP 37113 (106 Punkte): Zuschlag zur GOP 01413 für den Besuch eines Patienten in einem Pflegeheim (Ko-

operationsvertrag). Damit wird der Mitbesuch (GOP 01413, 106 Punkte) in Pflegeheimen mit Kooperationsvertrag gleich vergütet wie der Besuch (GOP 01410, 212 Punkte).

GOP 37120 (64 Punkte): Bis zu dreimal im Krankheitsfall. Für patientenorientierte Fallbesprechungen (auch telefonisch) mit der Pflegeeinrichtung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften des Pflegeheimes.

AUS DEM VERBAND

Bundeshauptversammlung 2018

Die Bundeshauptversammlung 2018 des NAV-Virchow-Bundes fand am 9. und 10. November 2018 in Berlin statt. Die aktuelle Gesundheitspolitik – insbesondere der Gesetzentwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) – sorgte für eine lebhafte Diskussion zwischen Delegierten, Politikern und Vertretern anderer Verbände. Der Parlamentarische Staatssekretär Dr. Thomas Gebhart wollte in seinem Impulsreferat keine Kritik am Gesetz gelten lassen. In den Arbeitssitzungen debattierten die Delegierten u. a. über die Einführung einer Impfpflicht, die künftige Gestaltung der Organspende und die Zukunft der Notfallversorgung.



Praxisärzte zwischen Drangsalierung und Digitalisierung

„Wir lieben unseren Beruf. Aber das ist kein Ergebnis der Politik.“ Mit diesem Satz sprach der Bundesvorsitzende des Virchowbundes, Dr. Dirk Heinrich, den Ärzten bei der Bundeshauptversammlung 2018 aus der Seele. Gleichzeitig lobte er die Wertschätzung für den Arztberuf und die Gesprächsbereitschaft seitens der Politik, die der Parlamentarische Staatssekretär Dr. Thomas Gebhart in seiner Grundsatzrede vermittelte.

Gebhart, der für den verhinderten Bundesgesundheitsminister Spahn zur Bundeshauptversammlung gekommen war, sprach über das Thema „Was erwarten



Politik und Gesellschaft von den Praxisärzten?“ Er ging zunächst auf das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ein, das nach seiner Ansicht zu Unrecht von der Ärzteschaft kritisiert würde. Die 25-Stunden-Regelung betreffe nur eine geringe Anzahl von Ärzten. „Wer jetzt schon 25 Stunden und mehr pro Woche arbeitet, für den ändert sich nichts“, so der Staatssekretär. Zudem würden Ärzte, die mehr arbeiteten, künftig auch mehr verdienen. Er sprach damit die teilweise Entbudgetierung an, u. a. bei neuen Patienten oder Patienten, die über die Terminservicestellen vermittelt werden. Einer vollständigen Entbudgetierung stand Gebhart allerdings zwiespältig gegenüber: „Ob eine pau-

FOTO: LOPATA / AXENTIS

schale Abkehr von der Budgetierung die gewünschten Versorgungsverbesserung bewirken würde, darüber kann man spekulieren.“ Man müsse die geplanten Maßnahmen erstmal wirken lassen und später auswerten, sagte er.

Dr. Dirk Heinrich war in diesem Punkt anderer Meinung. „Die Budgetierung ist die Quelle für unglaubliche Ungerechtigkeiten im System“, kritisierte der Bundesvorsitzende. Am Beispiel der hausärztlichen Versorgung in Bayern und Baden-Württemberg könne man sehen, dass die komplette Entbudgetierung nicht zur befürchteten Leistungsexplosion führe. Eine Teilentbudgetierung wie durch das TSVG betrachtete er skeptisch. „Budgetierung und Bedarfsplanung sind siamesische Zwillinge. Man kann das eine nicht ohne das andere ändern.“

„Ressource Arzt“ wird knappe Gut

Staatssekretär Gebhart thematisierte auch die Erwartungen der jungen Ärztegeneration an ihren Beruf. „Wir müssen akzeptieren, dass Ärztinnen und Ärzte heute andere Arbeitsbedingungen fordern“, sagte er im Hinblick auf die zunehmende Anzahl angestellter Ärzte mit flexiblen Arbeitszeiten. Die Einzelpraxis sei bei all den gesellschaftlichen Veränderungen kein Auslaufmodell. Sie sei jedoch ein Modell von mehreren.

Conni Czimmeck, Bundeskoordinatorin für Gesundheitspolitik beim Bundesverband der Medizinstudierenden e.V., bestätigte, dass sich junge Ärztinnen und Ärzte die Anstellung in den ersten zwei, drei Berufsjahren wünschten. Flexibilität sei gerade zu

Berufsbeginn wichtig, volle Verantwortung und örtliche Gebundenheit am Anfang nicht gewollt.

Bei allem Verständnis für die jüngeren Generationen warnte Dr. Heinrich davor, dass die „Ressource Arztzeit“ durch den Wunsch nach Work-Life-Balance und die Zunahme angestellter Ärzte mit Arbeitsverträgen von 38 Stunden knapp würde.

Dieses Problem ließe sich teilweise lösen, indem man die Zahl der Ärzte erhöhe und mehr Menschen zum Medizinstudium zuließe, so Dr. Gebhart. „Wahrscheinlich hätten wir diesen Weg viel früher einschlagen müssen“, gab er selbstkritisch zu.

Hoheit über Arzttermine behalten

Zu den Megatrends der Zukunft gehörten die Digitalisierung und die Plattformökonomie, betonte Dr. Heinrich vor der Bundeshauptversammlung. Aus anderen Branchen wisse man: Wo Plattformen wie Uber, Amazon und Co. einsteigen, bleibt kein Stein auf dem anderen. Der Schlüssel am Ende sei jedoch immer der Arzttermin. „Ärzte dürfen deshalb nicht die Hoheit über ihre Termine abgeben, sonst bestimmen andere darüber“, mahnte der Bundesvorsitzende. Er forderte, die Terminservicestellen zu einem allgemeinen Terminservice der KVen umzubauen. Wenn viele Ärzte mitmachten, müssten kommerzielle Plattformen wie Jameda wieder vom Markt verschwinden. „Wir sind die KV“, unterstrich Dr. Heinrich.



Dr. Heinrich warnt vor der Plattformökonomie

„Die Digitalisierung wird kommen, ob wir das wollen oder nicht“, sagte Staatssekretär Gebhart. Die Digitalisierung könne die Arbeit der Ärzte erleichtern. Ziel sei es, Abläufe effizienter zu machen und so Pati-

entennutzen zu schaffen. Politik und Ärzteschaft müssten die komplizierten Prozesse gemeinsam vorantreiben, so Gebhart.

Entschlüsse der Bundeshauptversammlung

Eine Auswahl der wichtigsten Entschlüsse der Bundeshauptversammlung 2018:

Licht und Schatten im „TSVG“

Die Delegierten bescheinigten dem TSVG sowohl Licht als auch Schatten für die niedergelassenen Haus- und Fachärzte. Kritisiert wurden die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten und zahlreiche weitere Eingriffe wie enge Fristsetzungen und androhte Ersatzverfahren. Damit setze der Gesetzgeber „weitere schwerwiegende Eingriffe in die Selbstverwaltung und die Organisationshoheit ärztlicher Praxen fort“, so die Bundeshauptversammlung.

Andererseits gehe das Gesetz mit der Einführung neuer Leistungs- und Servicebereiche und dem klaren Willen, diese ausdrücklich extrabudgetär zu vergüten, einen ersten Schritt in die Entbudgetierung aller ärztlichen Grundleistungen. Erstmals erkenne der Gesetzgeber mit dem Gesetzentwurf an, dass ein Zusammenhang zwischen der Budgetierung ärztlicher Leistungen und Terminkapazitäten in den Praxen niedergelassener Ärzte besteht. „Dieser Weg muss aber konsequent hin zu einem vollständigen Ende der Budgets weitergegangen werden“, fordern die Delegierten. „Der Einstieg in den Ausstieg aus der Budgetierung ist schlussendlich eine echte Chance für die Lösung von Problemen in der ambulanten medizinischen Versorgung.“

Impfpflicht in Deutschland einführen

Die Bundeshauptversammlung forderte die Einführung einer Impfpflicht in Deutschland. Diese soll den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes (STIKO) entsprechen. „Trotz aller Aufklärungskampagnen, Appel-

le und Einsatz der niedergelassenen Ärzte sind die Impfquoten in Deutschland nicht zufriedenstellend.“ Die Delegierten kritisieren, dass Impfgegner auch die Gesundheit anderer, beispielsweise von Kindern in Kindertagesstätten, gefährden. Deshalb sollten ungeimpfte Kinder nicht mehr in Gemeinschaftseinrichtungen aufgenommen werden. Es müsse ein durchgeplantes Schulimpfprogramm aufgelegt werden.

Die Forderung, Apothekern die Durchführung der Gripeschutzimpfung zu erlauben, wurde abgelehnt.

Wiedereinführung der Niederlassungsfreiheit

Die Bundeshauptversammlung sprach sich für die Abschaffung der Bedarfsplanung und die Wiedereinführung der Niederlassungsfreiheit für Ärzte aus. Die Versorgungsprobleme der Zukunft können nur durch eine Trias aus einer ausreichenden Anzahl an ausgebildetem Nachwuchs, einer leistungsgerechten unbudgetierten Bezahlung und Niederlassungsfreiheit bewältigt werden. Dies lehrt die Abschaffung von Zulassungsbeschränkungen im zahnmedizinischen Bereich im Jahre 2007, durch die mittlerweile ein durchgängiges Versorgungsangebot auch in ländlichen

und strukturschwachen Gebieten sichergestellt wird.

Planwirtschaftliche Elemente wie die Bedarfsplanung, die über die Jahre immer komplexere Ausmaße annehmen, erreichen einen Punkt, an dem sie weder umsetzbar noch lösungsorientiert sind. Dieser Punkt ist überschritten. Weitere Planungselemente wie eine kleinräumigere Bedarfsplanung, die Beteiligung von Landesregierungen oder Kommunen in den Zulassungsausschüssen oder die teilweise Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für einzelne Fachgruppen ohne Beendigung der Budgetierung schaffen nicht die erforderliche Allokation der benötigten Haus- und Fachärzte, stellen die Zulassungsausschüsse vor unlösbare Aufgaben und blähen die Bürokratie immer weiter auf. Bereits heute dauern Wiederbesetzungsverfahren mehrere Monate oder gar Jahre.

Eingriffe der Länder durch Mitspracherecht in Bedarfsplanung eindämmen

Die Bundeshauptversammlung forderte, dass die Aufsichtsbehörden der Bundesländer in den Zulassungsausschüssen kein Mitberatungs- und Antragsrecht erhalten dürfen. Der Referentenentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) sieht vor, dass den Ländern bei den Zulas-



Die Delegierten stimmten über mehr als 50 Anträge ab

FOTO: LOPATA/VENTIS.DE

sungsausschüssen ein Mitberatungsrecht eingeräumt wird und diese auch zusätzliche Zulassungen in ländlichen Bereichen mit aktuellen Zulassungssperren beantragen können. Hieran sind nicht einmal finanzielle Mehraufwendungen der Länder geknüpft. Somit werden die derzeit geltenden Regelungen der Bedarfsplanung unterlaufen und die Beschlüsse der Landesausschüsse erheblich eingeschränkt.

Bürokratieabbau schafft freie Arztzeit

Ärzte, die in Deutschland eine eigene Praxis führen, arbeiten pro Woche im Schnitt 51,5 Stunden, wie es aus einer Erhebung des Zentralinstitutes für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) hervorgeht. Andererseits steigt die Bürokratiebelastung der Ärzte. Laut Ärztemonitor 2018 wendet jeder Arzt aktuell 7,4 Stunden in der Woche nur für Verwaltung auf. Die Gesamtbürokratiebelastung der Praxen beträgt gut 54.000.000 Stunden im Jahr. Sie gilt als Niederlassungshemmniss bei jungen Ärzten. Durch Bürokratieabbau ließe sich deutlich mehr freie Arztzeit schaffen als durch die Anhebung der wöchentlichen Sprechstundenzeit von 20 auf 25 Stunden.

Kampagne für den Erhalt einer eigenständigen Gebührenordnung

Die Delegierten forderten die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern dazu auf, die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte sowie die eben begonnene Arbeit der „Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem“ (KOMV) mit einer breit angelegten, publikumswirksamen Kampagne über die Bedeutung einer eigenständigen Gebührenordnung für Ärzte zu begleiten.

Kein freier Beruf in Deutschland ist derartigen Angriffen gegen und staatlichen Eingriffen in die eigene berufsständische Gebührenordnung ausgesetzt wie die



Ärztenschaft. Daher ist es erforderlich, die grundsätzliche Bedeutung einer eigenständigen Gebührenordnung und deren Vorteile für die Bevölkerung zu vermitteln. Dabei kann die erfolgreiche Kampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung („Wir arbeiten für ihr Leben gern“) als gelungenes Vorbild dienen.

Für die Finanzierung dieser Kampagne seien gegebenenfalls Sonderumlagen der Landesärztekammern zu erheben. Die massive Bedrohung der ärztlichen Freiberuflichkeit rechtfertigte diese Kraftanstrengung.

Freiberuflichkeit bereits im Studium vermitteln

Die Bundeshauptversammlung forderte die Bundesärztekammer, die Landesärztekammern, die Kultusministerkonferenz der Länder sowie die Länderkultusminister auf, das Wesen des Freien Berufes Arzt bereits im Studium von Human- und Zahnmedizin zu vermitteln und dadurch klarzustellen, dass die Freiberuflichkeit das Grundprinzip der ärztlichen Berufsausübung ist.

Sowohl bei berufstätigen Ärzten als auch beim ärztlichen Nachwuchs fehlen heute

häufig die Grundkenntnisse von und das Wissen zu ärztlicher Freiberuflichkeit. Dabei werde kaum mehr eine klare Abgrenzung zwischen Freiberuflichkeit und Selbstständigkeit vorgenommen.

Einheitliche Elektronische Patientenakte voranbringen

Die Bundeshauptversammlung begrüßte den Plan des Bundesgesundheitsministers, durch entsprechende gesetzliche Vorgaben eine einheitliche elektronische Patientenakte (ePA) zu schaffen. Es sei dringend erforderlich, einen von den Krankenkassen betriebenen „Wildwuchs“ verschiedener elektronischer Patientenakten durch Insel- oder Parallellösungen zu beenden, zumal die Krankenkassen versuchen, sich damit den Zugriff auf die Gesundheitsdaten ihrer Versicherten zu ermöglichen.

Auch bei der elektronischen Patientenakte sei der Datenschutz strikt zu beachten. Dabei sei eine Speicherung der elektronischen Patientenakte auf Zentralservern oder Servern außerhalb der Europäischen Gemeinschaft auszuschließen.

Da der Patient die gesetzlich festgelegte absolute Hoheit über Daten und Zugriffs-

rechte in seiner ePA behält und nur er die Vollständigkeit der eingestellten Daten sicherstellt, könne die ePA nur eine Ergänzung zu bereits bestehenden Dokumentations- und Kommunikationswegen sein. Der Arzt dürfe nicht zum Verwalter der elektronischen Patientenakten werden. Eine elektronische Patientenakte dürfe nicht zu bürokratischen Mehraufwänden in den Praxen führen, daher seien technische Lösungen zu entwickeln, die eine aufwandsarme Übernahme oder Bereitstellung der Daten aus der Praxisverwaltungssoftware ermöglichen.

Gewalt gegen Ärzte und ihr Fachpersonal härter bestrafen

Die Bundeshauptversammlung forderte, den § 115 StGB (Widerstand gegen oder tätlicher Angriff auf Personen, die Vollstreckungsbeamten gleichstehen) schnellstmöglich auf niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie ihr Fachpersonal auszuweiten. Überdies appellierten die Delegierten an die Ärztekammern, dringend mehr Fortbildungen und Seminare anzubieten, in denen Ärzten Strategien zur Gewaltprävention und Deeskalation vermittelt werden.

Modifizierung des Physician Assistant

Die Bundeshauptversammlung forderte Bundesärztekammer sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf, das Berufsbild des Physician Assistant so zu gestalten, dass drohende Gefahren für die Patientenversorgung und -sicherheit verhindert werden.

Telemedizin ja, aber nur unter klaren Auflagen

Die Bundeshauptversammlung sprach sich für die Nutzung der Telemedizin aus, aber nur unter klaren Auflagen. Die Telemedizin stelle eine sinnvolle Ergänzung der medizinischen Versorgung dar. Der

Mensch-zu-Mensch-Kontakt müsse aber die Regel bleiben. Erforderlich sei ein gesellschaftlicher Diskurs, welche ärztliche Leistungen mittels Telemedizin erbracht werden sollen und welche nicht.

MVZ-Fehlentwicklungen gegensteuern

Die Bundeshauptversammlung forderte den Gesetzgeber auf, vierzehn Jahre nach Einführung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) deren Entwicklung zu evaluieren und bestehenden Fehlentwicklungen gegenzusteuern. Dies gilt insbesondere in Hinblick auf eine festzustellende „Industrialisierung“ einzelner MVZ, die zwar in vertragsärztlicher Hand sind, jedoch mit einer Arztsitzzahl von 50 und mehr deutlich ökonomisch getriebene Intentionen vermuten lassen.

Der massive Einfluss von in- und ausländischem Kapital verursacht eine Kommerzialisierung der Leistungserbringung in einigen MVZ, die Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen haben.

Um das Prinzip der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung durch die Vertragsärzteschaft und der unabhängigen, freiberuflich-ärztlichen Behandlung zu gewährleisten, schlägt der NAV-Virchow-Bund folgende Gesetzesänderungen für Zulassung und Betrieb von MVZ vor:

- › MVZ-Neugründungen sollen statt als GmbH nur noch als gGmbH möglich sein.
- › Der Ärztliche Leiter muss Vertragsarzt sein und ab drei Ärzten in voller Zulassung arbeiten.
- › Der Ärztliche Leiter muss Mitglied der Geschäftsführung sein.
- › Die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmen muss bei Vertragsärzten liegen.
- › Die Regelungen zur maximalen Anzahl angestellter Ärzte für Vertragsärzte sowie der maximalen

Anzahl der Tätigkeitsorte müssen begrenzt werden. Es muss eine Maximalzahl von Vertragsärzten („Obergrenze“) festgelegt werden.

- › Die Gründung von Klinik-MVZ ist ausschließlich im räumlichen Zusammenhang mit dem Versorgungsbereich des gründenden Krankenhauses möglich. Zudem dürfen Arztsitze nur für die Fachbereiche durch Kliniken erworben werden, die auch im Klinikbereich über Hauptabteilungen vorgehalten werden.
- › Die Selbständigkeit muss privilegiert werden, um Wettbewerbsgleichheit mit finanzstarken Investoren herzustellen.

Der Ausverkauf der Praxen an Kapitalgesellschaften im großen Stil muss gesetzlich unterbunden werden. Eine Marktbherrschaft dieser Unternehmen würde die wohnortnahe Patientenversorgung zerstören sowie die Ausübung des freien Arztberufes. Junge niederlassungswillige Kollegen könnten die gebotenen Summen nicht aufbringen bzw. erhielten keine Finanzierung mehr.

EBM-Reform nur mit zusätzlichen finanziellen Mitteln

Eine EBM-Reform soll nur mit zusätzlichen finanzieller Mittel umgesetzt werden. Der GKV-Spitzenverband besteht weiterhin auf Kostenneutralität. Dies würde jedoch nur zu Umverteilungen durch Neubewertung von Leistungen und somit zu Streitigkeiten innerhalb der Fachgruppen und zwischen den Fachgruppen führen. Neue Leistungen und Einführung von Innovationen in die Gebührenordnung erfordern auch zusätzliche Vergütungsvolumina.

Regress abschaffen

Das Morbiditätsrisiko der Versicherten muss durch die Krankenkassen getragen werden. Die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen überziehen die Vertragsärzte mit

Einzelfallprüfungen bei Patienten, die eine krankheitsbedingt schlechte Behandlungcompliance aufweisen. Unwirtschaftlichkeit wird unterstellt bei Off-label-Behandlungen im Sinne von Überschreitung von zugelassenen Höchstdosen, Unterschreitung von vorgeschriebenen Verordnungsintervallen, bei Veränderung des Zulassungsstatus eines Medikamentes, das versehentlich in der bisherigen Indikation weiterverordnet wird oder auch bei fiktiven Medikamentenzulassungen. Auch Widersprüche gegen den regressbefreienden Beschluss des Prüfungsausschusses werden eingelegt. Unter diesen Bedingungen wird es immer schwieriger gerade die schwerkranken Patienten adäquat zu versorgen.

Finanziellen Ausgleich für auszubildende Ärzte

Die Bundeshauptversammlung forderte, dass auszubildende Ärzte in akademischen Lehrpraxen bundesweit einen finanziellen Ausgleich bekommen. Lehrpraxen sollen bundesweit für ihre Tätigkeit in der Ausbildung von Medizinstudenten (Blockpraktikanten, Famulanten und im PJ-Tertial)

einen finanziellen Ausgleich erhalten, um auch dauerhaft eine gute Ausbildung gewährleisten zu können.

Nutzenbewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten in der Europäischen Union

Die Bundeshauptversammlung lehnte eine Zentralisierung der Bewertung des klinischen Nutzens von Arzneimitteln und Medizinprodukten innerhalb der EU und die damit verbundene Pflicht zur Übernahme der Bewertungsergebnisse für die Nationalstaaten ab. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die jeweilige Institution nicht stark genug sein wird, ihre Unabhängigkeit gegenüber Industrieinteressen zu wahren.

Eine weitere Förderung der Zusammenarbeit der mit Health Technology Assessment (HTA) befassen Institutionen in der EU auf freiwilliger Basis wird begrüßt.

› Alle Entschlüsse finden Sie im Internet unter: bit.ly/BHV18

Abschaffung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall für die ersten drei Krankheitstage

Die Delegierten sprachen sich dafür aus, die Lohnfortzahlung für die ersten drei Tage eines Krankheitsfalles abzuschaffen. Dies führe zu einer Motivation die Arbeit trotz Bagatellen aufzunehmen und könne massiv Kosten senken.

Gesundheitserziehung an Schulen

Gesundheitserziehung soll im Schullehrplan aufgenommen werden. Teil dieses Unterrichts soll neben gesunder Ernährung und der Bedeutung der Bewegung ein regelmäßiges altersgerechtes Reanimationstraining sein.

Die Delegierten forderten außerdem verpflichtende ärztliche suchtprophylaktische Vorträge in den Schulen in den Altersklassen 10 – 12 Jahre auf Kosten der Krankenkassen.

Der neue Bundesvorstand

Dr. Dirk Heinrich ist als Bundesvorsitzender des Virchowbundes wiedergewählt worden. Auf der Bundeshauptversammlung 2018 stimmten 97 Prozent der Delegierten für eine dritte Amtszeit.

Als stellvertretende Vorsitzende wurden Dr. Veit Wambach und Dr. Christiane Wessel gewählt. Damit wurde die Zahl der stellvertretenden Bundesvorsitzenden verdoppelt. Ziel ist es, die Interessenvertretung im politischen Berlin noch weiter auszubauen und die Ziele des Verbandes durch niedergelassene Ärzte aus möglichst vielen Regionen und Fachgruppen vertreten zu lassen. In der vergangenen Wahlperiode hatte der wiedergewählte Dr. Wambach das Amt alleine inne.

Als Beisitzer bestätigt wurden Fritz Stagge, Dr. Kerstin Jäger, sowie Dr. Dr. Rainer Broicher. Neu im Bundesvorstand sind die Beisitzer Dr. Andreas Lipécz, Dr. André Bergmann und Dr. Nikolaus Rauber.





URKUNDE

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

Herrn Dr. med. Klaus-Otto Allmeling

**in Würdigung seiner langjährigen Verdienste die
Kaspar-Roos-Medaille.**

Dr. Klaus-Otto Allmeling wurde am 1. Februar 1948 als zweiter Sohn des praktischen Arztes Dr. Günther Allmeling und dessen Ehefrau Edith in Geesthaacht geboren. Nach dem Abitur am Humanistischen Gymnasium Hansa-Schule in Hamburg-Bergedorf begann er 1968 sein Medizinstudium in Hamburg, das er mit dem Staatsexamen 1976 abschloss. Nach seiner Medizinalassistentenzeit wurde er 1978 approbiert und promovierte im selben Jahr. Dr. Allmeling leistete von 1978 bis 1979 seine Wehrpflicht als Stabsarzt am Sanitätszentrum Wentorf bei Hamburg, begann seine Weiterbildung am Bethesda-Krankenhaus Hamburg-Bergedorf und in einer niedergelassenen Allgemeinanzpraxis.

Unmittelbar nach bestandener Facharztprüfung in der Allgemeinmedizin ließ er sich am 1. Oktober 1982 in einer neu gegründeten Praxis als Hausarzt nieder. Diese wandelte er 1991 in eine Gemeinschaftspraxis um. Hier betreute Dr. Allmeling über 32 Jahre lang seine Patientinnen und Patienten im Hamburger Stadtteil Bergedorf.

Kurz nach seiner Niederlassung wurde er bereits Mitglied im NAV-Virchow-Bund, engagierte sich fortan berufspolitisch und nahm im Verband zahlreiche Funktionen wahr: So war er von 1985 bis 1989 stellvertretender Vorsitzender und von 1989 bis 2009 Vorsitzender der Landesgruppe Hamburg. In derselben Zeit war er ununterbrochen Delegierter zur Bundeshauptversammlung. Von 1994 bis 2006 fungierte Dr. Allmeling als Beisitzer im Bundesvorstand.

Das berufspolitische Engagement von Dr. Allmeling erstreckte sich auch auf die ärztlichen Körperschaften: von 1986 bis 2014 war er Mitglied der Delegiertenversammlung und in den Jahren 1995 bis 1998 sowie 2003 bis 2006 der Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg.

Von 1984 bis 2008 saß Dr. Allmeling in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und war von 1993 bis 2004 Mitglied des Vorstandes der KV Hamburg, hierbei zuständig für die Organisation des ärztlichen Notdienstes.

Als ärztlicher Standesvertreter setzt sich Dr. Klaus-Otto Allmeling stets für die Freiberuflichkeit und eine starke Interessenvertretung im NAV-Virchow-Bund, aber auch durch die ärztliche Selbstverwaltung ein. Daneben gilt sein Einsatz zugleich den guten und angemessenen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen selbständig niedergelassener Ärzte.

Wegen seiner engagierten, zuverlässigen und hanseatischen Art in Sachen Wirtschaft und Finanzen hat ihn die Bundeshauptversammlung seit 2006 in den Finanzausschuss entsandt, der ihn wiederum in allen Amtszeiten zu seinem Vorsitzenden gewählt hat. Von dort aus kontrolliert er die Finanzen des Verbandes in bester Hamburger Kaufmannsart: höflich und zurückhaltend aber in der Sache kompetent, klar und nachdrücklich.

Dr. Klaus-Otto Allmeling hat sich als Hausarzt und als ärztlicher Standesvertreter um die niedergelassene Ärzteschaft verdient gemacht. Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., zeichnet Dr. Allmeling daher mit der Kaspar-Roos-Medaille aus.

Berlin, den 9. November 2018

Anzeige

BUNDESVORSTAND

gemäß Wahl vom 10.11.2018

Bundsvorsitzender

Dr. 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
heinrich@nav-virchowbund.de

Stellv. Bundsvorsitzende

Dr. Veit Wambach

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

Dr. Christiane Wessel

Fachärztin für Gynäkologie
Markgrafenstraße 20
10969 Berlin
Fon: (030) 6143040
wessel@nav-virchowbund.de

Beisitzer

Dr. André Bergmann

Facharzt für Allgemeinmedizin
Schulplatz 1
47506 Neukirchen-Vluyn
Fon: (028 45) 29 88 80
Fax: (028 45) 29 88 21
andre@praxis-bergmann.de

Dr. Nikolaus Rauber

Facharzt für Neurologie, Psychiatrie,
psychotherapeutische Medizin
und Schlafmedizin
Rheinstraße 35
66113 Saarbrücken
Fon: (06 81) 97 17 233
Fax: (06 81) 97 17 235
nav-virchowbund.saarland@t-online.de

Dr. Kerstin Jäger

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

Dr. Andreas Lipécz

Facharzt für Innere Medizin
Pirckheimerstraße 40
90408 Nürnberg
Fon: (09 11) 35 25 99
Fax: (09 11) 93 54 799
lipecz@t-online.de

Dr. Dr. Rainer Broicher

Facharzt für HNO
Kitschburger Straße 9
50935 Köln
drbroicher@gmx.de

Fritz Stagge

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

Stand: September 2019

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

Berlin/Brandenburg
Dr. Christiane Wessel
Markgrafenstraße 20
10969 Berlin
Fon: (0 30) 6 14 30 40
Fax: (0 30) 6 15 91 36
wessel@nav-virchowbund.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
jaeger@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

Baden-Württemberg
Dr. Brigitte Szaszi
Schäferstraße 3
74343 Sachsenheim
Fon: (0 71 47) 92 11 20
Fax: (0 71 47) 9 21 12 22
info.bw@nav-virchowbund.de

**Hessen
N.N.**

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

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

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

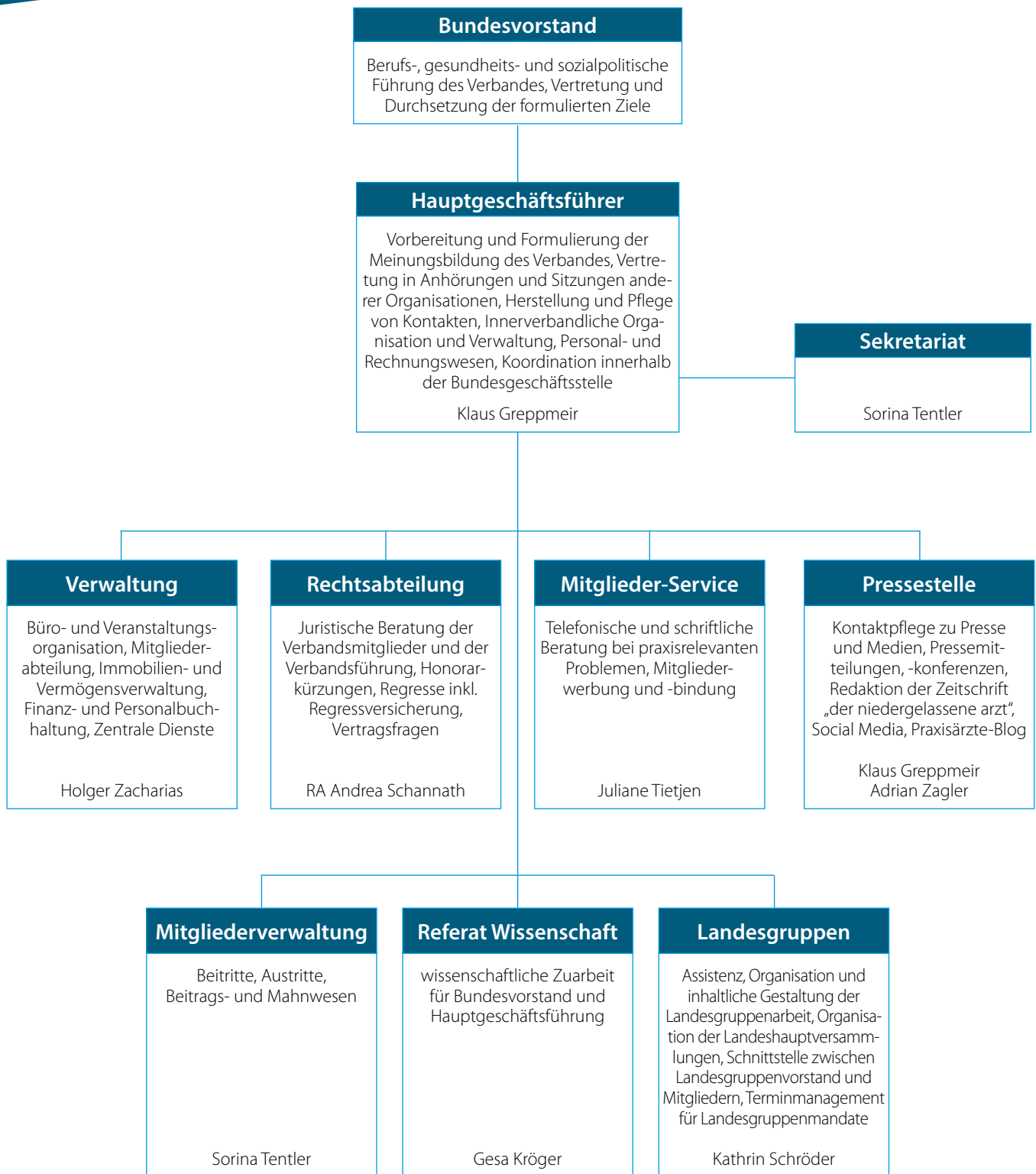
Westfalen-Lippe
Gert Buchner
Adenauerstraße 16
59759 Arnsberg
Fon: (0 29 32) 3 12 50
Fax: (0 29 32) 5 49 87
gert.buchner@gmx.de

Niedersachsen/Bremen
Dr. Frauke Wulf-Homilius
Steinstr. 17
30982 Pattensen
Fon: (0 51 01) 8 46 97
dr.homilius@t-online.de

Stand: September 2019

BUNDESGESCHÄFTSSTELLE

(genannt sind die wichtigsten Aufgaben)



Stand: September 2019

Anzeige

AUS DEN LANDESGRUPPEN

BAYERN

Aus Fehlern lernen mit CIRS

Praxisübergreifende Fehlerberichts- und Lernsysteme können Fehler vermeiden helfen. Mithilfe einer Datenbank, in der solche Fälle von Mitarbeitern systematisch gesammelt werden, lassen sich Verbesserungsvorschläge zur Fehlervermeidung für Ärzte und Praxismitarbeiter entwickeln.

In deutschen Krankenhäusern sind solche Berichtssysteme längst üblich, in den Praxen der niedergelassenen Ärzte

noch nicht. Das soll sich nun ändern: Mit CIRSforte („Critical Incident Reporting System“), einem systematischen Fehlerberichts- und Lernsystem. Zwischen 2015 und 2017 lief das CIRS-Pilotprojekt des Gesundheitsnetzes Qualität und Effizienz (QuE) in Nürnberg, 2019 wurde der Test auf ganz Deutschland ausgeweitet.

Der Landesgruppen- und stellvertretende Bundesvorsitzende Dr. Veit Wambach hat CIRS von Anfang an begleitet. „Die ärztliche

Fehlerkultur zu stärken und dadurch die Patientensicherheit zu erhöhen, ist ein Herzanliegen des Virchowbundes. Deshalb unterstützen wir CIRS politisch und praktisch. CIRS führt in Arztpraxen zu einer lebendigen Sicherheitskultur, in der es nicht darum geht, einen Schuldigen zu finden, sondern herauszufinden, warum ein Fehler oder eine brenzlige Situation entstehen konnte. So können wir Lösungen für die Zukunft entwickeln und die Patientenversorgung wird noch sicherer.“



Wambach wiedergewählt

Bei der Landeshauptversammlung im September 2019 wurde Landesgruppenvorsitzender Dr. Veit Wambach wiedergewählt. Es ist die vierte Amtszeit für den Nürnberger Hausarzt.

Als Wambachs Stellvertreter fungieren Dr. Andreas Lipécz, Facharzt für Innere Medizin, und Dr. Ulrich Pechstein, Facharzt für Neurochirurgie. Auch Ihnen sprachen die Mitglieder der Landesgruppe Bayern das Vertrauen aus.

Prof. Dr. Dr. Rainer Rix, Dr. Erwin Hirschmann, Ulrich Voit und Dr. Helmut Eder wurden von der Landesgruppe als Beisitzer bestimmt.

BERLIN

Virchowbund mit zwei Mitgliedern im Kammervorstand

Bei der Wahl zur Ärztekammer Berlin sind mit Dr. Regine Held und Dr. Heike Kunert gleich zwei Mitglieder des Virchowbundes in den Vorstand eingezogen.

Dr. Regine Held, HNO-Ärztin und stellvertretende Vorsitzende der Landesgruppe Berlin/Brandenburg im Virchowbund, übernimmt zum zweiten Mal das Amt als Vizepräsidentin. Dr. Heike Kunert zieht als Hausärztin in den Vorstand ein und sorgt somit dafür, dass der Virchowbund Haus- und Fachärzte gleichermaßen in der Kammer repräsentiert.

Auch in der Delegiertenversammlung ist der Virchowbund vertreten. Dr. Christiane Wessel, Vorsitzende der Landesgruppe Berlin/Brandenburg, zog als Spitzenkan-



didatin der Liste „NAV-Virchow-Bund – Haus- und Fachärzte gemeinsam!“ ein. Der Virchowbund war zum allerersten Mal mit

einer eigenen Liste zur Wahl angetreten und errang auf Anhieb einen Sitz in der Delegiertenversammlung.

HAMBURG

Heinrich als Vorsitzender bestätigt

Die Landesgruppe Hamburg des Virchowbundes hat Dr. Dirk Heinrich als Vorsitzenden wiedergewählt. Für den Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Allgemeinmedizin ist es bereits die dritte Amtsperiode als Landesgruppenvorsitzender.

Seine beiden Stellvertreter im Vorstand sind Dr. Gerd Fass, Facharzt für Chirurgie, und der Gynäkologe Dr. Eckbert Finsterwalder. Finsterwalder und Heinrich vertre-

ten die Landesgruppe Hamburg als Delegierte bei der Bundeshauptversammlung des Virchowbundes. Als Beisitzer wurden der Allgemeinmediziner Dr. Klaus-Otto Allmeling, der Internist Dr. Heinz Breuer sowie der Gynäkologe Dr. Adib Harb gewählt.



MECKLENBURG-VORPOMMERN

Angelika von Schütz wiedergewählt

Die HNO-Ärztin Dipl.-Med. Angelika von Schütz bleibt Landesgruppenvorsitzende in Mecklenburg-Vorpommern.

Unterstützt wird sie von ihren Stellvertretern Dr. Frank-Peter Giers, Praktischer Arzt in Grimmen, und Matthias Träger, Facharzt für Orthopädie aus Neubrandenburg. Alle drei sind vor vier Jahren erstmals in den Vorstand gewählt worden und haben die Landesgruppe im Nordosten neu belebt. Als stellvertretende KV-Vorsitzende in Mecklenburg-Vorpommern setzt sich Angelika von Schütz für einen Schulterschluss von Körperschaften und Verbänden in wichtigen Versorgungsfragen ein.



NORDRHEIN



Weitere Amtszeit für Bergmann

Die Mitglieder der Landesgruppe Nordrhein haben Dr. André Bergmann erneut ihr Vertrauen ausgesprochen. Der Allgemeinarzt aus Neukirchen-Vluyn übernimmt für weitere vier Jahre den Vorsitz im Landesvorstand.

Als Stellvertreter wurden Dr. Edgar Dewitt (Gynäkologe) und Dr. Dagmar David (Ärztin für Arbeitsmedizin) gewählt. Als Beisitzer wurden Fritz Stage, Dr. Dr. Rainer Broicher, Dr. Lutz Kindt, und Dr. Helmut Gudat bestätigt. Dr. Jean-C. Barry und Dr. Eugen Breimann komplettieren als neu gewählte Beisitzer den Vorstand.

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Kontinuität im Norden

In Schleswig-Holstein wurde Matthias Seusing, mittlerweile Hausarzt im Ruhestand, für die nächsten vier Jahre als Landesgruppenvorsitzender wiedergewählt.

Sein Stellvertreter ist Dr. Volker Frey, Chirurg aus Eckernförde. Den Vorstand vervollständigen die beiden Beisitzer Dr. Sabine Menke, Gynäkologin aus Niebüll, und Bernd Thomas aus Heiligenhafen, Augenarzt im Ruhestand.



Matthias Seusing

NIEDERSACHSEN / BREMEN

Deutschland braucht Kooperation statt Chaos in der medizinischen Versorgung

Deutschlands medizinische Versorgung befindet sich mitten im Umbruch. Kooperative und vernetzte Strukturen sind die beste Garantie dafür, dass Patienten auch in Zukunft hochqualitativ versorgt werden, erklärt Dr. Frauke Wulf-Homilius, Vorsitzende der Landesgruppe Niedersachsen/Bremen im Virchowbund.

Die niedergelassene Augenärztin sagt: „In den letzten Jahrzehnten hat die ambulante Versorgung Erhebliches geleistet: hochwertige Diagnostik und effiziente, moderne ambulante Operationen. Die niedergelassenen Ärzte haben durch ihre Investitionen, Innovationen und nicht zuletzt durch ambulantes Operationswesen in Teilbereichen den Kliniken den Rang

abgelaufen. Seit 25 Jahren wird deutlich mehr und effizienter im ambulanten Bereich operiert, mit der Folge, dass viele Eingriffe im klinischen Bereich kaum mehr angeboten werden.

Diese Leistungssteigerung wurde aus dem Honorartopf der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) finanziert. Die Zu-



Dr. Frauke Wulf-Homilius

AUS DEN LANDESGRUPPEN

wächse im Honorartopf hielten mit der allgemeinen Preissteigerungsrate aber nicht Schritt. Als Folge wurde bei der Vergütung der Basisversorger gespart. Durch gleichzeitig zunehmenden Leistungs- und Kostendruck durch 'on-Top'-Kodierung, Dokumentationspflichten, Regresskontrolle, Hygiene- und Qualitätsmanagement, Datenschutz und e-Health wurde die umfassende, intersektorale Patientenbetreuung systematisch vernachlässigt und zu einer bloßen 'Ehrenleistung' degradiert.

Jetzt plötzlich wird genau diese nachhaltige Begleitung unserer Patienten von der Politik wieder eingefordert. Die Forderung ist richtig. Aber sie betrifft nicht nur die Ärzte. Vielmehr handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deutschland braucht Kooperation statt Chaos in der medizinischen Versorgung.

Im Artikel 20 des Grundgesetzes (Sozialstaatsprinzip) verpflichten Bund, Länder und Kommunen sich, im Sinne einer Daseinsfürsorge auch eine funktions- und

leistungsfähige Gesundheitsinfrastruktur zu fördern. Hier darf es nicht bei Lippenbekenntnissen bleiben. Ich fordere die Kommunen auf, Anbieterplattformen für alle regionalen Gesundheitsakteure zu entwickeln und zu pflegen. Effizienter Informationsaustausch verbessert das Arbeitsklima in den regionalen Gesundheitsregionen und würde die berufliche Attraktivität steigern. Das zeigen auch Ärztenetze mit vergleichbarer Struktur.“

Der Preis für schnelle Arzttermine

Dr. Frauke Wulf-Homilius, Vorsitzende der Landesgruppe Niedersachsen/Bremen des Virchowbundes, kommentierte das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG):

„Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) möchte, dass alle Bürger in Deutschland eine gute medizinische Versorgung erhalten. Doch dieses Versprechen lässt sich vielerorts nicht einfach so einlösen. Fehlende Nachfolger für Hausarztpraxen und ein Terminmangel bei bestimmten Fachärztergruppen wie Neurologen und Rheumatologen sind Probleme, die viele Regionen in Deutschland betreffen. Mit dem TSVG will Herr Spahn nun gegensteuern, teilweise aber auf Kosten der niedergelassenen Ärzte.

So sollen selbstständige Praxisärzte mehr arbeiten, ohne Rücksicht auf deren Alter, Gesundheit und Praxiskoordination. Es ist zu befürchten, dass ältere Praxisinhaber in die Rente flüchten und Kliniken bzw. Versorgungszentren in die Lücke springen werden.

Der Ausbau der Terminservicestellen ist aus Sicht der Patienten ein tolles Angebot: Verfügbarkeit an 24 Stunden am Tag und

sieben Tagen die Woche. Damit unterstützt der Gesetzgeber aber die Flatrate-Mentalität, also den Anspruch, schnelle Termine für jedes 'Wehwehchen' zu erhalten. Die alten, chronisch Kranken, die nicht online sind, werden so auf der Strecke bleiben.

Geplant ist zudem, dass sich mehr Ärzte niederlassen dürfen, ohne dass sich der Finanzierungsrahmen im Kassensystem ändert. Die Folge: Die bereits bestehenden Praxen werden dies finanziell mittragen müssen. Ich schlage deshalb eine finanzielle Beteiligung der Kommunen vor, die sich z. B. in der Mitfinanzierung von Räumlichkeiten oder der Bereitstellung und Pflege einer Internet-Plattform mit Informationen über das örtliche Gesundheitsangebot niederschlagen könnte. So wäre auch ein intersektoraler Austausch der örtlichen Gesundheitsanbieter erleichtert.

Die Einführung der elektronische Patientenakte (ePA) mit zentraler Datenspeicherung in der Cloud ist besonders sinnvoll für alte, chronisch oder schwer Kranke mit sektorenübergreifendem Versorgungsbedarf (z. B. Pflegeheimbewohnern). Die Praxen könnten elektronisch besser kommunizieren, dafür braucht es aber schnelleres Internet – und zwar überall, wo Praxen sind.

Dass Herr Spahn mächtig Bewegung in den ambulanten Versorgungs-Gremien-Tanker gebracht hat, ist letztlich zu begrüßen. Durch das TSVG wird sich die ambulante Versorgung grundlegend ändern. Die Ausgestaltung ist in einzelnen Punkten nicht ganz festgeschrieben.

Noch ist die ambulante Medizin in den Grundversorgerpraxen vor allem von langjähriger medizinischer Betreuung und einer persönlichen Beziehung zu den Patienten geprägt. Der Arzt lernt auch individuell von und mit seinen Patienten. Diese bisher übliche vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung, welche über Jahre wächst, wird bald der Vergangenheit angehören.

Wenn also zukünftig angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren die medizinische Behandlung weitgehend übernehmen, wird die ärztliche Basis- und Grundversorgung eher unpersönlich ablaufen. Dieser Effekt kann nur noch durch Telemedizin und Fernbehandlung übertriften werden.“

Arm, krank und früher tot

Der Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit ist erwiesen. Aber wodurch entsteht gesundheitliche Ungleichheit? Wie kann sie bekämpft werden? Diesen wichtigen Fragen geht eine Studie der Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes nach.

Es gibt eine Verbindung zwischen sozialem Status und Gesundheit, oder genauer: Morbidität und Mortalität. Armut schränkt im Alltag ein und mindert die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Menschen aus den unteren sozialen Schichten haben statistisch ein erhöhtes Sterberisiko, eine verringerte Lebenserwartung und insgesamt weniger Lebensjahre bei guter Gesundheit.

Sozial, wirtschaftlich und kulturell benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind besonders häufig von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, funktionellen Störungen sowie depressiven

Syndromen betroffen. Dazu gehören u. a. Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus, COPD, Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankungen. Allergische Erkrankungen sowie Brustkrebs korrelieren allerdings eher mit einem höheren Sozialstatus. Insgesamt gilt aber: Je höher der Status, desto besser die Chance auf eine gute Gesundheit.

Laut den Soziologen Mielck und Elkeles (1997) sind Wissen, Macht, Geld und Prestige ungleich verteilt. Dadurch unterscheiden sich Menschen im

- › Zugang zur gesundheitlichen Versorgung
- › Gesundheitsverhalten (u. a. Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Compliance)
- › Krankheitsverhalten
- › Wohnsituation (u. a. Luftverhältnisse, kulturelle Infrastruktur)

- › Arbeitssituation (u. a. Schichtarbeit, Stressbelastung)
- › Bewältigungsressourcen (z. B. Erholungsmöglichkeiten)

Der Faktor Bildung ist besonders entscheidend. Ein niedriger Bildungsgrad begünstigt oftmals ein schlechtes Ernährungs- und Bewegungsverhalten, einen erhöhten Drogenkonsum sowie ein unzureichendes Vorsorgeverhalten. Menschen mit niedrigerer Bildung und niedrigerem Einkommen schätzen ihren Gesundheitszustand auch selbst schlechter ein.

Es gibt aber auch signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Abgesehen von gynäkologischen Untersuchungen suchen Frauen bei Erkrankungen, die in ähnlicher Weise wie auch bei Männern vorkommen, tendenziell mehr Fachärzte auf. Im ambulanten Bereich nehmen Männer im Gegensatz zu Frauen weniger häufig Präventions- bzw. Gesundheitsangebote in Anspruch; und wenn, dann eher in Bezug auf Maßnahmen bei spezifischen Erkrankungen. Im Alter verringern sich diese Unterschiede. Bei den ab 60-Jährigen lassen sich kaum noch Differenzen erkennen.

Frauen scheinen sich generell gesundheitsorientierter und -bewusster zu verhalten. Männer neigen in problematischen Situationen (z. B. Armut) eher zu gesundheitsgefährdenden Bewältigungsstrategien (Coping), wie etwa dem Griff zu Alkohol und Tabak. Diese Geschlechtsunterschiede im Bereich der Verhaltensweisen können weder durch das Alter noch durch den sozialökonomischen Status erklärt werden.



Bildung und Ernährung hängen zusammen

FOTO: PIXABAY

Die letzten Jahre haben gezeigt, dass viele Maßnahmen zur Dezimierung der sozialen Ungleichheit, insbesondere bei Prävention und Gesundheitsförderung, ihre Zielgruppen nicht angemessen erreicht haben. Public Health kann nur funktionieren, wenn alle Politikbereiche vernetzt und finanzielle Ressourcen bereitgestellt werden. Mehr Kooperation ist dringend notwendig: sowohl zwischen wissenschaftlichen Disziplinen als auch zwischen Akteuren und sogar Staaten.

1. soziale Ungleichheit und Armut bekämpfen

Wer arbeitslos ist, schlittert dadurch oft in die Armut. Darum muss Deutschland in Bildung, Arbeitsplätze und bessere berufliche Qualifikation investieren. Auch langfristige, strukturelle und aufeinander abgestimmte Veränderungen im Rahmen des Wohnungsbaus, der Stadtplanung, der Verkehrs- und Umweltpolitik sowie der Integrationspolitik tragen dazu bei.

2. Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung und Prävention anbieten

Menschen müssen motiviert, befähigt und bestärkt werden (Empowerment), um gesundheitsfördernde Lebensbedingungen überhaupt zuzulassen. Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention werden nicht von allen Zielgruppen gleichermaßen in Anspruch genommen. Gleichzeitig tendieren Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz bzw. einem niedrigen Gesundheitswissen (Health Literacy-Niveau) dazu, das Gesundheitssystem und seine Dienstleistungen unnötig häufig zu nutzen.

Präventionsmaßnahmen können auf das Verhalten abzielen oder auf die Verhältnisse. Bei Verhaltensprävention geht es darum, die individuelle Gesundheitskompetenz zu stärken. Menschen sollen gesundheitlichen Risikofaktoren besser entgegenwirken können. Verhältnisprä-

vention dagegen bezieht sich auf Lebens- und Arbeitsverhältnisse, wie z. B. Wohnung, Einkommen und Bildung. Bessere Verhältnisse bedeuten bessere Voraussetzungen dafür, auch das Verhalten zu ändern oder schädliche Verhaltensweisen gar nicht erst aufkommen zu lassen.

3. Bedarfsplanung anpassen

Soziale und gesundheitliche Ungleichheit sind aber auch ein regionales Problem und müssen daher bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Der sogenannte Deprivationsindex kann dabei helfen, regional spezifische und soziale Gegebenheiten zu berücksichtigen.

Die Studie kann kostenlos auf der Webseite der Brendan-Schmittmann-Stiftung heruntergeladen werden: bit.ly/2MtECIM

Qualitätsfaktoren

Innerhalb der Gesundheitspolitik wird die Qualitätssicherung ein zunehmend autonomes Handlungsfeld mit ansteigender Professionalisierung und Ausdifferenzierung. Notwendigerweise müssen für eine angemessene Qualitätssicherung Indikatoren festgelegt werden, um zu beurteilen, ob die angedachten Normen, Erfordernisse und Standards bzw. die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität tatsächlich erreicht werden. Die Brendan-Schmittmann-Stiftung erarbeitet aktuell einen Überblick über verschiedene Qualitätsindikatoren(sets).

Qualitätssicherung beinhaltet im medizinischen Kontext alle Maßnahmen und Instrumente, die die Realisierung einer optimierten Gesundheitsversorgung an-



streben bzw. Qualitätskriterien einhalten und sicherstellen. Bei der Verwendung

von Qualitätsindikatoren geht es insgesamt darum festzustellen, wie wirksam und

geeignet qualitätsrelevante Prozesse sind und wie diese messbar gemacht werden können. Gesichert werden neben dem internen Qualitätsmanagement aber auch Benchmarkprozesse und die öffentliche Berichterstattung.

Damit ein Indikator überhaupt erstellt werden kann, muss zunächst ein Versorgungsziel ausgewählt werden und zudem eine gewisse Relevanz für das entsprechende Qualitätsziel vorliegen. Insgesamt ist die methodische Güte der Indikatoren (Validität, Reliabilität, Praktikabilität, Sensitivität,

Beeinflussbarkeit) von besonders großer Bedeutung, insbesondere wenn die Indikatoren systeme als Entscheidungsgrundlage für eine veränderte Zuordnung und Verteilung knapper Ressourcen fungieren. Die Verwendung von GKV-Routinedaten minimiert dabei den Aufwand der beteiligten Praxen.

Die Brendan-Schmittmann-Stiftung präsentiert in ihrer neuesten Arbeit ausgewählte Qualitätsindikatoren(systeme) der ambulanten und stationären Versorgung und stellt sektorübergreifende Ansätze

und Indikatorensets aus anderen Ländern vor. Daneben wird die erfolgsabhängige Vergütung von Qualitätsindikatoren diskutiert: Wie lassen sich Anreize im Vergütungssystem schaffen, um die Qualität der Versorgung zu verbessern und sich am Nutzen des Patienten zu orientieren?

Die Studie kann kostenlos auf der Webseite der Brendan-Schmittmann-Stiftung heruntergeladen werden: bit.ly/2MtECiM

Klimawandel und Gesundheit

Der Klimawandel und die Umweltzerstörung sind für die menschliche Gesundheit eine Herausforderung und Bedrohung. Klimaschutz dagegen kann zur großen Chance werden, denn menschliche Gesundheit hängt entscheidend von der Gesundheit des Planeten ab.

Die Brendan-Schmittmann-Stiftung untersucht den Klimawandel aus ärztlicher Perspektive. In einer neuen Studie zeigt sie die Konsequenzen auf, die durch Klimawandel und Umweltzerstörung für die menschliche Gesundheit und schlussendlich auch für das Gesundheitswesen entstehen.

Die Untersuchung widmet sich regionalen Besonderheiten und Extremen des Klimawandels, zu denen u. a. Temperatur und Niederschlag, Schneehöhe und Schneedauer, Luftdruck und Wind, ansteigender Meerwasserspiegel und Fluten, Sonnenscheindauer, sowie Wolken und Strahlung gehören. Darüber hinaus werden Klimagrößen bzw. klimarelevante Gefahren, wie Dürre, Waldbrände, gravitative Massenbewegungen und die Kryosphäre diskutiert. Auch die durch den Klimawandel bedingten psychischen Verände-



rungen beim Menschen, wie z. B. eine zu beobachtende ansteigende Aggressivität, werden angesprochen.

Ein besonderer Fokus liegt auf der aktuellen, sich durch den Klimawandel verändernden Situation in Deutschland. Dabei geht es besonders um die Fragen, wie es um die vom Klimawandel abhängige Gesundheit in der Bevölkerung steht, was das für Konsequenzen u. a. für das Gesundheitswesen mit sich bringt und

welche Maßnahmen nicht nur regional und national sondern auch international ergriffen werden müssen, damit der Klimawandel und seine Auswirkungen eingedämmt oder zumindest verlangsamt werden können.

Die Studie ist aktuell noch in Arbeit. Nach Veröffentlichung kann sie kostenlos auf der Webseite der Brendan-Schmittmann-Stiftung heruntergeladen werden: bit.ly/2MtECiM



Nachruf: Dr. Brigitte Ernst (1941 – 2019)

Dr. Brigitte Ernst, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Mitglied im Virchowbund seit 1977, engagierte sich von Beginn an im Verband – zunächst im Arbeitskreis „Junge Ärzte im NAV“, dessen Vorsitzende sie später wurde. Im Jahre 1982 berief sie der Bundesvorstand zur Vorsitzenden der Brendan-Schmittmann-Stiftung.

Als Vorsitzende der Stiftung initiierte Dr. Brigitte Ernst neue Projekte, wie Forschungen zu ärztlichen Kooperationsformen sowie Untersuchungen zu Selbsthilfegruppen in der ambulanten Versorgung. Die Stiftung arbeitete unter ihrer Führung an einem Projekt, das Strategien zur Krebsfrüherkennung untersuchte. Ziel war es, auch in ländlichen Gegenden eine wohnortnahe Versorgung von Krebspatienten zu gewährleisten. Die Brendan-Schmittmann-Stiftung veröffentlichte 1991 in ihrer

Schriftenreihe eine aktualisierte Beilage zur Broschüre „Das Belegarztwesen in der Bundesrepublik Deutschland“, eine überarbeitete Broschüre „Gruppenpraxen“ und 1992 „Die Bedeutung des Privatpatienten für den niedergelassenen Arzt“.

Unter dem Vorsitz von Dr. Ernst organisierte die Brendan-Schmittmann-Stiftung praxisorientierte Fortbildungen und Beratungen für Ärzte und ihr Praxispersonal, speziell für die Gemeinschaftspraxis. Anfang der neunziger Jahre veröffentlichte sie Ergebnisse einer Patientenbefragung zur Verbesserung der ambulanten Krebsnachsorge. 1994 folgte eine Ärztebefragung zur Behandlung von Parkinson-Patienten. Von Dr. Brigitte Ernst angestoßen, wendete sich die Stiftung verstärkt den Problemen der Vertragsärzteschaft zu, unter anderem mit den Themen „Burn-out“, „Integrierte Versorgung“, „Wirtschaft-

liche Situation“, „Niederlassung“ und „Arbeitszeit“.

Dr. Brigitte Ernst war Mitglied des Sachverständigenbeirates des Bundesministeriums für Gesundheit und Gutachter in medizinischen Fragen der Forschungsförderung des Bundesgesundheitsministeriums und des Forschungsministeriums sowie Mitglied der Arbeitsgruppe Allgemeinärzte der Europäischen Kommission im Rahmen des Aktionsprogramms „Europa gegen den Krebs“.

Für ihre Verdienste für eine bessere Versorgung von Krebskranken, insbesondere auch durch Mithilfe beim Aufbau von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten in den neuen Bundesländern, wurde ihr 2000 das Bundesverdienstkreuz am Bande verliehen. 2016 legte Dr. Ernst ihr Amt aus Altersgründen nieder. Sie verstarb am 24. April 2019.

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
info@nav-virchowbund.de

Stand: September 2019

KURATORIUM DER BRENDAN-SCHMITTMANN-STIFTUNG



Mitglieder

Prof. Dr. Dr. Rainer Rix

Arzt für Augenheilkunde

Dr. Klaus Bogner

Arzt für Allgemeinmedizin

Dr. Helmut Gudat

Arzt für Innere Medizin

Katrin Koepchen

Tochter von Dr. Brendan Schmittmann

Ewald Kraus

Notgemeinschaft
Medizingeschädigter e.V.

Dr. Dirk Heinrich

Arzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
Arzt für Allgemeinmedizin,
Bundesvorsitzender Virchowbund

Dipl.-Med. Angelika von Schütz

Ärztin für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Beate Stadge-Bourguignon

WPV Verlag, Geschäftsführerin

Stand: September 2019

FOTO: VIRCHOWBUND

SERVICE/RECHTSBERATUNG

Niederlassung: Eine Typfrage

Kooperationen liegen im ambulanten Sektor voll im Trend. Niedergelassene Ärzte wollen sich stärker vernetzen und trotz eigener Praxis nicht auf Teamarbeit, Austausch und Unterstützung durch Kollegen verzichten. Für jeden Typ Arzt und jede Situation gibt es die passende Praxisform mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen. Generell gilt: Auch in der Einzelpraxis muss niemand auf sich allein gestellt sein, und selbst im MVZ ist man nicht vor bürokratischen Aufgaben gefeit.

Die Einzelpraxis ist immer noch das beliebteste Modell der Praxisärzte, das hat die bundesweite Umfrage „Ärzte-monitor 2018“ von KBV und Virchowbund ergeben. Allerdings: Mehr als die Hälfte der niedergelassenen Ärzte ist mittlerweile in einer der stärker kooperativ ausgerichteten

Praxisformen – beispielsweise Ärztliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), Praxisgemeinschaft (PG) und Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) – niedergelassen.

Die ambulante Tätigkeit kann gegenüber der Anstellung im Krankenhaus vor

allem bei der Flexibilität der Arbeitszeitgestaltung und bei der Autonomie in den ärztlichen und unternehmerischen Entscheidungen punkten. Volle Flexibilität bei gleichzeitig voller Autonomie gibt es allerdings auch in der Praxis nicht. Praxisärzte müssen abwägen, welche Kriterien ihnen wichtiger sind.

Diese Abwägung ändert sich bei den meisten Ärzten im Laufe des Berufslebens. Wer kleine Kinder hat oder kurz vor der Rente steht, möchte möglicherweise weniger lang arbeiten. Wer ein Haus kaufen oder

Die Praxisformen im Vergleich

	Ärztliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)	Job Sharing (BAG)	Partnerschaftsgesellschaft (BAG)	Praxisgemeinschaft (PG)	MVZ	Einzelpraxis
Teamarbeit ermöglichen	●●●●●	●●●●	●●●●●	●●●	●●●●●	●●●
Unterschiedliche Fachgruppen vereinen	+	-	+	+	+	-
Flexibel arbeiten	●●●	●●●●	●●●	●●	●●●●●	●●
Verantwortung & Risiko tragen	●●●●	●●●	●●●	●●●●●	●●●●	●●●●●
Selbstständigkeit und Entscheidungshoheit bewahren	●●	●●●	●●●	●●●●	●●●●●	●●●●●
Bürokratie eindämmen	●●●	●●	●●●	●●	●●●	●●
Kosten senken	●●●●	●●●	●●●●	●●●	●●●●	●●
Patientenversorgung langfristig sichern	●●●●	●●●●	●●●●	●●	●●●●●	●●
Investitionen und Wachstum ermöglichen	●●●●	●●	●●●●	●●●●	●●●●●	●●●
Einnahmen verteilen	●●●	●●●	●●●	●●●●●	●●●●	●●●●●
Unkompliziert gründen und auflösen	●●●	●●●●	●●	●●●●	●●	●●●●

Jede Praxisform hat Stärken und Schwächen. Die wichtigsten davon hier im Vergleich.

in die Praxis investieren will, ist wiederum auf Kapital angewiesen und möchte Risiken minimieren.

Lieber Flexibilität oder Autonomie?

Wer gemeinsam mit anderen Kollegen eine Berufsausübungs- oder Praxisgemeinschaft führt, kann nicht völlig autonom bestimmen. Wichtige Entscheidungen über die Führung der Praxis müssen normalerweise einstimmig oder zumindest mehrheitlich getroffen werden: Werden neue Mitarbeiter oder Kollegen eingestellt? Welche neuen Geräte werden gekauft? Wie wird der Gewinn verteilt?

Sind sich alle beteiligten Ärzte einig, ist dieser Nachteil nur theoretischer Natur und wirkt sich im Alltag nicht spürbar aus. Problematisch ist es dagegen, wenn es zu echten Meinungsverschiedenheiten oder Blockaden zwischen den Praxispartnern kommt. Darüber kann eine gemeinsame Praxis auch zerbrechen.

In der Einzelpraxis stellen sich diese Fragen nicht. Praxiseigentümer können im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben autonom entscheiden. Sie können auch ihre Sprechstunden weitestgehend frei einteilen. Wenn sie aber durch Krankheit, Urlaub, familiäre Verpflichtungen oder Ähnliches verhindert sind, müssen sie kurzfristig Ersatz besorgen.

Wer gemeinsam mit anderen Ärzten desselben Fachgebietes arbeitet, tut sich dabei deutlich leichter. Die Praxis muss auch im Urlaub nicht geschlossen werden, die Patienten können weiter behandelt werden.

Auch Teilzeit-Modelle lassen sich so sehr viel einfacher umsetzen, sofern die Praxispartner sich ergänzen. Ärzte, die für die Familie beruflich etwas kürzertreten oder zusätzliche Aufgaben als Gutachter, Berater oder Belegarzt neben der eigentlichen Praxistätigkeit wahrnehmen wollen, kön-

nen das zum Beispiel im Rahmen von Job Sharing in einer BAG.

Im Vergleich zur Anstellung im MVZ ist dabei auch die Autonomie größer, allerdings nicht so groß wie in der Einzelpraxis. Job Sharing ist ein beliebtes Modell für eine schrittweise Praxisübergabe, bei der ein neu hinzukommender Arzt noch einige Monate bis Jahre lang vom Praxisinhaber als Mentor begleitet wird.

Kosten verteilen und Skaleneffekte nutzen

Gerade junge Ärzte scheuen bei der Niederlassung das wirtschaftliche Risiko und die Kosten. Mit kooperativen Praxisformen lassen sich diese Lasten auf mehrere Schultern verteilen. Eine BAG oder ein MVZ kann sogar helfen, Kosten zu sparen: Die Praxisräume stehen seltener aufgrund von Freizeit, Krankheit oder Fortbildung leer. Bürokratische Aufgaben können gebündelt und effizienter werden. Oft lohnt es sich sogar, eigene Mitarbeiter für solche ungeliebten Arbeiten einzustellen. Beim Einkauf lässt sich durch größere Bestellmengen sparen. Indem man sich entweder auf einzelne Leistungen spezialisiert oder ein großes Spektrum an Leistungen (Stichwort: „Alles

unter einem Dach“) anbietet, kann man stärkere Markenbildung betreiben und die Wirtschaftlichkeit der Praxis erhöhen. Auch die Abrechnung kann optimiert werden: Wenn Praxisinhaber umfangreiche Spezialkenntnisse haben, wie zum Beispiel Psychosomatik oder Sonographie, können einzelne Budgets allein aus Zeitgründen fast nie ausgelastet werden – in einer Kooperation eher.

Je größer die Praxisstruktur, desto größer auch der Skaleneffekt und damit die Einsparung. Allerdings bringen komplexere Strukturen auch wieder neue Pflichten in puncto Buchhaltung, Steuern und Haftung mit sich.

Unbedingt beraten lassen

Ärzte, die auf der Suche nach der richtigen Praxisform sind oder sich intensiver über einzelne Modelle informieren möchten, sollten sich beim Virchowbund intensiv zu den individuellen Vor- und Nachteilen der einzelnen Modelle beraten lassen.

Bereits Entschlossene können über 20 Musterverträge von Apparategemeinschaft über MVZ bis Praxisübernahme mit Eintritt in eine Berufsausübungsgemeinschaft, Checklisten und weiterführende Praxisinfos auf der Webseite des Verbandes herunterladen:
www.nav-virchowbund.de/bestell-center

Vorne hui, hinten pfui? – Tipps für Personalräume in der Arztpraxis

Wer sich am Arbeitsplatz wohl fühlt, ist seltener krank und arbeitet produktiver. Ausschlaggebend dafür ist nicht nur das Verhältnis zu Kollegen und Chefs, sondern auch die Gestaltung des Arbeitsplatzes. Eine ansprechend ausgestattete Arztpraxis wirkt sich also nicht nur positiv auf die Patienten aus, sondern auch auf die Praxismitarbeiter.

Es lohnt sich, das innenarchitektonische Konzept der Arztpraxis auf die nicht-öffentlichen Bereiche auszudehnen. Wenn Praxisinhaber die Personalbereiche mit

ähnlich hoher Aufmerksamkeit gestalten, drücken sie damit ihre Anerkennung für die Leistungen ihres Teams aus. Das motiviert und steigert die Loyalität.

Diese drei Personalbereiche sollten so angenehm wie möglich gestaltet werden. Gleichzeitig müssen rechtliche Vorschriften beachtet werden:

Umkleide

Hier beginnen und beenden die Mitarbeiter ihren Dienst, darum ist dieser Raum besonders wichtig für die positive Stimmung im Team.

- › Rein rechtlich müssen Arztpraxen über Umkleidebereiche für Angestellte verfügen. Wichtig: Die Umkleide darf nicht Teil des Pausenraums sein.
- › Bei gemischten Teams müssen die Umkleiden getrennt genutzt werden können – oder es gibt separate Räume.
- › Die Umkleiden müssen abschließbar sein.
- › Sie müssen mit Mülleimern, abschließbaren Spinden/Fächern für Kleidung und Wertsachen (mindestens 30 x 50 x 180 cm), Spiegel, mindestens einer Sitzgelegenheit pro vier Beschäftigte und einem Sichtschutz zu Fenster und Tür ausgestattet sein.
- › Daneben muss genügend Raum zum Bewegen übrig sein: 0,5 m² pro Mitarbeiter plus „Verkehrswege“, also die Pfade, auf denen sich die Praxismitarbeiter durch die Praxis bewegen. Ein Verkehrsweg ist mindestens 1 Meter breit.
- › Nicht vorgeschrieben, aber sinnvoll: Farbige statt graue Möbel, Poster bzw. Bilder, helle und freundliche Farben, am Besten im Farbschema der Praxis.

Toiletten/Sanitärbereich

Je nachdem, wie viele Mitarbeiter die Praxis hat, gelten unterschiedliche Regelungen für die Sanitärbereiche. Generell gilt:

- › Für je 15 Personen muss mindestens eine verschließbare Toilettenzelle vorhanden sein; wenn regelmäßig gleichzeitig mindestens 5 Frauen und



mindestens 5 Männer anwesend sind, müssen die Toiletten nach Geschlechtern getrennt werden.

- › Die Toiletten müssen in der Nähe der Arbeitsplätze und der Umkleide liegen, dürfen aber nicht direkt mit ihnen verbunden sein.
- › In oder in unmittelbarer Nähe der Toilette muss es eine Handwaschgelegenheit geben inklusive hygienischer Möglichkeiten zum Reinigen und Abtrocknen der Hände (z. B. Desinfektionsmittel- und Papierspender).
- › Die Toiletten für Mitarbeiter dürfen nicht von Patienten benutzt werden.
- › Hygiene steht selbstverständlich an erster Stelle; durch die Auswahl der Beleuchtung, der Fliesen und des Raumdufts lässt sich die Atmosphäre positiv beeinflussen.

Pausenraum

Wer seinen Mitarbeitern eine ungestörte, erholsame Pause gönnen möchte, stellt ihnen einen ansprechenden Pausenraum zur Verfügung.

- › Der Pausenraum muss getrennt vom Umkleidebereich sein.

- › Als Mindestausstattung vorgeschrieben sind: Kaffeemaschine und Wasserkocher, Kühlschrank, Mikrowelle, Mülleimer mit Deckel, Sitzgelegenheiten mit Rückenlehne und Tische.
- › Wichtig ist ausreichend Bewegungsfreiheit durch mindestens 6 m² Platz im Ess- und Aufenthaltsbereich bzw. mindestens 1 m² pro Mitarbeiter plus Verkehrsweg und Einrichtung.
- › Im Pausenraum darf nicht geraucht werden. Er muss gelüftet werden können, trocken und warm sein.
- › Nicht vorgeschrieben, aber sinnvoll: Freundliche, helle Inneneinrichtung mit Pflanzen, Bildern und Dekoelementen, die eine Wohlfühlatmosphäre erzeugen.

Wenn unter den Mitarbeitern schwangere oder stillende Mütter sind, dürfen diese sich auch während der Arbeitszeit hinlegen und ausruhen. Auch das sollten Praxisinhaber bei der Gestaltung des Pausenraumes bedenken.

Weitere Tipps für den Praxisalltag erscheinen wöchentlich im Praxisärzte-Blog unter www.nav-virchowbund.de/blog

Das ändert sich mit dem TSVG in der Praxis

Alles, was niedergelassene Ärzte zum neuen Gesetz wissen müssen, finden sie ab sofort in der Praxisinfo „Terminservice- und Versorgungsgesetz: Das ändert sich mit dem TSVG in der Praxis“.

Der Virchowbund hat darin nicht nur die wichtigsten Änderungen für Deutschlands Arztpraxen gesammelt, sondern beantwortet auch häufige Fragen, wie zum Beispiel:

- › Erhalten Ärzte tatsächlich mehr Honorar durch das TSVG?
- › Wie werden offene Sprechstunden und Terminpatienten abgerechnet?
- › Was können Ärzte tun, die keine 25 Sprechstunden anbieten können oder möchten?



- › Müssen Ärzte offene Termine an die Terminservicestellen melden?
- › Steigt das Risiko für Regresse bzw. Plausibilitätsprüfungen?

Die Praxisinfo ist Teil der Rechtsberatung für Mitglieder des Virchowbundes. Mehr Informationen unter www.nav-virchowbund.de/tsvg

VirchowBund
Frei in der Praxis

Ich bin Mitglied, weil ich Zeit, Geld und Nerven sparen will.
Hannes-Dietrich Höfer, Urologe, Mitglied seit 2015

Jetzt online Mitglied werden
nav-virchowbund.de/mitglied-werden

Praxisinfo: Honorar für ärztliche Atteste

Deutschland hat „Attesteritis“. Nicht nur Krankenkassen, auch immer mehr Patienten, Arbeitgeber, Schulen, Kitas und andere Institutionen wollen ärztliche Atteste, Bescheinigungen und Berichte. Für Ärzte bedeutet das oft viel Aufwand und unnötigen Papierkram. Die gute Nachricht: Nicht alle Anfragen müssen beantwortet werden. Manchmal wird sogar ein Zusatzhonorar fällig.

Die Praxisinfo „Ärztliche Atteste, Bescheinigungen und Anfragen“ enthält eine Auflistung aller Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung, die Ärzte im Rahmen von Krankenkassenanfragen beantworten müssen. Das Ausfüllen vieler dieser Vordrucke ist mit dem ärztlichen Honorar abgegolten, z. B. bei AU-Bescheinigungen. Es gibt aber auch Vordrucke, bei denen der Aufwand größer ist und für die eine zusätzliche Abrechnung über den EBM vorgesehen ist. Diese Vordrucke sind in der Praxisinfo separat mit ihrer jeweiligen Leistungsposition aufgeführt. Gleiches gilt für die Abrechnung privater Atteste nach der ärztlichen Gebührenordnung.



Für einige Atteste erhalten Ärzte Zusatzhonorare

Die Praxisinfo hilft außerdem bei der Frage, wie Anfragen von Krankenkassen ohne Vordruck zu behandeln sind und wie Ärzte auf Anfragen vom Medizinischen Dienst, von Unfall- und Rentenversicherungsträgern, Gerichten und anderen Behörden reagieren sollten.

Alle über 80 Praxisinfos und Musterverträge können Mitglieder kostenlos herunterladen oder per E-Mail oder Post bestellen:
www.nav-virchowbund.de/bestell-center
service@nav-virchowbund.de
 (0 30) 28 87 74 – 120

15 % Rabatt auf Berufsbekleidung für Ärzte und Praxispersonal

Der erste Eindruck zählt. Umso wichtiger ist es, dass das gesamte Team der Arztpraxis professionell, einheitlich und ansprechend gekleidet ist – am Besten in den Farben der Praxis.

Genau das und noch mehr bietet CLINIC DRESS. Der Spezialist für Arbeitskleidung in der Medizin steht für strapazierfähige Stoffe in großer Farbenvielfalt und Top-Qualität.

Mitglieder im Virchowbund erhalten jetzt 15 Prozent Rabatt auf sämtliche Bestel-

lungen im CLINIC DRESS-Webshop. Sie können sich auf www.nav-virchowbund.de einloggen, um den Rabattcode zu sehen.

Weitere Informationen: bit.ly/2Yyt1VD



Rabatt auf Berufsbekleidung

Neues Angebot: Webinare

Seit diesem Jahr bietet der Virchowbund seinen Mitgliedern die Möglichkeit, sich auch von zuhause oder unterwegs fortzubilden und Expertentipps rund ums Praxismanagement zu erhalten.

Die kostenlosen Webinare mit Fachreferenten decken ein breites Themenspektrum ab: von Mitarbeiterführung, über Datenschutz und Praxismarketing bis Steuern und Wirtschaft. Den Auftakt machte das Webinar „Gewaltprävention in der Arztpraxis“. Der ehemalige Berufssoldat und Sicherheitsdienstleister Michael Willer gab

darin lebensnahe Tipps, wie Praxisärzte gefährliche Situationen in der Arztpraxis frühzeitig erkennen und deeskalieren können.



Datenschutzkonforme Arztpraxis leicht gemacht



Die Europäische Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) hat viele Praxisinhaber in Alarmbereitschaft versetzt. Die Angst, etwas falsch zu machen oder zu übersehen, ist nach wie vor groß.

Der Virchowbund unterstützt seine Mitglieder nicht nur mit einer Praxisinfo und Musterverträgen, sondern auch in Koope-

ration mit der Firma Health Data Protect, die den Weg zur DSGVO-konformen Praxis individuell begleitet.

Verbandsmitglieder können sich online anmelden und direkt starten. Anhand ihrer Angaben im online-basierten DSGVO-Assessment bekommen sie Handlungsempfehlungen, wie sie ihre Praxis



Jetzt Service-Newsletter abonnieren

Wir informieren regelmäßig über neue Regelungen und Angebote und geben nützliche Tipps, um die Praxisorganisation zu vereinfachen. Unser Service-Newsletter erscheint rund alle 8 Wochen und liefert die wichtigsten Neuigkeiten direkt auf das Smartphone oder den PC.

Jetzt kostenlos abonnieren:
www.nav-virchowbund.de/service

DSGVO-konform organisieren. Das DSGVO-Assessment passt sich neuen Vorgaben (z. B. durch Rechtsprechung) regelmäßig an und wird ständig erweitert. So bleiben teilnehmende Praxen immer auf dem neuesten Stand.

Mitglieder im Virchowbund erhalten 20 Prozent Rabatt auf ihr Datenschutz-Servicepaket. Der Preis pro Mitarbeiter und Monat sinkt, je größer die Praxis ist. Im Angebot sind verschiedene Datenschutzpakete, die im Umfang variieren.

Weitere Informationen: bit.ly/2Yyt1VD

Nadelstichverletzungen: Fit für den Notfall

Was tun bei Unfall, Brand oder Alarm in der Praxis? Die Praxisinfo „Notfallplan für die Arztpraxis“ des Virchowbundes enthält die wichtigsten Informationen und Ablaufpläne zum Arbeitsschutz. Übersichtliche Checklisten und Dokumentationsvorlagen sparen im Notfall wertvolle Zeit.

Gerade bei Schnitt- und Stichverletzungen in der Arztpraxis ist schnelles und besonnenes Handeln für das Praxispersonal lebensrettend. Auch die Gefahr, gefährliche Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis zu übertragen, kann dadurch gesenkt werden.

In dieser Praxisinfo finden Ärzte daher einen grafisch aufbereiteten Ablaufplan



zum Verhalten bei Nadelstichverletzungen, einen Alarmplan und Schemata zum Verhalten bei Unfällen, Notfällen bzw. Brandfall.

Service, der sich lohnt

Sparen Sie Zeit, Geld und Nerven – werden Sie heute noch Mitglied!



RECHTSBERATUNG



PRAXISINFOS



MUSTERVERTRÄGE



ONLINE-WISSENSDATENBANK



BEST PRACTICES



CHECKLISTEN



E-LEARNING UND WEBINARE



KOLLEGEN-NETZWERK



MITGLIEDER-MAGAZIN



REGIONALE VERANSTALTUNGEN



NEWSLETTER



RABATTE UND VORTEILE



nav-virchowbund.de/mitglied-werden



KOMMUNIKATION

Praxismanagement leicht gemacht

Von Attest bis Zahlungserinnerung:
Konkrete Hilfe für das ganze Praxisteam

Sparen Sie Zeit und Nerven

Datenschutz
Dürfen Sie Befunde per E-Mail versenden?

Bewertungsorte
Wie wählen Sie sich gegen falsche Vorwürfe?

Patientenklagen
Was müssen Sie wie lange aufbewahren?

Die Mitgliedschaft im NAV-Virchow-Bund ist Oberstufe und das ganze Praxisteam profitiert.

Jetzt Mitglied werden.

Machen Sie Ihre Praxis rechtssicher

RECHTSBERATUNG
Rechtliche Beratung | Vertragsrecht | Arbeitsrecht

Überlassen Sie Ihre Rechtssorgen lieber uns

- Bin ich an den Tarifvertrag für MfA gebunden?
- Brauche ich einen Datenschutzbeauftragten?
- Muss ich die Mieterhöhung akzeptieren?

Sie kümmern sich um Ihre Patienten, wir um den Rest. Das ist Service, der sich lohnt.

Jetzt Mitglied werden.

Vorteile für Mitglieder

Mit den Kooperationspartnern des NAV-Virchow-Bundes genießen Sie folgende Vorteile:

Autokauf und Leasing von Neuwagen
CarFinance24

Berufsbildung für Ärzte und Praxispersonal
Clinic One

Datenschutz-konforme Praxis
Protect

Jetzt Mitglied werden.

Energiekosten sparen bei Strom und Gas
Ampere

Versicherung im Gruppenvertrag

Heute und morgen günstiger kaufen

Jetzt Mitglied werden.

Dürfen Ärzte Schadensersatz für ausgefallene Termine verlangen?
Wenn Patienten nicht zum vereinbarten Termin auftauchen, ist das nicht nur ärgerlich – es kann für die Praxis auch einen Honorarverlust bedeuten. Sind Ausfallhonorare die Lösung für niedergelassene Ärzte?
[Weiterlesen](#)

10 Dinge, die Sie bei Überweisungen beachten müssen
Dass Hausärzte eine Überweisung zu Fachärzten ausstellen, ist sicher der häufigste Fall. Aber auch Überweisungen von Facharzt zu Facharzt, von Facharzt zu Hausarzt und sogar innerhalb desselben Fachbereichs kommen vor.
[Weiterlesen](#)

5 Fehler im Praxisablauf rund um den Anmelde Tresen – und wie Sie sie vermeiden
Rund um die Anmelde-Theke gibt es eine Reihe von Fehlern, die Ärzte und MFA im Praxisablauf machen können. Einige davon können sogar Strafen nach sich ziehen. Fünf dieser Fehler und wie Sie sie vermeiden können.
[Weiterlesen](#)

Papierlose Arztpraxis: So übertragen Sie Patientenakten in ein digitales Archiv
Patientenakten zu digitalisieren, kann sich für die Arztpraxis lohnen. Wer vorhat, Arztbriefe, Karteikarten und Co. einzuscannen, sollte die kritischen Punkte kennen und Stolpersteine vermeiden.
[Weiterlesen](#)

So lange sollten Sie Verträge, Rechnungen und Kontoauszüge aufbewahren
Welche Aufbewahrungsfristen gelten für geschäftliche und private Unterlagen? Wir verraten Ihnen, wie lange Sie Verträge, Rechnungen, Kontoauszüge und Co. aufbewahren sollten.
[Weiterlesen](#)

6 Tipps, wie Sie Ihre Praxis vor Datenklau schützen
Wenn Sie keine Lust haben, in Ihrer Praxis selbst Opfer von Hackern, Phishern und Co. zu werden, sollten Sie diese 6 Tipps von Health Data Protect und NAV-Virchow-Bund beherzigen.
[Weiterlesen](#)

So vermeiden Sie Beschwerden von Patienten nach dem Aufklärungsgespräch
Wenn Patienten vor Untersuchungen oder Behandlungen nicht ausreichend aufgeklärt werden und später gesundheitliche Schäden davontragen, haben sie möglicherweise Anspruch auf Schmerzensgeld und Entschädigung. Als Arzt in der Praxis oder Klinik können Sie sich aktiv gegen dieses Risiko schützen. Mit diesen Tipps sind Sie auf der sicheren Seite.
[Weiterlesen](#)

Minderjährige Patienten behandeln: So sichern Sie sich als Arzt ab
Wenn Kinder und Jugendliche in die Praxis kommen, müssen Ärzte vor der Behandlung meist die Zustimmung der Sorgeberechtigten einholen. Aber was, wenn nur ein oder gar kein Elternteil dabei ist? Unsere Juristin gibt Antworten für die wichtigsten Fälle im Praxisalltag.
[Weiterlesen](#)

Praxisärzte-Blog: Tipps, Tricks und Wissen für niedergelassene Ärzte
Im Praxisärzte-Blog geben wir Tipps und Antworten rund um die Niederlassung und Praxisführung. Jede Woche wartet ein neuer Beitrag aus den Bereichen Praxismanagement, Recht, Honorar, Gesundheitspolitik und mehr.
Der Praxisärzte-Blog ist kostenloses Wissen to go speziell für niedergelassene Haus- und Fachärzte – und für solche, die es werden wollen.



NAV-Virchow-Bund
1.577 Tweets

Starke Stimme
für Haus- und Fachärzte

Profil bearbeiten

NAV-Virchow-Bund
@NAV_News

Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.
| twittert aus Sicht der Haus- und Fachärzte zu
#Digitalhealth #Politik #Budgetierung #TSVG #GOÄ
#Zukunft

Berlin nav-virchowbund.de
Seit März 2011 bei Twitter
575 Folge ich 2.414 Follower

NAV-Virchow-Bund @NAV_N... · 20. Feb.

Einen niedergelassenen Arzt vor Ort zu haben ist für die Bürger wichtiger als schnelles Internet, Einkaufsmöglichkeiten und andere Infrastruktur. Wenn diese Wertschätzung von Politik und Krankenkassen gespiegelt wird, haben wir einen wichtigen Schritt gegen Ärztemangel getan.

Ärzte Zeitung @aerztezeitu... · 20. Feb.
Forsa-Umfrage: Ob Land oder Kleinstadt – ohne Arzt läuft's nicht ift.tt/2GTmMGS

1 10 24

NAV-Virchow-Bund @NAV_Ne... · 9. Juli

Wenn Patienten nicht zum vereinbarten Termin auftauchen, ist das nicht nur ärgerlich – es kann der Praxis auch finanziell schaden. Sind Ausfallhonorare die Lösung für niedergelassene Ärzte? Im #Praxisaerzteblog zeigen wir, wann und wann : bit.ly/2JfEdRt

2 3

NAV-Virchow-Bund @NAV_N... · 24. Juni

Hilft eine (vorläufige) Selbstbeteiligung gegen unnötige Arztbesuche? Fakt ist: Wir brauchen dringend neue Ansätze zur Patientensteuerung! Noch viel Kommunikationsarbeit für uns, @BAEKaktuell @kvba

Deutsches Ärzteblatt @DL... · 21. Juni

Reinhardt für finanzielle Selbstbeteiligung von Patienten bei zu vielen Arztbesuchen; Berlin – Der Präsident der Bundesärztekammer (BAK), Klaus Reinhardt, tritt für eine finanzielle Selbstbeteiligung von Patienten gegen übermäßig häufige... dlvr.it/R722iG

2 3 10

NAV-Virchow-Bund @NAV_N... · 13. Juni

Die Zeit der Überschüsse in der #GKV geht vorbei. Wenn Ausgaben steigen und Ärzte, Pfleger, Therapeuten und Co. überlastet sind, ist es dringend an der Zeit einmal wirklich über Patientensteuerung nachzudenken, meint ihr nicht @GKV_SV @BMG_Bund?

faz.net/gqe-9nxm?GEP... @amhm

Sozialversicherungen: Krankenkassen rutschen erstmals seit vier Jahren ins ... faz.net

1 4

NAV-Virchow-Bund @NAV_N... · 28. Mai

Beste Stimmung in Münster am Vorabend des #DÄT2019. Beim Delegiertenabend des Deutschen Ärzteverbände wird auch über die Wahl des Präsidenten der @BAEKaktuell spekuliert. #daet19

SpiFa und 9 weitere 6

2

NAV-Virchow-Bund @NAV_N... · 27. Mai

Die Warteschlange beim #Dialogforum #Jungeärzte wächst. Junge Kolleg/Innen stellen das System grundsätzlich in Frage. Müssen Krankenhäuser überhaupt Rendite abwerfen? #daet19 #daet2019 #twankenhaus

1 6 14

NAV-Virchow-Bund @NAV_N... · 30. Apr.

Am 30. Mai wird der Präsident der @BAEKaktuell gewählt. Was unterscheidet die Kandidaten? Welche Highlights wollen sie setzen? Wie stehen sie zur Zukunft der ambulanten Versorgung?

Wir haben sie gefragt:
bit.ly/2DzvQy5 #praxisaerzteblog #DAET19 @gjonitz @aekn_online

Wer wird Bundesärztekammerpräsident?

1 5 7

NAV-Virchow-Bund @NAV_N... · 12. Apr.

#Brandenburg beschließt Masern-Impfpflicht in Kitas. Ein richtiges Signal. Fordern wir seit 2018, nun bewegt sich etwas. @kvbrandenburg @Stk_Brandenburg #Masern #Impfen #Impfpflicht

2 3 11

ILLUSTRATION: SOLOMON7, RVLISOFT, LUDMYLA KHARLAMOVA - SHUTTERSTOCK



NAV-Virchow-Bund hat eine Veranstaltung hinzugefügt.
19. Juli um 11:05 · 🌐

4. September 2018 | 14:00
Öffentliche Hauptversammlung
Hamburg
Virchow-Bund
Hauptversammlung 16. 2018 Hamburg

**MI., 4. SEPT. UM 19:00 UTC+02
Landeshauptversammlung Hamburg im NAV-Virchow-Bund**

📍 Networking

NAV-Virchow-Bund
3. Juli um 08:22 · 🌐

Wenn minderjährige Patienten in die Praxis kommen, müssen Ärzte vor der Behandlung meist die Zustimmung der Sorgeberechtigten einholen. Aber was, wenn nur ein oder gar kein Elternteil dabei ist? Unsere Justitiarin gibt Antworten und erklärt die 5-Stufen-Theorie. Jetzt im Praxisärzte-Blog lesen:
bit.ly/2Y1L8Us

NAV-VIRCHOWBUND.DE
Minderjährige Patienten behandeln | Praxisärzte-Blog

NAV-Virchow-Bund
11. Juni um 11:26 · 🌐

Als Arzt in einer Praxis oder Klinik können Sie sich aktiv gegen Patientenbeschwerden nach dem Aufklärungsgespräch schützen. Im Praxisärzte-Blog gibts die 4 wichtigsten Tipps:
bit.ly/2vTmOrB

NAV-VIRCHOWBUND.DE
So vermeiden Sie Beschwerden von Patienten nach dem Aufklärungsgespräch | Praxisärzteblog

NAV-Virchow-Bund
20. Mai um 08:32 · 🌐

Ärzte neigen zur Selbstaussbeutung. Über Generationen hinweg wurde ein Selbstbild kultiviert, dass der Arzt jederzeit einsatzbereit, immer fit und gesund, unverwundbar und grenzenlos belastbar ist. Ein kranker... Mehr

NAV-VIRCHOWBUND.DE
Ausgebrannte Ärzte | Praxisärzte-Blog
Im Gespräch mit Patienten wissen Ärzte immer genau, was d...

NAV-Virchow-Bund
27. Mai um 06:37 · 🌐

Frisch niedergelassen oder kurz davor? Oder Zeit für einen neuen Ideenschub? Unsere Broschüre zeigt, wie der Verband der niedergelassenen Ärzte bei den ersten Schritten in der Arztpraxis unterstützt - und... Mehr

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

NAV-Virchow-Bund
21. Mai um 08:22 · 🌐

Arztpraxis und Berufsschule – für Auszubildende und Arbeitgeber kann das ein Konflikt werden. Im Praxisärzte-Blog geben wir einen Überblick, wann Azubis von der Arbeit in der Praxis freigestellt werden können oder sogar müssen.
Hier geht's zum Artikel: bit.ly/2J1790J

WANN SIE AZUBIS FREISTELLEN MÜSSEN

- > für den Berufsschulunterricht
- > für Prüfungen
- > für Ausbildungsmaßnahmen außerhalb der Ausbildungsstätte
- > vor dem Unterricht, wenn dieser vor 9 Uhr beginnt
- > für Bewerbungsgespräche bei befristetem/gekündigtem Vertrag

NAV-VIRCHOW-BUND

NAV-Virchow-Bund
23. Januar um 07:02 · 🌐

Patientenunterlagen müssen Sie immer 10 Jahre lang aufbewahren? Falsch!
Die wichtigsten Fristen auf einen Blick gibts in unserer Infografik:

AUFBEWAHRUNGSPFLICHTEN
von Patientenunterlagen in der Praxis

NAV-VIRCHOW-BUND

NAV-Virchow-Bund hat eine Umfrage erstellt.
7. Dezember 2018 um 11:21 · 🌐

Zu viele Patienten lassen ihre Arzttermine einfach verfallen. Das ist ärgerlich für das Praxisteam, aber vor allem unfair gegenüber allen wartenden Patienten. Und es erzeugt unnötige Kosten.

4 Wochen Sperre bei der Terminservicestelle für Schwänzer und Blockierer wären ein deutliches Zeichen, dass auch Patienten Miterantwortung für unser Gesundheitswesen haben. Sind Sie dafür? Wenn Sie weitere Vorschläge haben, hinterlassen Sie uns einen Kommentar.

88% Gute Idee

12% Lieber nicht



ILLUSTRATION: LYUDMILA KHARLAMOVA - SHUTTERSTOCK

430 ZEITUNGSBERICHTE

4 RADIOBEITRÄGE

4 VIDEO-BERICHTE

50+ ANFRAGEN FÜR
STATEMENTS
UND INTERVIEWS

„Die Freiheit nehme ich mir ...“

Ein Kommentar von Dr. Dirk Heinrich

Was haben der Werbespot für eine Kreditkarte, die Gehaltsverhandlung und das Gesundheitswesen miteinander zu tun? Die Ansprüche der Patienten wachsen, das Gefühl für Solidarität geht verloren.

„Die Freiheit nehme ich mir ...“

... sprach in einem Werbefilm einer Kreditkartenfirma eine junge hübsche Frau und schnippte ihre Kreditkarte, die Kartenecke laut schnalzend, auf den Tresen einer Boutique. Daran muss ich häufiger denken, wenn ich in meiner HNO-Praxis mit den Ansprüchen von Kassenpatienten konfrontiert werde.

„Herr Doktor, ich brauche mal Ihre Meinung, ich war schon bei drei anderen Ärzten“, heißt es da. Oder „Wenn ich schon mal da bin, dann könnten Sie doch gleich auch ...“ Jeder Kassenarzt kennt diese Sprüche. Nicht gerade wenige Patientinnen und Patienten kommen in der irrigen Annahme, jeglichen medizinischen „Service“ verlangen zu können, und dass die Kasse das alles zahlt.

Offenbar fehlt vielen Menschen mittlerweile das Gefühl dafür, dass man auch als Patient Ressourcen im Gesundheitswesen verbraucht. Dass man auch als Patient mit diesen Ressourcen schonend umgehen sollte. Dass es eine gemeinsame Verantwortung für den Umgang mit dem Geld der Versicherungsgemeinschaft gibt. Das mögen Ärzte so empfinden (Stichwort „WANZ“), aber nach meiner Erfahrung nicht die breite Masse der Bevölkerung.

„Aber ich habe doch einbezahlt!“

Die Krankenkassenkarte hat ja schließlich Scheckkartenformat. Da liegt es doch nahe, dass man mit dieser Karte unbegrenzten Kreditrahmen im Gesundheitswesen bekommt.

„Wenn ich schon mal da bin, dann könnten Sie doch auch gleich einen Hörtest machen.“ Diesen Satz höre ich mindestens täglich. Wenn ich dann versuche, einem solchen Patienten klarzumachen, dass es sich dabei um eine Selbstzahlerleistung handelt, stoße ich auf größtes Unverständnis: „Aber ich habe doch einbezahlt!“ Häufig schwingt dabei mit, dass man doch Kunde sei – und damit König!

Wie war das noch mal mit den Beiträgen?

Einbezahlt? Als ich vor einiger Zeit ein Personalgespräch mit einer Bewerberin für die Stelle einer medizinischen Fachangestellten (MFA) führte und nach den Gehaltsvorstellungen fragte, bekam ich eine für meine Begriffe zu niedrige Summe genannt. Ich merkte dann aber schnell, dass die Bewerberin den Nettoverdienst meinte. Dass nur das Bruttogehalt eine vergleichbare Größe darstellt, war der Bewerberin völlig neu.

Mein Verdacht: Immer mehr Arbeitnehmer schauen wohl nur noch rechts unten auf den Gehaltszettel, also auf das, was „unten rauskommt“. Die Abzüge oben sind den meisten Angestellten im Detail unbekannt oder vielleicht auch egal.

Damit ist aber wohl auch das Verständnis des Zusammenhangs zwischen den tatsächlich gezahlten Beiträgen und den empfangenen Leistungen verloren gegangen. Vom Generationenvertrag will ich hier erst gar nicht anfangen. Wofür eigentlich die ganzen Abzüge dienen, ist in den Hintergrund geraten. Der Nettoverdienst allein entscheidet.

Das erklärt für mich auch die „All-inclusive“-Mentalität beim Empfang von Leistungen. „Ich habe ja für alles einbezahlt, jetzt ist auch alles frei!“ Ein unbegrenzter Leistungsanspruch ist die Folge. Und so kommt es, dass immer mehr Patienten mit Befindlichkeitsstörungen und Banalitäten die Praxen und Notaufnahmen verstopfen.

Ein Bewusstsein bei den Menschen dafür wiederherzustellen, dass die einzuzahlenden Beiträge und die in Anspruch zu nehmenden Leistungen in einem gesunden Verhältnis stehen müssen, ist eine wichtige politische Aufgabe. Letztendlich ist auch die Wartezeiten-Diskussion ein Ausdruck genau dieser Problematik. Auf der einen Seite wünscht sich jeder einen schnellen Facharzttermin, auf der anderen Seite werden gebuchte Termine nicht wahrgenommen.

Wenn sich die Politik dieser Aufgabe weiterhin nicht stellt, werden auch die schönsten Gesetze, die massivsten Eingriffe in die Selbstverwaltung und die unverschämtesten Attacken auf die Autonomie von Praxen am Ende der Politik nichts nützen. Denn die Ressourcen sind und bleiben endlich. Der Krug geht zum Brunnen, bis er bricht.

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

info@nav-virchowbund.de

www.nav-virchowbund.de