



Jahresbericht
2020

Machen Sie Ihren Schreibtisch mal obenrum frei.

Von Ärzten. Für Ärzte.

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

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



Besuchen Sie uns im Netz: www.pvs.de



Ein winziges Virus hat die gesamte Welt monatelang in Atem gehalten. Und wir niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte standen – und stehen – in dieser Pandemie in der ersten Reihe.

In der Krise hat sich gezeigt, dass unser Gesundheitswesen mit dem Prinzip „ambulant vor stationär“ und seiner ausgeprägten Selbstverwaltung einer unserer größten Vorteile ist. Binnen Tagen hat die Vertragsärzteschaft ihre Praxisorganisation umgekrempelt, um die Patientenströme zu trennen, die 116 117 zur Corona-Hotline umfunktioniert und (oft in Kooperation mit Kliniken) Abstrichpraxen aus dem Boden gestampft.

Das alles unter hohem persönlichen und finanziellen Einsatz. Schutzkleidung fehlte lange Zeit, die Finanzierung der Abstriche und Schutzausrüstung war unzureichend, und bürokratische und hygienische Maßnahmen änderten sich teils von Tag zu Tag. Dazu kam die Ungewissheit möglicher Honorareinbrüche.

Auch die Kommunikation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) stellte sich vielfach als schwierig heraus. Dort, wo die Zusammenarbeit gut klappte, war das meist das Ergebnis persönlichen Engagements der Beteiligten.

Grund genug also, um bei der Bundeshauptversammlung 2020 unseren Blick darauf zu richten, welche Lehren wir aus der ersten Welt ziehen können. Dabei nehmen wir speziell die Zusammenarbeit mit dem ÖGD in den Blick. Denn so, wie im gesundheitspolitischen Alltag Haus- und Fachärzte nur gemeinsam stark sind, gelingt uns



Dr. Dirk Heinrich
Bundesvorsitzender des
Virchowbundes

auch der Umgang mit Pandemien und anderen zukünftigen medizinischen Herausforderungen (z. B. durch den Klimawandel) nur, wenn wir die Kräfte aller Sektoren bündeln und auf Augenhöhe kooperieren.

Die Digitalisierung war neben Corona das Topthema 2020. Zum Beispiel können Vertragsärzte seit Herbst diesen Jahres Gesundheitsapps verschreiben. Einen vergleichbaren Mechanismus gibt es in keinem anderen Gesundheitssystem der Welt.

Fraglos werden viele Apps den Nutznachweis nach einem Jahr Probezeit nicht erbringen können. Es wird aber Apps geben, die die Versorgung verbessern und den ärztlichen Instrumentenkasten bereichern. Entscheidend ist, dass die Kontrolle über das Behandlungsgeschehendes Patienten beim Arzt bleibt. Dazu muss die ärztliche Perspektive von Anfang an in die Entwicklung mit einfließen. Dafür suchen wir den aktiven Austausch mit Herstellern und Politik.

Ein deutliches Beispiel, wie man es nicht macht, ist die Telematik-Infrastruktur (TI). An den Bedürfnissen der Ärzte vorbei konzipiert und ausgerollt, verursacht das gesamte System derzeit viel zu häufig Ärger und Probleme. Anwendungen mit Mehrwert lassen weiter auf sich warten. Dadurch, dass die Politik mit Zwang reagiert, wächst der berechtigte Frust in der Vertragsärzteschaft.

VORWORT

Da werden Erinnerungen an das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wach. Neben den von uns scharf kritisierten Eingriffen in Praxen und Selbstverwaltung sorgte das TSVG allerdings auch für eine Trendwende: eine erhebliche Entbudgetierung für die niedergelassenen Haus- als auch für die Fachärzte. Erste prognostizierte positive Wirkungen sind bereits zu spüren. Diesem Schritt in die Richtung müssen weitere folgen: die vollständige Entbudgetierung und die damit einhergehende Wiederherstellung der Niederlassungsfreiheit.

Gesundheitsminister Spahn hat auch 2020 mehrere große Gesetzesvorhaben ins Rollen gebracht. Einige wichtige Großprojekte sind dennoch liegen geblieben. Für uns Niedergelassene besonders schmerzhaft ist die immer noch nicht realisierte GOÄ-Reform. Der Entwurf ist zwar fertig und die Verhandlungen sind so gut wie abgeschlossen, aber die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern signalisieren keine große Bereitschaft, uns endlich eine zeitgemäße Gebührenordnung zu ermöglichen.

Die Bundestagswahl im September 2021 wird auch gesundheitspolitisch ein Meilenstein.

Dr. Dirk Heinrich
Bundvorsitzender des Virchowbundes

IMPRESSUM



Klaus Greppmeir,
Hauptgeschäftsführer

Vorgelegt von der Hauptgeschäftsführung des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, zur Bundeshauptversammlung 2020.

NAV-Virchow-Bund

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

Köseener Str. 11 · 14199 Berlin
Fon: (030) 546 272 48
Fax: (030) 550 731 99
kontakt@daz-web.de

AUS DEM INHALT

Corona	6	Formalien	28
Wie ein Tsunami	6	Bundeshauptversammlung 2019	28
Chronologie des Virus: die ersten 13 Wochen des Jahres 2020	6	Der Bundesgesundheitsminister beim Virchowbund	28
Regierung spannt Schutzschirm über Praxen	8	5 Jahre „klug entscheiden“: Man muss viel wissen, um wenig zu tun	29
Schutzschirm gespannt – Praxisärzte fordern Nachbesserungen	8	Die Entschlüsse der Bundeshauptversammlung in Auszügen	31
Pandemie-Bekämpfung per Gesetz	9	Kaspar-Roos-Medaille für Dr. Andreas Köhler	35
Doch Kurzarbeitergeld für Arztpraxen	10	Organisationsstruktur	36
Verschleppte Krankheiten sind oft gefährlicher als Corona	11	Bundesvorstand	36
Die richtigen Lehren aus Corona: Gesundheitssystem stärken – Vorfahrt für ambulant	11	Landesgruppen	37
Kommt der Minister zum Arzt...	13	Geschäftsstelle	38
Gesundheitspolitik	14	Aus den Landesgruppen	40
Reform der Notfallversorgung	14	Baden-Württemberg	40
Die Reform wird selbst zum Notfall	14	Mitteldeutschland	41
Gefährliche Krankenhäuser	15	Niedersachsen / Bremen	42
Schnittstelle ambulant—stationär	16	Nordrhein	43
Neues Konzept zu intersektoralen Leistungen	16	Saarland	45
Diagnosevergütung bleibt legal	17	Schleswig-Holstein	46
Berufspolitik	18	Brendan-Schmittmann-Stiftung	48
MVZ in Konzernhand: Mit Transparenz gegen Heuschrecken	18	Vorstand	48
Arztberuf	20	Kuratorium	49
Digitalisierung	20	Service/Rechtsberatung	50
Streit um Telematik-Infrastruktur:		Kommunikation	52
Scheitert die Digitalisierung der Praxen?	20	Jubiläum	58
Frau Doktor, ich komme wegen meiner ePA	21		
Gesundheits-Apps in der Praxis	22		
Was lange währt, wird endlich EBM	24		
GOÄ-Reform: Kommission stärkt Ärzten den Rücken	25		
Senior-Expert-Docs® – eine Initiative des Virchowbundes	26		

Wie ein Tsunami

In den ersten Tagen des neuen Jahres wurden sie noch beschworen: Die 20er Jahre, eben erst begonnen, sollten ein Aufbruch sein. Nicht wenige zogen Parallelen zu den „goldenen Zwanzigern“ des 20. Jahrhunderts, die für eine bis dahin ungekannte Dynamik und Lebendigkeit standen, bevor die Katastrophe ihren Lauf nahm.

Die Katastrophe des 21. Jahrhunderts kam viel schneller und ereignete sich binnen kurzer 13 Wochen am Anfang des Jahres 2020. Einem Tsunami gleich ergriff die Corona-Pandemie die Welt und ließ in unvorstellbar kurzer Zeit Unvorstellbares geschehen, zunächst im fernen China, dann auch in Europa: ganze Städte wurden plötzlich

abgeriegelt, Ausgangssperren über Metropolen verhängt, Riesenkliniken in kürzester Zeit aus dem Boden gestampft. Richtig nah kam die Bedrohung, als in Italien die Krankenhäuser hoffnungslos überliefen und des Nachts Militärtransporter Leichen aus Kliniken in ebenso überlastete Krematorien fuhren.

Schließlich: Lockdown auch in Deutschland! Das öffentliche Leben bremste von Vollgas auf null, während die Akteure in der Gesundheitsversorgung von Alltag auf Vollgas beschleunigen mussten.

In den Praxen der niedergelassenen Ärzte zeigten sich zwei sehr unterschiedliche Folgen: Zum einen der Ansturm verunsicherter Patienten, die ihre Symptome



Das Virus erfasst rasch die ganze Welt

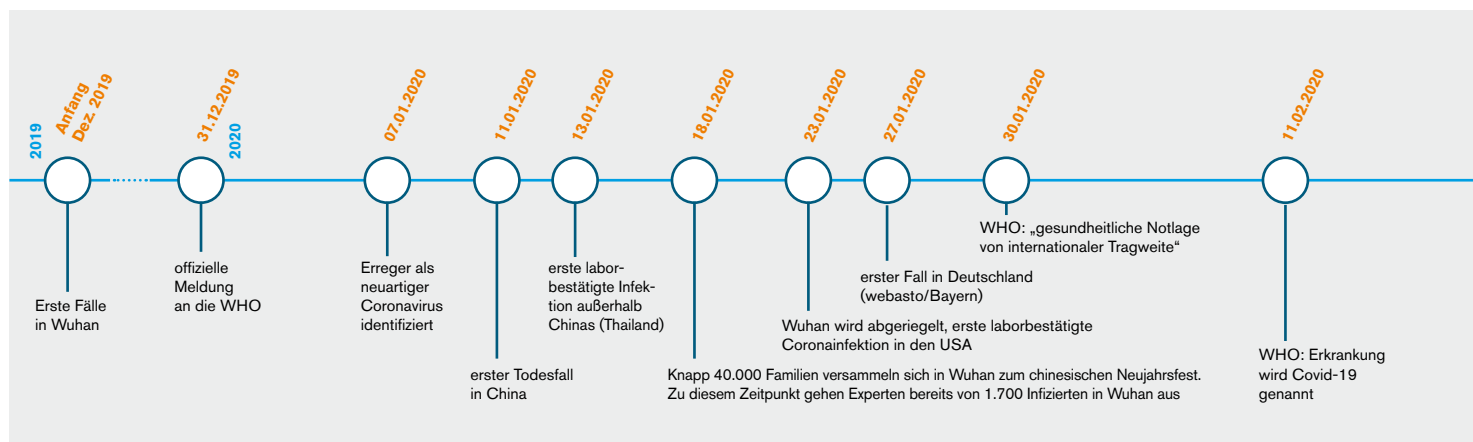
abklären lassen wollten. Zum anderen massenweise Terminabsagen, größtenteils ebenfalls aus Verunsicherung. Und zu alledem ein eklatanter Mangel an geeigneter Schutzkleidung, Schutzmasken und Desinfektionsmitteln.

Dennoch konnten Bilder von überforderten Kliniken wie in Italien oder Frankreich in Deutschland vermieden werden. Denn durch starke ambulante Strukturen wurden hierzulande sechs von sieben Corona-Patienten ambulant behandelt. Für die Ausfälle in Praxen mit Patiententrückgang wurde zudem schnelle Abhilfe geschaffen, indem der „Schutzschirm“ für die Krankenhäuser um den ambulanten Bereich erweitert wurde.

FOTO: MASTER1305 – SHUTTERSTOCK

Chronologie des Virus: die ersten 13 Wochen des Jahres 2020

Wie rasant die Welt innerhalb nur weniger Wochen fast vollständig zum Stillstand kam:



Virchowbund intern

Push-up statt Lockdown

Während Deutschland in den Lockdown ging, Firmen, Behörden und Institutionen ihren Betrieb herunterfahren, musste der Virchowbund hochfahren. Denn die Praxisärzte mussten in dieser Ausnahmesituation tatkräftig unterstützt werden.

Um die niedergelassenen Ärzte umfassend und aktuell zu informieren, wurden kurzerhand so genannte FAQ-Seiten (Frequently Asked Questions – Häufig gestellte Fragen) eingerichtet und erforderlichenfalls mehrmals am Tag aktualisiert. So konnten sich sowohl Mitglieder als auch Nichtmitglieder zu aktuellen Entwicklungen aber auch zu konkret auftretenden wirtschaftlich-organisatorischen, rechtlichen und medizinischen Fragen informieren. In teils täglichen Sondernewslettern wurden die Praxisärzte auf dem Laufenden gehalten. Zahllose Anfragen per Telefon und E-Mail mussten in kürzester Zeit beantwortet werden.

Dazu musste die Bundesgeschäftsstelle alle ihre Ressourcen hochfahren und zugleich den Schutz der Mitarbeiter sicherstellen. Mitarbeiter gingen in Homeoffice, stellten im Wechsel mit Präsenzdiensten in der Bundesgeschäftsstelle aber auch deren Funktionsfähigkeit sicher. Die technischen Voraussetzungen hierfür – Laptops, sicherer Anschluss an die digitale Infrastruktur des Verbandes, telefonische Erreichbarkeit – wurden binnen weniger Tage geschaffen.

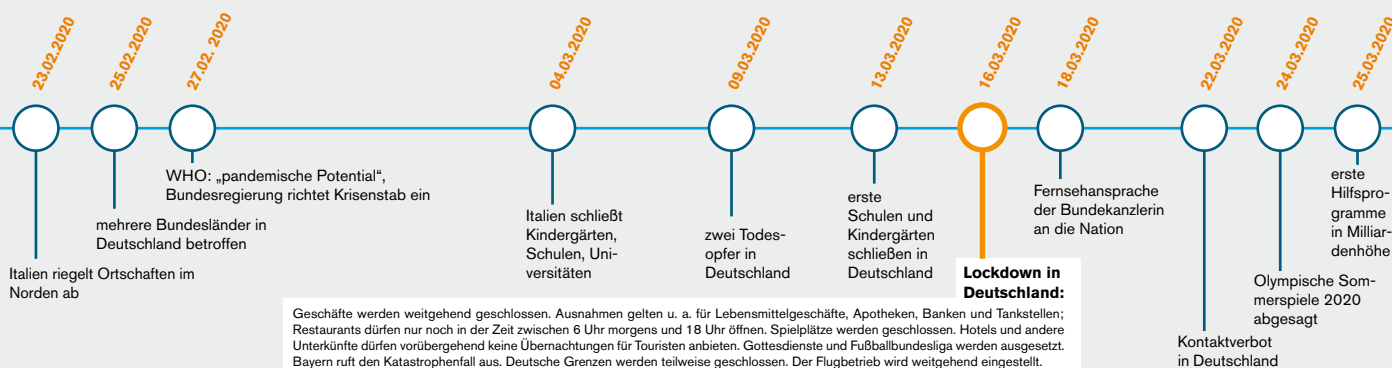
Dazu begleitend leistete der Virchowbund die erforderliche Öffentlichkeitsarbeit. Frühzeitig sensibilisierte ein offener Brief an alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, sich auf gegebenenfalls erforderlichen Praxisbetrieb umzustellen und

sich auf Katastropheneinsätze in den Kliniken vorzubereiten. Weitere öffentlichkeitswirksame Äußerungen betrafen die ersten Entwürfe von Notverordnungen in Bayern und NRW, bei denen noch vorgesehen war, Ärzte zwangszuverpflichten, und natürlich die Kurzarbeiterregelung, die für Praxisärzte aufgrund des Schutzschirmes ausgesetzt werden sollte.

Schnell zeigte sich der Erfolg all dieser Maßnahmen. Die Homepage des Verbandes erlebte einen wahren Ansturm. Zu Spitzenzeiten informierten sich hier rund 10.000 Besucher täglich. Die mittlere Verweildauer betrug über zwei Minuten, was für eine intensive Nutzung der Inhalte spricht. Von den Besuchern der Internetseite waren knapp 75 Prozent neu, also Nutzer, die noch nie zuvor auf dieser Seite gesurft hatten. Die FAQ-Seiten des Virchowbundes wurden bei über zwei Dutzend Verbänden und Institutionen als relevante Quelle gelistet und verlinkt.

Auch auf den Social-Media-Kanälen schlug diese Entwicklung durch: Die Anzahl der Follower auf Twitter, Facebook und DocCheck stieg um rund ein Drittel an. In den Monaten März und April erreichte der Virchowbund über die sozialen Medien rund 70.000 Kontakte pro Monat.

Ziel aller dieser Maßnahmen war, die Reichweite für Verbandsinformationen zu erhöhen, die Bekanntheit des Virchowbundes zu verbessern und auf die umfassenden Serviceangebote des Verbandes hinzuweisen. Durch diese Aktionen konnten im Ergebnis dann auch zahlreiche neue Mitglieder begrüßt werden.



Regierung spannt Schutzschirm über Praxen

Innerhalb weniger Tage beschlossen Kabinett und Bundestag zwei Gesetze zur finanziellen Absicherung der Praxen und Krankenhäuser. Der Bundesrat stimmte am Folgetag zu.

Die wichtigsten Inhalte für Praxisärzte

- › Existenzbedrohende Honorarminderungen aufgrund von Patientenrückgängen sollen aufgefangen werden. Vertragsärzte werden geschützt, falls der Rückgang sowohl bei den Fallzahlen als auch bei den Fallwerten die Praxis in ihrer Existenz gefährdet.
- › KVen und Kassen müssen zeitnah geeignete Regelungen im Verteilungsmaßstab treffen.
- › Befristete Ausgleichszahlungen gibt es bei Minderung des Gesamthonorars pro Vertragsarzt um mehr als 10 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal (im Durchschnitt rund 5.600 Euro im Quartal). Diese Ausgleichszahlungen werden aber um die Summe gemindert, in deren Höhe der Vertragsarzt Entschädigungen aus dem Infektionsschutzgesetz erhält.
- › Die erheblichen zusätzlichen Kosten zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung werden von den Kassen erstattet, auch für Ergreifung außerordentlicher Maßnahmen, so

dass die ärztlich getragenen Körperschaften durch die zusätzlichen Lasten (z. B. Fieberambulanzen, Personalaufstockung bei 116 117) nicht indirekt enteignet werden.

- › Diese Maßnahmen werden aus Rücklagen des Gesundheitsfonds gegenfinanziert.

- › Die Gesetzesbegründung bezieht sich explizit auf die Bedeutung des ambulanten Sektors. Der Gesetzgeber anerkennt, dass „der überwiegende Teil der Verdachts- und Erkrankungsfälle im ambulanten Bereich versorgt werden muss“.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn sprach in diesem Zusammenhang davon, dass gerade die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte „den ersten Schutzwall bilden, den unser Gesundheitssystem im Kampf gegen das Virus aufbietet“.



Schutzschirm sichert Praxen ab

Schutzschirm gespannt – Praxisärzte fordern Nachbesserungen

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben die ersten getroffenen Maßnahmen begrüßt, mit denen die zusätzlichen Belastungen von Vertragsärzten ausgeglichen werden sollen. „Dies ist ein gutes Zeichen, dass die enormen Anstrengungen, aber auch die zu erwartenden Verwerfungen bei den niedergelassenen Ärzten aufgefangen werden“, erklärte der Bundesvorsitzende des Virchowbundes (Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands), Dr. Dirk Heinrich.

Im Detail seien jedoch noch weitere Nachbesserungen in einem der nächsten Gesetzgebungsverfahren erforderlich. So wird im aktuell beschlossenen Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz zwar eine sin-

kende Fallzahl abgegolten, nicht aber ein sinkender durchschnittlicher Fallwert.

„In vielen Praxen niedergelassener Ärzte werden jedoch gravierende Honorarminderungen entstehen, weil unter Covid-

19-Bedingungen nicht nur weniger Patienten behandelt werden, sondern auch viele Leistungen nicht erbracht werden können. Das betrifft zum einen Vorsorgeuntersuchungen, die U-Untersuchungen bei Kinderärzten, Heimbefuche, aber auch ambulante Operationen, und vieles andere mehr. Dadurch sinkt der sogenannte ‚Fallwert‘, also die Leistungsmenge pro Patient und damit das durchschnittliche Honorar pro Patient. In einer solchen Praxis werden also bei nahezu gleicher Fallzahl

deutlich weniger Leistungen pro Patient und damit ein Honorarrückgang entstehen, der existenzgefährdend sein wird“, erläuterte Dr. Heinrich.

Des Weiteren seien zusätzliche Regelungen bei Ausgleichszahlungen für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) und die extra-budgetäre Vergütung (EGV) erforderlich. „Der Schutzschirm muss so ausgestaltet werden, dass er den Umsatz des Vorjahresquar-

tals im GKV-Bereich sowohl in der MGV als auch in der EGV gleichermaßen sichert“, forderte der Bundesvorsitzende des Virchowbundes.

„Auch nach der Corona-Pandemie sind alle haus- und fachärztlichen Praxen für die Versorgung der Bevölkerung erforderlich. Daher müssen jetzt die Weichen gestellt werden, dass die einzelnen Praxen nicht auf der Strecke bleiben“, stellte Dr. Heinrich fest.

„Der stehende Applaus des Deutschen Bundestages für die Helfer, die Pfleger, Apotheker, Kassiererinnen aber auch für die vielen unermüdlich tätigen Ärzte, hat uns gutgetan und Kraft gegeben. Gerade die niedergelassenen Ärzte sind und bleiben an der vordersten Front der Versorgung. Deshalb sollte der Schutzschirm nachgebessert werden“, so Dr. Heinrich.

Pandemie-Bekämpfung per Gesetz

In schneller Folge beschloss der Deutsche Bundestag ein weiteres Gesetz zur Bekämpfung der Corona-Pandemie: Das „Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ regelt unter anderem die Meldepflichten für SARS-CoV-2-Infektionen und die Ausweitung von Tests.

Seit Inkrafttreten des Gesetzes müssen nicht nur Verdachtsfälle, bestätigte Infektionen und Todesfälle gemeldet werden, sondern auch negative Laborbefunde und wieder genesene Fälle. So will es das Zweite Pandemie-Gesetz aus dem Hause Spahn. Erfasst wird zudem, wo sich jemand wahrscheinlich angesteckt hat. Der Passus zum Immunitätsausweis (in Analogie zum Impfpass) wurde dagegen nach vielfacher Kritik

auch aus der Ärzteschaft gestrichen. Sobald tragfähige Erkenntnisse zur Immunität nach durchgestandener Krankheit vorliegen, soll die Idee aber wieder aufgegriffen werden.

Um Infektionsketten so früh wie möglich zu erkennen und zu unterbrechen, werden parallel die Testkapazitäten ausgeweitet. Im Umfeld besonders gefährdeter Personen – etwa in Pflegeheimen – soll verstärkt auf Corona-Infektionen getestet werden.

Auch die Gesundheitsämter können in Zukunft Tests durchführen und zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abrechnen. Die Labore können verpflichtet werden, pseudonymisierte Daten an das Robert-Koch-Institut (RKI) zu melden.

Geld für den Gesundheitsdienst

Dass der öffentliche Gesundheitsdienst chronisch unterfinanziert ist, war bereits vor der Pandemie klar. Doch nun besteht akuter Handlungsbedarf. Neben personeller Verstärkung soll es auch mehr Geld geben, insgesamt 50 Mio. Euro. Ein Teil des Geldes soll die 375 Gesundheitsämter technologisch aufrüsten und mit dem RKI vernetzen. Geplant sind ein digitales Meldesystem und eine Schnittstelle zur Tracing-App, die derzeit entwickelt wird.

Die Vorbereitung für eine neuerliche Erkrankungswelle im Herbst und Winter wurden ebenfalls angestoßen. Mehr Grippe-schutz-Impfungen sollen die Ausbreitung der Influenza beschränken, sodass mehr Kapazitäten für den Kampf gegen Corona verfügbar sind. Der Bund wird eine eigene Impfstoff-Reserve anlegen. Praxisärzte können außerdem mehr saisonalen Grippeimpfstoff bestellen. Regresse wegen unwirtschaftlichen Verhaltens drohen erst ab 30 statt bislang 10 Prozent Überschreitung.



Der Bundestag will noch mehr Tests auf SARS-CoV-2 möglich machen

Praxissterben verhindern

Die wirtschaftliche Bedrohung für Praxen lauert jedoch an anderer Stelle. Zwar hat der Gesetzgeber mit dem Krankenhausentlastungsgesetz bereits einen finanziellen Schutzschirm über die Vertragsärzte gespannt. GKV-Honorarverluste von mehr als zehn Prozent werden aufgefangen, bei extrabudgetären Leistungen sogar noch mehr.

Wegfallende Einnahmen aus der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) und aus dem privatärztlichen und arbeitsmedizinischen Bereich sind davon

aber nicht gedeckt. Die privaten Krankenkassen (PKV) und die Berufsgenossenschaften halten sich trotz deutlicher Forderungen der Ärzteschaft mit Unterstützungszusagen weiter zurück. Im Mai verhandelte die BÄK mit der PKV lediglich eine Hygienepauschale und die mehrfache Abrechnung der Nr. 3 GOÄ bei längerer Telefonkonsultation.

Der Virchowbund und der Spitzenverband Fachärzte (SpiFa) kritisieren dieses „Wegdücken“. Die privaten Kassen würden während der Krise weiter Beiträge erhalten, ihre Ausgaben würden sich aber deutlich verringern, da weniger Patienten zum

Arzt gingen. Ein Teil des gesparten Geldes müsse daher in den Schutzschirm für die Niedergelassenen fließen. „Wenn wir das duale System erhalten wollen, dann muss die PKV gerade in Krisenzeiten Solidarität beweisen“, erklärte Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des Virchowbundes.

Dennoch sei es aus Sicht des Verbandes essentiell, dass die niedergelassenen Ärzte rasch zur Regelversorgung zurückkehren können, um die Versorgung sicherzustellen und zehntausende Arbeitsplätze zu sichern. „Nicht eine einzige systemrelevante Praxis darf durch Corona zur Schließung gezwungen werden“, forderte der Virchowbund.

Doch Kurzarbeitergeld für Arztpraxen

Eine Meldung, die die Praxisärzte auf-rüttelte: Ausgerechnet der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag, Erwin Rüd- del, schloss in einem Interview mit der FAZ kategorisch aus, dass Praxen Kurzarbeitergeld beziehen könnten. Denn diese fielen ja unter den „Schutzschirm“. Er bezeichnete diesen Mechanismus „als eine Art Betriebsausfallversicherung“ und bezog sich auf eine interne Anweisung der Bundesagentur für Arbeit, die kurzerhand Krankenhäuser mit Arztpraxen gleichstellte, obwohl diese unterschiedlich im Schutzschirm berücksichtigt sind und verschiedene Umsatzquellen haben. Daraufhin intervenierte der Virchowbund sowohl bei Rüd- del als auch bei den zuständigen Ministern Hubertus Heil (Arbeit) und Jens Spahn (Gesundheit).

Das Argument: Es greift einfach zu kurz, wenn man zu einer Auffassung gelangt, die sich am Krankenhausbereich orientiert und den Bezug von Leistungen aus dem Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz als Ausschluss dafür sieht, in den Arztpraxen Kurzarbeit beantragen zu können.

Diese für den Krankensektor nachvollziehbare Praxis führt im Bereich der Vertragsärzte zu erheblichen Verwerfungen.

Grundsätzlich ist es so, dass für die Leistungen aus dem Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz andere Leistungen – auch das Kurzarbeitergeld – verrechnet werden. Die Leistungen aus Kurzarbeit sind aber sowohl zeitlich als auch sachlich vorrangig. Denn in vielen Fällen musste in Praxen bereits bevor Inkrafttreten des Covid-

19-Krankenhausentlastungsgesetzes durch massiven Wegfall von Patienten Kurzarbeit beantragt werden, um fachlich qualifizierte Mitarbeiter eben nicht zu entlassen.

Die Verrechnung erfolgt im Nachgang also bei den Leistungen aus dem Schutzschirm. Der Ausschluss von unberechtigtem Doppelbezug war demnach ausreichend geregelt.

Die Praxis zeigt aber auch, dass der automatische Ausschluss von Leistungen aus dem Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz und der Kurzarbeit nicht praktikabel ist, weil eine Praxis eben nicht nur allein Umsätze aus vertragsärztlicher Tätigkeit generiert. Die wegfallenden Umsätze von Privatpatienten werden derzeit nicht kompensiert.

Schließlich die Wende: Nach einer Änderung der internen Dienstanweisung der Agentur für Arbeit können Arztpraxen grundsätzlich doch Kurzarbeitergeld beantragen. Die Bundesagentur für Arbeit will nun Einzelfallprüfungen durchführen, wie vom Verband der niedergelassenen Ärzte (Virchowbund) gefordert. „Das ist der einzig richtige Schritt“, stellte Dr. Dirk Heinrich, der Bundesvorsitzende des Virchowbundes, schließlich fest.



Arztpraxen stellten tausende Anträge auf Kurzarbeit

Verschleppte Krankheiten sind oft gefährlicher als Corona

Viele Menschen haben sich in den Spitzenzeiten der Corona-Pandemie davor geschaut, zum Arzt zu gehen – aus Angst, sich in der Praxis mit dem Corona-Virus anzustecken. Dabei kann gerade dieses Verhalten deutlich gefährlicher für die eigene Gesundheit werden.

Dann nämlich, wenn regelmäßige Behandlungen und Kontrollen unterbrochen werden, Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen entfallen oder akute Erkrankungen verschleppt werden. So ist

beispielsweise die Zahl der Verdachtsfälle für Schlaganfälle und Herzinfarkte im Frühjahr 2020 deutlich gesunken – ein beunruhigendes Indiz dafür, dass viele Patienten sich trotz akutem Behand-

lungsbedarf gegen den Praxisbesuch entschieden.

„Kein Patient sollte aus Furcht vor einer Ansteckung zuhause bleiben und damit womöglich schwere Gesundheitsschäden riskieren“, stellte Dr. Dirk Heinrich deshalb öffentlich klar. „Gerade chronisch kranke Patienten können und sollen sich weiterhin zu ihren behandelnden Ärzten trauen. Der Großteil der Praxen ist mittlerweile darauf eingestellt, Covid-Verdachtsfälle von anderen Patienten getrennt zu versorgen; auch die Versorgungslage mit Schutzkleidung ist etwas entspannter. Einige der Untersuchungen, die abgesagt wurden, können jetzt nachgeholt werden.“

Der Verband der niedergelassenen Ärzte rief Patienten dazu auf, Impfungen, U-Untersuchungen und Termine zur Vorsorge und Kontrolle wahrzunehmen. Dort, wo es sinnvoll sei, könnten auch weiterhin Angebote für Telefon- und Videosprechstunden genutzt werden. Zeitgleich stellte auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihre Initiative „Back to Life“ vor, die ebenfalls Patienten ermutigt, wieder Arztbesuche wahrzunehmen.



Die Angst der Patienten, zum Arzt zu gehen, war unbegründet

Die richtigen Lehren aus Corona: Gesundheitssystem stärken – Vorfahrt für ambulant

Nachdem allerlei Konjunkturprogramme aufgelegt wurden, darf nach Ansicht des Virchowbundes eine zentrale Lehre aus der Coronakrise nicht vergessen werden: „Der wichtigste Baustein muss die Stabilisierung und der Ausbau des Gesundheitswesens in Deutschland und in Europa sein. Nur mit einem leistungsfähigen Gesundheitswesen können die Herausforderungen der Zukunft gemeistert werden“, erklärt Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands.

„Das Gesundheitswesen hat eine weitaus größere Beschäftigtenzahl und Bruttowertschöpfung als beispielsweise die Automobilindustrie. Es hat uns gut durch die Krise geführt. Angesichts der weltweiten Bedrohungen durch weitere Pandemien oder die medizinischen Folgen des Klimawandels

ist es elementar, das Gesundheitswesen auszubauen“, fordert Dr. Heinrich.

Gestützt wird diese Forderung auch vom Präsidenten des Weltärztebundes, dem Brasilianer Dr. Miguel R. Jorge. Er sieht als erste Lehre aus der Coronakrise die Stärkung der Gesundheitssysteme: „Wenn wir

nun auf dem Weg einer Besserung sind, können wir nicht ignorieren, dass wir ein System aufbauen müssen, das uns vor weiteren Schäden schützt. Deshalb ist es wichtig, dass die Regierungen die öffentliche Gesundheit berücksichtigen, wenn sie über Konjunkturpakete diskutieren. Wir brauchen einen umfassenden Ansatz, einen gesunden und grünen Wiederaufbau, und wir brauchen ihn jetzt“, so Weltärztebundpräsident Jorge in einer Pressemitteilung des International Council of Nurses.

Kern des Erfolges bei der Bewältigung der Corona-Pandemie in den ersten Wo-



Der Schutzwall gegen Pandemien soll verstärkt werden

chen war laut Dr. Heinrich zweifelsfrei der ambulante Sektor: „Sechs von sieben Coronafällen konnten ambulant behandelt werden. Dadurch wurde verhindert, dass die Krankenhäuser zu Beginn der Pandemie überlaufen wurden. Die ambulante Versorgung wirkte wie ein Schutzwall, so dass der stationäre Sektor die entsprechenden Intensivkapazitäten aufbauen konnte. Dass es nicht zu der erwarteten Zahl der schwerwiegenden Verläufe kam,

ist auch dem frühen Einschreiten im ambulanten Bereich zu verdanken“, stellt der Virchowbund-Vorsitzende fest.

Zwischenzeitlich waren rund 500 Testzentren im ambulanten Bereich im Betrieb. 1.750 Callcenter-Mitarbeiter leisteten in den Leitstellen der 116 117 Koordinationsarbeit.

Ein Aufbauprogramm des bundesdeutschen Gesundheitswesens muss im Wesentlichen aus vier Punkten bestehen:

- › Ausbau des flächendeckenden ambulanten Angebots an Haus- und Fachärzten
- › Stärkung der Pflege, aber auch der Medizinischen Fachangestellten in den Praxen
- › Bereitstellung der erforderlichen Investitionen für notwendige Klinikstandorte
- › Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen durch Überführung in ambulante Strukturen, wo immer möglich

„Wir haben gesehen, dass wir die Krankenhäuser der Maximalversorgung mit Spezialisten und Beatmungsplätzen brauchen. Wir haben aber auch gesehen, dass viele kleinere Kliniken in Kurzarbeit gegangen sind – oder zunächst viel Freizeitausgleich gewährt haben. Diese Strukturen haben in der Krise gezeigt, dass sie nicht arbeiten mussten, weil die Behandlungen aufgeschoben werden konnten. Bei einer Weiterentwicklung dieses Sektors müssen wir diskutieren, ob wir sie nicht in ambulante oder kurzstationäre Strukturen überführen sollten“, schlägt Dr. Heinrich vor.

Maßnahmen der vertragsärztlichen Selbstverwaltung

Februar 2020

- Regelung zur extrabudgetären Vergütung für alle ärztlichen Leistungen aufgrund eines klinischen Verdachts oder einer nachgewiesenen Infektion mit SARS-CoV-2
- KBV startet tagesaktuellen Info-Service für Ärzte; Ausbau des Patientenservice 116 117 mit Informationen zum Corona-Virus

März 2020

- KBV und GKV-Spitzenverband schließen Vereinbarung zur Ausstattung der Praxen mit zentral vom Bund beschaffter Schutzausrüstung
- Telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei leichten Atemwegserkrankungen (befristet)
- KVen eröffnen Corona-Test- und Behandlungszentren
- Technischer und personeller Ausbau der 116 117

- KVen übernehmen Verteilung von Schutzausrüstung
- Praxen dürfen Videosprechstunden unbegrenzt anbieten (befristet)

April 2020

- Ärzte erhalten Vergütung für Leistungen im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 extrabudgetär
- Ausweitung der Telefonkonsultation
- KBV veröffentlicht „Back to Life“-Papier (medizinische Exitstrategie im Zuge von Lockerungsmaßnahmen)

Juni 2020

- KVen vereinbaren Regelungen zum Testen auf Landesebene
- G-BA ermöglicht Wieder-Inkraftsetzen von Regelungen wie der telefonischen AU-Bescheinigung auf regionaler Ebene im Zusammenhang mit Clusterausbrüchen

Kommt der Minister zum Arzt...

Es klingt wie der Anfang eines Witzes, doch der Anlass war ernst. Im Juli lud Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die niedergelassenen Ärzte zum Gespräch über die Corona-Pandemie ein. Per Livestream konnten Praxisärzte aus ganz Deutschland Fragen stellen und über ihre Sorgen berichten.

Über eine Stunde dauerte das Gespräch zwischen den Niedergelassenen und dem Minister. Darin wurde klar: Es hapert immer noch an der Kommunikation mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Speziell beim Thema Abrechnung der PCR-Tests herrschte Unsicherheit, wie mit den unterschiedlichen Fallkonstellationen „Symptome“, „Warnung der App“ und „Test nach Rechtsverordnung“ umzugehen ist.

Spahn versprach, die Kommunikation zu den Gesundheitsämtern zu intensivieren und offene Fragen zur Anordnung und Abrechnung von Tests zu klären. Auch die Bürokratie zur Abrechnung der Tests, die unter anderen der Virchowbund beklagt hatte, wolle er angehen. Allerdings schränkte er selbst ein: „Ich weiß nicht, ob's klappt.“

Die niedergelassenen Ärzte waren der Schlüssel zum Erfolg

„Wenn ich gefragt werde, warum Deutschland die erste Welle so gut überstanden hat, dann sage ich immer aus voller Überzeugung: Das hat viel mit unserer ambu-

lantem Struktur zu tun“, betonte Spahn. „Es gibt nicht viele Länder, die so viele niedergelassene Haus- und Fachärzte haben und wo Patienten ihren Erstansprechpartner im ambulanten System finden.“

Der Vorsitzende des Virchowbundes, Dr. Dirk Heinrich, warnte aber davor, sich auf den Lorbeeren auszuruhen. Im Herbst und Winter drohe eine neue Infektwelle, die sich mit steigenden Influenza- und Corona-Erkrankungen überschneiden könnte. Dafür müssten schon jetzt Vorbereitungen getroffen werden. „Das Ziel muss sein, dass wir es schaffen, sowohl die betroffenen Patienten zu versorgen, als auch den Normalbetrieb aufrechtzuerhalten“, mahnte er.

Etablierte Mechanismen und Strukturen zur Trennung der Patientenströme – etwa eigene Infektipraxen – müssten dann schnell wieder installiert werden. „Und dabei hilft es nicht, wenn ein Land wie Bayern in der Krise die KV entmachtet“, kritisierte der Virchowbund-Chef. Er sprach sich dafür aus, die 116 117 zu einem allgemeinen, nicht-kommerziellen Terminalservice- und Beratungstool auszu-

Die Videoaufzeichnung der Veranstaltungen können Sie unter www.zusammengegegencorona.de/live abrufen.

bauen. „Diese Telefonnummer hat sich bewährt und etabliert.“

In diesem Zusammenhang ermahnte Heinrich auch den Minister, die Fristen und Vorgaben zur TI-Anbindung zu pausieren, um Druck abzubauen. „Wir können nicht gleichzeitig Konnektoren anschrauben und die Pandemie bekämpfen.“ Mitte Juli wurde eine ähnliche Bitte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jedoch vom Ministerium abgelehnt.

Spahn: Fehlende Schutzmasken wird es nicht mehr geben

Ein weiteres heißes Eisen war das Thema Schutzkleidung. Veranstaltungsteilnehmer berichteten von Lieferengpässen und Qualitätsmängeln. Wie wolle man diese in Zukunft vermeiden?

Spahn berichtete, dass noch rund eine Milliarde Schutzmasken aus dem Ausland erwartet würden. Parallel würden deutsche Firmen die Produktion von Schutzkleidung aufnehmen. Sie seien mit Abnahmegarantien bis Ende 2021 ausgestattet.

Der Minister erhofft sich, dass damit auch viele Probleme der Qualitätskontrolle vom Tisch sind. „Ich bin sehr sicher, dass wir das Thema fehlende Schutzmasken nicht noch einmal erleben“, sagte er. Alles, was sinnvoll erscheine, werde bevorratet. „Aber es wird wahrscheinlich immer irgendetwas fehlen. Man wäre nicht darauf gekommen, dass Abstrichupfer einmal knapp werden könnten.“

Eine weitere wichtige Maßnahme zur Vorbereitung sei die Gripeschutzimpfung, betonte Spahn. „Da bitte ich die Ärzte jetzt schon mitzuhelfen und zu sensibilisieren. Wir haben so viel Grippeimpfstoff wie noch nie in der Geschichte Deutschlands reserviert.“



Der Minister (m.) lauscht den Berichten der niedergelassenen Ärzte

Reform der Notfallversorgung

Die Reform wird selbst zum Notfall

Eines der größeren Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag wagte sich mit der Notfallversorgung an die Schnittstelle zwischen ambulant und stationär. Von vorneherein war klar: Hier sollte kein „Dritter Sektor“ entstehen, sondern das Beste und Sinnvollste aus den bisherigen Welten zusammengeführt werden. So war es durchaus bemerkenswert, dass in einem ersten Diskussionsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) geplant war, dass die KVen außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten, also nachts und an den Wochenenden, den Sicherstellungsauftrag an die Länder verlieren sollten.

Schon im Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ (2018) des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist der erhebliche Reformbedarf und die notwendige Neuordnung der Notfallversorgung in Deutschland festgestellt worden. Die bislang weitgehend getrennt organisierten Versorgungsbereiche der ambulanten, stationären und rettungs-

dienstlichen Notfallversorgung sollten nach Ansicht der Sachverständigen zu einem System der integrierten Notfallversorgung weiterentwickelt werden.

Von den bis zu 25 Millionen Fällen, die jährlich in Rettungsstellen oder Notfallambulanzen vorstellig werden, sind Schätzungen zufolge rund 30 Prozent keine echten Notfälle. Sie könnten in der regulären vertragsärztlichen Versorgung – also in den Praxen wäh-

rend der Sprechstunden – oder durch den Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen behandelt werden.

Die Notaufnahmen sind jedoch für die Patienten oftmals der niedrigschwellige Einstieg in die Versorgung. Das teils offensive Bewerben dieser Möglichkeit durch die jeweiligen Krankenhausträger fördert diesen Trend. Krankenhäuser wandeln rund die Hälfte der ambulanten Notfälle in stationäre Einweisungen um. Dies hat zur Folge, dass die Notaufnahmen regelhaft überfüllt und aus Sicht der Krankenhausträger zumindest für die ambulante Behandlung unwirtschaftlich sind.

Die Übernahme des Bereitschaftsdienstes außerhalb der Sprechstundenzeiten ist seit jeher grundsätzliche Kernaufgabe vertragsärztlicher Tätigkeit. Sie ist eine elementare ethische und berufsrechtliche Verpflichtung für Ärzte und garantiert durch den Facharztstatus der Vertragsärzte für die erforderliche Qualität. Daher ist es folgerichtig, wenn aus dem ursprünglichen Diskussionspapier als zentraler Punkt nur die Einrichtung sogenannter integrierter Notfallzentren (INZ) blieb. Diese INZ sollten, so sah es der Referentenentwurf aus dem BMG vor, gemeinsam von den Krankenhäusern und den KVen betrieben werden, allerdings unter fachlicher Führung der KVen.

Durch die Corona-Pandemie geriet dieses Gesetzgebungsvorhaben in den Hintergrund. Nichtsdestotrotz: Der Handlungsbedarf bleibt und auch die Forderungen und Vorstellungen des Virchowbundes haben Bestand:

Die zentralen Punkte:

- › Die Rufnummern 116 117 und 112 digital vernetzen und mit einem bundesweit einheitlich strukturierten Ersteinschät-



Der Sicherstellungsauftrag lässt sich nicht so einfach aus dem Versorgungssystem herauslösen

zungsverfahren koppeln. Das entlastet Krankenhäuser und bietet für Patienten spürbaren Mehrwert durch besseren Service und höhere Qualität. Finanziert wird die Struktur durch die GKV.

- › Bestehende Kooperationen von Notfallpraxen mit Krankenhäusern ausbau-

en zu INZ mit einer vertragsärztlichen Notfallambulanz und einem klinischen Notfallbereich an ausgewählten Standorten

- › Notfallmedizin-Zentren bilden für eine abgestimmte Versorgung mit hohen Qualitätsstandards

- › Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten in der Breite aufrechterhalten
- › Ambulante Vergütungssystematik reformieren mit bedarfsgerechten Vorhalte- und Aufwandspauschalen (extrabudgetäre Vergütung)

Gefährliche Krankenhäuser

Gesundheitsexperten stellen in Frage, ob zukünftig noch jedes Krankenhaus Corona-Patienten behandeln darf.

Wie unter einem Brennglas wurden durch die Pandemie die Schwächen und die Stärken des deutschen Gesundheitswesens deutlich. Der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Reinhard Busse erklärte im Podcast der Ärztezeitung: „Das Krankenhaus ist ein gefährlicher Platz ist, insbesondere wenn die Häuser wenig Erfahrung haben oder nicht gut genug ausgestattet sind. Die Menschen, die mit Covid-19 ins Krankenhaus kommen, haben ein enorm hohes Risiko zu versterben.“

Als Beispiel nannte er das Ernst-von-Bergmann-Klinikum in Potsdam: Von den 47 Covid-19-Toten im Frühjahr waren nur drei mit Covid-19-Diagnose aufgenommen worden. Die restlichen 44 steckten sich erst im Krankenhaus an. Folgerichtig revidierte auch das Robert-Koch-Institut (RKI) rasch seine ursprüngliche Empfehlung, diagnostizierte Fälle ins Krankenhaus zu überweisen.

Busse zufolge lag die Mortalität durch Covid-19 im Krankenhaus über 20 Prozent. Zum Vergleich: Bei einem Herzinfarkt sind es unter 10 Prozent. Auch die Verlegungsrate von Beatmungs-Patienten war mit 27 Prozent extrem hoch. Jeder vierte Covid-19-Patient kam also im Frühjahr zunächst in ein Krankenhaus, das keine Beatmungsbetten hatte, obwohl es zu jeder Zeit in jeder Region ausreichend Beatmungskapazitäten gab.

Gerade wegen Corona müsse daher die Strukturreform des Krankenhauses vorangetrieben werden, so Busse. Dabei solle das Augenmerk nicht auf der

Zahl und Verteilung der Krankenhäuser liegen, sondern auf deren Ausstattung und Spezialisierung. Technische und personelle Vorgaben sowie Mindestmengen sind nach mehrheitlicher Meinung der Experten die wesentliche Voraussetzung für Qualität. Reduktion und Bündelung der Kapazitäten ginge dabei weder zulasten der Zugangszeit, noch widerspräche dies dem Gedanken, dezentral handeln zu können, ergänzte Gesundheitsökonom Prof. Dr. Boris Augurzky im Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt.

Virchowbund-Vorsitzender Dr. Dirk Heinrich spricht sich dafür aus, unzureichend ausgestattete Kliniken in neue Strukturen zu überführen, beispielsweise (teil-)ambulante

Zentren. Durch die Spezialisierung steige sowohl das Zahlenverhältnis von belegten Betten zu Pflegepersonal als auch die Qualifikation des Personals. Beides helfe, die ohnehin angespannte Personalsituation zu entschärfen. Die Zahl der Intensivbetten würde dadurch nicht berührt.

Um dieses Ziel zu erreichen, ist es mit einer reinen Strukturreform allerdings noch nicht getan. Dadurch, dass die Länder ihren Investitionspflichten in den letzten Jahren nicht ausreichend nachgekommen sind, waren die Kliniken genötigt, das Finanzloch durch DRG-Optimierung zu stopfen. „Die duale Krankenhausfinanzierung durch Kassen und Länder hat die Ökonomisierung der Medizin verschärft. In Zukunft sollten in einem monistischen System allein die Kassen für die Krankenhäuser aufkommen“, fordert Heinrich.



Einer von fünf Covid-19-Patienten im Krankenhaus starb

Schnittstelle ambulant—stationär

Neues Konzept zu intersektoralen Leistungen

Seit Jahren beißen sich Selbstverwaltung und Gesundheitspolitik am Problem der fehlenden Kopplung von ambulantem und stationärem Sektor die Zähne aus. Das Belegarztwesen steckt in der Krise. Im Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa), dem der Virchowbund als assoziiertes Mitglied angehört, wurde ein Konzept einer sektorenübergreifenden Versorgung entwickelt. Es verfolgt einen radikalen Ansatz.

Was sich die Politik zur Überwindung der Sektorengrenzen vorstellt, geht seit jeher zu Lasten der ambulanten Strukturen. Denn sektorenübergreifende Versorgung ist bis heute ausschließlich eine Option für Krankenhäuser. Seit den 1980er Jahren wurden für Kliniken insgesamt 18 Möglichkeiten geschaffen, Leistungen ambulant zu erbringen: von Hochschulambulanzen bis zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus. Gleichzeitig existieren kaum noch attraktive Möglichkeiten für Vertragsärzte, Leistungen stationär zu erbringen. Ein Blick auf die Zahlen verdeutlicht diese Wettbewerbsverzerrung: Im Jahr 2015 wurden von insgesamt 62 Millionen Behandlungsfällen 43 Millionen ambulant erbracht. Nur 19 Millionen Fälle waren vollstationär. Von 580 Millionen Behandlungsfällen in der vertragsärztlichen Versorgung im gleichen Zeitraum wurden lediglich 500.000 stationär in Form belegärztlicher Leistungen erbracht.

Unterschiedliches Leistungsrecht

Das Belegarztwesen befindet sich in einer schweren Krise. Die schwierige Situation zeigt sich an den immer weiter sinkenden Zahlen bei belegärztlichen Leistungen, bei belegärztlichen Abteilungen an Krankenhäusern und bei der Zahl der Belegärzte selbst. Für die Fehlentwicklung gibt es zwei Hauptursachen: Das unterschiedliche Leistungsrecht mit restriktivem Erlaubnisvorbehalt für Vertragsärzte und offenem Verbotsvorbehalt für Krankenhäuser sowie die unbefriedigende und fehlerhafte Vergütung im EBM. Viele Leistungen, die im Krankenhaus möglich sind, bekommen Be-

legärzte wegen fehlender EBM-Ziffern nicht vergütet. Gleichzeitig nimmt die Differenz zwischen ambulantem und stationärem Leistungskatalog seit Jahren zu, weil nur wenige neue Leistungen im EBM aufgenommen werden, während sie flexibel in das DRG-System eingefügt werden.

Einen Testballon startete die Bund-Länder-Kommission für die sektorenübergreifende Versorgung im Frühjahr 2019. In einem Arbeitsentwurf sprach sie sich dafür aus, den Versorgungsauftrag für Krankenhäuser auszuweiten. Außerdem war die Rede davon, einen gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereich zu schaffen, in dem Ärzte aus Praxen und Kliniken zusammenarbeiten. Die Länder sollen die Möglichkeit erhalten, in von ihnen ausgewählten strukturschwachen Gebieten Krankenhäuser zu bestimmen, denen sie Versorgungsaufträge zur ambulanten Behandlung übertragen.

Diese Übertragung des Sicherstellungsauftrages an die Länder halte er für „völlig verfehlt“, kritisierte Bundesärztekammerpräsident Dr. Klaus Reinhardt die Vorschläge. Eine gute Idee sei hingegen, auf dem Land Kliniken zu ambulant-stationären Zentren zu machen, in denen auch Vertragsärzte tätig seien.

Konzept skizziert radikalen Neuanfang

An dieser Stelle setzt der Vorschlag einer sektorenübergreifenden Versorgung des SpiFa an. Er fordert zum Kurswechsel bei der ärztlichen Tätigkeit zwischen Klinik und Praxis auf. „Heute bestimmt immer öfter der Zustand des Patienten und nicht die Leistung an sich, ob der Patient ambulant oder stationär behandelt wird. Dem muss die Ordnungspolitik Rechnung tragen“, erläuterte Dr. Hans-Friedrich Spies, Vorstandsmitglied des SpiFa.

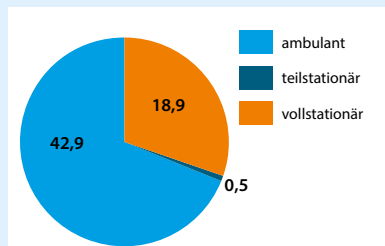
Im Sozialgesetzbuch Fünft (SGB V) befassen sich die Paragraphen 115 bis 121 mit der sektorübergreifenden Behandlung: angefangen vom ambulanten Operieren über die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) bis hin zur belegärztlichen Versorgung. Diese Regelungen sind alle aus verschiedenen Gründen mehr oder weniger gescheitert.



Ambulante Operation – Offener Verbotsvorbehalt der Kliniken soll für alle OP-Leistungen gelten

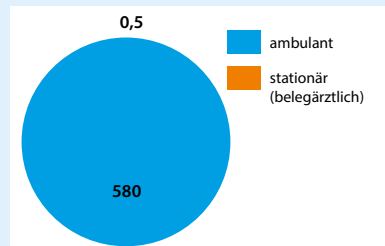
FOTO: VIRCHOWBUND/LOPATA

Verteilung der Behandlungsfälle im Krankenhaus



Quelle: Zi, Datenbasis: GBA- Daten der Krankenhaus-Qualitätsberichte für 2015, Angaben in Mio. Fällen

Verteilung der Behandlungsfälle in der vertragsärztlichen Versorgung



Quelle: Zi, Datenbasis: vertragsärztliche Abrechnungsdaten 2015, Angaben in Mio. Fällen

Das SpiFa-Konzeptpapier enthält einen ausgearbeiteten Gesetzentwurf und beschreibt einen radikalen Neuanfang bei der intersektoralen Versorgung. Anstelle der genannten sieben Paragraphen soll künftig ein einziger § 115 neu mit der Überschrift „Intersektorale Leistungen“ treten. Bei den so definierten intersektoralen ärztlichen Leistungen werden auch alle stationären Fälle mit einbezogen, die in der Regel vier Tage Liegedauer nicht überschreiten. Zudem wird der stationäre Leistungskatalog mit dem offenen Verbotsvorbehalt übernommen, sodass für die Vergütung nicht der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), sondern ein Fallpauschalensystem vorgesehen wird. Damit wird

der Grundsatz „Eine Leistung, eine Qualität, ein Preis“ umgesetzt.

Gleichzeitig soll das Prinzip „ambulant vor stationär“ dadurch konsequent realisiert werden, dass Erkrankungen zunächst grundsätzlich ambulant behandelt werden müssen. Jede stationäre Behandlung erfordert eine medizinische Begründung, so das Konzeptpapier. Die Prüfung erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Der Krankheitsbezug der intersektoralen Leistungen macht es erforderlich, dass mehrere Fachgebiete zusammenarbeiten. Die intersektoralen ärztlichen Behandlungen stehen den Krankenhäusern genauso wie Gemeinschaften

von Vertragsärzten zur Verfügung, die die Inhalte der Fallpauschalen abbilden können. Zugelassene Kooperationen sind dem Konzept zufolge deshalb eine Voraussetzung zur Leistungserbringung. Das Papier nennt Praxisnetze, Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren, Praxiskliniken oder auch die bisherigen Belegabteilungen als Beispiele.

Zielmarge von 90 bis 95 Prozent der DRGs

Die Vergütung soll zum einen entsprechend dem DRG-System an die Leistungserbringer erfolgen, die die Verteilung untereinander regeln. Zum anderen wird sie unmittelbar von der Krankenkasse an die Leistungserbringer vorgenommen. Als Zielmarge nennt das Papier 90 bis 95 Prozent der derzeitigen Fallpauschalen der Hauptabteilung. Zwar erfolgt im Anschluss eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Doch da das ambulante Operieren und die belegärztlichen Leistungen schon jetzt extrabudgetär bezahlt werden, erübrigt sich eine Bereinigung im großen Stil.

Diagnosevergütung bleibt legal

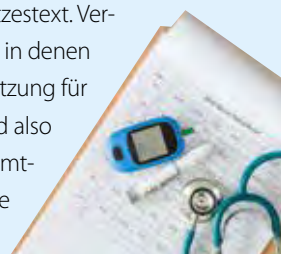
Aufatmen können alle, die an Versorgungsverträgen teilnehmen. Denn das geplante Verbot diagnosebezogener Vergütungen kommt nun doch nicht. Das Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) wurde dafür auf den letzten Metern noch einmal geändert.

In der ursprünglichen Version des Gesetzes war vorgesehen, dass Vergütungen und Diagnosen in keiner Relation zu einander stehen dürfen. Damit wollte die Bundesregierung Manipulationen in der Diagnosekodierung, die sich auf den Morbi-RSA auswirken, verhindern.

Die Allianz deutscher Ärzteverbände, der auch der Virchowbund angehört, und die AOK schlugen darauf hin Alarm: „Es besteht die Gefahr, dass besonders innovative Versorgungskonzepte künftig schlicht unmöglich gemacht werden. Die genaue Definition der Diagnosen und der erforderlichen medizinischen Maßnahmen sorgt dafür, dass eine faire und aufwandsgerechte Vergütung der Ärzte vereinbart werden kann.“ Beispielsweise wäre bei der Dokumentation für den Morbi-RSA nicht mehr zwischen Diabetes Mellitus Typ I und Typ II unterschieden worden – zwei Krankheiten mit unterschiedlichen Ursachen und Behandlungsmethoden.

Die Politik reagierte auf die Intervention aus der Ärzteschaft und änderte den Gesetzestext. Verträge zwischen Ärzten und Kassen, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen genannt werden, sind also weiterhin legal. Zusätzlich sollen sämtliche Hausarztverträge und Verträge nach Paragraph 140a SGB V zentral erfasst werden.

Die Politik reagierte auf die Intervention aus der Ärzteschaft und änderte den Gesetzestext. Verträge zwischen Ärzten und Kassen, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen genannt werden, sind also weiterhin legal. Zusätzlich sollen sämtliche Hausarztverträge und Verträge nach Paragraph 140a SGB V zentral erfasst werden.



Versorgungsverträge dürfen weiterlaufen

MVZ in Konzernhand: Mit Transparenz gegen Heuschrecken

Wie kann die Gesundheitsversorgung vor Spekulanten und rein gewinnorientierten Investoren geschützt werden? Eine Register soll für mehr Transparenz sorgen.

„Wir müssen verhindern, dass renditegetriebene Investoren Einfluss auf ärztliche Entscheidungen nehmen können.“ Mit diesen Worten erklärte Dr. Klaus Reinhardt den Kampf gegen die Ökonomisierung der Medizin zu einem der Schwerpunkte seiner Amtszeit als Präsident der Bundesärztekammer (BÄK). Doch in den Kliniken ist die renditegetriebene Medizin längst der Fall.

Die Liste mit Beispielen, wie Nicht-Ärzte wie Ökonomen oder Klinikmanager in die ärztliche Weisungs- und Therapiefreiheit eingreifen, ist lang. Als Folge der Fallpauschalen wird beispielsweise die Liegedauer verkürzt. Eine sogenannte „blutige Entlassung“ rechnet sich für die Klinik: gleiches Geld, weniger Aufwand. In anderen Fällen wird die Kostenübernahme für die Leitli-

nien-gerechte Behandlung verweigert. Klinikärzte werden angehalten, günstigere Therapiemethoden zu wählen. Oder bestimmte Geräte stehen aus Kostengründen nicht zur Verfügung.

Praxen rücken ins Blickfeld der Investoren

Wo vorrangig Renditeinteressen im Spiel sind, wirkt sich das auf die Leistungserbringung aus – in der Klinik genauso wie im ambulanten Bereich. Bei den Zahnarzt-MVZ, die als erste in den Fokus der Spekulanten gerieten, mehren sich die Anzeichen, dass dort gezielt lukrative Behandlungen beworben werden. Eine Analyse der Kassenzahnärztlichen Bundesver-

einigung (KZBV) für den Zeitraum Januar 2017 bis Juni 2018 zeigte: Bei Zahnersatzleistungen lag das Honorar je Fall in den Investoren-MVZ mit 435,99 Euro deutlich höher als in Einzelpraxen mit nur 290,67 Euro.

Als nächstes könnte dieser Ökonomisierungstrend auch eine breitere Schicht der Facharztpraxen erfassen. Eine Welle von Praxisabgaben aus Altersgründen steht bevor. Private-Equity-Unternehmen zahlen für Arztsitze oft Preise, die über dem Marktwert liegen – und damit über dem, was niederlassungswillige Jungmediziner investieren können.

Das Geschäftsmodell dieser Unternehmen lautet, Prozesse zu zentralisieren und sich auf hochspezialisierte Behandlungen zu fokussieren. So kann die Gewinnmarge gesteigert und die MVZ-Trägerschaft nach nur wenigen Jahren mit hohem Profit weiterverkauft werden.

Ärzteverbände und Gesundheitsexperten warnen, dass MVZ-Konzerne auf diese Weise die Ökonomisierung der Medizin befeuern und sogar Monopole in der ambulanten Versorgung bilden könnten. Bei einer Anhörung im Gesundheitsausschuss zur Offenlegung von Kapitelinteressen in der Gesundheitsversorgung wurden in diesem Jahr neue Auswege aus dem Dilemma gesucht. Ein MVZ-Register stieß bei vielen Abgeordneten auf Zustimmung.

Virchowbund-Vorschlag findet Gefallen

Die Idee basiert auf einem Vorschlag des Virchowbundes, dass die Trägerstruk-



Ein Register soll Klarheit in die komplexen Eigentumsverhältnisse der MVZ-Konzerne bringen

turen und jeweils dahinterstehenden wirtschaftlichen Berechtigten an ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen zentral erfasst werden. Denn die Inhaberstrukturen sind oft bewusst verschachtelt. Ein MVZ-Register könnte Klarheit schaffen.

Daher hat der Virchowbund bereits genaue Vorstellungen formuliert, wie man Kapitalinvestoren per Gesetz verpflichten könnte, statt auf schnelle Renditen lieber auf langfristige Verbesserung der Versorgung zu setzen. So könnte man MVZ-Trägern die Zulassung entziehen, wenn innerhalb von fünf Jahren die Mehrheit der Gesellschaftsanteile veräußert wird oder die wirtschaftlich Berechtigten wechseln.

Der Virchowbund fordert außerdem, dass der ärztliche Leiter eines MVZ stets ein zugelassener Vertragsarzt und zugleich Mitglied der Geschäftsführung sein muss. Ab drei im MVZ tätigen Ärzten soll der Leiter in Vollzeit beschäftigt sein müssen. Krankenhaus-MVZ müssten einen aus der Versorgungsnotwendigkeit heraus begründenden räumlichen Bezug des Krankenhauses zum MVZ nachweisen.

Ziel ist es, die Rolle der Ärzte in MVZ zu stärken und die Freiberuflichkeit zu bewahren. Niedergelassene Ärzte dürfen nicht von kapitalstarken Anlegern und Riesen-MVZ mit 50 Arztsitzen und mehr verdrängt werden. Sie sollten auch weiterhin die Chance haben, Praxen und MVZ zu gründen. Nur die auch dem Gemein-

wohl verpflichteten freien Berufe können gewährleisten, dass Versorgungsgesichtspunkte bei einer Praxisgründung oder Übernahme im Vordergrund stehen und nicht Gewinnmaximierungsabsichten. Daher gilt es u. a., Arztnetze zu privilegieren.

VirchowBund
Frei in der Praxis

Ich bin Mitglied,
weil ich für unseren
freien Beruf kämpfen will.

Hannes-Dietrich Höfer, Urologe, Mitglied seit 2015

Jetzt online Mitglied werden
virchowbund.de/mitglied-werden

Digitalisierung

Streit um Telematik-Infrastruktur: Scheitert die Digitalisierung der Praxen?

Im „Haifischbecken Gesundheitswesen“ schlugen die Wellen im Sommer hoch. Zahlreiche Kassenärztliche Vereinigungen und Ärzteverbände kritisierten die Digitalisierungsstrategie und das Vorgehen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Ein „gut gemeinter Ansatz droht, zu einer Zumutung für Ärzte und Patienten zu werden“, warnte die Allianz Deutscher Ärzteverbände (darunter auch der Virchowbund). Worum geht es bei dieser Diskussion und wie könnte eine Lösung im TI-Streit aussehen?

Wo wäre die Medizin, wenn Ärztinnen und Ärzte nicht seit Jahrhunderten technische Neuerungen entwickeln und vorantreiben würden? Aber: Es muss auch einen Mehrwert geben. Und zwar einen, der direkt im Praxisalltag spürbar ist. Gerade diesen Mehrwert vermissen Ärzte aktuell bei der Telematikinfrastruktur, denn:

1. Die TI startete mit dem Feature „Versichertenstammdatenabgleich“, das

einige wenige administrative Datensätze der Versicherten abgleicht. Diese Funktion ist nur für die Krankenkassen von Interesse. Ärzte machen hier die Arbeit der Kassen.

2. Die eAU ist zwar an sich sinnvoll – in der Praxis führt sie aber erst einmal zu deutlichem Mehraufwand. Denn die Krankschreibung muss auch weiterhin auf Papier ausgestellt werden. Von der

elektronischen Variante profitieren faktisch nur Kassen und Arbeitgeber. Für Ärzte verdoppelt sich also der Aufwand. Außerdem: Wer – aus welchen Gründen auch immer – nicht an diesem Vorgang teilnimmt, ist quasi aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen.

3. Das eRezept krankt an ähnlicher Stelle. Viele Patienten haben schlicht nicht die technischen Möglichkeiten oder das nötige Anwender-Wissen, um mit einem eRezept umgehen zu können. Das Papierrezept bleibt also notwendig. Ein weiteres Mal werden Doppelstrukturen geschaffen.
4. Die TI ist weder für besonders reibungslosen Anschluss noch für wartungsarmen Betrieb bekannt. Die Störung im Sommer 2020 zog sich über Wochen hin. Ein großer Teil der angeschlossenen Ärzte muss viel Zeit investieren, um das System zu installieren bzw. am Laufen zu halten. Dieser Aufwand und die Kosten für externe Techniker sind mit den Pauschalen nicht ausreichend gegenfinanziert.
5. Die ePA schafft für Patienten mehr Transparenz. Das ist gut und wichtig. Sie ersetzt aber keine dringend notwendige eFallakte. Nur eine eFallakte kann eine lückenlose Dokumentation sicherstellen, auf die alle beteiligten Ärzte sich auch verlassen können. Eine ePA, in der Patienten Daten verändern, ausblenden und löschen können, erfüllt diesen Zweck nicht. Der Arzt soll aber dazu beitragen, sie zu füllen, obwohl das keinen primären Nutzen für das vertragsärztliche Behandlungsgeschehen bringt. Die ePA zu befüllen ist Aufgabe der Kassen.



Frust statt Lust
bei der Digitalisierung

6. Ärzte sind verpflichtet, die Gesundheitsdaten der Patienten mit äußerster Sorgfalt zu schützen. Gesundheitsdaten zählen zu den sensibelsten Daten überhaupt und brauchen noch stärkeren Schutz als z. B. Bankdaten. Zwei Jahre nach Inbetriebnahme der TI liegt noch keine Datenschutzfolgeabschätzung der Gematik vor. Gleichzeitig fürchten viele Ärzte, die geplante IT-Sicherheitsrichtlinie der KBV könnte zu massiven Mehrkosten für die Praxen führen.
7. Die Hotline 116 117 des ärztlichen Notdienstes sollte ausgebaut werden zu einer zentralen Plattform für Terminvergabe und Patientensteuerung. Dann hätten die Vertragsärzte der immer größer werdenden Macht der Tech-Giganten wie Google und Amazon und den Gewinninteressen von Bertelsmann, Doctolib, Jameda und Co. endlich etwas Wirkungsvolles

entgegenzusetzen. Doch einige KVen verschlafen diese historische Chance zur Weiterentwicklung der 116 117 zu einer nicht-kommerziellen Terminplattform in der Hand der Vertragsärzte gerade.

Auf der einen Seite also eine technische Dauerbaustelle mit vielen Problemen für die Anwender, auf der anderen Seite harte Fristen mit noch härteren Strafandrohungen. Erst wurde jenen, die noch keinen TI-Konnektor installiert haben, das Honorar um 1 Prozent gekürzt, später um 2,5 Prozent und in Kürze könnten sie gänzlich von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen werden. So eine Vorgehensweise demotiviert und ruft Gegenreaktionen hervor.

Es wäre sinnvoll gewesen, wenn Politik und Selbstverwaltung gerade in Corona-Zeiten angesichts der Mehrbelastungen

der Praxen das strikte TI-Zeit- und Sanktions-Regime gelockert hätten. Gelingen kann die Digitalisierung nur durch:

- › mehr digitale Strukturen und Anwendungen auf der Höhe der Zeit, statt veralteter Technik
- › den größtmöglichen Schutz der Patientendaten statt zentraler Speicherung
- › echte Erleichterung im Praxisalltag statt Störungen, Aufwand und Ärger
- › finanzielle Anreize statt Strafandrohungen

Diese Kritik zu formulieren und zu kanalisieren ist Aufgabe der freien Verbände. Einmal mehr zeigt sich: In solch schwierigen Situationen können sie die Ärzteschaft besser vertreten als öffentliche Körperschaften, die gezwungen sind, Gesetze und Verordnungen umzusetzen und damit immer zwischen zwei Stühlen sitzen.

Frau Doktor, ich komme wegen meiner ePA

Ab 2021 hat jeder Patient Anspruch auf eine elektronische Patientenakte (ePA). Ob die Patienten die ePA auch nutzen, bleibt ihre freie Entscheidung. Krankenkassen sind aber verpflichtet, sie anzubieten, und Ärzte, sie zu befüllen. Werden Praxen durch das Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG) zu Patientendaten-Servicestellen?

Seit Jahren haben Praxisärzte mit immer höher werdenden Bürokratiebergen zu tun – das zeigt u. a. der zweijährlich erscheinende Ärztemonitor. Kommt die ePA-Beihilfepflicht wie geplant, bedeutet das noch mehr Arbeit für die ohnehin überlasteten Praxen – ohne Mehrwert.

Denn Patienten werden gerade in der Anfangszeit der ePA Unterstützung brauchen, um sich zurechtzufinden und die Zugriffsrechte auf die Dokumente in der ePA zu steuern. Kaum vorstellbar, dass diese Beratungsarbeit auch noch von

MFA und Ärzten geleistet werden soll, anstatt von den eigentlich zuständigen Kassen selbst. Zumal die Funktionsweise der ePA sich je nach Kasse, Endgerät und Betriebssystem unterscheiden würde.

Der Virchowbund fordert schon seit geraumer Zeit eine elektronische Fallakte, über die Ärzte in Praxen und Kliniken datenschutzkonform und standardisiert Behandlungsdaten austauschen kön-



nen. Im Gegensatz zur ePA, bei der Patienten über Zugriffsrechte und Inhalte bestimmen und auch selbst Datensätze verändern und löschen können, ist die Fallakte manipulationssicher und bietet echten Mehrwert für Behandler [siehe Box].

„Nur die Dokumentation in der Fallakte ist eine ärztliche Leistung“, erklärte die Bundeshauptversammlung des Virchowbundes Ende 2019 in Berlin. Sie müsse angemessen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung vergütet werden. In Bezug auf die ePA schlugen die ärztlichen Delegierten eine Evaluation in Testregionen vor, um den zusätzlichen Aufwand repräsentativ zu erheben und zu quantifizieren. Die im PDSG geplante zusätzliche Vergütung von einmalig 10 Euro pro Patient wird dem Arbeitsaufwand nach Einschätzung des Virchowbundes nicht gerecht.

Insgesamt soll das Patientendatenschutzgesetz den Patienten mehr Hoheit über ihre medizinischen Daten geben. Neben den Bestimmungen zur ePA enthält das PSDG daher noch eine Reihe weiterer Neuerungen. Zum Beispiel schreibt es das Recht auf Datenspenden fest. Patienten können also freiwillig ihre Daten für die Forschung zur Verfügung stellen.

	ePA	Fallakte
Für wen ist sie gedacht?	Patienten	Behandler
Wer darf sie befüllen?	Patienten, Ärzte, andere Leistungserbringer	Ärzte, andere Leistungserbringer
Was wird eingetragen?	alle Gesundheitsdaten und auch Lifestyledaten (vom Befund über den Impfpass bis zu Pulswerten aus Wearables)	nur medizinisch relevante Daten in Bezug auf einen Behandlungsfall
Wer entscheidet über den Zugriff auf die Daten?	Patienten (Inhalte können gezielt freigegeben oder ausgeblendet werden)	Behandler
Wie kann auf die Daten zugegriffen werden?	per App	über das PVS-System und KV-Connect bzw. die Telematik-Infrastruktur
Wo liegen die Daten?	zentral auf einem Server oder dezentral in der Cloud	dezentral beim jeweiligen Arzt

Sie sollen zudem per App auf eRezepte zugreifen und diese eRezepte auch in der Apotheke einlösen können. Auch Überweisungen zum Facharzt sollen auf elektronischem Weg übermittelt werden können. Genaue Vorgaben, wie

diese Ideen in den Praxen umgesetzt werden können, fehlen aber noch. Der Bundesdatenschutzbeauftragte warnte zudem im Sommer davor, dass das PSDG gegen europäisches Datenschutzrecht verstoße.

Gesundheits-Apps in der Praxis

Nie war der Begriff „Neuland“ im Zusammenhang mit Digitalem zutreffender als bei dem, was das „Digitale Versorgungsgesetz“ (DGV) seit 2020 ermöglicht: Die Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in der Regelversorgung. Denn zugegebenermaßen fehlte allen Akteuren im System bislang das Verständnis für die Bedeutung, die Nutzung und den Zugang zu derartigen Anwendungen.

Und Entwickler wie Ärzte leisten aktuell echte Pionierarbeit im „Neuland“: Denn kein anderes Land der Welt hat derzeit einen geregelten und schnellen Weg von DiGAs in ein Gesundheitssystem, so wie es das nun das DGV ermöglicht. Schlicht, weil unsere Aufteilung in Arzneimittel-, Hilfsmittel- und Heilmittel-Bereich DiGAs nicht

erfasst. Und wer die herkömmlichen und beschwerlichen Wege von Innovationen in das System hinein über den Gemeinsamen Bundesausschuss kennt, der weiß, dass sie eher ein Beitrag zur Verhinderung von Innovationen wäre.

Bei der gesetzgeberischen Umsetzung hat der Bundesgesundheitsminister

enorm auf die Tube gedrückt: Vom ersten Entwurf bis zum Inkrafttreten vergingen keine zwölf Monate. Die Zeit drängte aber auch, da Internetgiganten wie Google, Microsoft, Apple aber auch Amazon oder Bertelsmann sich längst darauf vorbereiten, das deutsche Gesundheitswesen mit ihren Produkten, vor allem aber mit ihren Standards, zu dominieren.

Dieses schnelle und mutige Vorgehen durch das DVG bietet Herstellern aber auch Ärzten vielerlei Chancen auf im internationalen Vergleich patientenorientierte, datenschutzkonforme und datensichere



Gesundheitsapps müssen ihren Nutzen erweisen

Lösungen – egal, ob klassische Handy-App, eine web- oder voice-basierte Anwendung. Dies kann die Versorgung der Patienten einen guten Schritt voranbringen, wenn Hersteller, Ärzte, Kostenträger und Zulassungsbehörde besonnen und behertzt vorgehen, Fehler vermeiden und nicht alte Rituale und Vorbehalte pflegen.

Die „Hausaufgaben“ für die Hersteller sind vorgegeben: Die für eine Aufnahme in das Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erforderlichen allgemeinen Anforderungen sind geeignet, die erste Spreu vom Weizen zu trennen. Sicherheit, Qualität, Funktionstauglichkeit, Datenschutz und Datensicherheit sind elementare Voraussetzungen für einen Marktzugang. Daher war es sinnvoll, sich an der Zulassung zu Medizinprodukten der Klassen 1 bis 2a zu orientieren.

Viel wichtiger wird für Entwickler und Hersteller von DiGAs jedoch der Nachweis von positiven Versorgungseffekten. Hierbei sorgfältig und evidenzorientiert vorzugehen, ist für Hersteller und Entwickler nicht nur im Rahmen der Zulassung oder nach Ende der Erprobungsphase nach zwölf Monaten wichtig. Diese Versorgungseffekte entscheiden vor allem, ob die Ver-

ordner, also die Ärztinnen und Ärzte, von einer digitalen Gesundheitsanwendung überzeugt sind oder nicht.

Denn eines sollte klar sein: Es geht nicht ohne Praxisärzte: Deshalb sollten sich Hersteller und Entwickler intensiv damit beschäftigen, wie diese davon überzeugt werden. Die Erfahrung lehrt, dass sich Innovationen immer dann schnell etabliert haben und von Ärzten akzeptiert wurden, wenn die begleitende Information und Aufklärung seriös und umfangreich waren.

Innovation bedeutet aber immer auch Veränderung. Wer die täglich vollen Wartezimmer in den Praxen der Haus- und Fachärzte gesehen hat, weiß, dass die Prioritäten im Praxisalltag eher in der Bewältigung der Routine als im Ausprobieren von Neuem liegen. Um Akzeptanz zu schaffen, müssen Veränderungen im ärztlichen Alltag integrierbar, schrittweise umsetzbar und nachvollziehbar sein. Soll ein Arzt von der Systematik einer Digitalen Gesundheitsanwendung überzeugt werden, sollte diese – zumindest am Anfang – so wenig wie möglich in Abläufe und Alltag der Praxis eingreifen.

Des Weiteren ist für den behandelnden Arzt wichtig, Übersicht und Kontrolle über das Behandlungsgeschehen zu behal-

ten. Entsteht der Eindruck, über Gesundheitsanwendungen wird ein Bereich der Versorgung eines Patienten in die Hände von Softwareentwicklern gelegt, ruft dies nachvollziehbarerweise wenig Begeisterung hervor.

Deshalb führt kein Weg an der Einbeziehung von Berufsverbänden vorbei. Hier werden für die jeweiligen Fachgruppen der niedergelassenen Haus- und Fachärzte die Bedingungen der täglichen Arbeit, die medizinische Fragestellungen samt Einbindung der jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Finanzierungsfragen und letztlich auch die zielgruppengenaue Ansprache der ärztlichen Kollegen geklärt. Ein Markteintritt ohne Beteiligung der jeweils relevanten Berufsverbände ist aussichtslos.

Schließlich sind die jeweiligen Berufsverbände hilfreich bei der Dokumentation der relevanten positiven Versorgungseffekte. Auch hier bieten sich Chancen nicht nur für die Versorgung, sondern auch für die Versorgungsforschung neue Akzente zu setzen. Erstmals ermöglicht der Gesetzgeber eine Art Nutzenbewertung, die nicht nur durch klinische Endpunkte, sondern auch durch Mittel der Verhaltensforschung – beispielsweise durch eine nachhaltige Verhaltensänderung – nachgewiesen werden kann.

Wenn der Beweis erbracht werden kann, dass digitale Gesundheitsanwendungen helfen, das Leben eines Patienten mit seiner Erkrankung zu vereinfachen, besteht die Chance, den Nutzenbegriff künftig neu zu definieren.

Was lange währt, wird endlich EBM

Zum 1. April 2020 trat ein neuer einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) für Vertragsärzte in Kraft. Die sprechende Medizin wird darin besser abgebildet. Wie Hausbesuche in Zukunft vergütet werden, soll aber erst in den kommenden Monaten verhandelt werden.

Ende 2019 setzten die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband endlich einen Schlusspunkt unter die jahrelang diskutierte EBM-Reform. Der Beschluss zur Weiterentwicklung des EBM wurde schon 2012 gefasst und seitdem immer wieder verschoben und hinausgezögert – zuletzt, weil beide Seiten das Termiservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) abwarten wollten. „Wir können nicht einen neuen EBM beschließen, der im nächsten Jahr abermals angepasst werden muss“, begründete Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, damals die Entscheidung.

Acht Jahre nach dem Beschluss ist die EBM-Reform in trockenen Tüchern. Zufrieden sind speziell die niedergelassenen Ärzte damit aber noch nicht. Gassen haderte im Videointerview nach Verhandlungsende mit der Pflicht zur Punktsummenneutralität, die ebenfalls 2012 gemeinsam mit der Reform beschlossen worden war. Dieser Beschluss bedeutete, dass ein Mehr an ärztlichen Leistungen nicht zu einer Erhöhung der Gesamtpunktmenge führen durfte. Nur künf-

tige Veränderungen im Leistungsbedarf durch Morbidität und Demografie sollten sich auf das Honorar auswirken.

Weil von den Kassen kein zusätzliches Geld beigesteuert wurde, besteht die EBM-Reform im Wesentlichen aus einer Umverteilung zwischen technischen Leistungen der Apparate-Medizin einerseits und nicht-technischen Leistungen der sprechenden Medizin andererseits. Diese Forderung stammt u. a. aus dem TSVG.

Dafür wurde die betriebswirtschaftliche Kalkulationsgrundlage für die Bewertung aller Leistungen angepasst. Der kalkulatorische Arztlohn wurde von 105.571,80 Euro auf 117.060 Euro erhöht und die Praxiskosten wurden aktualisiert.

Eine weitere Reformbaustelle waren die Kalkulationszeiten, die im Schnitt um 30 Prozent gesenkt wurden. Denn die gesamte abgerechnete Kalkulationszeit lag in etwa doppelt so hoch wie die tatsächliche Jahresarbeitszeit der niedergelassenen Ärzte. Leistungen mit einer festen Taktung wurden nicht angepasst. Die kürzeren Kalkulations-



Acht Jahre nach dem Reformbeschluss trat der neue EBM in Kraft

Nach der Reform

Höher bewertet (u. a.)

- Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (GOP 14220, 16220, 21220): 154 Punkte
- Individueller Arztbrief (GOP 01601): 108 Punkte
- Problemorientiertes ärztliches Gespräch (GOP 03230, 04230): 128 Punkte
- Verweilen außerhalb der Praxis (GOP 01440): 352 Punkte
- Videofallkonferenz (GOP 01442): 86 Punkte

Niedriger bewertet (u. a.)

- Ambulante Betreuung 2 / 4 / 6 Stunden (GOP 01510, 01511, 01512): 443 / 872 / 1299 Punkte

zeiten wirken sich zwar auf die Vergütung der einzelnen Leistung aus, aber das Gesamthonorarvolumen bleibt unberührt.

Abgeschlossen ist die EBM-Reform aber noch nicht, denn gleich mehrere kritische Punkte wurden aus der Verhandlungsmasse herausgenommen. Über sie wird separat verhandelt.

Ein solches Beispiel sind die Hausbesuche. Die Kassen wollten die Aufwertung der Hausbesuche kostenneutral finanzieren – also das Geld dafür von anderen Budgets abzweigen. Die KBV zog eine rote Linie. „Das konnten wir auf keinen Fall akzeptieren, das wäre zu Lasten der Versorger gegangen und nur über eine Abwertung der Versichertenpauschalen zu machen gewesen“, sagte Dr. Stephan Hofmeister, KBV-Vize und selbst Hausarzt.

Auch die Sachkostenpauschalen, die Vergütung ambulanter Operationen und der kalkulatorische Arztlohn stehen zur Debatte. Sie alle wären unter dem GKV-Credo der Punktsummenneutralität nicht zu machen.

GOÄ-Reform: Kommission stärkt Ärzten den Rücken

EBM und GOÄ sollen weiterentwickelt werden – da sind sich Ärzteschaft und Politik ausnahmsweise einmal einig. Nur beim Wie klaffen die Vorstellungen auseinander.

CDU und SPD hatten im Koalitionsvertrag eine Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) berufen, die eben diese Frage klären sollte. Sie spricht sich für eine „partielle Harmonisierung“ von EBM und GOÄ aus.

Konkret bedeutet das: Es soll keine einheitliche Gebührenordnung geben, aber gemeinsame Grundlagen. Einerseits könnte der Katalog der Leistungslegenden – also die inhaltliche Beschreibung jeder einzelnen medizinische Leistung – sowohl für den EBM als auch für die GOÄ gelten.

Zweitens schlägt die KOMV vor, die betriebswirtschaftliche Berechnungsgrundlage beider Honorarsysteme zu harmonisieren. Sämtliche Leistungen würden dann einheitlich bepreist. Auf dieser Basis könnten Kassen und Vertragsärzte im Anschluss die Leistungskomplexe, Pauschalen und (regionalen) Ab- und Zuschläge verhandeln, die gemeinsam mit den Leistungsbeschränkungen den EBM ausmachen. Auch für die GOÄ wären separate Verhandlungen mit dem PKV-Verband möglich.

Einheitlicher, schneller, transparenter

Daneben rät die Kommission zu weiteren Maßnahmen, etwa dass das Quartal als Abrechnungszeitraum abgelöst wird. Je nach Arztgruppe könnte der neue Bezugszeitraum zwischen einem Monat und einem Jahr liegen. Gleichzeitig soll dank digitaler Technik schneller, sogar Tag genau, abgerechnet werden. So würden Versorgungsdaten rascher für die Forschung vorliegen und Honorar- sowie Prüfbescheide kämen nicht mehr mit enormer Verspätung in den Praxen an.

Landarztztätigkeit, Teamleistungen und sektorenübergreifende Koordination könnten mit Zuschlägen gefördert werden. Zudem sollen gemeinsame Qualitätsanfor-

derungen für Leistungen definiert werden, um die Versorgungsqualität zu erhöhen.

Langfristig versprechen sich die Kommissionsmitglieder von diesen Maßnahmen weniger Bürokratie und mehr Transparenz für Ärzte und Patienten. Kurz- bis mittelfristig käme allerdings ein enormer Mehraufwand auf die Selbstverwaltung zu. Die Legenden könnten zwar von der jüngst überarbeiteten GOÄ übernommen werden, aber eine gemeinsame Berechnungsgrundlage zu entwickeln, würde Jahre dauern – von den anschließenden Preisverhandlungen ganz zu schweigen.

Bürgerversicherung: nein, danke

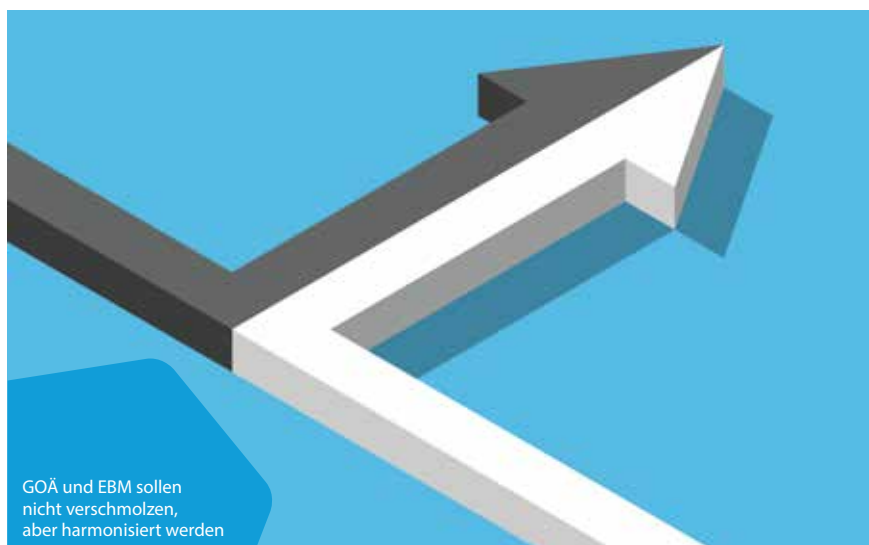
In Summe ist das Gutachten der Kommission eine klare Absage an die Bürgerversicherung. Diese würde geschätzt 7 Milliarden Euro pro Jahr mehr kosten und dennoch keine Versorgungsprobleme lösen, heißt es in dem Bericht. Eher seien noch Verwerfungen zu erwarten, weil Honorare in der Stadt steigen und im ländlichen Bereich sinken würden. Zudem sei ein einheitliches Vergütungssystem verfassungsrechtlich umstrit-

ten und ein „Eingriff in die Berufsfreiheit der Ärzte und die Grundrechte der Patienten“.

Der Virchowbund wertet das KOMV-Ergebnis als Erfolg seiner jahrelangen politischen Arbeit im Auftrag der niedergelassenen Ärzte. „Aus dem Bericht der Kommission kann man völlig richtig schließen, dass es jetzt keinen Hinderungsgrund mehr für eine GOÄ-Reform gibt“, bekräftigte der Bundesvorsitzende Dr. Dirk Heinrich im Podcast der Ärztezeitung.

Auch BÄK-Präsident Reinhardt, der aktuell die Verhandlungen mit dem PKV-Verband anführt, will die GOÄ neu möglichst schnell umsetzen. „In einem nächsten Schritt kann diese dann als Grundlage für eine Reform der Vergütung im GKV-Bereich dienen“, sagte er dem Deutschen Ärzteblatt.

Ob Spahn die GOÄ-Reform in der aktuellen Koalition mit der SPD durchwinkt, steht noch in den Sternen. Die SPD hatte die Bürgerversicherung schließlich zur Kernforderung im Wahlkampf gemacht. Heinrich gibt sich konfliktbereit: „Ich wäre sehr gespannt auf das Argument der SPD gegen die Reform. Das würde auf gut Deutsch heißen: Die Ärzteschaft hat keinen Anspruch auf eine eigene, zeitgemäße Gebührenordnung, sondern nur auf eine 30 Jahre alte Gurke. Das wäre ein casus belli. Wenn die SPD das möchte, dann kann sie das haben.“



Senior-Expert-Docs® – eine Initiative des Virchowbundes

Mit den Senior-Expert-Docs® schafft der Virchowbund eine deutschlandweite Plattform zum Austausch zwischen erfahrenen Praxisinhabern und Ärzten, die ihre Zukunft in der Niederlassung sehen.

Senior-Expert-Docs® unterstützen ihre niedergelassenen Kollegen und Kolleginnen sowohl in Einzelpraxen wie auch in allen anderen existierenden Kooperationsformen. Von ihrem Expertenwissen profitieren vor allem Ärzte,

- › die sich in der Zukunft selbstständig machen wollen
- › die sich gerade niedergelassen haben und Ärzte
- › die planen, ihre Praxis an einen Nachfolger abzugeben

Die Senior-Expert-Docs® folgen dem kollegialen und solidarischen Prinzip der Hilfe zur ärztlichen Selbsthilfe. Ihr Ziel ist der Wissens- und Erfahrungstransfer, um die Zukunftsperspektiven von Praxisärzten zu verbessern und das Wissen von berufserfahrenen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu erhalten und weiterzugeben.

An wen richtet sich die Initiative Senior-Expert-Docs®?

Das Angebot kann ausschließlich von Mitgliedern des Virchowbundes in Anspruch genommen werden. Es richtet sich vornehmlich an:

- › neu niedergelassene Ärzte in eigener Praxis (die ersten drei Jahre in der Niederlassung)
- › Niederlassungswillige (Oberärzte im Krankenhaus oder angestellte Ärzte in MVZ und Praxis mit klarem Ziel der eigenen Niederlassung ein Einzelpraxis oder in einer Gemeinschaft)
- › niedergelassene Ärzte mit identifiziertem Optimierungsbedarf hinsichtlich Praxisorganisation, Praxismarketing und Abrechnung, insbesondere zur Vorbereitung einer Praxisabgabe

Wer kann Senior-Expert-Doc® sein?

- › langjährig niedergelassene Ärzte mit großer Erfahrung bei Abrechnung, Praxisorganisation, Praxismarketing, Praxisübernahme und Zulassungsverfahren
- › Mitglieder, die den solidarische-kollegialen Gedanken verfolgen, der nachfolgenden Arztgeneration mit ihrem Wissen hilfreich zur Seite zu stehen und dadurch gegebenenfalls einen geeigneten Praxisnachfolger zu finden.

Wie funktioniert es?

In einem ersten Gespräch werden die persönliche und die Praxissituation, die Erwartungen und den Beratungsumfang erörtert. Dann wird ein Betreuungspaket aus Rechtsberatung und Informationsmaterial des Virchowbundes sowie Beratung über die Senior-Expert-Docs® geschnürt.

Passend zu den Anforderungen, insbesondere hinsichtlich der Fachgruppe und der Kenntnisse aus den jeweiligen KV-Bereichen, wird ein entsprechender Senior-Expert-Doc® vorgeschlagen. Mit diesem findet dann ein Erstgespräch unter Moderation des Virchowbundes statt, bei dem der genaue Beratungsbedarf konkretisiert wird.

Daraufhin erstellt der Senior-Expert-Doc® ein individuelles Angebot mit Beratungsinhalten und -umfängen. Sollte nach dem Erstgespräch keine Einigung zwischen Interessent und Senior-Expert-Doc® erzielt werden, kann ein Zweitgespräch mit einem anderen Senior-Expert-Doc® vermittelt werden. Anschließend findet die vereinbarte Beratung statt.

Bereiche der kollegialen Beratung sind:

- › **Zulassung und Praxisübernahme**
 - Vorbereitung und Begleitung im Zulassungsverfahren



- Erfahrungen mit dem regionalen Zulassungsausschuss
- Praxisübergabe: organisatorische und wirtschaftliche Hilfestellung (ergänzend: Rechtsberatung durch den Virchowbund)

› Abrechnung

- Abrechnungsfragen im EBM der jeweiligen Fachgruppe
- Beantragung von Zusatzleistungen in der jeweiligen KV
- Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen
- DMP
- sinnvoller Einsatz von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)
- Erstellung von Gutachten

› Praxisorganisation und Praxismanagement

- Optimierung der Praxisabläufe, ggf. gemeinsame Praxisbegehungen
- Datenschutz in der Praxis
- Personalführung
- Praxismarketing

Für Erstgespräch und Beratung wird eine Vergütung fällig.

Haben Sie Interesse, ein Senior-Expert-Doc® zu werden?

Schreiben Sie uns an info@virchowbund.de Ihren Namen, wann Sie sich niedergelassen haben oder niederlassen wollen, Ihre Telefonnummer und ein Zeitfenster, wann Sie gut erreichbar sind. Wir melden uns umgehend bei Ihnen!

„WIE GEHT
ES DIR?“

„Prima, ich
habe meine
Blutzuckerwerte
im Griff.“

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

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



SANOFI
Empowering Life

Bundeshauptversammlung 2019

Der Bundesgesundheitsminister beim Virchowbund

Ein neuer Politikstil erfasst Deutschland – auch im Gesundheitswesen. Bemutterung nennen ihn die einen, Paternalismus die anderen. Gesundheitsminister Jens Spahn ist einer seiner prominentesten Vertreter. Die ärztliche Berufspolitik muss sich neu ausrichten.

19 gesundheitspolitische Gesetze in 19 Monaten aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zum Zeitpunkt der Bundeshauptversammlung 2019 und schlappe 20 Monate nach Start der schwarz-roten Bundesregierung – so manch ein Ärztefunktionär kam dabei ins Schleudern. Andere dagegen fanden sogar noch die Zeit, Handlungsmuster zu erkennen und zu analysieren, wie etwa Dr. Dirk Heinrich, der Bundesvorsitzende des Virchowbundes. Bei der Bundeshauptversammlung des Verbandes der niedergelassenen Ärzte

Ende Oktober in Berlin zeigte er präzise auf, woraus sich Spahns neuer Politikstil speist und wie sich die ärztliche Berufspolitik darauf einstellen sollte.

Politiker müssen sich rechtfertigen

„Die Politiker von heute fühlen sich in einem Rechtfertigungsnotstand, sodass sie stets beweisen müssen, dass sie etwas für die Bürger tun“, analysierte Heinrich bei der Bundeshauptversammlung. Dieser Druck

schlage an vielen Stellen in akute Bevormundung um. Der Aufschrei in der Bevölkerung bleibe jedoch aus. Denn viele Menschen sehnten sich in dieser hochkomplexen Zeit sogar danach, Verantwortung an den Staat abzugeben.

Auch Gesundheitsminister Spahn stilisiere sich als „Kümmerer“ und „Problemlöser“. Darauf müssten sich berufspolitische Vertreter der Ärzteschaft, allen voran der Virchowbund, einstellen. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sei genau aus diesem Selbstverständnis erwachsen. Der Minister habe Probleme bei der Wartezeit auf Arzttermine festgestellt und darauf reagiert. Auch wenn ärztliche Vertreter diese als „gefühlte“ Probleme bezeichneten, die Wahrnehmung in der Bevölkerung sei für Politiker wie Spahn ausschlaggebend.

Spahn war als Ehrengast ebenfalls bei der Bundeshauptversammlung des Virchowbundes anwesend. In seiner Keynote bestätigte er Heinrichs Analyse. Lange Wartezeiten auf Arzttermine erzeugten ihm zufolge ein Legitimationsproblem für das Gesundheitssystem. „Die Menschen erwarten, dass der Staat funktioniert. Als Minister ist es meine Aufgabe, das sicherzustellen“, bekannte er. Mit umfang- und detailreichen Gesetzen und Verordnungen greift er dabei häufig direkt in den Praxisalltag der niedergelassenen Ärzte ein.

Unter dem Druck des umtriebigen Ministers droht die Selbstverwaltung immer weiter geschwächt und ausgehebelt zu werden. Heinrich mahnte den Minister daher vor der versammelten Ärzteschaft eindringlich: „Wer die Selbstverwaltung beschneidet, reduziert Ärzte in Mitverantwortung auf bloße Erfüllungshelfen.“



Spahn (l.) gibt sich gerne als Kümmerer

FOTO: VIRCHOWBUND / LOPATA

Wer eine bessere Versorgung will, der stärkt die Selbstverwaltung und schwächt sie nicht.“

Spahn erwiderte, dass er ein erklärter Fan der Selbstverwaltung sei. Allerdings nur, solange diese funktioniere. „In jedem Gesetz haben wir der Selbstverwaltung zusätzliche Aufgaben übertragen“, meinte er und ertete müdes Lachen von den Vertretern der Körperschaften und Verbände.

Reden, zuhören, umsetzen

Bevormundung, Kontrolle und Einschränkung ist die eine Seite des Spahn'schen Politikstils. Die andere ist eine neue Diskussionsfreudigkeit zwischen BMG und Verbänden. Heinrich erlebt das hautnah in seiner Lobbyarbeit für die Interessen der niedergelassenen Ärzte. „Gesetzesentwürfe sind nicht in Stein gemeißelt, das war unter früheren Ministern noch anders. Unsere Einwände und Vorschläge werden gehört. Wir wissen das zu schätzen.“

Am Beispiel des TSVG machte Heinrich deutlich, wie sich das Gesetz vom ersten Entwurf bis zum finalen Beschluss gewandelt hat. Die Vorgaben zu Pauschalen und Zuschlägen, die Fristen für Neupatienten und die Vergütung für Terminvermittlungen änderten sich mehrfach. Der Virchowbund hatte dafür unzählige Fachgespräche mit Gesundheitspolitikern und Referenten im BMG geführt.

Konsequente Realpolitik und ein langer Atem zahlen sich dank der neuen Diskussionskultur aus, resümierte Heinrich. Am Ende stehe mit dem TSVG ein Kompromiss, der allen Seiten Zugeständnisse abverlange. „Das ist die Natur eines Kompromisses.“

Bei aller berechtigter Kritik am TSVG sei der endlich gelungene Einstieg in die Entbudgetierung etwas „auf das wir Ärzte auch mal stolz sein dürfen. Das lassen wir uns nicht wieder wegnehmen“, schwor Heinrich die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ein.



Bundeshauptversammlung 2019

5 Jahre „klug entscheiden“: Man muss viel wissen, um wenig zu tun

Vor fünf Jahren machte die Initiative „Klug entscheiden“ von sich reden. Seitdem sind viele Empfehlungen gegen Über- und Unterversorgung entstanden. Im Versorgungsalltag kommen sie aber noch zu wenig an.

Inspiziert vom „choosing wisely“-Programm des American Board of Internal Medicine (ABMI) hob die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) 2015 die Initiative „Klug entscheiden“ aus der Taufe und

definierte Bereiche für wissenschaftlich belegte diagnostisch-therapeutische Maßnahmen, die entweder zu selten angewandt werden oder nicht notwendig sind – klassische Unter- bzw. Überversorgung.



Prof. Dr. Elisabeth Märker-Hermann blickt zurück auf fünf Jahre „Klug entscheiden“

FORMALIEN

Auf Basis von wissenschaftlichen Leitlinien hat die DGIM, unterstützt von zwölf medizinischen Fachgesellschaften, inzwischen sowohl Positiv- als auch Negativempfehlungen formuliert. Zu den Negativempfehlungen zählen beispielsweise Antibiotikagabe bei viralen Infekten, das Ultraschallscreening auf Schilddrüsenveränderungen bei Menschen über 60 Jahre oder das MRT bei nichtspezifischem Kreuzschmerz unter sechs Wochen ohne „Red Flags“.

Prof. Dr. Elisabeth Märker-Hermann, zwischenzeitliche DGIM-Vorsitzende, hatte die Initiative gemeinsam mit Prof. Dr. Gerd Hasenfuß und Prof. Dr. Michael Hallek in Deutschland maßgeblich etabliert und vorangetrieben. Bei der Bundeshauptversammlung des Virchowbundes ließ Märker-Hermann den Erfolg von fünf Jahren „klug entscheiden“ Revue passieren.

Partizipative Medizin stärken

Sorge vor Behandlungsfehlern und Druck der Patienten seien einer DGIM-Umfrage zufolge die häufigsten Gründe für überflüssige diagnostische oder therapeutische Maßnahmen. „Klug entscheiden“ wolle daher Hilfe bei der Indikationsstellung geben und dafür sensibilisieren, nicht immer alles Machbare durchzuführen. „Man muss viel wissen, um wenig zu tun“, fasst sie zusammen.

Die Initiative wolle aber weder Leitlinien noch Anamnese, Untersuchung, Gespräch oder evidenzbasierte Entscheidungen ersetzen. Vielmehr gehe es darum, die partizipative Entscheidungsfindung zu stärken und Patienten zu schulen. Denn diese sollten nicht fälschlicherweise das Gefühl haben, sie bekämen Leistungen vorenthalten – besonders vor dem Hintergrund der Diskussion um Zwei-Klassen-Medizin.

In der anschließenden Podiumsdiskussion mit ärztlichen Vertretern aus dem Deutschen Bundestag sowie einem Hausarzt und einer Fachärztin aus dem



Die Podiumsteilnehmer (v.l.: Märker-Hermann, Wessel, Rieser, Wambach, Ullmann) sprechen sich für mehr Patientenkompetenz aus

Versorgungsalltag zeigte sich: Bei der Umsetzung der Initiative im Alltag ist noch Luft nach oben. „Unterversorgung zu definieren ist viel leichter als Überversorgung“, gestand Märker-Hermann. Auch in den Fachgesellschaften würden Empfehlungen zur Unterversorgung leichter akzeptiert.

Mit Qualitätsindikatoren zum Erfolg

Der Hausarzt Dr. Veit Wambach schlug vor, Qualitätsindikatoren basierend auf den Empfehlungen zu entwickeln und das Erreichen der Ziele zu belohnen. „Dadurch erhöhen wir den Druck, klug zu entscheiden und nutzen finanzielle Anreize dort, wo Mehrwert für den Patienten damit verbunden ist“, sagte der Stellvertretende Vorsitzende des Virchowbundes. Kleinteiligere politische Regelungen seien dagegen in den allermeisten Fällen nicht nötig.

Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Gesundheitspolitikerin der Grünen, will, dass Ärzte sich die Zeit nehmen, Patienten klarere Anweisungen in verständlicher Sprache zu vermitteln. Als Beispiel nannte sie eine Ärztin in ihrem Bekanntenkreis, die häufig Bewegung verordne. „Sie gibt ihren Patienten einen Stadtplan mit, auf dem je ei-

ne Strecke in Rot, eine in Gelb und eine in Grün eingezeichnet ist. Sie verordnet dann zweimal täglich 500 Meter, also die rote Strecke, und zweimal wöchentlich einen Kilometer, also gelb. Das ist konkret, damit können Patienten etwas anfangen.“ Diese Art der Vermittlung koste natürlich Zeit und müsse auch vergütet werden.

Märker-Hermann pflichtet ihr bei: „Medizin ist erlebnisintensiv. Patienten wollen das Gefühl haben, dass sie aktiv etwas beitragen.“ Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP) und Dr. Christiane Wessel, stellvertretende Vorsitzende im Virchowbund, sprachen sich zudem für Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz aus. Auch Selbsthilfegruppen sollten stärker in die „Klug entscheiden“-Empfehlungen mit einbezogen werden.

Die Entschlüsse der Bundeshauptversammlung in Auszügen

Eine Auswahl der wichtigsten Entschlüsse der Bundeshauptversammlung 2019:

Digitale Innovationen nicht allein über die Krankenkassen

Die Bundeshauptversammlung fordert den Gesetzgeber auf, beim anstehenden Digitale-Versorgungs-Gesetz (DVG) zu verhindern, dass ausschließlich gesetzliche Krankenkassen digitalen Versorgungsinnovationen anbieten können (Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen durch Krankenkassen § 68a, 68b SGB V). 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 gar sich Krankenkassen hierzu an bestimmten Strukturen beteiligen können, entsteht ein einseitiger Einfluss auf das Patienten-Arzt-Verhältnis zu Lasten der Leistungserbringer. Zudem besteht die Gefahr, dass überwiegend Krankenkasseninteressen die Patienteninteressen überdecken werden. Der Versorgungsbedarf für digitale Innovationen kann eben nicht alleine durch

die gesetzlichen Krankenkassen festgestellt werden. Die Feststellung eines solchen Bedarfes erfordert Anamnese, Diagnose und Indikationsstellung einer Therapie durch Ärzte. Insofern muss es auch den ärztlichen Organisationen und Körperschaften ermöglicht werden, eigene Entwicklungen über die genannten gesetzlichen Regelungen hinaus in die Versorgung einzubringen.

Unterstützung der Versicherten bei der Anlage und Verwaltung der elektronischen Patientenakte

Die Bundeshauptversammlung fordert den Gesetzgeber auf, im Digitale-Versorgungs-Gesetz (DVG) zu berücksichtigen, dem Patienten Unterstützung bei der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) zu gewährleisten. Es ist nicht Bestandteil der kurativen Versorgung durch den Arzt, eine umfassende, alle gesundheitlichen Belange erfassende Patientendokumentation zu erstellen. Dies ist primäre Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen für ihre Versicherten.

Daher ist eine Abgrenzung zu den selbstverständlich notwendigen vertragsärztlichen Dokumentationspflichten vorzunehmen. Derartige Dokumenta-

tionen, wie beispielsweise die elektronische Fallakte, sind ärztliche Leistungen. Solche entsprechend zu vergüten, ist eine Selbstverständlichkeit. Diese Vergütungsbestandteile müssen jedoch außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung beglichen werden und ihrer Höhe nach angemessen sein.

Dabei ist insbesondere die künftige Entwicklung des Aufwandes in der Arztpraxis zu beobachten. Der Übergang von derzeit noch analogen, also papierhaften Dokumentationen in eine digitale Akte erfordert Aufwand. Dieser kann nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sein. Auch der sich abzeichnende erhöhte Informationsbedarf seitens der Patienten zu allen in der ePA enthaltenen Informationen kann nicht von Vertragsärzten bewältigt werden.

Die Bundeshauptversammlung schlägt daher eine Evaluation zur Einführung der ePA in Pilot- oder Testregionen vor, um den zusätzlichen Aufwand repräsentativ zu erheben und zu quantifizieren.

Digitalisierung muss mehr Arzt-Patienten-Zeit ermöglichen

Die Bundeshauptversammlung stellt fest, dass uns der Bundesgesundheitsminister Spahn in den letzten Monaten mit einer Vielzahl von Gesetzesentwürfen bedacht hat und sukzessive den Einfluss des Staates auf das Gesundheitswesen vergrößert.

Der NAV-Virchow-Bund hält viele seiner Vorschläge für einen wachsenden Eingriff in unsere Selbstverwaltung und empfindet, dass sich die Ärzteschaft auf dem direkten Weg zur Staatsmedizin befindet. Neben den zunehmenden Beschneidungen unseres ärztlichen Handelns bleibt es weiterhin bei Pauschalierungen, Budgetierungen und drohenden Sanktionen. Dies bedroht die Freiberuflichkeit.

Die Digitalisierung soll unsere medizinische Versorgung vereinfachen und sie



Die Delegierten stimmten über rund 50 Anträge ab



Auch die Landesgruppen brachten Vorschläge ein

hoffentlich verbessern. Daten und Befunde sollen einfacher ausgetauscht werden können, beispielsweise sollen Medikamenteninteraktionen oder Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Wir Ärzte müssen die Digitalisierung von der Basis lenken. Von Beginn an müssen wir bei der Ausarbeitung gefragt und gehört werden

Konnektor-Risiko nicht bei den niedergelassenen Ärzten abladen

Die Bundeshauptversammlung verlangt, dass Politik, Kassenärztliche Vereinigungen und gematik das Datenrisiko bei Installation und Betrieb der Konnektoren nicht bei den niedergelassenen Ärzten abladen.

Niedergelassene Ärzte sind in der Regel keine IT-Experten, die beurteilen können, ob bei Verwendung, Aufstellung und Betrieb der Konnektoren Schäden jeder Art, insbesondere datenschutzrechtliche, ausgeschlossen sind.

Der NAV-Virchow-Bund hält eine allgemeine Erklärung von gematik und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zur Haftungsfreistellung für völlig unzureichend. Im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung ist es mehr als fraglich, ob

ein Gericht diese Erklärung im Einzelfall als strafbefreiend bewertet.

Der Verband fordert daher, dass die Korrektheit und insbesondere die Datensicherheit mit Unterschrift der gematik und des Installateurs des Konnektors bestätigt werden.

Regelung der Haftungsproblematik der Digitalisierung

Die Bundeshauptversammlung fordert die Bundesregierung auf eine klare Regelung der Haftungsfrage bei der Digitalisierung zu schaffen. Sowohl im Bereich der Datensicherheit als auch bei der Frage fehlender Daten bei der elektronischen Gesundheitsakte. Der NAV-Virchow-Bund lehnt es ab, dass die Haftung bei den Ärzten liegt, wie es seitens der Datenschutzbehörden gefordert wird. Diese weisen den Praxisinhabern die datenschutzrechtliche Mitverantwortung und Mithaftung an der Telematikinfrastruktur zu.

Impfen muss weiter allein ärztliche Leistung bleiben

Die Bundeshauptversammlung wehrt sich dagegen, dass künftig Impfungen in Apotheken durchgeführt werden sollen, wie

im neuen Apothekengesetz von Bundesgesundheitsminister Spahn vorgesehen. Dies ist aus ärztlicher Sicht abzulehnen. Korrekte Impfindikationen müssen durch Ärzte erfolgen ebenso wie die Beurteilung von Kontraindikationen. Apotheker können diese Fachkenntnis nicht vorweisen. Zudem sind z. B. in Mecklenburg-Vorpommern alle impfenden Ärzte über die Ärztekammer verpflichtet, mindestens alle 5 Jahre einen spezifischen Qualifikationsnachweis („Impf-Zertifikat“) zu erbringen, wonach dann die Abrechnung von Impfleistungen möglich ist. Daher muss die Durchführung von Impfungen zwingend in ärztlicher Hand bleiben.

Aufbau einer nationalen Medikamenten- und Impfstoffreserve

Die Bundeshauptversammlung fordert den Gesetzgeber auf, angesichts der immer häufiger werdenden und zum Teil die Versorgung der Bevölkerung gefährdenden Engpässe bei der Medikamenten- und Impfstoffversorgung, eine nationale Medikamenten- bzw. Impfstoffreserve analog der Gas- und Ölreserven des Bundes für entsprechende Mangelsituationen aufzubauen.

Eigenständige staatliche Forschung für Reserveantibiotika

Die Bundeshauptversammlung fordert eine eigenständige staatliche Forschung zur Entwicklung von Reserveantibiotika gegen multiresistente Keime.

Angesichts der steigenden Zahl von Infektionen durch multiresistente Keime und der durch falschen Antibiotikaeinsatz zunehmenden Resistenzbildung bei Keimen ist es eine Aufgabe der staatlichen Daseinsvorsorge und im Sinne der nationalen Sicherheit, eine ausreichende Zahl wirksamer Reserveantibiotika vorzuhalten.

Da für Arzneimittelhersteller offenbar zu wenig wirtschaftliche Anreize für eine verstärkte Forschung in diesen Bereichen bestehen, muss dies der Staat selbst in die

Hände nehmen, idealerweise im europäischen Forschungsverbund und verbunden mit einer ausreichenden und sicheren Bevorratung in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union.

Maßnahmen gegen Lieferengpässe von Medikamenten und Impfstoffen

Die Bundeshauptversammlung fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, ausstehende Maßnahmen zur Vermeidung von Lieferengpässen von wichtigen Medikamenten und Impfstoffen nachzuholen.

Seit Jahren nehmen die Lieferengpässe von Medikamenten (Antibiotika, Chemotherapeutika, Augentropfen u. a.) und Impfstoffen auch im ambulanten Bereich drastisch zu.

Bereits auf dem 120. Deutschen Ärztetag 2017 wurde auf Antrag von Klaus Spies (Berlin) die Bundesrepublik aufgefordert, politische Lösungen zu entwickeln, um die Versorgung der Bevölkerung mit lebenswichtigen Medikamenten und Impfstoffen sicherzustellen.

Von Apothekerkreisen wird eine Verpflichtung der pharmazeutischen Industrie zur Vorratshaltung gefordert. Außerdem sollten Großhändler und Apotheken mit Großhandelserlaubnis mit einem Exportverbot für dringend benötigte Fertigarzneimittel belegt werden, um so die Versorgung der Bevölkerung in Deutschland mit diesen Arzneimitteln zu verbessern.

Keine Streichung der DMP-Kostenpauschale

Die Bundeshauptversammlung lehnt eine Streichung der DMP-Kostenpauschale im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ab. Mit dem Entwurf eines Gesetzes für fairen Kassenwettbewerb (GKV-FKG) sollen die Sonderzuweisungen für Versicherte, die in Disease-Management-Programme eingeschrieben sind, aufgehoben werden. Damit fehlt den Krankenkassen der Anreiz, DMP zu fördern. Von einer Streichung der DMP-

Kostenpauschale sind viele Fachgruppen stark betroffen. Mit der Streichung drohen massive Rückschritte beim Behandlungsniveau von chronisch Kranken.

Einheitliche Todesbescheinigung für alle Bundesländer

Die Bundeshauptversammlung fordert die die Einführung einer einheitlichen Todesbescheinigung für alle Bundesländer. Dies würde auch die oftmals kritisierte Qualität der Angaben auf der Todesbescheinigung verbessern und den Ärzten im Sinne einer Entbürokratisierung die Tätigkeit erleichtern.

Entschiedenes Eintreten für den Klimaschutz

Die Bundeshauptversammlung fordert die Bundesregierung, die Landesregierungen und Kommunen zum Erhalt der Gesundheit und des Wohlergehens der Menschen auf, die im Pariser Klimaabkommen eingegangenen Verpflichtungen einzuhalten und sich in ihrer Klimapolitik von der Wissenschaft leiten zu lassen.

Gesundheit und Wohlergehen der Menschen hängen ganz wesentlich vom Erhalt der natürlichen Lebensgrundlagen ab, die von der Klima- und Umweltkrise massiv bedroht sind. Dies zeigen gerade die jüngsten UN-Berichte in besorgniserregender Weise: 1,5-Grad-C-Sonderbericht des Weltklimarates, WHO-COP-24-Sonderbericht Health & Climate Change, der Umweltbericht der Vereinten Nationen (Global Environmental Outlook — GEO) und der State of the Global Climate Report der Weltorganisation für Meteorologie.

Die Begrenzung des Temperaturanstiegs auf 2 Grad Celsius (möglichst 1,5 Grad Celsius) gegenüber der vorindustriellen Zeit, zu der sich die internationale Staatengemeinschaft im Pariser Klimaabkommen verpflichtet hat, würde mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit einen Teil der katastrophalen Auswirkungen der Erderwärmung noch abwenden. Eine darüber

hinaus gehende Erwärmung beinhaltet das große Risiko eines sich selbst verstärkenden und nicht mehr kontrollier- und umkehrbaren Temperaturanstiegs mit unabsehbaren Folgen für Gesundheit und Wohlergehen vieler Menschen.

Ärztinnen und Ärzte sind der menschlichen Gesundheit und der Verminderung von Leid verpflichtet. Angesichts dieser immensen Krise können wir daher nicht schweigen, wenn Regierungen nicht das Notwendige tun, um die Gesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger vor den Gefahren der Klimakrise und Umweltzerstörung zu schützen.

Verbot von Elektro-Scootern

Die Bundeshauptversammlung fordert ein Verbot von Elektro-Scootern. Gut vier Monate nach deren Zulassung zeigt sich, dass die erheblichen Unfallgefahren, die Beeinträchtigungen der Verkehrssicherheit und die ökologische Bilanz in keinem Verhältnis zum Nutzen stehen.

In einer ersten Bilanz lässt sich feststellen, dass die Unfallgefahren beträchtlich und die Schwere der Unfälle erheblich sind. Dies ist teilweise auch darauf zurückzuführen, dass für das Fahren von



Hohe Konzentration bei den Delegierten

FORMALIEN

Elektro-Scootern keine Helmpflicht besteht. Zudem haben die Behörden keine Kapazitäten für Kontrollen, so dass beispielsweise das eigentlich verbotene Befahren durch zwei Personen und die Nutzung von Fußwegen häufig vorkommt und zu einer Beeinträchtigung der Verkehrssicherheit führt.

Bei einer durchschnittlichen Lebensdauer bis zu drei Monaten bei Leih-Scootern ist dieses Verkehrsmittel zudem auch ein ökologischer Unsinn.

Strengere Regeln bei E-Zigaretten

Die Bundeshauptversammlung fordert strengere Regeln für die Abgabe von E-Zigaretten. Für E-Zigaretten und aromatisierte Flüssigkeiten (Liquid's) gelten derzeit nur die Regeln des Lebensmittelrechts. Für diese ist die tabakpflichtige Vorgabe, dass alle Inhaltsstoffe in absteigender Reihenfolge ihres Gewichtsanteiles auf der Packung stehen müssen, nicht zwingend.

Mit Blick auf schwere Lungenerkrankungen und Todesfälle in den USA, die mit dem Dampfen von E-Zigaretten zusammenhängen, muss seitens der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, den Verbraucherzentralen und auch der Ärzte, über die gesundheitlichen Gefahren von E-Zigaretten und die Deklaration der In-

haltsstoffe aufgeklärt werden, insbesondere Jugendliche, und eine gesundheitliche Auswertung erfolgen, ähnlich wie bei den Zigarettenpackungen. Zudem sollte keine Abgabe an Jugendliche erfolgen.

Organspende: Information und Aufklärung intensivieren

Die Bundeshauptversammlung fordert intensivere Informationen und Aufklärungen zum Thema Organspende. Von der fraktionsübergreifenden Gruppe von Abgeordneten um Bundesgesundheitsminister Spahn wird der Systemwechsel von der Entscheidungs- zur Widerspruchslösung propagiert, dabei auf Spanien verwiesen. Spanien liegt an der weltweiten Spitze der Organspenderzahlen: 46,9 Spender pro Million Einwohner erreichte Spanien im Jahr 2017, in Deutschland waren es nur 10,4 Spender pro Million Einwohner.

In Spanien stieg aber die Zahl der Organspender nicht durch die Einführung der Widerspruchslösung an, sondern dadurch, dass von spezialisierten Intensivmedizinern geschulte Teams gezielt nach Patienten Ausschau halten, die für eine Organspende infrage kommen. Wichtiger als die Entscheidung zu einem Systemwechsel zur Widerspruchslösung, ist die

Die vollständige Liste aller Entschlüsse finden Sie unter bit.ly/bhv-vb19

Information der Bevölkerung zur Organ- und Gewebespende.

Ärztliche Praxen und Krankenhäuser sowie die Gesundheitsministerien der Länder sollten insofern die Bevölkerung in regelmäßigen Abständen über die Grundlagen und Abläufe der Organspende informieren.

Umsetzung einer Öffentlichkeitsaufklärung zu den Auswirkungen der zunehmenden Multimedienutzung

Die Bundeshauptversammlung fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf eine breit angelegte Öffentlichkeitsaufklärung zu initiieren, zum verantwortungsvollen und selbsteingeschränkten Multimediaumgang, nicht nur am Arbeitsplatz, sondern auch in der Freizeit.

MFA-Fortbildung für den Krankenhausbereich vermeiden

Die Bundeshauptversammlung spricht sich gegen zweckentfremdete Fortbildung von MFA im stationären Krankenhausbereich aus.

In Berlin plant Helios fertig ausgebildeten MFA mit einem 400-Stunden-Curriculum den Abschluss als OTA für stationäre Operationen zu ermöglichen. Es besteht die Sorge, dass MFA aus der niedergelassenen ambulanten Medizin zunehmend in den Krankenhaus-Sektor abgezogen werden sollen und der Personalmangel in den Praxen sich weiterhin verstärkt.

Außerdem ist OTA ein eigenständiger Ausbildungsberuf, der mit diesem Kurs untergraben wird. Landesärztekammern sollen bei Anfragen dem Curriculum nicht zustimmen.



Minister Spahn musste sich kritischen Fragen stellen

FOTO: VIRCHOWBUND / LOPATA



URKUNDE

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

Herrn Dr. med. Andreas Köhler

in Würdigung seiner Verdienste die
Kaspar-Roos-Medaille

Dr. Andreas Köhler, geboren am 20. November 1960 in Hambrücken bei Bruchsal, studierte Medizin und Betriebswirtschaft. Nach der Approbation und Weiterbildung in der Chirurgie, arbeitete er als Geschäftsführer einer Klinik und begann 1995 seine Tätigkeit als Referent für Grundsatzfragen und als Leiter des Dezernates „Gebührenordnung und Vergütung“ bei der Kassenärztlichen Vereinigung Südwürttemberg. Er wechselte 1999 zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zunächst als stellvertretender Hauptgeschäftsführer und ab 2004 als Hauptgeschäftsführer der KBV. Die Vertreterversammlung wählte ihn zum 1. Januar 2005 als Vorstandsvorsitzenden und bestätigte ihn im März 2011 in diesem Amt.

Seitdem sich Dr. Andreas Köhler für eine Tätigkeit in der ärztlichen Selbstverwaltung entschieden hat, zieht sich deren Mitgestaltung und dessen Entfaltung zum Wohle des ärztlichen Standes wie ein roter Faden durch seinen Berufsweg. Es gelang ihm, mit seinem umfangreichen Wissen, Machtbewusstsein, der richtigen Strategie und mit entsprechendem Mut, die Möglichkeiten der Selbstverwaltung zu nutzen und auszubauen, sie zu stärken und – wo erforderlich – um ihren Erhalt zu kämpfen.

Seine Zeit als Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist bis heute mit vielen strukturellen Veränderungen und wirtschaftlichen Erfolgen verbunden: Dr. Andreas Köhler ist der Vater des Modells der 5 Versorgungsebenen (Grundversorgungsebene, wohnortnahe fachärztliche Versorgungsebene, spezialisierte fachärztliche krankenhausaufnahmegestützte Versorgungsebene, stationäre Grund- und Regelversorgung, stationäre spezialisierte Versorgungsebene). In Weiterentwicklung dieses Versorgungsmodells gilt er als der Begründer der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV).

In seiner Amtszeit förderte er das sinnvolle Nebeneinander von Kollektiv- und Selektiv-Vertragswelt. Er sah Selektivverträge als eine sinnvolle Ergänzung an und zog damit eine innerärztliche Friedenslinie zu den Vertretern der Selektivvertragswelt. In dieser Kontroverse hat Andreas Köhler damals bestehende Konfliktlinie zum Hausärzterverband befriedet, in dem er eine für die Hausärzte

zufriedenstellende Bereinigungslösung für Hausarztverträge entwickelt und umgesetzt hat.

Zu einem neuen Miteinander kam es in seiner Amtszeit auch zwischen der Körperschaft und den freien Verbänden: Köhler erkannte während der Ärzteproteste in den Jahren 2007 und 2008 die Chancen des Zusammenspiels von freien ärztlichen Verbänden und der Körperschaften und ermöglichte somit erstmals einen koordinierten Protest, bei dem die Verbände die Protest-Führerschaft übernahmen und die KBV sie dabei unterstützte. Als ein Erfolg dieser Proteste gilt das darauffolgende Gesetzgebungsverfahren, in dem die ärztlichen Forderungen erfüllt und das Morbiditätsrisiko wieder größtenteils auf die Krankenkassen zurückverlagert wurde.

Auch die Honorarpolitik zählt zu den Aktivposten auf seiner Bilanz: In seiner neunjährigen Amtszeit stieg das Honorarvolumen um über 50 Prozent. Selbst in der Finanzkrise 2009, mitten in einer Rezession – während nahezu alle Berufsgruppen Einkommensverluste hinnehmen mussten – stieg das ärztliche Honorar.

Er ist heute unbestritten der Vertreter einer Selbstverwaltung, die funktioniert, die einen aktiven Gestaltungswillen zeigt und zugleich alle Einflussnahme von Staat und Krankenkassen abwehrt.

Dr. Andreas Köhler gilt nach wie vor als einer der wenigen großen Denker und Strategen im Gesundheitssystem, er genießt Respekt und Achtung bei allen Akteuren im Gesundheitswesen, seien es Krankenkassen, Krankenhäuser oder Politik.

Dr. Andreas Köhler hätte oftmals die Möglichkeiten gehabt, die Seiten zu wechseln, sein Wissen und Können anderen zur Verfügung zu stellen, aber er ist vor allem einem treu geblieben: der ärztlichen Sache!

Dr. Andreas Köhler hat sich um die niedergelassene Ärzteschaft verdient gemacht. Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., zeichnet Dr. Köhler daher mit der Kaspar-Roos-Medaille aus.

Berlin, den 25. Oktober 2019



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@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@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@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@virchowbund.de

Stand: September 2020

LANDESGRUPPEN



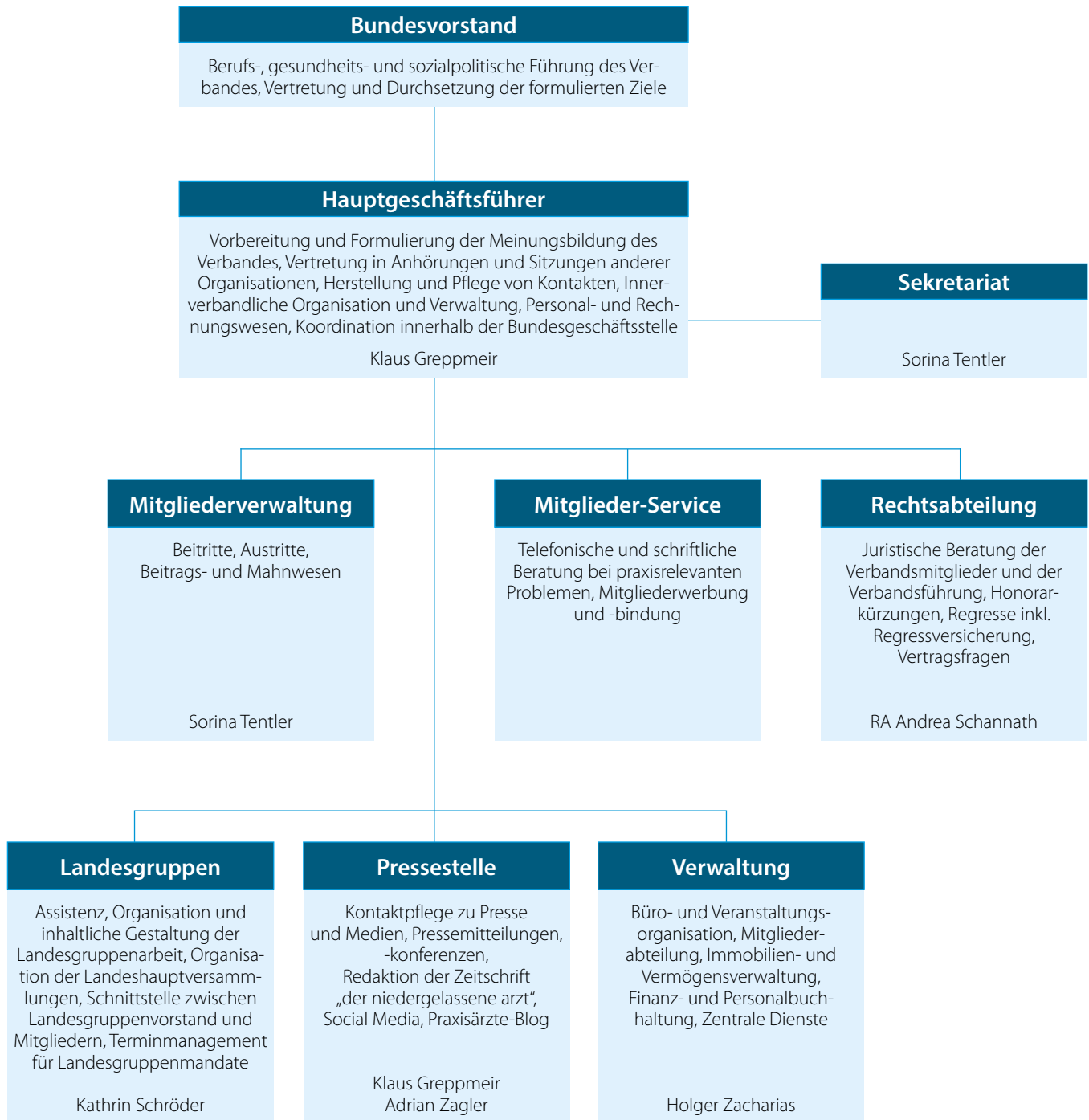
The image features a map of Germany divided into 16 federal states. Orange lines with arrows connect each state to its corresponding contact information. The states and their respective contact details are as follows:

- Hamburg**
Dr. Dirk Heinrich
Rennbahnstraße 32c
22111 Hamburg
Fon: (0 40) 6 51 78 70
Fax: (0 40) 65 90 15 51
heinrich@virchowbund.de
- Schleswig-Holstein**
Matthias Seusing
Werdenfeller Straße 2
24146 Kiel
Fon: (04 31) 78 92 29
info.schleswig-holstein@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@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@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@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@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 2020

GESCHÄFTSSTELLE

(genannt sind die wichtigsten Aufgaben)



Stand: Oktober 2020



Joe Bausch
Schauspieler,
Autor, Arzt und
apoBank-Mitglied

Nix für Tiefstapler.

Hoch hinaus geht es mit unserer strategischen Vermögensplanung. Für Ihre Ziele heute und für einen komfortablen Ruhestand morgen:
apobank.de/vermoegensturm

AUS DEN LANDESGRUPPEN

BADEN-WÜRTTEMBERG

Appell an Spahn: Ärzte endlich nach Leistung bezahlen

Die Landesgruppe Baden-Württemberg appelliert an den Gesundheitsminister: „Herr Minister Spahn, ermöglichen Sie eine effektivere, bessere und produktivere Patientenversorgung: Schaffen Sie Pauschalierung und Budgetierung des Honorars bei den Praxisärzten endlich ab!

Vergüten Sie den Ärzten die Leistungen, die sie in sechs Jahren Studium und mindestens fünf Jahren Weiterbildung zum Facharzt er-

lernt haben. Diese können sie zurzeit aber an ihren Patienten Großteils nicht erbringen, weil Budgets und Pauschalen zu eng bemessen sind. Es ist nicht weiter hinnehmbar, dass Ärzte, die diese Begrenzungen überschreiten, notwendige Leistungen selbst bezahlen müssen. Pauschalen sind leistungsfeindlich, weil sie weder den Patienten noch dem unterschiedlichen Leistungsspektrum der Arztpraxen gerecht werden können.

Dies führt nicht nur zu Frust bei den Ärzten, die gerne ihr volles Leistungsspektrum zu Wohle ihrer Patienten einsetzen würden. Es führt auch dazu, dass sie im Laufe der Jahre ihr Knowhow verlieren, wenn sie

ihre teuer erworbenen Kenntnisse nicht mehr anwenden können. Bei Budgetierung und Pauschalierung werden dem Arzt im Fall einer Überschreitung nicht einmal mehr die Praxiskosten vergütet – von der eigenen Arbeitsleistung ganz zu schweigen.

Die Leidtragenden sind letzten Endes auch die Patienten und – wegen der hiermit verbundenen unnötig längeren Fehlzeiten bei der Arbeit – unsere gesamte Volkswirtschaft durch Milliardenkosten.

Durch diese Fehlsteuerung im System wird dem Hausarzt z. B. verwehrt, seine Facharztkenntnisse voll einzubringen. Er überweist deshalb den Patienten lieber weiter und mutiert so zum „Facharzt für Händedruck und Überweisung“. Folge: längere Krankheitszeiten und unnötige Wartezeiten beim Spezialisten.

Deshalb: weg mit Pauschalen und Budgets! Honorieren Sie die Ärzte nicht länger über Pauschalen, sondern nur noch nach den Leistungen, die sie erbracht haben. Wenn der Arzt an der Basis seine

Kenntnisse einsetzen kann, ohne Angst zu haben, bei den Kosten drauflegen zu müssen, kann er seinen Patienten auf Facharztniveau häufig selbst umfassend behandeln. Er kann so oft auf eine Überweisung verzichten. Das spart Kosten!

Wenn Sie, Herr Minister Spahn, dann auch dafür sorgen, dass jeder Patient eine Rechnung erhält, in einer Gebührenordnung, die er auch verstehen und kontrollieren kann, hätten Sie einen großen Schritt getan, weg von der „Black Box“ Gesundheitswesens hin zu mehr Transparenz.

Die Ärzteschaft hat nichts zu verbergen!“



Der Brief aus Baden-Württemberg fand breiten Zuspruch

Digitalisierung bedeutet nicht zwangsläufig eine gute medizinische Betreuung

Die Landesgruppe Baden-Württemberg sieht die zahlreichen Vorschläge und Gesetzesregelungen von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn als einen Eingriff in die ärztliche Selbstverwaltung.

Im Mittelpunkt der Diskussion bei der regionalen Jahreshauptversammlung 2019 in Singen stand die Forderung vonseiten des Gesundheitsministeriums nach einem Ausbau der Digitalisierung. Nach Ansicht des Gesundheitsministeriums soll die Digitalisierung die medizinische Versorgung der Patienten vereinfachen und verbessern. Daten und Befunde sollen einfacher und zeitnah zwischen Ärzten ausgetauscht und damit beispielsweise Medikamenteninteraktionen oder Doppeluntersuchungen vermieden werden. „Die Digitalisierung wird geradezu frenetisch als Heilsbringer unseres Gesundheitssystems gefeiert“, warnte die Landesgruppenvorsitzende, Dr. Brigitte Szaszi.

Digitalisierung bedeute nicht zwangsläufig eine bessere medizinische Betreuung der Patienten. „Gute Medizin basiert auf einer ausgezeichneten Aus- und Weiterbildung, einer gründlichen Untersuchung, Erfahrungswerten, einer von Empathie getragenen Kommunikation zwischen Arzt und Patient sowie einem Zeit und Aufwand gerecht werdenden Austausch der

verschiedenen an der Therapie beteiligten Fachgruppen“, so Szaszi weiter.

Digitalisierung müsse zum Ziel haben, dass mehr Zeit bleibt für das ärztliche Gespräch: „Wir wollen nicht noch mehr Zeit am Computer verbringen.“ Sollte es nicht gelingen, dass modernste Technik Zeit einspart, die dem Gespräch zwischen Arzt und Patient zugutekommt, werde die Frustration für zukünftige Ärztegenerationen weiter steigen, heißt es aus der Landesgruppe.

„Checklisten, Leitlinien und Standards sind sinnvoll und wichtig, aber Menschen und Diagnosen sind eben nicht immer standardisiert. Es ist oft wichtig, Hintergründe zu kennen oder zu erfragen, den Menschen als Ganzes zu erfassen“, so die Allgemeinmedizinerin Szaszi. Und das geschehe eben nur im direkten Austausch. „Hüten wir uns davor, zu glauben, dass die Digitalisierung das Allheilmittel unseres kranken Gesundheitssystems ist. Die eigentliche Problematik – den Ärztemangel – wird sie nicht lösen.“



Dr. Brigitte Szaszi

Obwohl die Zahl der Ärzte steigt, verschärft sich der Ärztemangel immer weiter. Alle vier Stunden geht laut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung rechnerisch ein Arzt verloren. Der Grund: Immer mehr Ärzte wollen in Teilzeit arbeiten, immer weniger selbstständig sein. Für zwei ausscheidende Ärzte würden drei neue benötigt, um die Versorgung auf dem gleichen Niveau zu halten. „Die aktuellen politischen Tendenzen mit der Befürchtung einer zunehmenden Bürokratisierung schrecken nach unserer Ansicht wieder mehr junge Kollegen vor der Niederlassung ab“, glaubt Szaszi.

MITTELDEUTSCHLAND

Landeshauptversammlung beim 3-Länder-Ultraschallkongress

Was ändert sich durch das TSVG für niedergelassene Ärzte? Diese Frage stand im Mittelpunkt Hauptversammlung 2019 der Landesgruppe Mitteldeutschland.

Die stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Sachsen, Dr. Sylvia Krug, präsentierte anschaulich die zahlreichen konkreten Auswirkungen des TSVG in der Praxis. Besonders die Erläuterungen zu den Bereinigungsverfahren wurden von



Dr. Kerstin Jäger leitet die Landesgruppe Mitteldeutschland

den Teilnehmern sehr aufmerksam und dankbar aufgenommen. Frau Dr. Krug beantwortete ausführlich die Fragen der Teilnehmer und bot einen Ausblick auf weitere Gesetzesreformen, die in den kommenden Monaten durch das Bundesgesundheitsministerium angestrebt werden.

Die Landeshauptversammlung Mitteldeutschland fand diesmal im Congress Cen-

ter Leipzig (CCL) im Rahmen des jährlichen Dreiländertreffens (D, CH, AT) der wissenschaftlichen Gesellschaften für Ultraschall in der Medizin (DGUM, SGUM, ÖGUM) statt.

Sehr erfreulich ist, dass die gesamte Bandbreite des Serviceangebotes des Virchowbundes in den zahlreichen Gesprächen zwischen den Kongressteilnehmern und den Vertretern des Verbandes am

Stand vor dem Sitzungsraum angefragt wurde. Das Interesse an Informationen kam sowohl von Medizinern am Ende ihrer Weiterbildungszeit, als auch von Ärzten, die bereits viele Jahre in der Niederlassung tätig sind und nun Veränderungen umsetzen müssen und wollen.

NIEDERSACHSEN / BREMEN

Beschämende Ungerechtigkeit bei Corona-Tests

„Warum müssen MFA einen Corona-Test aus eigener Tasche bezahlen, um arbeiten zu dürfen, während Urlaubern der Test kostenlos zusteht?“ Für Dr. Frauke Wulf-Homilius, Vorsitzende der Landesgruppe Niedersachsen/Bremen und niedergelassene Augenärztin, ist dieses Vorgehen kaum nachvollziehbar.



Dr. Frauke Wulf-Homilius

„Unsere MFA sind systemrelevant und haben in den vergangenen Monaten enormen Einsatz gezeigt, um die Versorgung der Bevölkerung auch unter Gefährdung der eigenen Gesundheit sicherzustellen. Nun geraten Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit des Staates bei denen in Zweifel, die sich in der Krise als

seine verlässlichsten Stützen erwiesen haben. Denn anders als einige Urlauber erhalten sie weder Bonuszahlungen noch kostenfreie Tests. Das ist zutiefst beschämend und widerspricht dem gesunden Gerechtigkeitsempfinden.“

Blamabel findet Wulf-Homilius ebenso, dass die niedersächsischen Behörden bislang keine Anstalten machen, ihren finanziellen Verpflichtungen gerecht zu werden. „Während in Bayern die Kommune alle Kosten übernimmt, müssen in Niedersachsen die Ärzte beim Testen der Urlauber draufzahlen“, berichtet sie und fordert schnellstmöglich unkomplizierte Kostenregelungen.

Und nicht nur das: Selbstverständlich müssen die staatlichen Stellen, in deren Auftrag die Kassenärztlichen Vereinigungen zahlreiche Infrastrukturmaßnahmen (z. B. Testzentren zur Infektionsabwehr) aus ihren eigenen finanziellen Rücklagen bezahlt haben, diese Mittel in vollem Umfang zurückerstatten. Es handelt sich dabei um Geld der Vertragsärzte und -psychotherapeuten, das ursprünglich zurückgestellt

wurde, um weitere Verbesserungen in der ambulanten Regelversorgung der Bevölkerung zu finanzieren und die ärztliche Selbstverwaltung zu stärken.

Derzeit schieben Länder und Kommunen sich die Verantwortung dafür gegenseitig zu. „Niemand will für die veranlassten Leistungen im Nachhinein aufkommen. Stillschweigend wird eine Zweckentfremdung öffentlicher Mittel gebilligt“, kritisiert die Vorsitzende der Landesgruppe Niedersachsen/Bremen. „Es kann nicht sein, dass diejenigen, die sich in vorderster Linie für die Gesundheit unserer Bevölkerung einsetzen, diese Maßnahmen praktisch aus eigener Tasche bezahlen.“

NORDRHEIN

Grippeschutzimpfung: Fatales Signal der AOK an die Ärzteschaft

„Ein Schlag ins Gesicht der niedergelassenen Ärzte“: So bezeichnet der Vorsitzende der Landesgruppe Nordrhein die jüngst getroffene Vereinbarung über ein Modellvorhaben zur Grippeschutzimpfung. Demnach sollen erstmals auch Apotheker impfen dürfen. Die Vergütung dafür liegt mit 12,61 Euro netto pro Impfung deutlich über jener für Ärzte.

„Die AOK Rheinland/Hamburg zeigt damit ganz klar, dass es mit ihrer Wertschätzung für die Hausärzte und grundversorgenden Fachärzte nicht weit her ist“, kritisiert Dr. André Bergmann. „Eine ärztlich durchgeführte Influenza-Impfung ist gerade einmal 7,71 Euro wert. Das ist zu wenig, um in der Praxis kostendeckend zu arbeiten.“

Dass Ärzte im Gegensatz zu Apothekern zusätzlich noch die Versicherungspauschale abrechnen können, will Bergmann nicht als Gegenargument gel-

ten lassen. „Die Bezeichnung ‚Pauschale‘ sagt ja schon aus: Darin ist eine ganze Bandbreite von Leistungen enthalten, die innerhalb eines Quartals anfallen. In der Realität mache ich als Arzt eher noch ein Minusgeschäft. In Pandemie-Zeiten, wo die Grippeschutzimpfung so wichtig und sinnvoll ist wie noch nie zuvor, ist das ein Skandal.“

Dabei hatte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn erst vergangene Woche in einem Livestream die niedergelassenen



Dr. André Bergmann

Ärzte gebeten, Grippeimpfungen noch stärker auszuweiten.

„Eine so wichtige Leistung wie das Impfen muss von den Kassen dann auch angemessen bezahlt werden.“ Bergmann fordert eine deutlich höhere Vergütung pro Impfung. Was für Apotheker gelte, müsse auch für Ärzte möglich sein.

Private Feuerwerkskörper verbieten

Die Ärzte der Landesgruppe Nordrhein des Virchowbundes fordern den Gesetzgeber auf, die private Verwendung von Feuerwerkskörpern ganzjährig, auch an Silvester, zu verbieten.

„Die Gefährlichkeit illegaler Feuerwerkskörper steigt. Polizei und Zoll können die Bezugswege nicht mehr ausreichend kontrollierend. Als Folge treten durch private und unsachgemäße Nutzung von Feuerwerkskörpern schwere, zum Teil bleibende körperliche Schäden auf“, warnt der Nordrheinische Landesgruppenvorsitzende Dr. André Bergmann.

Der gesellschaftliche Aufwand – Maßnahmen staatlicher Institutionen und medizinischer Einrichtungen zur Prävention und Behandlung bzw. Beseitigung eingetretener Schädigungen – stehe in keinem Verhältnis zum Recht auf Freiheit des Einzelnen, sich beim Abfeuern von Feuerwerk „zu verwirklichen“. Aus ökologischer Sicht

sei ein Zünden von Feuerwerkskörpern, besonders in regional teilweise unvertret-



Private Feuerwerke hinterlassen oft Müll

AUS DEN LANDESGRUPPEN

barem Ausmaß, ebenfalls nicht sinnvoll und lasse die anderenorts geführten Diskussionen zum ökologischen Fußabdruck absurd erscheinen.

Feuerwerke zu Silvester und anderen großen Festivitäten haben Tradition. Diese Tradition lasse sich jedoch auch mit der Vorschrift erhalten, dass Feuerwerkskörper

nur noch von nachweislich geschultem Personal gezündet werden dürfen, findet Bergmann.

Bergmann wiedergewählt

Am 28. August 2019 veranstaltete die Landesgruppe Nordrhein ihre jährliche Hauptversammlung. Auf der Tagesordnung stand, neben dem den Praxisalltag bestimmenden Thema TSVG, die Wahl des Landesgruppenvorstandes.

Zum TSVG referierte Miguel Tamayo von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Die teils kontroversen und ausführlichen Diskussionen im Anschluss dienten als Grundlage für die Formulierung der Landesgruppenanträge zur Bundeshauptversammlung. Die Themenkomplexe Digitalisierung, Arzneimittelsicherheit, Künstliche Intelligenz (KI), Datenschutz etc. zeigten deutlich, dass bei der derzeitigen Reformwelle im Gesundheitswesen im Arbeitsumfeld eines niedergelassenen Arztes „kein Stein auf dem anderen bleibt“.

Umso erfreulicher, dass der Landesgruppenvorsitzende Dr. André Bergmann (FA für Allgemeinmedizin) erneut das Vertrauen seiner Kollegen ausgesprochen bekam und trotz seiner ausfüllenden Praxisarbeit dem Virchowbund weiterhin als Landesgruppen-

vorsitzender zur Verfügung steht. Als stellvertretende Vorsitzende wählte die Landesgruppe Dr. Dagmar David (FÄ für Arbeitsmedizin) und Dr. Edgar Dewitt (FA für Gynäkologie).

Die ehrenamtliche Arbeit eines Landesgruppenvorstandes lässt sich leichter mit den umfangreichen Aufgaben im Praxisalltag vereinbaren, wenn die Last auf viele Schultern verteilt werden kann. Mit den sechs Beisitzern Fritz Stagge (FA für Gefäßchirurgie), Dr. Dr. Rainer Broicher (FA für HNO-Heilkunde), Dr. Lutz Kindt (FA für Allgemeinmedizin), Dr. Jean-C. Barry (FA für Augenheilkunde), Dr. Eugen Breimann (FA für Allgemeinmedizin) und Dr. Helmut Gudat (FA für Innere Medizin) steht der Landesgruppe Nordrhein zudem eine große Bandbreite an Wissen und Erfahrung verschiedener Fachbereiche zur Verfügung.

Der ehemalige und neue Landesgruppenvorsitzende Dr. Bergmann dankte dem bisherigen Vorstand für seine Arbeit und begrüßte die neu gewählten Vorstandsmitglieder. Er betonte: Je dynamischer der Wandel, umso höher steigt der Wert von Netzwerken und die Bedeutung des Zusammenhaltes über die Grenzen der eigenen Fachgruppe hinweg. Der Vorstand will in den nächsten Jahren vor allem junge Ärzte für die Niederlassung und den Virchowbund begeistern.



SAARLAND

Verordnungsregresse im Einzelfall vermeiden

Groß war das Interesse an dem öffentlichen Teil der diesjährigen Landeshauptversammlung am 23.10.2019. Dies lag sicherlich an der Wahl des Themas: Wie kommt es zu Regressen und wie kann man Regresse vermeiden? Viele Ärztinnen und Ärzte hatten zuvor die Information über Richtgrößenprüfungen erhalten. Zudem wurden in den letzten Quartalen vermehrt Verordnungsregresse im Einzelfall auf Antrag der Primär- und Ersatzkassen gestellt.

Michael Scharwath, der Leiter der gemeinsamen Prüfungseinrichtung Saarland, erläuterte den zum Teil mit emotionaler Betroffenheit teilnehmenden Kollegen wie das Prüfungsverfahren in Gang kommt und in welchen Fällen eine eigene Stellungnahme durchaus Sinn macht.

Orientiert an den wiederholt in den letzten Quartalen gestellten Prüfanträgen, wies er auf off-label-use Verordnungen, die Nichtbeachtung der Form bei Rezeptausstellungen (falsche Unterschrift), aber auch die fehlerhafte Ausstellung von Bescheinigungen (Gefälligkeits-AU) hin. Er empfahl insbesondere die Beachtung der Anlage III der Arzneimittelrichtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Diese ent-

hält eine Übersicht über die Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse. An Fallbeispielen für fiktive Zulassungen, aber auch Medikamenten, deren Zulassungsstatus sich geändert hat (z. B. Aggrenox, Edronax), erläuterte er die Wichtigkeit, sich bezüglich des Zulassungsstatus eines Medikamentes vor Verordnung kundig zu machen. Zudem warnte er vor der Verordnung von Medizinalcannabis, auch als Fertigarzneimittel, ohne die Genehmigung der Krankenkasse abzuwarten. In solchen Fällen mit formalen Ordnungsfehlern könne eine inhaltliche Prüfung über die Berechtigung der Verordnung überhaupt nicht mehr erfolgen.

Auch bei einer Verordnung während des Krankenhausaufenthaltes (Ausnah-

me Rehabilitationseinrichtung) sei der Regress nicht abzuwenden. Unkenntnis schütze nicht.

Insofern sei es besonders bei der Betreuung von Heimpatienten wichtig sich zu vergewissern, dass keine Bevorratungsverordnung seitens der Einrichtung erfolge. Sollte jedoch die Verordnung bei einem Heimpatienten noch zu Lebzeiten ausgestellt, das Rezept aber erst nach dem Todestag eingelöst sein, drohe in der Regel dem Verordner keinerlei Regress. Vor nachträglichen Verordnungen auf Wunsch eines Altenheimes riet er entschieden ab. Auch wies er auf die Notwendigkeit der Codierung einer zu der Medikation passenden Diagnose hin, was immer wieder in Vertretungsfällen unterlassen werde. Um sich vor einem Regress zu schützen sei es auch wichtig, insbesondere im MVZ oder der überörtlichen Gemeinschaftspraxis, penibel darauf zu achten, dass das Rezept ausschließlich vom behandelnden Kollegen unterschrieben wird. Nur beim fachgruppengleichen Arzt am gleichen Praxisstandort dürfen sich Kollegen vertreten, der Weiterbildungsassistent sollte mit im Auftrag (i. A.) unterschreiben.

Zuletzt wies er auf den Medikamentenregress bei Überschreiten der Verordnungsdauer hin, was insbesondere ein Behandlungsproblem bei austherapierten Patienten darstelle. Trotz guter Dokumentation beständen die Krankenkassen zunehmend auf den Regress, wenn die in der Fachinformation auf zwei oder drei Wochen angegebene begrenzte Verordnungsdauer überschritten werde.

Der Referent empfahl zum Abschluss trotz des angesichts des Regressantrags der Krankenkasse empfundenen Verdrusses oder Ärgers gelassen zu bleiben und sein Ordnungsverhalten kritisch zu hinterfragen und zu ändern.

In der anschließenden Wahl wurde der bisherige Landesvorstand bestätigt.



Wiedergewählt:
Dr. Nikolaus Rauber

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Dienst im Abstrich-Container

Landesgruppenvorsitzender Matthias Seusing meldete sich freiwillig zum Dienst im Corona-Abstrich-Container. Die Ärztezeitung und das Ärzteblatt Schleswig-Holstein berichteten über seinen Einsatz.

Dr. Matthias Seusing hat seine Praxis schon vor einiger Zeit an eine Nachfolgerin übergeben. Der Kieler Hausarzt ist im Ruhestand – abgesehen u. a. von seinen Aufgaben im Notdienst und als Abgeordneter in der Kammerversammlung. Mit Ausbruch der Coronakrise ist er genauso wie viele andere Ärzte im Ruhestand aber wieder im Dienst. In Kiel organisiert Seusing das Diagnostikzentrum der KV, wo er eine organisatorische Funktion innehat, aber auch selbst Abstriche nimmt.

Seusing koordiniert die Arbeit im Kieler Diagnostikzentrum der KV, macht selbst Abstriche, organisiert die Dienstpläne. Seit Wochen ist er freiwillig im Dienst, über einen längeren Zeitraum waren es täglich fünf Stunden. Seusing ist einer der zahlreichen Ärzte im Ruhestand, die bundesweit bei der Bekämpfung des Virus helfen

und ohne die die bisherigen Erfolge wohl nicht so schnell eingetreten wären.

Einsatzort ist ein staubiger Sandweg direkt neben dem Olof-Palme-Damm in Kiel. Es ist laut, warm, windig und staubig. Vor zwei Containern mit provisorischer Einrichtung halten Autos, in denen Menschen mit dem Verdacht auf eine Infizierung mit dem neuartigen Coronavirus ungeduldig auf einen Abstrich warten. Seusing hat an diesem Tag keinen Dienst an den Autos, sondern kümmert sich um organisatorische Dinge. Als Notdienstbeauftragter der KV für Kiel, als Gründungsmitglied des Kieler Praxisnetzes und langjährig engagierter Arzt in der Standespolitik verfügt er über zahlreiche Kontakte. Genau die brauchte es, um schnell Kollegen zu finden, die an den Containern Dienst machen. Er hat einen Pool mit rund zehn Kollegen aufgebaut, mehrheitlich sind diese wie er nicht mehr mitten im Berufsleben. „Wir machen hier von zwölf bis 17 Uhr Dienst. Für vollzeitbeschäftigte Kollegen in Krankenhäusern oder Praxen ist es zu diesen Zeiten kaum möglich, hier zu helfen“, sagt Seusing. Also greift er mehrheitlich auf Kollegen zurück, deren 60. Geburtstag schon zurückliegt. Nachteil für die Patienten? „Keine“, sagt Seusing. Gefahr für die Kollegen, die wegen ihres Alters stärker gefährdet sind als junge Ärzte? Das Risiko stuft er wegen Schutzkleidung und Abstand als gering ein, sagt aber auch: „Natürlich sollte diese Arbeit nur von Kollegen gemacht werden, die sich keine Sorgen um ihre Gesundheit machen. Transplantierte oder Kollegen, die eine Tumorbehandlung hinter sich haben, melden sich für so etwas nicht.“

Seusing zählt nicht zu denen, die Probleme an die große Glocke hängen. Nur auf Nachfrage erfährt man, dass längst nicht alles rund läuft. Kommunikations- und Abstimmungsprobleme erschweren die Arbeit.

Standort: Die Adresse auf einem Grundstück in der Nähe des Kieler Lubinus-Clinicums führte dazu, dass in der Mund zu Mund-Propaganda über den Standort der Container nur „bei Lubinus“ genannt wurde. Fatale Folge: Die Patienten mit Verdacht auf eine Infizierung versuchten, direkt in das Klinikgebäude zu kommen. Inzwischen wird nur noch die genaue Adresse genannt. Die aber liegt an einem Wanderweg. Trotz Absperrung müssen die Ärzte während ihrer Arbeit immer wieder mit Hundehaltern diskutieren, weshalb die mit ihren Vierbeinern derzeit auf ihren herkömmlichen Weg verzichten müssen.

Kommunikation: Für einen verlässlichen Überblick über das Infektionsgeschehen und für den Schutz des Einzelnen sind die richtigen Daten unerlässlich. Nicht immer werden die Daten der Patienten richtig genannt oder eingetragen. Das erfordert dann eine zeitaufwendige Recherche oder Nacharbeit. Seusing musste einen Patienten, der ja selbst den Verdacht auf eine Infizierung hatte und bis zum Ergebnis zu Hause bleiben sollte, vier Mal anrufen, bevor er ihn erreichte. Dann erhielt er die Auskunft, der Betroffene sei einkaufen gewesen.

Wie lange die Situation noch anhält, kann selbst ein erfahrener Hausarzt wie Seusing nicht vorhersagen. Zu Euphorie neigt er nicht und die im April einsetzenden Lockerungen bedeuten für ihn keineswegs, dass die Situation unter Kontrolle bleiben wird: „Derzeit ist die Entwicklung erfreulich. Aber es ist sinnvoll, mehr zu testen. Vielleicht machen wir das hier das ganze Jahr.“

Der Text von Dirk Schnack erschien ursprünglich im Ärzteblatt Schleswig-Holstein, Ausgabe 5/2020.



Matthias Seusing
im Corona-Dienst

Sparen Sie Zeit, Geld und Nerven mit dem Virchowbund

Im Virchowbund sind niedergelassene und ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen zuhause. Für ihre gemeinsamen Interessen setzen wir uns in der Bundespolitik ein und auch direkt vor Ort. Und wir unterstützen Sie mit praxisnahen Services. **Damit Sie mehr Zeit haben, einfach Arzt zu sein.**

MUSTERVERTRÄGE



- › Arbeitsvertrag für MFA, angestellte Ärzte, Weiterbildungsassistenten, ...
- › Mietvertrag für ärztliche Praxisräume
- › Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft
- › Praxisübernahmevertrag
- › Datenschutzerklärung für die Praxiswebseite ...

RECHTSBERATUNG



- › Bin ich an den Tarifvertrag für MFA gebunden?
- › Brauche ich einen Datenschutzbeauftragten?
- › Muss ich die Mieterhöhung akzeptieren?
- › Darf ich Befunde per E-Mail versenden?
- › Wie lange muss ich Unterlagen aufbewahren? ...

PRAXISINFOS



- › Mitarbeitergespräch
- › Arbeitszeugnis
- › Ärztliche Atteste
- › Notfall-Plan inkl. Verhalten bei Nadelstichverletzungen
- › Abgabe der Praxis ...



BRENDAN-SCHMITTMANN-STIFTUNG

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@virchowbund.de

Stand: September 2020

FOTO: S. PIETSCHMANN

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

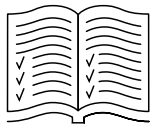
Praxismanagement leicht gemacht

Als Mitglied im Virchowbund genießen Sie uneingeschränkten Zugang zum kompletten Serviceangebot für Ihre Arztpraxis schon ab 15 Euro monatlich. Und das Beste: die persönliche und unbegrenzte Rechtsberatung ist darin bereits enthalten. **Das ist Service, der sich lohnt!**

ONLINE-WISSENSDATENBANK



PRAXISINFOS



MUSTERVERTRÄGE



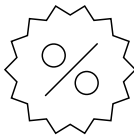
REGIONALE VERANSTALTUNGEN



MITGLIEDER-MAGAZIN



VORTEILSKONDITIONEN UND RABATTE



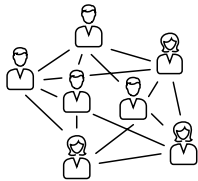
RECHTSBERATUNG



CHECKLISTEN



KOLLEGEN-NETZWERK



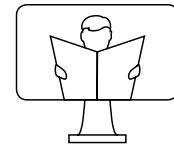
E-LEARNING UND WEBINARE



BEST PRACTICES



NEWSLETTER



Haben Sie Fragen?
Wir sind für Sie da.



Kathrin Schröder
Landesgruppen und Service

Montag bis Donnerstag: 9.00 bis 16.00 Uhr
Freitag: 9.00 bis 13.00 Uhr

Tel.: 030 28 87 74-120
Fax: 030 28 87 74-115
service@virchowbund.de

Masernschutzgesetz: Das müssen Ärzte jetzt tun

Das Masernschutzgesetz führte zum 01.03.2020 eine Impfpflicht ein. Sie gilt für Kinder, die Kitas und Schulen besuchen, aber auch für Lehrer, Erzieher und Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten.

Für Praxisärzte bedeutet das:

- › Sie müssen Ihren eigenen Impfschutz und den Ihrer Mitarbeiter kontrollieren
- › Sie müssen fehlende Impfungen nachholen oder melden – sonst riskieren Sie Geldbußen
- › Sie müssen Personen, die in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen arbeiten, über die Impfpflicht aufklären und impfen
- › Sie müssen in Einzelfällen attestieren, warum eine Impfung nicht möglich bzw. kontraindiziert ist
- › Sie können sowohl die Impfung als auch Atteste und serologische Untersuchungen abrechnen



All Ihre Mitarbeiter mit Patientenkontakt müssen durch ein ärztliches Zeugnis nachweisen, dass sie entweder

- › ausreichend gegen Masern geimpft sind
- › immun gegen Masern sind
- › wegen einer medizinischen Kontraindikation nicht geimpft werden können

Als Praxisinhaber haben Sie die Pflicht, das zu kontrollieren. Sie dürfen keine Mitarbeiter neu einstellen, die den Impfschutz nicht nachweisen können.

Ihre aktuellen Mitarbeiter und Sie selbst müssen den Impfschutz bis zum 31.07.2021 nachweisen. So lange drohen Ihnen keine Sanktionen.

Ab dem 1.8.2021 müssen Praxisinhaber und andere Arbeitgeber dann eine Meldung beim Gesundheitsamt machen und u. a. Name und Geburtsdatum der Person ohne Impfschutz angeben. Übermitteln Sie diese Daten nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig, drohen Geldbußen.

Das Gesundheitsamt kann nichtgeimpfte Personen zur Beratung vorladen, sie zur Impfung auffordern und bei Weigerung

Eine ausführliche Checkliste und alle wichtigen Hintergrundinformationen finden Sie in der Praxisinfo „Masernschutzgesetz“. Unter www.virchowbund.de können Sie diese und über 80 weitere Praxisinfos und Musterverträge herunterladen.

Geldbußen oder sogar ein vorläufiges Berufsausübungsverbot verhängen. Als Praxisinhaber dürfen Sie solche Mitarbeiter nicht mehr beschäftigen.

Wenn jemand aus Ihrem Praxisteam die Masernimpfung trotz allem verweigert, müssen Sie diesem Mitarbeiter kündigen. Lassen Sie sich in so einem Fall im Vorfeld vom Virchowbund rechtlich beraten und nutzen Sie unser kostenloses Muster für ein Kündigungsschreiben.



**Für unsere Mitglieder:
Kostenfreie Beratung durch unsere Justitiarin.**



Andrea Schannath

Justitiarin des Virchowbundes

Montag bis Donnerstag: 9.00 bis 16.00 Uhr

Freitag: 9.00 bis 13.00 Uhr

Tel.: 030 28 87 74-125

Fax: 030 28 87 74-115

recht@virchowbund.de

KOMMUNIKATION



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.virchowbund.de/service



ILLUSTRATION: LYUDMILA KHARLAMOVA - SHUTTERSTOCK

Diese Patienten dürfen Sie ablehnen

Sind Sie als Vertragsarzt verpflichtet, jeden Patienten zu behandeln? Hier erfahren Sie, wie weit die Behandlungspflicht reicht und wann Sie Patienten auch ohne Behandlung abweisen dürfen.

Weiterlesen

Corona-Test als Wunschleistung des Patienten abrechnen

Corona-Test ohne konkrete medizinische Indikation? Offenbar haben viele Patienten tatsächlich Bedarf an einem Test auf SARS-CoV-2. Ein indikationsloser Test ist eine reine Wunschleistung und muss daher vom Patienten selbst bezahlt werden. So funktioniert die Abrechnung.

Weiterlesen

Häufig gestellte Fragen zur Abrechnung der GOÄ-Hygiene-Pauschale

Die Corona-Pandemie verursacht höhere Hygienekosten in den Arztpraxen. In der GOÄ kann Aufwand über eine Hygiene-Pauschale abgebildet werden.

Weiterlesen

Die 10 größten Fehler bei der Praxisabgabe

Wollen Sie innerhalb der nächsten 10 Jahre Ihre Praxis verkaufen? Dann sollten Sie diese 10 Fehler unbedingt vermeiden.

Weiterlesen

Praxisausfall: So schützen Sie sich

Es reicht ein Autounfall, eine schwere Krankheit oder ein Quantitätsfall – und von einem Moment auf den nächsten können Sie nicht mehr in Ihrer Praxis arbeiten. Damit Sie dadurch nicht Ihre wirtschaftliche Existenz verlieren, müssen Sie sich rechtzeitig vorbereiten. In einer zweiteiligen Serie zeigen wir Ihnen, wie Sie sich und Ihre Praxis absichern.

Weiterlesen

Richtig delegieren in der Arztpraxis

Welche Leistungen dürfen Ärzte an MFA delegieren und was müssen sie dabei beachten? Wie sieht es mit der Haftung aus? Lohnt sich Delegation überhaupt? Da, wenn Sie alles richtig machen.

Weiterlesen

Kurzarbeit: Wann und wie sie in der Arztpraxis beantragt werden kann

Hier erklären wir, unter welchen Bedingungen Sie Kurzarbeit in Ihrer Praxis anmelden können, was Sie dafür brauchen und wie der Prozess abläuft.

Weiterlesen

Wann Praxisinhaber für angestellte Ärzte haften

Was passiert, wenn ein angestellter Arzt Fehler macht – selbst er selbst oder sein Arbeitgeber in der Praxis? Je nachdem, ob es sich um Behandlungsfehler, Verstöße gegen Berufsrecht oder Abrechnungsbestimmungen handelt, gelten unterschiedliche Haftungsregeln.

Weiterlesen



TWITTER

A collage of 15 pinned tweets from the account **Virchowbund** (@virchowbund), featuring various news items, expert opinions, and promotional content related to the German medical profession and COVID-19.

- Top Left:** Tweet from 13 Apr 2020. Text: „Die DÄKÖK zeigt damit klar, dass es mit der Verzerrung für die Hausärzte und grundversorgungsbedingte Fachkräfte nicht weiter her ist“, kritisiert Dr. Siegrist. #Virchowbund. Includes a quote: „Eine so wichtige Leistung wie das Impfen muss von den Kassen auch angemessen bezahlt werden!“
- Top Middle:** Tweet from 11 Apr 2020. Title: **SERVICENEWS**. Content: Tägliche Infos für Praktizierende in Arzt- und Serviceberufen... Abrechnung gegen Praxistaat, Rügeverfahren, MFA selber ausbilden. Includes a photo of test tubes.
- Top Right:** Tweet from 11 Apr 2020. Content: Kontrolle des G-BA: Telefon-AU ist ab sofort wieder möglich... bis für 2 Tage. Sie kann schon für weitere 2 Tage verlängert werden. #CoronaVirus #TelefonAU #G-BA
- Middle Left:** Tweet from 11 Apr 2020. Content: Dr. Dirk Heister: „Gute Arbeit, keine tolle Vergütung...“ Includes a photo of a doctor in a blue coat.
- Middle:** Tweet from 11 Apr 2020. Content: Die Hygiene-Umkle geht weiter: Masken sollen nur auch in Praxis... #CoronaVirus #Hygiene #Praxis
- Middle Right:** Tweet from 11 Apr 2020. Content: Um es nochmal klar zu sagen alle Virus-B-Taktiker... #CoronaVirus
- Bottom Left:** Tweet from 11 Apr 2020. Content: Die zugehörigen Zwangsmaßnahmen in der Versorgung sind... #CoronaVirus #Zwangsmaßnahmen
- Bottom Middle-Left:** Tweet from 11 Apr 2020. Title: **WANN MUSS DIE PRAXIS SCHLIEßEN?**. Content: In welchen Fällen muss eine Arztpraxis wegen #CoronaVirus schließen und was passiert dann? Unsere #Infra-FAQ für Praxisten geben Antworten! #Krankenkassen #Krankenkassen #COVID19
- Bottom Middle-Right:** Tweet from 11 Apr 2020. Content: Logisch, die Versicherungskasse hat ja Krankenkassen... #FraukeHörstges
- Bottom Right (Top):** Tweet from 11 Apr 2020. Content: Ich rufe dem offiziellen WhatsApp an... #FraukeHörstges
- Bottom Right (Middle):** Tweet from 11 Apr 2020. Content: Unsere Bundesgesundheitsministerin... #FraukeHörstges
- Bottom Right (Bottom):** Tweet from 11 Apr 2020. Content: Warum müssen MFA einen #COVID19-Test... #FraukeHörstges
- Bottom Middle:** Tweet from 11 Apr 2020. Content: Wir sind große Fans von CRG und Index... #DeutschesArztblatt
- Bottom Left (Bottom):** Tweet from 11 Apr 2020. Content: Die Zwangsverpflichtung von Vertragsärzten ist völlig unnötig und demotivierend... #Virchowbund

ILLUSTRATION: SOLOMON7, RVLISOFT, LYUDMYLA KHARLAMOVA - SHUTTERSTOCK



Virchowbund
21. Juli 2019

Bei der Telemedizin-Infrastruktur läuft gerade vieles schief. In den KVen hängt sich der Link oft gegen die Kabel. Und die digitale Vernetzung der Arztpraxen zu scheitern?

Ein „gut gemeinter Ansatz“ droht zu einer Zumutung für Ärzte und Patienten zu werden“, schreibt der Zukunftswatchdog des großen Fachübergreifenden Verbände (denken auch des VirchowBund). Worin geht es bei dieser Diskussion und wie könnte eine Lösung im IT-Sekt ausfallen?

Wir besprechen das ganze Debakel im Podcast mit Dr. Ingrid Zühlke

Wir Ärzte wollen die Digitalisierung. Aber es muss einen Mehrwert für die Patienten geben.

Virchowbund
26. März

Corona-FAQ für Praxen

Achtung! Auf die wichtigsten Fragen, die niedergelassene Ärzte jetzt in der Versorgung praxis

– Präzisionspanels und -ausstattung – Mehr arbeiten

CORONA: LAUFENDE UPDATES FÜR IHRE PRAXIS

Virchowbund
18. März

Wie immer alles zum Schwelldienst abrechnet, verändert sich jetzt im Praxenalltag und wir, wie GOÄ-Steigerungswert richtig mit VZTPG?

Richtig steigern

Beispiele für Begründungen der GOÄ-Steigerung

- Überdurchschnittlicher Zeitaufwand
- Schwere der Grunderkrankung
- Aufwändige Beratungen zu Therapieoptionen
- Wechselwirkungenpatienten bei Mehrfachmedikation
- Schwierige medikamentöse Einstellung
- Häufig wechselndes Beschwerdebild!

Über dem Schwellenwert

www.bspsteigerungen-fakten.de
für www.virchowbund.de/bsp

Virchowbund
29. Februar

Warum das Musterärztengesetz Sie zwingt – unsere MitarbeiterInnen ist

Was Praxenärzte jetzt wissen müssen

Warum die Mitglied im Verband der niedergelassenen

Praxis-Konzepte und Muster-Verträge | Virchowbund

Warum die Mitglied im Verband

Virchowbund
17. März 2019

Zum Niederlassen Schön. Das Berliner Netzwerkforum Praxis

mit Christiane Wiedler und Dr. med. Ingrid Zühlke

November 2019

Wirklich „zum Niederlassen schön“ fanden es fast alle 100 Berliner Netzwerkforum am Samstag bei der Auftaktveranstaltung des Berliner Netzwerkforum Praxis. Denn im persönlichen Austausch mit erfahrenen und fern Niederlassenden konnten sie einen guten fachlichen Tag mit Mythen austauschen

Fotos: zum Niederlassen schön/Dr. Ingrid Zühlke

Hilfreich: www.zahn-niederlassen-schoen.de

Zum Niederlassen Schön. Das Berliner Netzwerkforum Praxis

17 Fotos

Virchowbund
22. Februar

Angenehm, wenn Patienten ohne Osteoarthritis (GOÄ) in der Praxis erscheinen. Im schlechtesten Fall bleiben Sie als Praxenärzte ohne Ihren Kassen einen Aufnahmefähigen und Behandlungsweg erhalten.

Wir haben einen Aufnahmefähigen und Patienten vorstellen können. So können Sie in sich selbst eine Rechnung nach GOÄ stellen

Sie rechnen sich keine Gedanken mehr machen, ob Sie die Patienten über ihre Einstellungsrechte bei der Kassenkasse informiert haben. ...

Patienteninformation bei fehlender aG

Wann und wie Sie die aG ausstellen | Virchowbund

Warum Sie Mitglied im Verband der niedergelassenen

Warum die Mitglied im Verband

Virchowbund
27. Dezember 2019

Können Sie Arbeitsverträge für MFA, die Kopiergeräte kaufen Sie nicht den perfekten Arbeitsvertragsvertrag? Wozu Sie nicht über Personalkauf, Gewährung oder Mantelvertrag in der Arztpraxis entscheiden?

Im Verband der niedergelassenen Ärzte finden Sie die Unterstützung in Ihrem Praxenalltag. Hier informieren Sie sich die 3 Bücher online Mitglied werden

www.virchowbund.de/mgk/mgk-2019

Service, der sich lohnt

Sparen Sie Zeit, Geld und Nerven mit **über 80 Musterverträgen, Praxisinfos und Checklisten**

Werden Sie heute noch Mitglied!

Jetzt beitreten!

WIRTSCHAFTSRECHTLICHE BERATUNG

Virchowbund
1. November 2019

Wie sich niedergelassen, ist plötzlich nicht nur Arzt, sondern auch Chef! In der neuen Rolle stellen sich bisher unbekannte Fragen und Herausforderungen. Wozu, wie man Mitarbeiter führt und ein langfristig erfolgreiches Praxenleben führt. Ist das? Guck hier!

Genau dieses Know-how erhalten Sie im Webinar „Plötzlich Chef! Mit Mitarbeiterkommunikation und -führung zum Erfolg“ am 25. November. Jetzt anmelden!

Plötzlich Chef! Mit Mitarbeiterkommunikation und -führung zum Erfolg

20. 28.11.2019

Plötzlich Chef! Mit Mitarbeiterkommunikation und -führung zum Erfolg

• Informationsort

stern
 COVID-19
"Bombardiert mit Telefonanfragen": So ergeht es Hausärzten in Zeiten des Coronavirus

**Coronavirus Verdacht
 Verdienstaustausch während Quarantäne**
 Wer in Quarantäne und berufstätig ist, kann nicht mehr arbeiten gehen. Müssen Sie als Arbeitgeber weiterhin das Gehalt zahlen, wenn eine MFA in Quarantäne ist?
 Antworten auf diese Frage gibt der Virchow-Bund.

arzt-wirtschaft.de
 Kostenlose Praxisinfo für Ärzte und MFA
Masern: Fehlender Impfschutz kann zur Kündigung von Praxismitarbeitern führen
 Am 1. März tritt in Deutschland das Masernschutzgesetz in Kraft. Damit herrscht in deutschen Schulen und Arztpraxen werden Impfverweigerer nicht mehr toleriert. Was auf Niedergelassene zukommt, hat der VirchowBund zusammengefasst.

BVDP
Umfassende Informationen für die Arztpraxis
 Der Umgang mit der Corona-Pandemie wirft für Praxisärzte und MFA viele Fragen zu Praxisorganisation, rechtlichen und wirtschaftlichen Aspekten sowie medizinischen Informationen auf. Der Verband der niedergelassenen Ärzte (Virchowbund) beantwortet die häufigsten Fragen.

**AUSFALLHONORARE FÜR ÄRZTE
 Kommen oder zahlen**

Ärztammer Nordrhein
 Mitgliedschaft: Ärzte, Berufsbild: MFA, Beratung: Patienten, Älter: Ärztekammer
**Unfallgefahr
 Virchowbund für Böllerverbot**
 27.02.2020 / Seite 8

DAZ.online
 NEWS PHARMAZIE APOTHEKE
„Apotheker sollten sich Verbündete suchen“

aerzteblatt.de
Virchowbund: Heinrich lobt „größten Erfolg der Ärzteschaft seit zehn Jahren“

GERECHTE GESUNDHEIT NEWS
 MAY VIRCHOWBUND
Klug entscheiden – Ärzte brauchen besser bezahlte Zeit

änd
 Ärztschlichteramt
**Heinrich zu DfV-Vorwürfen
 „Es geht hier nicht um Corona“**

ÄrzteZeitung
**Bundesregierung
 Härtere Strafen bei Gewalt gegen
 Notfallversorger**

BACKGROUNDS
Ärzte bekommen weniger Impfhonorar als Apotheker

zm online
Gefühlte Probleme lassen sich lösen

ÄrzteZeitung
 Konjunkturprogramm
Virchowbund fordert Ausbau des ambulanten Angebots

DAZ.online NEWS PHARMAZIE APOTHEKE & POLITIK
 REAKTION AUF MODELLVERSUCH DER APOTHEKEN
Ärzte fordern mehr Geld fürs Impfen

änd
 Ärztenachrichtendienst
 Heute aktuell | Im Fokus
 Virchowbund an Laumann
"Der Staat wird zunehmend übergriffig"

Arger ums Kurzarbeitergeld für Ärzte
 Warum auch niedergelassene Ärzte Bedarf haben
 Abonnieren
 Alle Episoden

VirchowBund
 CORONA
 LÄSST SICH NICHTS
 FÜR UNS PRÄVEN
 2020
 Filtergebnisse und Auswertung
 Informationen für die Arztpraxis
 Wirtschaft & Rechtliches
 Medizinische Fragen
 Virchowbund zur Corona-Pandemie
 Verband fordert Fachärzte zur
 Zusammenarbeit auf

ÄrzteZeitung
 Coronavirus
Virchowbund-Chef: Arztpraxen müssen Notfallpläne erarbeiten

aktuelle Informationen
 Aktuelle Meldungen rund um das Coronavirus
 Informationen für die Arztpraxis

BVD
 Informationen für die Arztpraxis
 Die Umgang mit dem Corona-Erreger wird für Familien und PK's eine Herausforderung...
 Informationen für die Arztpraxis

Healthcare COMPUTING
 Virchowbund zur Corona-Pandemie
 Verband fordert Fachärzte zur
 Zusammenarbeit auf

Der Ehrenvorsitzende und langjährige Bundesvorsitzende des Virchowbundes, Dr. Maximilian Zollner, feierte am 8. Mai 2020 seinen 80. Geburtstag. Ein Rückblick auf das Leben eines Arztes, dessen fachübergreifender Einsatz die deutsche Gesundheitspolitik nachhaltig verändert hat.

Zollner, der im oberpfälzischen Roding im Landkreis Cham geboren wurde, absolvierte sein Medizinstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, war zwei Jahre Medizinalassistent und gründete 1972 seine erste Praxis in Burghausen. Vier Jahre später, im Jahr 1976, siedelte er nach Friedrichshafen am Bodensee um, wo er 28 Jahre lang eine Allgemeinarztpraxis betrieb.

Zollner trat 1974 in den damaligen NAV, den Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, ein. Er war von 1982 bis 1994 Mitglied des Bundesvorstandes und von 1993 bis 2006 Vorsitzender der Landesgruppe Baden-Württemberg.

In dieser Funktion hatte er die Idee der legendären und über 20 Jahre lang durchgeführten Bodenseefahrten zu gesundheitspolitischen Themen. Diese waren ein Fixpunkt

im berufspolitischen Kalendarium mit bundesweiter Bedeutung – und stets thematisch anspruchsvoll wie auch hochkarätig besetzt.

1994 wählte die Bundeshauptversammlung Zollner zum Bundesvorsitzenden des NAV-Virchow-Bundes und bestätigte ihn 1998 und 2002 in diesem Amt. Nach seinem Ausscheiden aus dem Bundesvorstand 2006 wurde er einstimmig zum Ehrenvorsitzenden des Verbandes ernannt.

In seiner Amtszeit prägte Zollner den Verband auf dem Weg zu einem bedeutenden bundespolitischen Player in der Berufs- und Gesundheitspolitik. Bedingt durch die anhaltende Budgetkürzung hatten die Fachverbände und ihre fachspezifische Interessenvertretung an Bedeutung gewonnen. Die Wahrnehmung von fachübergreifenden Verbänden wie dem NAV-Virchow-Bund war dagegen in den Hintergrund gerückt. Zollner setzte dem seine authentische Art, seine politische Glaubwürdigkeit und seine feste Verwurzelung in der Praxistätigkeit entgegen.

Da er während seiner Amtszeit weiterhin als Hausarzt in eigener Praxis tätig war, wusste er stets, welche konkreten Auswirkungen die Politik auf die niedergelassenen Ärzte und ihre Patienten hatte. Dabei blieb er immer Realpolitiker mit einem fachübergreifenden, kooperativen Ansatz. Er konnte aber auch Kampfgeist entwickeln, wie sich bei den Ärzteprotesten gegen die Politik von Ulla Schmidt in den Jahren 2005 und 2006 zeigte.

Mit ihm stellte sich der NAV-Virchow-Bund an die Spitze der ärztlichen Protestbewegung und begann die ersten großen


Ärzteldemonstrationen der 2000er Jahre zu koordinieren. In Folge wurde 2006 auf dem Deutschen Ärztetag mit fünf weiteren fachübergreifenden Verbänden die „Allianz deutscher Ärzteverbände“ gegründet. Ein Format, das bis heute besteht und ein fester Bestandteil der ärztlichen Standespolitik ist. Mit der Gründung der Allianz begann eine bislang beispiellose Zusammenarbeit von Verbänden, die zuvor meist Gegenspieler gewesen waren.

Zollner engagierte sich aber auch in der europäischen Standespolitik: bei der deutschen Delegation der Europäischen Vereinigung der Allgemeinmediziner (UEMAO), im ständigen Ausschuss der europäischen Ärzte (CPME) und im Weltärztebund. Seine besondere Leidenschaft galt aber der E.A.N.A., der europäischen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte, gegründet vom NAV-Virchow-Bund. Hier trafen sich in lockerer Runde Vertreter von freien Verbänden aus ganz Europa zum Erfahrungsaustausch und zur gegenseitigen Unterstützung. Zollner saß der E.A.N.A. seit 1994 als Vorsitzender vor und erreichte eine bessere Einbindung insbesondere der osteuropäischen Verbände.

Der Virchowbund gratuliert ihm herzlich zu seinem 80. Geburtstag: „Max Zollner ist ein kompetenter und sympathischer Vertreter ärztlicher Interessen. Er war zu seiner aktiven Zeit ein bei allen Akteuren im Gesundheitswesen und über alle Grenzen von Parteien und Interessengruppen hinaus geachteter und gefragter Gesprächspartner. Er ist bekannt und geschätzt für seine verbindliche und authentische Art. Er hat ganz besondere Fähigkeiten, den Menschen im persönlichen Gespräch zuzuhören und sie zu überzeugen. Er ist und bleibt aber vor allem eines: ein lieber und geschätzter Kollege“, so der Bundesvorsitzende Dr. Dirk Heinrich.



Max Zollner



GESUNDHEIT FÖRDERN. WERTE SCHÜTZEN.

© Stigur Már Karlsson /Heimsmýndir - gettyimages.com

Ihr Interessenvertreter in allen Versicherungsangelegenheiten des Gesundheitswesens

Frei in der Praxis – um dies zu verwirklichen, sorgen wir dafür, dass die Versicherer ihr Leistungsversprechen gegenüber dem Virchowbund und allen Mitgliedern immer zügig, vertragsgerecht und kundenorientiert erfüllen. Wir agieren dabei kompetent, persönlich und zuverlässig.

Partner des Virchowbundes

- ✓ Individuelle Versicherungs- und Risikoberatung
- ✓ Exklusiver Versicherungseinkauf
- ✓ Persönliche Vertragsbetreuung
- ✓ Professionelle Begleitung im Schadenfall

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@virchowbund.de

www.virchowbund.de