



Jahresbericht
2021

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



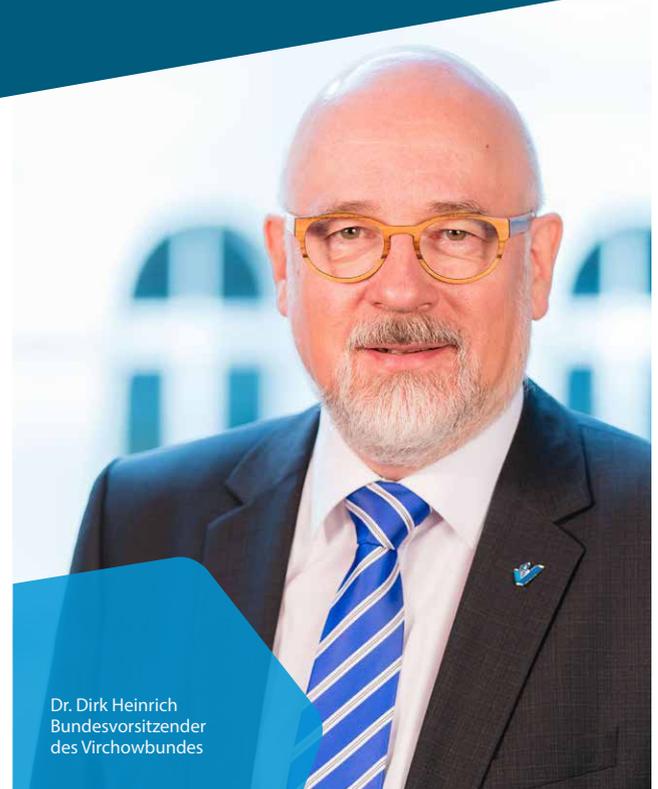
Seitdem die Corona-Pandemie andauert, dominiert sie Medien, Social Media und private Gespräche. Wie nie zuvor rückt das Gesundheitswesen in das Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit. Die Medien stürzten sich dabei vor allem auf die Bereiche, die in unserer visuell dominierten Welt die „besten“, also meist eher erschreckende Bilder bieten – Bilder von Intensivstationen, bäuchlings liegende und beatmete Patienten, Pflegekräfte und Ärzte mit astronautenartiger Schutzausrüstung. Häufig schwang die latente Horrormeldung mit, dass die Intensivkapazitäten demnächst aufgebraucht sein könnten. Das sicherte Quote und Auflage.

Ganz anders ist die Wahrnehmung und Darstellung des vertragsärztlichen Bereichs. Ohne große Aufmerksamkeit und auch ohne Schutzausrüstung haben sich die Vertragsärzte am Beginn der Krise ihrer Hauptaufgabe, der Versorgung ihrer Patienten, gewidmet. Leider gänzlich arm an Schlagzeilen und Fotomotiven.

Anfangs waren es sechs von sieben, später sogar 19 von 20 mit SARS-Covid-19 infizierten Patienten, die von Kassenärztinnen und -ärzten behandelt wurden. Unspektakulär, diszipliniert, professionell und stets unter dem Risiko, dass sich Mitarbeiterinnen sowie Vertragsärztinnen und -ärzte selbst infizieren und das Gesundheitsamt die Praxisschließung anordnet mit allen wirtschaftlichen Folgen.

Die Selbstverständlichkeit, mit der Vertragsärzte sich all diesen Aufgaben stellen, wäre eigentlich eine Meldung wert. Die tausenden freiwilligen Helfer aus der Vertragsärzteschaft, die mit Infektpraxen und Infektsprechstunden, im Notdienst und in den Impfzentren, in Heimen und bei Hausbesuchen alles geben, könnten Schlagzeilen produzieren. Und zwar nicht wegen der schönen Bilder. Sondern die Meldung müsste lauten: „Der Freie Beruf: Wie gut, dass es ihn gibt!“

Denn nichts anderes drückt sich mit dieser Unaufgeregtheit, der Selbstverständlichkeit und der weit über Praxisbelange hinausgehenden freiwilligen Bereitschaft zur Mitarbeit aus, als der Kern



Dr. Dirk Heinrich
Bundesvorsitzender
des Virchowbundes

unseres Freien Berufes. Dabei geht es nicht um die bestehende Verpflichtung gegenüber den Patienten, die täglich in jeder Praxis, in jeder Patientenbegegnung mit Leben erfüllt wird.

Sondern hier geht es um die Verpflichtung des Freien Berufs gegenüber der Allgemeinheit, gegenüber der Gesellschaft. In der Pandemie erfüllt sie sich – sichtbar für alle. Sie wird nur nicht explizit wahrgenommen und erwähnt.

Es ist nämlich kein Helfersyndrom, keine von außen auferlegte ethische Verpflichtung, sondern der Markenkern, das innere Wesen unseres besonderen Berufs, der zu dieser selbstverständlichen und völlig freiwilligen Bereitschaft führt. Und es ist eben trotz aller Schwierigkeiten, Komplikationen und Widrigkeiten in der Pandemie immer wieder spürbar, mit welcher Freude und welchem Engagement Ärztinnen und Ärzte ihre innere Verpflichtung, ihren geliebten Freien Beruf ausleben.

Diese Verpflichtung des Freien Berufs gegenüber der Allgemeinheit, der Gesellschaft, ist jedoch keine Einbahnstraße. Es gibt ebenso die Verpflichtung der Gesellschaft gegenüber dem Freien Beruf. Dabei geht es nicht nur um gesellschaftliche Anerkennung – die hat der Arztberuf. Es geht auch nicht um abendlichen Balkon-Applaus. Sondern um ganz selbstverständliche Dinge, wie eine eigenständ-

VORWORT

dige und aktuelle Gebührenordnung, die der Verantwortung, der gesellschaftlichen Verpflichtung und der Leistungsfähigkeit dieses Freien Berufs gerecht wird. Die Verpflichtung des Freien Berufs sorgt schon von ganz allein dafür, dass die Gesellschaft mit einer solchen Gebührenordnung nicht überfordert würde.

Gerade nimmt eine neue Bundesregierung ihre Arbeit auf. Wir werden sehen, wieviel unserer Arbeit und der Wertschätzung uns gegenüber in die Politik einfließen wird. Dass dies unter den schwierigen Bedingungen kein Selbstläufer wird, muss uns allen klar sein. Viel mehr noch: Unsere Freiberuflichkeit ist so bedroht wie nie zuvor!

Das maternalistische Staatsverständnis quer durch fast alle Parteien, getreu dem Motto „Der Staat muss und wird alles richten“, der skeptische Blick auf Freiberuflichkeit und ein leicht instrumentalisierbarer Sozialneid gegenüber der Ärzteschaft bei Verteilungskämpfen werden heftigen Gegenwind verursachen.

Dagegen müssen wir standhaft sein. Und wir müssen wehrhaft sein. Die Nagelprobe aber wird darin bestehen, Flagge zu zeigen. Sind wir bereit dafür? Der Virchowbund als traditioneller Kampfverband, und ich ganz persönlich, wir werden die Freiberuflichkeit mit Haut und Haaren verteidigen.

In diesem Sinne, mit kollegialen Grüßen

Dr. Dirk Heinrich
Bundsvorsitzender des Virchowbundes

IMPRESSUM



Klaus Greppmeier,
Hauptgeschäftsführer

Vorgelegt von der Hauptgeschäftsführung des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, zur Bundeshauptversammlung 2021.

NAV-Virchow-Bund

Bundesgeschäftsstelle:
Chausseestraße 119b · 10115 Berlin
Tel: (030) 28 87 74-0
Fax: (030) 28 87 74-115
info@virchowbund.de
www.virchowbund.de

Kooperationen und Partnerschaften

Ecclesia med GmbH

Ecclesiastraße 1 - 4 · 32758 Detmold
Tel: (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
Tel: (030) 546 272 48
Fax: (030) 550 731 99
kontakt@daz-web.de

AUS DEM INHALT

Corona **6**

Im zweiten Jahr der Pandemie	6
Wie Politik die Wissenschaft demontiert – Teil 1	7
Wie Politik die Wissenschaft demontiert – Teil 2	7
Debatte um Impfpflicht ist medizinischer Unsinn	8
Virchowbund unterstützt WHO-Initiative für weltweites Impfen von Gesundheitspersonal	9
Kraftakt für Arztpraxen: 20 Millionen Impfungen innerhalb weniger Wochen	9
Absurde Diskussion um rascheres Impfen durch Hausärzte	10
Praxen zünden Impfturbo	11

Klimawandel **12**

Gesundheitspolitik **14**

Berufspolitik **16**

GOÄ: Neverending Story oder Happy End?	16
Die Früchte des TSVG	17

Arztberuf **18**

IT-Sicherheitsrichtlinie geändert	18
Die ePA und das eRezept kommen	19
Neuland: Apps auf Rezept	20
Cybercrime: Praxen müssen sich schützen	21

Formalien **24**

Bundeshauptversammlung	24
Bundeshauptversammlung 2020: erstmals digital	24
Entschlüsse (in Auszügen)	24

Organisation **30**

Bundesvorstand	30
Landesgruppen	31
Geschäftsstelle	32

Aus den Landesgruppen **34**

Berlin	34
Hamburg	35
Mitteldeutschland	35
Niedersachsen-Bremen	36
Nordrhein	37

Brendan-Schmittmann-Stiftung **40**

Service **42**

Kommunikation **44**

Nachruf **50**

Im zweiten Jahr der Pandemie

Im Jahre zwei der Pandemie steht zumindest im internationalen Vergleich fest: Die ambulante Versorgung in Deutschland durch niedergelassene Haus- und Fachärzte macht den Unterschied. Deutschland kam – neben der hervorragenden Versorgung im spezialisierten stationären Bereich – vor allem wegen des starken ambulanten Sektors gut durch die Pandemie.



Die Intensivstationen bedienen das visuelle Bedürfnis der Medien

19 von 20 Patienten mit COVID-19 wurden ambulant behandelt. Dadurch wurde verhindert, dass die Kliniken, wie in anderen Ländern zu beobachten war, schnell überlaufen und die Versorgung zusammenbrach. Die Krankenhäuser konnten sich auf die Behandlung der wirklich schweren Fälle konzentrieren.

Die niedergelassenen Haus- und Fachärzte übernahmen den Hauptteil der PCR-Testungen. Der schnelle und umfassende Ausbau der Kapazitäten der fachärztlichen Labore war der entscheidende Beitrag, dass in Deutschland teilweise über eine Million PCR-

Testungen pro Woche durchgeführt werden konnten.

Die niedergelassenen Haus- und Fachärzte leisteten außerdem durch Impfungen den entscheidenden Beitrag zum Schutz der Bevölkerung und damit zur Vermeidung von schweren Krankheitsverläufen und einer Überlastung des stationären Bereiches. In den Impfzentren der Bundesländer waren bis zu 90 Prozent niedergelassene Ärzte als Impfpärzte im Einsatz. Ohne deren Beitrag wären auch die Impfzentren nicht in der Lage gewesen, die hohe Zahl von Impfungen durchzuführen.

Aber: Wieviel von der Erkenntnis setzt sich fest? Und welche Auswirkungen hat

dies auf die Regierungspolitik einer neu gewählten Bundesregierung?

Der Virchowbund hat während der gesamten Pandemie stets auf die Bedeutung der Praxisärztinnen und Praxisärzte, deren Engagement, aber auch auf die Voraussetzungen hierfür hingewiesen: Neben den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ist dies vor allem der Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit.

Diese Freiberuflichkeit ist kein Selbstzweck, sondern ein Erfolgsmodell. Der Kern der Freiberuflichkeit sind nach Prof. Paul Unschuld drei zentrale Elemente:

- › eigenständiges Schaffen von Wissen,
- › dessen autonome Anwendung ohne Einfluss von Dritten und
- › die eigenverantwortliche Gestaltung der Honorierung unter Berücksichtigung des gesamtgesellschaftlichen Umfeldes.

Diese Thesen unseres Kaspar-Roos-Medailen-Trägers aus dem Jahr 2017 sind Leitschnur des Verbandes auch und gerade in der Pandemie.



Wichtig und doch oft übersehen: Hausbesuche in der Pandemie

Wie Politik die Wissenschaft demontiert – Teil 1

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut arbeitet normalerweise leise und rein wissenschaftlich. Hierfür ist sie von der Politik hoch anerkannt. Außer in Wahlkampfzeiten. Da nähert sich das Ende der Schulferien und die Politik hat im Jahr zwei der Pandemie weder Hygienekonzepte noch ausreichend Lüftungsgeräte für die Schulen.

Um sich den Ärger von wahlberechtigten Eltern und Lehrern vom Hals zu halten, soll das Impfen der 12- bis 17-Jährigen die Lösung sein. Nur: Die Wissenschaftler der STIKO hielten die Datenlage hierfür lange noch nicht für ausreichend. Wo Daten und Studien fehlten, da reiche ein Beschluss der Gesundheitsminister, meinte die Politik, und sie empfahl eben jene Impfung, für die die Wissenschaft noch etwas Zeit anmahnte.

Der Virchowbund hielt entgegen: „In dieser Phase der Pandemie müssen wir in Deutschland alles tun, um die Impfbereitschaft gerade der Erwachsenen zu erhöhen. Es ist kontraproduktiv, die unabhängigen, wissenschaftlich begründeten Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) in Frage zu stellen. Gerade dies tut die Gesundheitsministerkonferenz, indem sie ohne Abstimmung mit der STIKO Beschlüsse fasst. Dadurch wird die STIKO als sehr bewährte Institution insgesamt geschwächt. Bei aller berechtigten Kritik an der Transparenz der Entscheidungen, der Kommunikation und Geschwindigkeit der

STIKO, lehnen wir den faktischen Eingriff in die wissenschaftliche Unabhängigkeit ab und weisen ihn zurück“, erklärten der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) und der Virchowbund in einer gemeinsamen Pressemitteilung.

„Wir werden auch in Zukunft zum Erhalt einer breiten Impfbereitschaft eine unabhängige, wissenschaftliche und glaubwürdige Institution benötigen, der die Menschen vertrauen und die ihnen Schutz vor politischer Einmischung bietet“, betonte Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des Virchowbundes.

„In der derzeitigen Diskussion werden prinzipielle Erwägungen, epidemiologische Pandemiebekämpfung, Individualschutz und Sozialpolitik in ungünstiger Weise völlig durcheinandergeworfen. Hier wäre eine transparente Begründung zur jeweiligen Entscheidung mit Darstellung der Gewichtung der verschiedenen Aspekte wichtig, egal welche Institution in der Pandemie eine Empfehlung oder Entscheidung trifft“, forderte der BVKJ-Präsident, Dr. Thomas Fischbach.



In der Sache selbst begrüßten BVKJ und Virchowbund die Ankündigung der STIKO, sich in Kürze zur Frage der Impfung Jugendlicher und zu den Auffrischungsimpfungen zu äußern. Beide Verbände hielten dies allerdings auch für überfällig.

Andere wichtige Fragen, wie Schulöffnung, gerechte Lernchancen und gesundheitliche Schäden durch die Pandemiemaßnahmen wie beispielsweise Depressionen oder Entwicklungsstörungen durch soziale Isolierung müssten und dürften in einem Abwägungsprozess zu solchen Impfpfehlungen eine Rolle spielen. Am Ende müsse das oberste Gebot die Sicherheit der zu Impfenden und eine transparente, ethisch begründete Güterabwägung sein.

Zur Frage der Auffrischungsimpfungen hätte es vollkommen ausgereicht, wenn die Gesundheitsministerkonferenz sich zur Vorbereitung der dritten Impfung verpflichtet hätte. Eine Empfehlung der STIKO hätte dann in Ruhe abgewartet werden können.

Wie Politik die Wissenschaft demontiert – Teil 2

Fall 2 in der Farce zwischen Wissenschaft und Wahlkampf: Die Änderung der STIKO-Impfempfehlung bei der heterologen Impfung. Auch hier kritisierte die Politik scharf und verunsicherte dadurch die Bevölkerung unnötig.

„Die Versuche der politischen Einmischung in die Arbeit der Ständigen Impfkommission (STIKO) sind unangebracht und gefährlich. Auch im Wahlkampf muss sich die Politik aus der Wissenschaft heraushalten!“, forderte Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzen-

der des Virchowbundes, nachdem im Sommer 2021 wiederholt Politiker an die STIKO appelliert hatten, ihre Impfempfehlung zu „überdenken“.

„Eine Impfempfehlung ist in jedem Einzelfall eine medizinische Entscheidung.

Diese Entscheidung kann kein Politiker treffen, nur ein Arzt. Bloß weil die Politik aus Wahlkampf-Taktik heraus Versprechungen für den Herbst macht und einzelnen Bevölkerungsgruppen jetzt Wünsche erfüllen möchte, dürfen wir nicht unsere ärztlichen und wissenschaftlichen Grundsätze über Bord werfen“, so Dr. Heinrich weiter.

Wenn Politiker die STIKO aufforderten, ihre Empfehlung zu überdenken, obwohl



Bayerns Ministerpräsident
Markus Söder kritisierte
die STIKO

keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse vorlägen, sei das ein Angriff auf die ärztliche Freiberuflichkeit.

Denn Ärzte sind von Berufs wegen nur der Allgemeinheit und dem Patienten sowie dem eigenen Gewissen verpflichtet. Die ärztliche Freiberuflichkeit sichert freie

medizinische Entscheidungen zum Wohl der Patienten. Dies gilt auch für Gremien von Ärzten, wie die STIKO. Nicht-Ärzte dürfen Ärzten nicht vorschreiben, wie sie ihre Patienten behandeln sollen.

Die STIKO ist aus gutem Grund als unabhängiges Gremium konzipiert. Sie gibt

ihre Empfehlungen rein auf Basis gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse. Dabei berücksichtigt sie sowohl den Schutz der Gesamtbevölkerung als auch den einzelnen Menschen mit seinen individuellen Risiken. Dr. Heinrich betonte: „Die STIKO soll und wird ihre Einschätzung nicht ändern, nur weil ein Ministerpräsident sich das wünscht, sondern erst, wenn die wissenschaftliche Faktenlage sich ändert. Gerade weil sie immer wieder angegriffen wird, brauchen wir die ärztliche Unabhängigkeit in Wissenschaft und Behandlung mehr denn je.“

Sachliche Kritik an der STIKO sei dagegen in Bezug auf die jüngste Kommunikationsstrategie angebracht. „Die jüngste Vorankündigung einer Empfehlung zur Kreuzimpfung hat einmal wieder unnötig für Verunsicherungen bei den Patienten und Mehraufwand in den Praxen gesorgt“, berichtete Dr. Heinrich. „Eine Empfehlung sollte erst kommuniziert werden, wenn sie auch wirklich eine Empfehlung ist.“

Debatte um Impfpflicht ist medizinischer Unsinn

In der Debatte um eine mögliche Impfpflicht für medizinisches Personal erklärte der Bundesvorsitzende des Virchowbundes, Dr. Dirk Heinrich:

„Die aktuelle Diskussion um eine Impfpflicht für Pflegekräfte ist medizinischer Unsinn. Es ist derzeit wissenschaftlich nicht erwiesen, dass eine Impfung vor Übertragung schützt. Bislang zeigen die wissenschaftlichen Studien nur, dass eine Impfung schwere und tödliche Verläufe meist verhindern kann. Solange dies so ist, verhindert nach wie vor nur die Einhaltung aller Hygienemaßnahmen in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen eine mögliche Infektion. Das ist insbesondere zum Schutz von Menschen, die nicht geimpft werden können, unerlässlich.“

Es ist in der jetzigen Phase entscheidend, dass sich die derzeit priorisierten

Personengruppen impfen lassen. Medizinisch unsinnige Diskussionen um eine Impfpflicht und überflüssige Debatten über die zurückliegenden Beschaffungs-

wege von Impfstoff verspielen das Vertrauen der Menschen und helfen uns in der derzeit extrem schwierigen Phase der Pandemie nicht weiter.“



Impfpflicht für medizinisches Personal nicht indiziert

Virchowbund unterstützt WHO-Initiative für weltweites Impfen von Gesundheitspersonal

Der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands unterstützte die „Erklärung zur gerechten Verteilung von Impfstoffen“ (Vaccine Equity Declaration) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Der Virchowbund unterzeichnete den Aufruf am 22. Februar 2021.



In vielen Ländern ist das medizinische Personal noch größtenteils ungeimpft

„Jetzt ist es entscheidend, die Impfung von Gesundheitspersonal gegen COVID-19 sicherzustellen – in Deutschland und weltweit“, erklärte der Bundesvorsitzende Dr. Dirk Heinrich. In den ersten 100 Tagen des Jahres 2021 sollen alle Mitarbeiter im Gesundheitsbereich auf der Welt geimpft sein. Dazu ist es einerseits erforderlich, dass reiche Länder anderen Ländern einen kleinen Teil ihrer Impfdosen zur Verfügung stellen. Andererseits ist es notwendig, dass alle zugelassenen Impfstoffe auch verabreicht werden: „Alle derzeit zugelassenen Impfstoffe sind wirksam. Jede Impfung leistet einen wichtigen Beitrag zur Bekämpfung der Pandemie“, so Dr. Heinrich.

„Wir rufen Gesundheitsminister Spahn und die Bundesregierung auf, ihren Beitrag zu leisten, indem sie niedergelassene Ärzte, medizinische Fachangestellte und alle weiteren Mitarbeiter im Gesundheitsbereich in den Impfplänen entsprechend hoch priorisieren. Die anfängliche Impfstoffknappheit werden wir bald überwunden haben.“

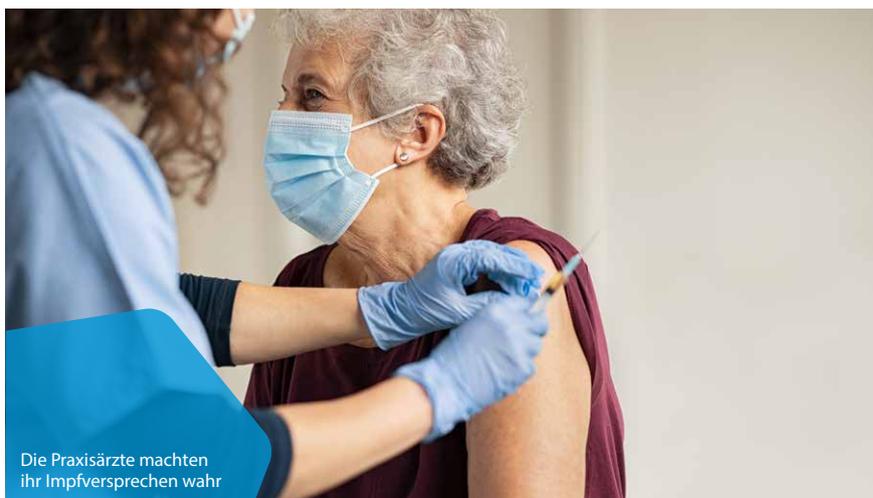
Kraftakt für Arztpraxen: 20 Millionen Impfungen innerhalb weniger Wochen

Der Virchowbund rief im März 2021 zu einer gemeinsamen Kraftanstrengung aller niedergelassenen Haus- und Fachärzte auf:

„Das Vorhaben, bis zum Sommer jedem in Deutschland ein Impfangebot zu machen, kann nur gelingen, wenn alle, die impfen dürfen auch impfen werden. Daher müssen nicht nur die Hausärzte, sondern auch die hausärztlichen Internisten und vor allem die Fachärzte mit hohem Anteil an der Grundversorgung, wie beispielsweise Gynäkologen, HNO-Ärzte oder konservativ tätige Augenärzte, in die Impfstrategie einbezogen werden“, erklärte der Virchowbund-Bundesvorsitzende Dr. Dirk Heinrich. „Dann werden die niedergelassenen Haus- und Fachärzte zum ‚Game changer‘ in der Pandemie-Bewältigung werden“, zeigte sich

Dr. Heinrich sicher. „Die jährliche Grippeimpfung beweist, dass wir niedergelassene Ärzte in der Lage sind, innerhalb weniger Wochen mehr als 20 Millionen Menschen zu impfen.“

Für einen erfolgreichen Impfstart in den Praxen nannte Dr. Heinrich drei Voraussetzungen: „Zunächst muss ausreichend Impfstoff vorhanden sein. Die Lie-



Die Praxisärzte machen ihr Impfversprechen wahr

fermengen müssen so hoch sein, dass in den Praxen faktisch nicht mehr priorisiert werden muss“, so der Virchowbund-Bundesvorsitzende. Zweitens müssten die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden. Eine entsprechende Änderung der Impfverordnung mit Regelungen zur

Dokumentation und Vergütung folgte auch kurz auf den Aufruf. Und schließlich müssten die organisatorischen Rahmenbedingungen geklärt werden, wie etwa die Sicherstellung der Kühlkette oder die technische Umsetzung der Terminvereinbarung.

Lieferengpässe und überbordende Impfdokumentation könnten dagegen das Impftempo drosseln. „Die Regierenden haben es in der Hand, ob in den Praxen mit voller Kapazität geimpft werden kann, oder ob wir uns in bürokratischen Details verlieren“, mahnte Dr. Heinrich.

Absurde Diskussion um rascheres Impfen durch Hausärzte

Im März 2021 entzündete sich eine heftige Diskussion um den Startzeitpunkt für die Impfung in Hausarztpraxen. Nach Ansicht des Virchowbundes ging diese Debatte allerdings vollständig am Thema vorbei. Denn es gab zu diesem Zeitpunkt einfach nicht genügend Impfstoff.

„Eine Debatte darüber, wer am schnellsten einen nicht vorhandenen Impfstoff verimpfen kann, ist ehrlich gesagt an Absurdität nicht zu überbieten“, stellte der

Bundesvorsitzende des Virchowbundes, Dr. Dirk Heinrich, fest.

Solange von den Impfstoffherstellern so wenig geliefert werde, dass in

großem Maße priorisiert werden müsse, könne die Entscheidung über eine Impfberechtigung nicht am Tresen in den Hausarztpraxen fallen. „Das würde vor Ort schnell eskalieren und sehr unschöne Schlagzeilen produzieren. Das wollen wir niedergelassenen Haus- und Fachärzte auf keinen Fall“, betonte Dr. Heinrich.



Kaum Impfstoff aber zehntausende impfwillige Ärzte im Frühjahr 2021

FOTO: PIXABAY

„Wenn, wie zu erwarten ist, im zweiten Quartal ausreichend Impfstoff geliefert wird, dass in den Praxen faktisch nicht mehr priorisiert werden muss, schlägt die Stunde der niedergelassenen Ärzte. Dann wird es auch nur mit unserer Hilfe gelingen, alle Vakzine zu verimpfen und damit

den entscheidenden Beitrag zum Ende der Pandemie zu leisten“, so Dr. Heinrich.

Die von Ärztevertretern angeführte Diskussion, wann und wie viel in Hausarztpraxen verimpft werden kann, vermittelte aber einen völlig falschen Sachstand, führe die Patienten in die Irre und trüge

maßgeblich zu einer vermeidbaren Verunsicherung der Bevölkerung bei.

Sinnvoll war es dagegen, dass anfangs in Schwerpunktpraxen und bei Hausbesuchen durch Hausärzte solche Menschen gemäß Priorisierung geimpft wurden, die nicht selbst eines der Impfzentren aufsuchen konnten.

Praxen zünden Impfturbo

„Der Impfstart in den Praxen hebt uns auf die nächste Stufe in der Bekämpfung der Pandemie. Dank mehr Impfstoff und mehr impfenden Haus- und Fachärzten werden die Impfquoten deutlich steigen“, prognostizierte der Bundesvorsitzende des Virchowbundes, Dr. Dirk Heinrich, nach dem Startschuss der flächendeckenden Impfungen in den Praxen.

20 Millionen Impfungen innerhalb weniger Wochen seien realistisch, wenn neben den Hausärzten auch die niedergelassenen Fachärzte und Betriebsärzte einbezogen würden. „Die Rückmeldung unserer Mitglieder ist eindeutig: Wir Haus- und Fachärzte stehen mit unserer Erfahrung bereit und freuen uns darauf, gemeinsam mit unseren Patienten den Turbo in der Impfkampagne zu zünden“,

berichtete Dr. Heinrich. „Wir können, wir wollen und wir werden.“

Covid-19: Entwicklung der Tageswerte der verabreichten Impfstoffdosen in Deutschland

basierend auf den täglich gemeldeten Impfungen

Gesamtzahl verabreichter Impfstoffdosen ▾

2 Mio.

1,5 Mio.

1 Mio.

500 Tsd.

27.12.2020 18.01.2021 09.02.2021 03.03.2021 25.03.2021 16.04.2021 09.05.2021 31.05.2021 22.06.2021 14.07.2021 05.08.2021 27.08.2021 19.09.2021

Quellen: Robert Koch-Institut & Bundesministerium für Gesundheit

Praxisärzte wollen handeln

Der Klimawandel wird zur größten Bedrohung der weltweiten Gesundheit. Dieser Meinung ist nicht nur die Expertenkommission der medizinischen Fachzeitschrift „The Lancet“, sondern auch die World Medical Association (WMA).

Schon jetzt sind die Auswirkungen des Klimawandels durch Folgeerscheinungen wie Hitzewellen und zunehmende Luftverschmutzung deutlich in den Praxen und Krankenhäusern zu spüren. Allergien und Infektionskrankheiten breiten sich aus. Myokardinfarkte nehmen bei Menschen mit Diabetes mellitus und Hyperlipidämie bei Hitze zu. Nicht zu vergessen die psychischen Auswirkungen durch Katastrophen, Stress und Migration, die zu weiteren Gesundheitsproblemen führen. Die Studie „Gesundheitliche Auswirkungen des Klimawandels“ (2020) der Brendan-Schmittmann-Stiftung des Virchowbundes zeichnet ein genaues Bild der gesundheitlichen Folgen.

Fakt ist: Das Gesundheitswesen trägt zum Klimawandel bei. In Deutschland stammen 5,2 Prozent aller emittierten Treibhausgase aus dem Gesundheitswesen – das entspricht 54 Millionen Tonnen CO₂. Passagierflugzeuge dagegen verursachten 2017 „nur“ 31,2 Millionen Tonnen CO₂.

Klimawandel erreicht den Praxisalltag

Auch Praxisärztinnen und Praxisärzte können und müssen ihren Beitrag zum Klimaschutz leisten. Das bedeutet einerseits, Ressourcen zu schonen und mitzuhelfen, die Erderwärmung einzudämmen (Mitigation). Andererseits müssen sich Abläufe und Infrastruktur auch an die bereits merklichen Veränderungen anpassen (Adaptation).

Ein Beispiel der Adaptation: Ärzte sollten Medikamentenpläne bezüglich möglicher Auswirkungen einer Hitzewelle prüfen:

- › Diuretika und ACE-Hemmer können den Hydratationszustand und den Elektrolythaushalt beeinflussen
- › Statine, Fibrate und Lithium verändern ihre Wirkung durch Dehydrierung
- › Blutdrucksenker verstärken die Hitzebelastung
- › Betablocker und manche Antidepressive wirken sich auf den Wärmehaushalt aus

Im Bereich Mitigation ist der britische National Health Service (NHS) Vorreiter. Er hat es geschafft, den CO₂-Ausstoß im Gesundheitswesen um 26 Prozent im Vergleich zu

1990 zu senken. Schon 2030 sollen britische Allgemeinarztpraxen CO₂-neutral arbeiten. Bis 2040 will der NHS vollständig emissionsfrei werden.

Klimaschutz in der Praxis ist Teamsache. Arbeitgeber können das Engagement zum Klimaschutz mit einer Prämie stärken, wenn bestimmte Einsparungen erreicht werden – oder für besonders gute Ideen für weitere Maßnahmen.

Die Erfahrung zeigt, dass es sinnvoll ist, einen Klimabeauftragten in der Praxis zu benennen, der die Verantwortung für die Umsetzung der Maßnahmen übernimmt. Durch diese Verbindlichkeit steigen die Einsparungen messbar.

Klimaschutz verursacht gerade am Anfang häufig Aufwand: vor allem Arbeitszeit und Anschaffungskosten z. B. für neue Geräte. Die gute Nachricht: Vieles davon kann sich kurz- bis mittelfristig refinanzieren – z. B. durch niedrigere Kosten beim Strom- und Wasserverbrauch. Bund, Länder, Kommunen und private Stiftungen bieten Förderungen für für Klimaprojekte an.



Möglichkeiten für Klimaschutz in der Arztpraxis

Was können Ärzte und Praxen, die das Klima schützen wollen, konkret tun? Viel! Spannend dabei ist, dass manchmal schon kleine Maßnahmen mit wenig Aufwand große Wirkung entfalten können.

Hier einige Tipps zum Klimaschutz in der Arztpraxis:

1. Energie und Wärme

Strom, Gas, Kühlung und Wärme machen geschätzt 40 Prozent der CO₂-Emissionen im Gesundheitswesen aus. Energiesparende Lampen und Geräte, programmierbare Thermostate, Verhaltensänderungen und eine um 1 Grad kühlere Raumtemperatur im Winter können davon 20-30 Prozent einsparen.

Auch Perlatoren in Wasserhähnen sind eine schnelle und einfache Maßnahme mit hoher Wirkung. Sie reduzieren den Wasser- und Energieverbrauch z. B. beim Händewaschen deutlich.

2. Abfall

Einweg-Materialien z. B. im OP-Bereich sind im Trend und oft auch günstiger als die Wiederaufbereitung. Sie verursachen aber Unmengen an Abfall. Das häufigste Einwegprodukt sind übrigens Nierenschalen.

Abfallvermeidung heißt auch, auf minimale bzw. umweltfreundliche Verpackung (z. B. Stroh statt Styropor) zu achten und (wo möglich) zu recycelten bzw. recycelbaren und langlebigen Produkten zu greifen. Verbände und Einkaufsgemeinschaften können Druck auf die Hersteller aufbauen, umweltfreundlicher zu produzieren und zu verpacken.

3. Arzneimittel

Der Umstieg auf CO₂-arme Pulverinhalatoren bei Asthmapatienten ist eine kleine Maßnahme mit großer Wirkung. Im OP-Bereich ist Sevofluran eine CO₂-ärmere Alternative zu herkömmlichen Anästhetika.

Für Patient und Umwelt kann es sich auch lohnen, den Medikamentenplan regelmäßig „auszumisten“. So werden auf längere Sicht Ressourcen in der Medikamentenproduktion gespart – vom Abfall ganz zu schweigen.

4. Fahrrad statt Praxis-PKW

eBikes und Pedelecs sind bei Entfernungen bis zu 10 km das schnellste Fortbewegungsmittel im Stadtverkehr. Modellprojekte in Bremen und Baden-Württemberg erbrachten positive Bewertungen der medizinischen Mitarbeiter. Für Arbeitgeber gibt es außerdem Steuervorteile, wenn sie Fahrräder oder den ÖPNV bezuschussen.

5. Telemedizin

Klimafreundliche Praxen nehmen auch die Patienten in den Blick. Denn viele von ihnen fahren mit dem Auto bzw. Taxi in die Praxis. Eine Alternative: Telemedizin. Schon bei kurzen Distanzen ist ihre Klimabilanz deutlich besser als die einer Autofahrt in die Praxis – geschätzt um den Faktor 40 bis 70. Gerade bei Wiederholungsrezepten lassen sich auch durch besseres Terminmanagement Patientenwege sparen.

6. Klimasprechstunde

In einer speziellen Klimasprechstunde können Patienten einerseits für die medizinischen Auswirkungen des Klimawandels auf ihre eigene Gesundheit sensibilisiert werden. Andererseits können Vorsichtsmaßnahmen, z. B. bei Hitzeperioden, besprochen werden. Beratungen zu Ernährung und Mobilität bzw. generellem Lebensstil schlagen zwei Fliegen mit einer Klappe.

7. Praxisfinanzen

Noch immer investieren viele Banken und ärztliche Versorgungswerke in klimaschädliche Unternehmen und Projekte.

Wer zu „grünen“ Banken wechselt, entzieht solchen Investitionen den Boden. Gleichzeitig muss die Ärzteschaft auch offiziell stärker auf grüne Investmentstrategien drängen, damit sich etwas ändert.



Sektorenübergreifende Versorgung

Die sektorenübergreifende Versorgung steckt im Mega-Stau. Dabei gibt es längst sinnvolle und erfolgversprechende Versorgungsformen über die Sektorengrenzen hinweg. Unübersichtliche Regelungen, eine auf Beharren fixierte Egozentrik und falsche Anreize erschweren aber die Umsetzung.

Ansätze zur sektorenübergreifenden Versorgung gibt es zuhauf. Ein relativ neues und bekanntes Beispiel war die „Ambulant-Spezialfachärztliche Versorgung“ (ASV). Solche vielversprechenden Ansätze werden in Deutschland allerdings bislang von den Akteuren torpediert und konnten daher noch zu wenig erprobt und patientenorientiert weiterentwickelt werden. Der Sektorenübergang steckt in der Egozentrik der Akteure fest.

Einseitige Lockerungen

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.

Nichts davon löst die bekannten Probleme: Überkapazitäten an Krankenhausbetten, eine Über- und Fehlversorgung an stationären Leistungen und ein seit Jahren bekannter Personalmangel in der Pflege.

Gleichzeitig existieren kaum noch attraktive Möglichkeiten für Vertragsärzte, Leistungen stationär zu erbringen. Das Belegarztwesen steckt deshalb seit Jahren

in einer Sackgasse. 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.

Dabei haben allein die ambulant-sensitiven Krankenhausaufnahmen bundesweit ein Einsparpotential von rund 7 Milliarden Euro im Jahr. Sie betreffen häufig diagnostische Untersuchungen und Krankheitsbilder, die in der Regel auch gut ambulant behandelt werden können. Im Gegenzug wird rund die Hälfte der stationären Einweisungen über die jeweiligen Notaufnahmen generiert.

Lösung in Sicht

Eine patientenorientierte Überwindung der Sektoren kann darin liegen, dass zunächst ärztliche intersektorale Leistungen, wie etwa das ambulante Operieren, belegärztliche Tätigkeiten oder Praxiskliniken, gesetzlich neu geregelt und finanziert werden. Wie bereits in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen vorgesehen, müssen die Leistungen in vielen Fachgebieten zunehmend ambulant erbracht werden.

Es führt also kein Weg daran vorbei, dass beispielsweise Krankenhäuser in gemeinsame Einrichtungen mit grundversorgenden Haus- und Fachärzten umgewandelt werden – durchaus auch unter Trägerschaft oder Beteiligung der jewei-



Der Graben zwischen den Sektoren ist noch nicht überwunden

FOTO: KELLY WARREN – FOTOLIA

ligen Kreise und Gemeinden. Haus- und Fachärzte aus Praxis und Klinik übernehmen die Versorgung an der Sektorengrenze, während sich andere Krankenhäuser weiter spezialisieren und zentralisieren. Somit wird die Versorgungsqualität erhöht und die Ressource Pflegepersonal effektiv eingesetzt.

Ein wichtiger erster Schritt für eine Überwindung der Sektoren wäre daher, ärztliche intersektorale Leistungen zu definieren und zu finanzieren. Eine Vorlage dazu hat der SpiFa unterstützt von seinen Mitglieds-Verbänden (darunter auch der Virchowbund) gemacht.

Das „Konzept für eine Struktur und Vergütung ärztlich intersektoraler Leistungen“ will einen radikalen Neuanfang. Anstelle der sieben Paragraphen, die sich im SGBV derzeit mit der Leistungserbringung zwischen ambulant und stationär befassen, soll künftig ein einziger § 115 neu mit der Überschrift „Intersektorale Leistungen“ treten.

Eine Leistung, eine Qualität, ein Preis

Bei den so definierten intersektoralen ärztlichen Leistungen werden neben den bisherigen Regelungen in den angesprochenen Paragraphen auch alle stationären Fälle mit einbezogen, die in der Regel 4 Tage Liegedauer nicht überschreiten. Übernommen wird auch der stationäre Leistungskatalog mit dem offenen Verbotsvorbehalt. Das heißt, für die Vergütung wird nicht der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), sondern ein Fallpauschalensystem vorgesehen. Damit wird der Grundsatz „Eine Leistung, eine Qualität, ein Preis“ umgesetzt.

Gleichzeitig soll das Prinzip „ambulant vor stationär“ konsequent realisiert werden: Erkrankungen sollen zunächst grundsätzlich ambulant behandelt werden. Jede stationäre Behandlung erfordert eine me-

dizinische Begründung. Geprüft wird das nachträglich durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Der Krankheitsbezug der intersektoralen Leistungen macht es notwendig, dass mehrere Fachgebiete zusammenarbeiten. Die intersektoralen ärztlichen Behandlungen stehen nicht nur den Krankenhäusern zur Verfügung. Auch Praxisnetze, Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren, Praxiskliniken oder die bisherigen Belegabteilungen können die Inhalte der Fallpauschalen abbilden. Zugelassene Kooperationen sind eine Voraussetzung zur Leistungserbringung.

Auch die Vergütung entsprechend dem DRG-System ist in dem Konzept bereits geregelt. 90 bis 95 Prozent der derzeitigen Fallpauschalen der Hauptabteilung sind anvisiert.

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

GOÄ: Neverending Story oder Happy End?

Ein jeder Freie Beruf hat ein Anrecht auf eine eigene berufsständische Gebührenordnung. Was Rechtsanwälten, Steuerberatern und Ingenieuren gewährt und regelmäßig aktualisiert wird, wird der deutschen Ärzteschaft seit Jahren verwehrt.

Nach jahrelangem innerärztlichem Druck, vor allem durch die freien Verbände, einem außerordentlichen deutschen Ärztetag, intensiven Verhandlungen mit Fachverbänden und Fachgesellschaften, steht nun eine GOÄ nach aktuellem wissenschaftlichem Stand und weitestgehend mit der PKV konsentiert zur Umsetzung bereit. Auch die Kalkulation der Leistungen ist abgeschlossen. Vom Deutschen Ärztetag gedeckt, ist die Bundesärztekammer angehalten, eine eigenständige ärztliche Gebührenordnung vorzulegen.

Jetzt sind die Bundesregierung und die Bundesländer am Zug. Die Bundeshauptversammlung des Virchowbundes hatte daher die Bundesregierung aufgefordert,

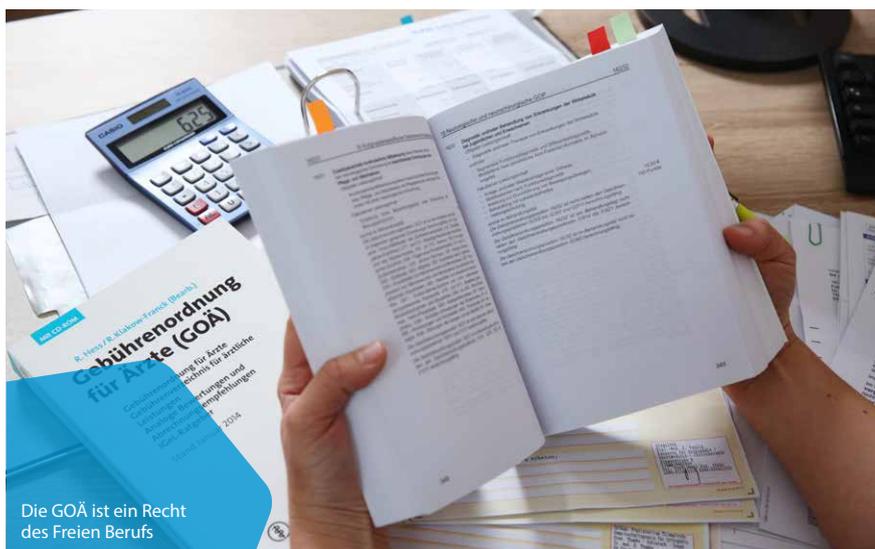
alles Erforderliche zu unternehmen, die novellierte Gebührenordnung für Ärzte (GOÄneu) in Kraft zu setzen.

Denn auch die von den Koalitionsparteien 2017 vereinbarte Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) sprach sich in ihrem Abschlussgutachten für eine „partielle Harmonisierung“ von EBM und GOÄ aus. Das setzt allerdings voraus, dass eine aktuelle und dem Leistungsspektrum der Ärzteschaft entsprechende GOÄ in Kraft ist.

Die Ärzteschaft hat unter großem Einsatz ihren Teil dazu beigetragen, dass eine GOÄneu mit aktuellem Preis- und Leistungsverzeichnis und mit Mechanis-

men der kontinuierlichen Aktualisierung ermöglicht wird.

Unter der Voraussetzung, dass sich nicht nur die Leistungslegenden sondern auch die Verantwortung und die Leistungsfähigkeit des „Freien Berufes Arzt“ in der GOÄneu widerspiegeln, hat jeder Freie Beruf – wie im Übrigen für Rechtsanwälte, Notare, Ingenieure und Steuerberater selbstverständlich – ein Anrecht auf eine eigenständige Gebührenordnung, so die Bundeshauptversammlung weiter. Sie ist Kernelement des Verbraucherschutzes, da sie dem Patienten Qualität, Transparenz und Preissicherheit gewährleistet.



Die Früchte des TSVG

Trotz der staatlichen Eingriffe in die Praxisführung hat sich das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) bislang als positiv für die Arztpraxen erwiesen. Es ist tatsächlich ein erster, wichtiger Schritt in die Entbudgetierung.

Mit dem TSVG und dem ersten Einstieg in Teile der Entbudgetierung werden neue Patienten und Akutfälle nicht zum Budget-Risiko. Damit hat sich die Debatte um vermeintlich fehlende Facharzttermine spürbar entschärft. Den Fans einer Einheitsversicherung fehlt im Wahlkampf 2021 ihr wichtigstes Argument.

Honorarbericht 2019 zeigt TSVG-Effekte

Der Honorarbericht 2019 zeigt: Der außerbudgetäre Honoraranteil hat zweistellig zugenommen. Schon im ersten Quartal stieg die EGV um 6,1 Prozent, im zweiten Quartal um 4,4 Prozent, und in den letzten beiden Quartalen noch einmal deutlich stärker um jeweils 11,3 bzw. sogar 19,4 Prozent. Der Anstieg folgt damit der schrittweisen EBM-seitigen Umsetzung der im TSVG eröffneten extrabudgetären Patienten-Konstellationen.

Über das gesamte Jahr gesehen hat die EGV sich also um 10,2 Prozent erhöht. Die weitaus größere MGV ist im gleichen Zeitraum um 0,1 Prozentpunkte gesunken – allerdings nur durch die negativen Ergebnisse in sechs KVen. In allen anderen ist auch die MGV gestiegen.

Neue Ansätze zur Bereinigung

Seit September 2020 ist die erste Bereinigungsphase für die neuen extrabudgetären Leistungen aus dem TSVG beendet. Aufgrund der Corona-Pandemie wurde mittlerweile allerdings eine nachträgliche Anpassung der Bereinigungssystematik verfügt. Betroffen sind die TSVG-Leistungsbereiche „Neupatient“ und „Offene Sprechstunde“. Für diese Leistungen werden bis ins 3. Quartal 2022 (je nach Dauer der pandemischen

Lage auch länger) nachträgliche Bereinigungen stattfinden.

Die ersten Schritte zur Ausbudgetierung ambulanter ärztlicher Leistungen in Richtung einer Einzelleistungsvergütung werden zum Teil wieder zurückgenommen, weil der Preis dafür aus der MGV gezahlt wird. Davon sind vor allem die Fachärzte betroffen.

Unterm Strich erweist sich das TSVG dennoch für Haus- und Fachärzte als positiv. Während im ersten Jahr des TSVG die Empfehlung lautete, so weiterzuarbeiten wie bisher, sollten niedergelassene Ärzte nun darauf achten, die Optionen der extrabudgetären Vergütung des TSVG tatsächlich auszuschöpfen und sämtliche TSVG-Fälle auch als solche in der Abrechnung zu kennzeichnen. Insbesondere können sie bis zu 17,5 % der Patienten über die offene Sprechstunde und alle Neupatienten (Patienten, die in den letzten 8 Quartalen nicht in der Praxis waren) extrabudgetär abrechnen. Das entlastet das RLV und kann einen spürbaren Honorarzuwachs bedeuten.



IT-Sicherheitsrichtlinie geändert

Kein Aprilscherz: Seit dem 1.4.2021 gilt für Arztpraxen die IT-Sicherheitsrichtlinie. Ergänzend dazu gibt es eine Online-Plattform zur IT-Sicherheitsrichtlinie mit Hilfsmaterial zur Umsetzung. Welche Sicherheitsmaßnahmen konkret nötig sind, richtet sich grundsätzlich nach der Anzahl der Personen in der Praxis, die ständig mit der Datenverarbeitung beschäftigt sind.

Die IT-Sicherheitsrichtlinie präzisiert Vorgaben aus der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) auf welche Weise Praxen ihre Patientendaten schützen müssen. Ausschlaggebend sind dabei

- › die Größe der Praxis (Anzahl der datenverarbeitenden Mitarbeiter)
- › Umfang der Datenverarbeitung

Für medizinische Großgeräte und die Telematik-Infrastruktur (TI) gelten zusätzliche Regeln.

Die Richtlinie wird laufend angepasst, wenn sich z. B. technische Vorgaben und Bedrohungsszenarien ändern. Verantwortlich für die Umsetzung der IT-Sicherheitsrichtlinie ist der Praxisinhaber. Praxen

können sich von IT-Dienstleistern beraten und unterstützen lassen. Die KBV bietet eine Übersicht der aktuell zertifizierten Dienstleister.

Die Richtlinie selbst dient bereits als Checkliste. Weiteres Hilfsmaterial

zur Umsetzung steht auf einer Online-Plattform zur Verfügung (z. B. Musterdokumente wie der Praxis-Netzplan und die Richtlinien für mobile Geräte und Wechseldatenträger).

Die Virchowbund-**Praxisinfo „Datenschutz in der Arztpraxis“** informiert Praxisinhaber darüber, wie sie Patientendaten schützen können und welche Konsequenzen bei Verstößen gegen die Datenschutz-Grundverordnung drohen. Die Datenschutz-Praxisinfo sowie eine Muster-Datenschutzerklärung für die Praxiswebseite können Mitglieder kostenlos herunterladen.

Verpflichtende Umsetzung:

- › aktuelle Virenschutzprogramme einsetzen
- › verschlüsselte Internetanwendungen nutzen
- › Internet-Browser so einstellen, dass im Browser keine vertraulichen Daten gespeichert werden
- › Apps nur aus den offiziellen App-Stores herunterladen und restlos löschen, wenn sie nicht mehr benötigt werden
- › keine vertraulichen Daten über Apps versenden
- › Smartphones und Tablets mit einem komplexen Gerätesperrcode schützen
- › nach der Nutzung eines Gerätes abmelden
- › das interne Netzwerk anhand eines Netzplanes dokumentieren

Diese Mindeststandards zur Sicherung sensibler Gesundheitsdaten dürfen Praxisinhaber unter keinen Umständen unterschreiten.

Optionale Umsetzung:

- › Mikrofon und Kamera am Rechner sollten grundsätzlich deaktiviert sein und nur bei Bedarf temporär direkt am Gerät aktiviert und danach wieder deaktiviert werden.
- › Es sollte regelmäßig geprüft werden, ob es Softwareupdates für die Mobiltelefone gibt.



Die ePA und das eRezept kommen

Zum 1. Juli 2021 standen weitere wichtige Neuerungen für Arztpraxen an:

- › Elektronische Patientenakte (ePA)
- › Elektronisches Rezept (eRezept)
- › Impfzertifikat
- › eHBA

Elektronische Patientenakte (ePA)

Seit dem 1. Juli 2021 müssen alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten die ePA lesen und befüllen können. Arztseitige Voraussetzungen dafür:

- › TI-Anbindung
- › Update auf ePA-Konnektor
- › PVS-Modul ePA
- › eHBA 2.0

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist das zentrale Element der vernetzten Gesundheitsversorgung und der Telematikinfrastruktur. Sie soll die bisher an verschiedenen Orten wie Praxen und Krankenhäusern abgelegten Patientendaten digital zusammentragen. Damit haben Patienten alle relevanten Informationen wie Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte, den Medikationsplan und den Notfalldatensatz auf einen Blick vorlie-

gen und können diese ihren Ärzten, Therapeuten und Apothekern zur Verfügung stellen.

Die ePA ersetzt jedoch nicht die Kommunikation unter den Ärzten oder zu anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Elektronisches Rezept (eRezept)

Im Juli 2021 startete in ausgewählten Praxen in Berlin und Brandenburg ein Feldtest zur Ausstellung von eRezepten. Drei Monate später, ab dem 1. Oktober, sollen Ärzte auch bundesweit auf freiwilliger Ebene eRezepte ausstellen können.

Arztseitige Voraussetzungen dafür:

- › TI-Anbindung (mindestens mit E-Health-Konnektor, für Komfortsignatur mit ePA-Konnektor)
- › eHBA 2.0
- › PVS-Update
- › Drucker mit Auflösung von 300 dpi für den Token-Ausdruck

Ab dem 1. Januar 2022 müssen Vertragsärzte und Patienten das elektronische



Rezept bei der Verordnung von apothekenpflichtigen Arzneimitteln über die gesetzliche Krankenversicherung nutzen. Elektronische Verordnungen für GKV-versicherte Selbstzahler sind auch als eRezept möglich.

Impfzertifikat

Wer gegen COVID-19 geimpft ist, soll einen zusätzlichen Impfnachweis erhalten können – in einer Arztpraxis, durch Betriebsärzte, in Impfzentren oder nachträglich auch in einer Apotheke. Seit dem 14. Juni 2021 können Impfzertifikate ausgestellt werden.

In den Arztpraxen können die Zertifikate direkt aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) erstellt werden, um den Verwaltungsaufwand möglichst gering zu halten. Die Kosten für das Update werden vom Bund finanziert.

eHBA

Für zahlreiche digitale Anwendungen in der Praxis ist der elektronische Heilberufsausweis (eHBA, eArzttausweis) erforderlich. Praxisärzte müssen nachweisen, dass sie den eHBA bis zum 30. Juni 2021 bestellt haben.

Unter anderem ist der eHBA Voraussetzung, um folgende Anwendungen durchzuführen:

- › Notfalldatenmanagement



- › elektronischer Arztbrief
- › elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- › elektronisches Rezept
- › Laborüberweisungen
- › Anforderung von Telekonsilien

Auch für die Anwendungen elektronischen Medikationsplan und die elektronische Patientenakte setzt der Gesetzgeber aus rechtlichen Gründen einen eHBA voraus. Für die Ausgabe sind die Landesärztekammern zuständig.

Der eHBA ist ein personenbezogenes Dokument. Deshalb müssen Ärzte und Psychotherapeuten für den Antrag das Post-Ident-Verfahren durchführen – nur so können sie zweifelsfrei ihre Identität nachweisen.

Neuland: Apps auf Rezept

Deutschland ist digitales Pionierland: Ärzte dürfen GKV-Patienten seit Ende 2020 Apps und andere digitale Medizinprodukte zur (unterstützenden) Überwachung, Behandlung und Linderung von Erkrankungen verschreiben. Die Kosten dafür übernimmt die gesetzliche Krankenkasse. Kein anderes Land der Welt hat derzeit einen geregelten und schnellen Weg von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in ein Gesundheitssystem, so wie es ihn das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) ermöglicht.

Unter den Begriff „digitale Gesundheitsanwendung“ fallen nicht nur Apps, sondern auch Browser- und Voice-basierte Anwendungen – also Dienste, die entweder auf einer Internetseite oder mittels Sprachsteuerung genutzt werden. Zusätzlich zur Software können DiGA auch Hardware-Unterstützung einsetzen, z. B. Sensoren oder Wearables.

Dienstleistungen wie Beratung, Coaching oder privatärztliche Leistungen

können aus einer DiGA heraus bzw. im Zusammenhang mit der Nutzung einer DiGA angeboten werden. Vertragsärztliche Leistungen mit Bezug zu der digitalen Anwendung werden von der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der ärztlichen Vergütung bezahlt. Die Höhe der Vergütung muss von den Partnern der Selbstverwaltung festgelegt werden.

Anfangs witterten viele App-Hersteller das große Geschäft, doch die Goldgräber-

stimmung wurde mit dem DVG gedrosselt. Denn für eine Erstattung muss das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine befristete Zulassung erteilen und die Anwendung ins DiGA-Verzeichnis aufnehmen. Dafür wurde ein beschleunigter Prozess (Fast Track) nach dem Vorbild der Zulassung für Medizinprodukte der Klassen 1 und 2a geschaffen. Das BfArM prüft dabei 122 Bereiche; u. a. Datenschutz, Informationssicherheit, Nutzerfreundlichkeit und Mehrwert für die Versorgung. Innerhalb von zwölf Monaten müssen die Hersteller einen ausführlicheren Nachweis von positiven Versorgungseffekten erbringen.

Nicht nur für die Versorgung, sondern auch für die Versorgungsforschung könnten neue Akzente gesetzt werden. Denn 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 digitale Gesundheitsanwendungen helfen, das Leben eines Patienten mit seiner Erkrankung zu vereinfachen, könnten wir den Nutzenbegriff künftig neu definieren“, hofft der Bundesvorsitzende Dr. Dirk Heinrich. Auch das Entlassmanagement und die sektorenübergreifende Versorgung könnten von DiGA profitieren.

Diese positiven Versorgungseffekte sind auch entscheidend dafür, ob die Praxisärzte als Verordner überzeugt werden können oder nicht. Eine weitere Bedingung, damit DiGA sich durchsetzen: Die Veränderungen müssten im ärztlichen Alltag integrierbar,



schrittweise umsetzbar und nachvollziehbar sein. Die DiGA sollten zumindest am Anfang so wenig wie möglich in die Abläufe und den Alltag der Praxis eingreifen.

Des Weiteren ist für die behandelnden Ärzte wichtig, Übersicht und Kontrolle über das Behandlungsgeschehen zu behalten. Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass mit der DiGA ein Bereich der Versorgung in die Hände von Softwareentwicklern gelegt werde.

Selbst, wenn die Daten sicher aufbewahrt und datenschutzkonform genutzt werden – die Probleme beginnen schon beim Download. Alleine der Umstand, dass eine App zur Behandlung von Depressionen aus dem App Store heruntergeladen wurde, könnte dort zur Profilbildung genutzt werden. Der Bundesdatenschutzbeauftragte Prof. Ulrich Kelber plädiert daher dafür, dass DiGA-Apps besser über die Telematik-Infrastruktur zugänglich gemacht werden.

Welche Anwendungen zugelassen sind, darüber informiert das offizielle DiGA-Verzeichnis des BfArM (www.bfarm.de). Ärzte erhalten dort alle relevanten Informationen, um zu beurteilen, ob sich die Verschreibung für ihre Patienten eignet. Die Krankenkassen können ihren Versicherten auch direkten Zugang zu DiGAs gewähren, ohne dass diese von einem Arzt verschrieben werden müssten. Einzige Bedingung: eine entsprechende ärztliche Indikation.

Cybercrime: Praxen müssen sich schützen

Cybercrime-Delikte stellen die Strafverfolgungsbehörden vor große Herausforderungen. Sie kennen keine Landesgrenzen, Mauern oder abgeschlossene Türen. Überall, wo Menschen Computer und Smartphones nutzen, drohen auch Gefahren durch Hacker und Schadsoftware.

Über 100.000 Cybercrime-Fälle im engeren Sinn erfasste das Bundeskriminalamt 2019 mit einem Schaden von mehr als 50 Millionen Euro. Die Zahlen steigen und die Dunkelziffer ist hoch. Unternehmen bemerken häufig nicht, dass sie Opfer von Cybercrime geworden sind.

Die Täter gehen dezentral vor, kommen in kleinen Gruppen online zusammen, begehen Straftaten und trennen sich wieder. Aber auch längerfristige „Kooperationen“ im Sinne klassischer organisierter Kriminalität nehmen zu.

Unter dem Schlagwort „Crime as a service“ bieten die Täter zwischenzeitlich ihr Know-how auch anderen Kriminellen an, quasi als „Kriminalität auf Bestellung“. Personen ohne technische Kenntnisse können auf diese Weise Cybercrimedelikte, wie das Ausspähen und Abfangen von Daten, Betrug und Computersabotage begehen.

Besonders perfide ist die kryptierte Variante der Ransomware. Die Dateien der Opfer werden dabei verschlüsselt, der PC ist für den eigentlichen Eigentümer nicht mehr nutzbar und ein Countdown auf dem Computerbildschirm zeigt an, wann Dateien – beispielsweise Fotos oder Pati-

entendaten – gelöscht werden, sollte das Opfer kein Lösegeld zahlen.

Auf den digitalen Schwarzmärkten im Darknet (Underground Economy) werden auch gefälschte digitale Identitäten angeboten. Die digitale Identität ist ein begehrtes Diebesgut, mit welcher sich unzählige Straftaten begehen lassen. An die Internet-Nutzerdaten gelangen die Täter über Trojaner oder mit Hilfe von Phishing-Attacken. Haben die Täter beispielsweise Kontoanmeldeinfor-

mationen – E-Mail-Adresse und Passwort – erhalten, können sie Waren im Internet kaufen oder Überweisungen tätigen.

Zu den Cybercrimedelikten zählen u. a. Ransomware-Infektionen, DDos-Attacken und Datendiebstähle. Arztpraxen sind unter den möglichen Angriffsvarianten mit Abstand am häufigsten von Ransomware betroffen. Andere Deliktformen sind seltener anzutreffen.

Häufig sind es ehemalige oder aktuelle Mitarbeiter, die einen IT-Sicherheitsvorfall herbeiführen. Allerdings meist nicht in krimineller Absicht, sondern aufgrund von Fahrlässigkeit und mangelndem Problembewusstsein.



Zentrale Ansprechstelle zur Cybercrime-Bekämpfung

Für eine effektive Bekämpfung von Cybercrime ist es wichtig, dass jede Straftat angezeigt wird. Aktuell geschieht das nur bei rund 4 von 10 digitalen Straftaten. Die Analyse der Straftaten liefert Ermittlungsansätze durch ein starkes nationales und internationales Netzwerk zwischen Behörden, Wirtschaft und Wissenschaft und hilft somit, die Präventionsarbeit zu verbessern.

Die Zentrale Ansprechstelle Cybercrime (ZAC) gibt es in allen Bundesländern. Die ZAC bietet z. B. präventive Aufklärung in Form von Newslettern, Vorträgen, Schulungen in Sicherheitsfragen sowie professionelle Unterstützung bzw. technische Beratung. Die Mitarbeiter eines jeden ZAC verschaffen im Schadensfall aber auch Opfern einen Überblick über ihre Optionen und unterstützen bei der Meldung bzw. Anzeige.

Absendern. Zum Beispiel werden Benachrichtigungen von Banken oder Lieferanten nachgeahmt. Die Schadsoftware versteckt sich hinter Links und Anhängen (oft getarnt als „Rechnung“ oder „Bewerbung“). Eine Sonderform sind Emotet-Schadprogramme für Windows-Systeme.

Durch von vornherein programmierte Verzögerungen wird die Verschlüsselung nicht sofort durchgeführt und die Ransomware bleibt zunächst unbemerkt.

Das Versprechen, dass man mit Zahlung des Lösegelds eine Möglichkeit erhält, die Praxisdaten und Software wiederherzustellen, wird in der Realität nur sehr selten eingelöst.

Ransomware und Trojaner

Trojaner nutzen eine als nützlich getarnte Datei oder Anwendung, um Schadsoftware (Malware) in den Rechner einzuschleusen. Diese Programme können in Folge z. B. die Praxisdaten komplett verschlüsseln. Es fol-

gen Lösegeldforderungen und Drohungen, Gesundheitsdaten zu veröffentlichen.

Die Zahl der Ransomware-Attacken steigt in jüngster Zeit signifikant an. Die dafür genutzten E-Mails und Dateien werden professionell gefälscht, sodass sie aussehen, als kämen sie von sicheren

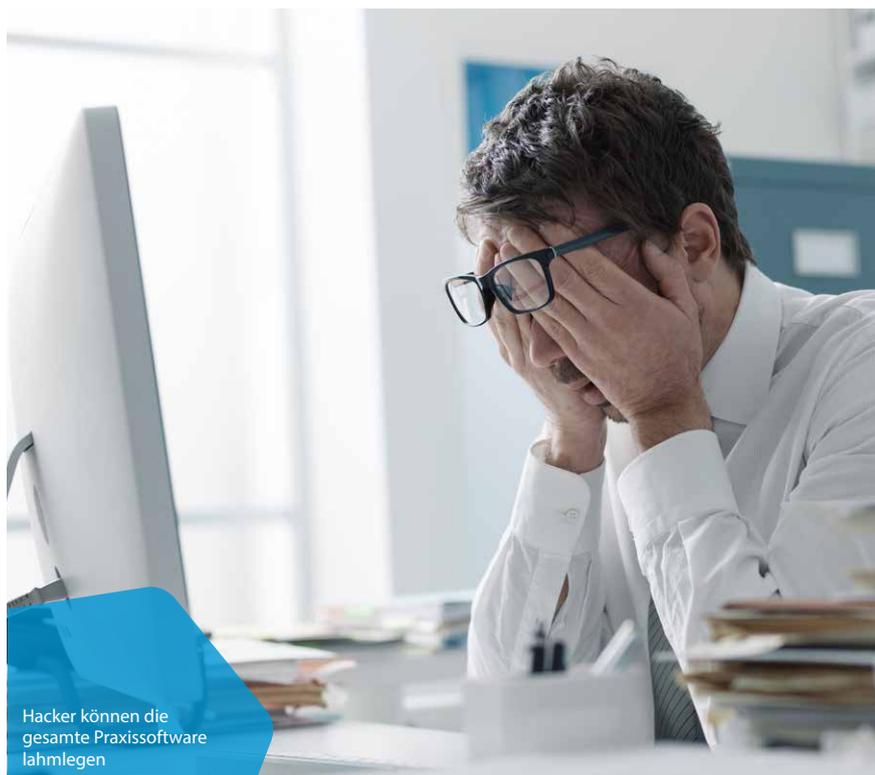
Phishing

Beim Phishing werden Passwörter und Bankdaten über E-Mail oder soziale Netzwerke abgegriffen. Dazu werden E-Mails in täuschend echter Qualität und optisch für den Anwender nicht vom Original zu un-

Prophylaxe

Diese Vorsichtsmaßnahmen helfen, das Risiko von Ransomware und Trojanern auf dem Praxis-PC zu reduzieren:

1. Öffnen Sie keine E-Mailserver am Praxis-PC, rufen Sie E-Mails ggf. vom Praxishandy ab.
2. Bestenfalls richten Sie alle Praxis-PCs ohne frei zugänglichen Internetbrowser ein – nur 1 Rechner in der Praxis sollte mit Internetzugang für Bestellungen etc. ausgestattet sein (Stand-alone-Lösung).
3. Halten Sie Ihr Betriebssystem und Dritt-Software aktuell und sorgen Sie für aktuellen Virenschutz. Die Windows-Antivirensoftware ist nicht immer ausreichend.
4. Lassen Sie Ihren Fritzbox-Router oder die Telefonanbindung von einem Praxisverwaltungsunternehmen bzw. zertifizierten Techniker einrichten, nicht von Bekannten und Verwandten. Sichern Sie die Fritzbox zusätzlich mit einer zwischengeschalteten Firewall. Es braucht eine verantwortliche Person, besser ein erfahrenes IT-Support-Unternehmen. Fragen Sie Ihren Support, ob am Wochenende und im Urlaub die Fritzbox abgeschaltet bzw. per Kipp-Schalter vom Stromnetz genommen werden kann.
5. Führen Sie tägliche Sicherungen durch, und halten Sie getrennt davon wöchentliche Sicherungen vor, weil bei täglicher Sicherung die letzte Sicherung bereits Schadsoftware enthalten kann. Achten Sie auf sichere Lagerung der Backups.
6. Sollten Sie zuhause einen Zugang benötigen, lassen Sie einen sicheren VPN-Tunnel einrichten. Verzichten Sie auf oberflächlich und laienhaft eingerichteten „Luxus“, wie von zu Hause aus den Anrufbeantworter der Praxis abzuhören etc. Ihre Zugänge sind Einfallstore für Cybercrime.
7. Falls Sie Geräte mit veralteter Software benutzen, schützen Sie diese Geräte vor Zugriff: Dieses Gerät kann zwar in das Praxisnetzwerk eingebunden sein, um Daten einzusehen, aber trennen Sie das Gerät bei der alltäglichen Verwendung von der Außenwelt. Es darf also z. B. keine Internetanbindung haben. Andernfalls ist es eine Schwachstelle und ein Einfallstor für Ransomware.



Hacker können die gesamte Praxissoftware lahmlegen

Unsere **Praxisinfo „Datenschutz in der Arztpraxis“** informiert Ärzte und MFA darüber, wie sie Patientendaten schützen und welche Konsequenzen bei Verstößen gegen die Datenschutz-Grundverordnung drohen. Die Datenschutz-Praxisinfo sowie eine **Muster-Datenschutzerklärung** für die Praxiswebseite können Mitglieder kostenlos im Online-Mitgliederbereich herunterladen.

Virchowbund-Mitglieder können sich außerdem gegen sämtliche Arten von IT- und Cybergefahren über den Versicherer Ecclesia MED absichern. Dabei können sie zwischen einer umfassenden Kompaktlösung und einem individuell zugeschnittenen Bausteinkonzept wählen. Erfahren Sie mehr auf www.virchowbund.de/vorteile.

terscheiden an den Nutzer gesendet. Diese enthalten Phishing-Links zu Themen, die durchaus mit dem Absender in Verbindung gebracht werden könnten. Zum Beispiel geht es um die „Überprüfung der Identität“ bei PayPal-Accounts oder Bankinstituten.

Die einzig sichere aber zeitintensive Lösung: die Bank anrufen, den Account selbst, bzw. getrennt vom angebotenen Link über die Homepage von beispielsweise PayPal aufrufen und ggf. aktualisieren.

Wer auf einen Phishing-Link geklickt, eine Mail mit Ransomware erhalten hat oder Ähnliches, sollte

- die Fritzbox und sämtliche betroffenen Geräte vom Internet trennen sowie das WLAN abschalten und ggfs. den Netzstecker ziehen
- den IT-Support, das Team und die Polizei informieren

Telefonhacking

Beim Telefonhacking wird z. B. die Praxis-Telefonanlage oder -Telefonnummer

verwendet, um kostenlos zu telefonieren. Auch mobile Telefone mit aktivierter Bluetooth-Funktion können auf gewisse Distanzen gehackt werden. Telefonrechnungen von mehreren tausend Euro sind möglich.

Deshalb sollte die Telefonanlage regelmäßig aktualisiert werden. Vor die Telefonanlage gehört eine Firewall und ein sicheres Passwort. Zusätzlichen Schutz bieten Sperrlisten für Auslandstelefonnummern und die Abschaltung aller externen Sprachboxen.

DDoS-Attacke

Webseiten, Server und Netzwerke werden mithilfe von extrem vielen Anfragen zur gleichen Zeit überlastet, sodass sie nicht mehr erreichbar sind. Dieses Szenario ist für Praxen seltener relevant.

Rubber Ducky

Ein Rubber Ducky ist ein harmlos aussehender USB-Stick, der von außen nicht von einem herkömmlichen USB-Stick zu unterscheiden ist. Wenn dieser einmal angeschlossen ist, werden Programme geschrieben, mit deren Hilfe der Kriminelle Zugriff auf die Tastatur erlangt, Programme schreiben und so dem am Rechner sitzenden Anwender eine Benutzung unmöglich machen kann. Die vollkommene Zerstörung der Praxis-Software ist möglich.

Daher sollten weder Praxisinhaber noch -Mitarbeiter USB-Sticks verwenden oder Smartphones und ähnliche Geräte am USB-Port eines Praxis-PCs anschließen – auch nicht zum bloßen Laden.

Bundeshauptversammlung

Bundeshauptversammlung 2020: erstmals digital

Erstmals in der Verbandsgeschichte musste die Bundeshauptversammlung pandemiebedingt verschoben werden. Und ebenso erstmals wurde sie wenige Monate später digital nachgeholt. Das bedeutete großen organisatorischen Aufwand in der Bundesgeschäftsstelle, der sich aber gelohnt hat: Die erste digitale Bundeshauptversammlung im März 2021 ging reibungslos über die Bühne.



Das Fazit der Delegierten am Ende: Selbst eine Bundeshauptversammlung ist aus der Ferne möglich – aber alle freuen sich darauf,

die Kollegen zur nächsten Bundeshauptversammlung im Herbst dann doch endlich wieder live und vor Ort treffen zu können.

Entscheidungen (in Auszügen)

Eine Auswahl der wichtigsten Einschließungen der Bundeshauptversammlung 2020:

Öffentlicher Gesundheitsdienst und Praxisärzte gemeinsam in Verantwortung für Schutz und Versorgung der Menschen

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V., vertritt als ärztlicher Berufsverband traditionell die Stärkung und den Ausbau von

ärztlichen Kooperationen über alle Fachgebiete, Sektoren und Bereiche hinweg.

Daher ist es für den Verband ein Kernanliegen, die Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen und Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst und in den Praxen auszubauen, um gemeinsam Verantwortung für Schutz und Versorgung der Menschen zu tragen. Daher fordert der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.:

Für die Bekämpfung der derzeitigen und möglicherweise kommender Pandemien ist eine klare Aufgabenteilung zwischen Öffentlichem Gesundheitsdienst und der ambulanten Versorgung erforderlich. Dieser Aufgabenteilung folgend müssen Kommunikationswege geschaffen werden. Diese müssen digital und für alle Beteiligten in deren bestehende Systeme und Abläufe integrierbar sein. Der Ausbau dieser Kommunikationswege muss unverzüglich erfolgen.

Im Rahmen dieser Aufgabenverteilungen müssen Reserve- und Ausweichplanungen für Kapazitätsengpässe einkalkuliert werden, die vorübergehende und regionale Defizite ausgleichen. So sind zwar Reihentestungen grundsätzlich nur über das Gesundheitsamt abzuwickeln, eine solche Beauftragung kann aber auch an Praxen delegiert werden. Hierbei müssen aber klare Regeln aufgestellt werden und der jeweilige Bereich darf nicht überfordert werden.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst wird als Ansprechpartner für Gesundheitsförderung und Prävention auf kommunaler Ebene



Die Delegierten fordern bessere Vernetzung zwischen ÖGD und Praxisärzten

ne ausgebaut. Für Gesundheitsförderung und Prävention waren aber bislang schon die vor Ort tätigen Ärztinnen und Ärzte der haus- und fachärztlichen Grundversorgung erste Ansprechpartner. Daher ist beim Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes die informelle Einbeziehung der Ärztinnen und Ärzte der haus- und fachärztlichen Grundversorgung erforderlich. Auch hier gilt, dass einfache und direkte Kommunikationswege einzurichten sind.

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V., unterstützt alle Bemühungen, die ärztliche Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst attraktiver zu gestalten. Hierzu gehört neben der Verbesserung von Arbeitsbedingungen und des Berufssehens insbesondere eine angemessene Vergütung, die mit Tätigkeiten in Klinik und Praxis vergleichbar sein muss. Da der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst steigen wird, ist es auch aus diesem Grund dringend erforderlich, die Zahl der Medizinstudienplätze erheblich zu erhöhen. Denn Ärzte werden zukünftig nicht nur dort, sondern auch in Klinik und Praxis fehlen. Wenn keiner der Bereiche und Sektoren unter der personellen Unterbesetzung des anderen leiden soll, ist eine Erhöhung der Zahl an Medizinstudienplätzen notwendig.

Die richtigen Lehren ziehen: Zu den Folgen und Auswirkungen der Corona-Pandemie

Zu den Lehren aus der Corona-Pandemie zählt, dass der wichtigste Baustein die Stabilisierung und der Ausbau des Gesundheitswesens ist. Innerhalb dieses Gesundheitswesens spielt die ambulante Versorgung eine herausragende Rolle: Sechs von sieben Corona-Patienten konnten ambulant behandelt werden. Somit wurde verhindert, dass die Kliniken, wie in anderen Ländern beobachtet werden konnte, schnell überlaufen und die Versorgung am Zusammenbrechen war. Kliniken konnten sich auf die Behandlung der wirklich schweren Fälle konzentrieren.

Durch ein leistungsfähiges ambulantes Gesundheitswesen sind zudem insbesondere die älteren und multimorbiden Patientinnen und Patienten gut versorgt und medikamentös eingestellt, so dass die Morbidität und die Resilienz dieser Patientengruppe im internationalen Vergleich besser sind. Diese Effekte können sich auch bei künftigen pandemischen Ereignissen oder im Zusammenhang mit den Auswirkungen des Klimawandels positiv auswirken.

Daher muss insbesondere der ambulante Bereich des Gesundheitswesens in folgenden Punkten gefördert werden:

- › Fortführung des Schutzschirms als Rückversicherung zum Erhalt der wichtigen ambulanten Strukturen
- › Bevorratung von ausreichender Schutzausrüstung für den ambulanten Bereich
- › Massive finanzielle Förderung zur Digitalisierung der ambulanten Versorgung, analog zu den Krankenhäusern
- › Wiedereinführung der Möglichkeit der Erstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nach telefonischem Kontakt bei Anstiegen der Infektionszahlen
- › Verlängerung der hygienebezogenen Maßnahmen auch im Bereich der Privaten Krankenversicherungen, wie die Beteiligung der PKV an der Beschaffung von Schutzausrüstung (§ 245a SGB V) und Verlängerung der hygienebezogenen Abrechnungsziffern in der GOÄ zum 2,3fachen Steigerungssatz
- › Die Sensitivität des Abstriches bei COVID-19 hängt von der Qualität der Abstrichnahme ab. Deshalb sind sie am besten in ärztlicher Verantwortung aufgehoben.

Eckpunkte zu den Bundestagswahlen 2021: für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitssystem ist weltweit führend. Was vor der Corona-Pandemie bereits bekannt war, hat sich während der Pandemie bekräftigt. Der Grund hierfür ist der hohe medizinische Standard sowie der im Vergleich der OECD-Länder einmalige direkte Zugang zur ambulanten Medizin ohne Priorisierung, vergleichbare Wartezeiten oder Wartelisten. Die niedergelassenen und ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte sind dabei ein wesentlicher Teil dieser hervorragenden Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Um diesen hohen Standard der Versorgung zu halten und auszubauen halten

die niedergelassenen Ärzte folgende Eckpunkte als wichtige Voraussetzungen für eine Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2021:

1. Erhalt des Freien Berufes

Der Arztberuf ist ein Freier Beruf. Jede Ärztin oder jeder Arzt ist ausschließlich dem Patienten nach medizinischem Wissen und dem Gemeinwohl verpflichtet. Dritte dürfen nicht auf ärztliche Entscheidungen einwirken. Diese wichtigste Grundvoraussetzung für den Arztberuf gilt unabhängig davon, ob Ärztin oder Arzt angestellt oder selbstständig tätig ist. Diese Freiberuflichkeit bewährt sich tagtäglich und vieltausendfach in den Praxen unseres Landes: bei Entscheidungen zwischen Arzt und Patient, welche medizinische Behandlung erforderlich, möglich oder wünschenswert ist und welche Ressourcen die Gesellschaft bereit ist, zur Verfügung zu stellen. Diese Entscheidungen, die im Spannungsfeld zwischen Zuteilungsmedizin und rein ökonomischer Handlungsweise fallen, erfordern „Beinfreiheit“ für den Arzt oder die Ärztin und so wenig Regularien wie möglich.

In den vergangenen Jahren wurden die Regularien jedoch ausgeweitet, die Freiheitsgrade stetig beschnitten. Ziel zukünftiger Politik muss daher zum einen die Förderung der ärztlichen Freiberuflichkeit in all ihren Facetten, zum anderen eine kontinuierliche, weitgehende Deregulierung sein. Bürokratie ist kein Selbstzweck und muss daher stets auf Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit überprüft werden.

2. Förderung der Selbstständigkeit

Die Niederlassung in Selbstständigkeit ist und bleibt der Gold-Standard der ambulanten medizinischen Berufsausübung. Noch immer sind rund 73 Prozent (2018) der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte selbstständig tätig. Die Selbstständigkeit bietet Ärztinnen und Ärzten nicht nur mehr Chancen und mehr beruflich wie private Flexibilität, sie ist maßgeblich für eine

höhere Leistungsbereitstellung und damit für ein wirtschaftlicheres und effizienteres ambulantes Gesundheitssystem verantwortlich. Die Möglichkeiten der angestellten Tätigkeit im ambulanten Gesundheitswesen sind sinnvoll, die Übergänge zwischen Anstellung und Selbstständigkeit müssen jedoch in beide Richtungen flexibler gestaltet werden.

3. Ende der Budgetierung, Wiederherstellung der Niederlassungsfreiheit

Die Budgetierung ärztlicher Leistungen und ihr siamesischer Zwilling, die Bedarfsplanung, müssen überwunden werden. Nachdem durch das TSVG bereits Teile der fach- und hausärztlichen Grundversorgung faktisch entbudgetiert sind, müssen auch die Zulassungsbeschränkungen fallen. Die Versorgungsprobleme der Zukunft können nur durch eine Trias aus einer ausreichenden Anzahl an ausgebildetem Nachwuchs, einer leistungsgerechten, unbudgetierten Bezahlung und Niederlassungsfreiheit bewältigt werden. Dies lehrt die Abschaffung von Zulassungsbeschränkungen im zahnmedizinischen Bereich im Jahr 2007, durch die mittlerweile ein durchgängiges Versorgungsangebot auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten sichergestellt wird. Daher muss die Bedarfsplanung in ihrer bisherigen Form abgeschafft und die Niederlassungsfreiheit für Ärztinnen und Ärzte wieder eingeführt werden. Die planwirtschaftlichen Elemente wie die Bedarfsplanung, die über die Jahre immer komplexere Ausmaße annehmen, erreichen einen Punkt, an dem sie weder umsetzbar noch lösungsorientiert sind. Weitere Planungselemente wie eine kleinräumigere und sektorenübergreifende Bedarfsplanung, die Beteiligung von Landesregierungen oder Kommunen in den Zulassungsausschüssen schaffen nicht die erforderliche Allokation der benötigten Haus- und Fachärzte, stellen die Zulassungsausschüsse vor unlösbare Aufgaben und blähen die Bürokratie immer weiter auf. Bereits heute dauern Wiederbe-

setzungsverfahren mehrere Monate oder gar Jahre.

4. Angemessene Honorierung, Schluss mit Regressen

Die Versorgung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten muss hinsichtlich der Vergütung für jeden Versorgungsbereich, egal ob gesetzlich, privat oder unfall-versichert, wirtschaftlich möglich sein. Die Inkaufnahme von Quersubventionierungen aus anderen Versorgungsbereichen oder Versicherungssystemen muss beendet werden. Gleichermassen müssen alle Regresse und Prüfvorgänge der Krankenkassen ein Ende haben. Auch wenn Regresse in der Vergangenheit durch den Gesetzgeber entschärft wurden, sind sie immer noch das größte Niederlassungshemmnis bei jungen Kolleginnen und Kollegen.

5. Digitalisierung ist kein Selbstzweck

Eine sinnvolle und wirksame Digitalisierung ist kein Selbstzweck, sie muss durch Nutzen und Mehrwert überzeugen. Drohungen und Sanktionen sind keine hilfreichen Mittel, Digitalisierung schnell und flächendeckend umzusetzen. Ärztinnen und Ärzte sind technikaffin und offen für Innovationen. Digitale Hilfsmittel oder Prozesse müssen jedoch in den Alltag integrierbar sein und Vorteile bieten. Technische Pannen, wie der jüngste Blackout in der Telematik-Infrastruktur und eine ungenügende Refinanzierung sind dabei die größten Hindernisse.

6. Selbstverwaltung stärken

Eine starke ärztliche Selbstverwaltung ist ein wichtiges Mittel zur Interessenvertretung der Ärzteschaft, aber auch ein elementares Kommunikationsinstrument zur Akzeptanz des Systems durch Patienten wie durch Ärzte. Die Politik weiß dies und proklamiert stets und ständig die Stärkung der Selbstverwaltung auf dem Papier. Das konkrete politische Handeln sieht dazu jedoch diametral anders aus. Faktisch wird

seit Jahren eine massive Schwächung der Selbstverwaltung betrieben. Diese Widersprüchlichkeit muss die Politik auflösen und den stärkenden Worten zur ärztlichen Selbstverwaltung auch Taten folgen lassen.

7. Kooperationen ausbauen - aber ärztliche Verantwortung ist nicht teilbar

Patientenversorgung ist partizipativ. Dabei spielen aber die Ärztin oder der Arzt nach wie vor eine zentrale Rolle. Die Einbindung weiterer Gesundheitsberufe und Kooperationsmodelle sind wichtige Bausteine bei der Weiterentwicklung zu einer patientenorientierteren Versorgung. Ärztliche Verantwortung ist aber nicht teilbar. Daher erteilen wir allen Bestrebungen nach Substitution ärztlicher Leistungen eine klare Absage.

Dem Klimawandel durch aktives ärztliches Handeln entgegen

Der Klimawandel hat schwerwiegende Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit in den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Bereits heute schon sind die Auswirkungen von Hitzewellen, zunehmender Luftverschmutzung, sowie ein Anstieg von Allergien und Infektionen spürbar. Auch die psychischen Auswirkungen durch Katastrophen, Stress und Migration bestimmen das Behandlungsgeschehen.

Aus diesem Grund müssen sich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auf den Klimawandel und die medizinischen Folgen vorbereiten, die Politik entsprechend beraten und ihren eignen Anteil beim Klimaschutz leisten.

Daher hat der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., das Arbeitspapier „Klimawandel und Gesundheit“ erstellt, das kontinuierlich weiterentwickelt und der Politik als Beratung und Unterstützung bereitgestellt wird.

Auch Praxisärztinnen und Praxisärzte können und müssen ihren Beitrag zum

Klimaschutz leisten. Auch dafür soll das Papier Möglichkeiten und Handlungen vorschlagen. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollten hier ihre Vorbildfunktion in vielen Lebensbereichen, wie etwa im Energieverbrauch oder der Mobilität, erfüllen. Sie können jedoch auch mit ressourcenschonendem und klimagerechtem Handeln, wie etwa beim Einsatz von Verbrauchsmaterialien, Arzneimitteln oder bei der Praxisausstattung, ihren jeweiligen Beitrag leisten.

Sektorenübergreifende Versorgung voranbringen

Die sektorenübergreifende Versorgung steckt im Mega-Stau. Anstatt sinnvolle und erfolgversprechende Versorgungsformen über die Sektorengrenzen hinweg – so wie die seinerzeitige „Ambulant-Spezialfachärztliche Versorgung“ (ASV) – zu erproben und patientenorientiert weiterzuentwickeln, steckt der Sektorenübergang in der Egozentrik der Akteure fest. Insbesondere der länder- und institutionenbestimmte Krankenhausbereich forciert die Abschottung, die Festschreibung der Sektorengrenzen und interpretiert eine einseitige Ausweitung durch ambulante Öffnung der Krankenhäuser als Lockerung. Dabei bestehen Überkapazitäten an Krankenhausbetten, eine Über- und Fehlversorgung an stationären Leistungen und ein seit Jahren bekannter Personalmangel in der Pflege. Dabei haben allein die ambulanten-sensitiven Krankenaufnahmen bundesweit ein Einsparpotential von rund sieben Milliarden Euro im Jahr. Sie betreffen häufig diagnostische Untersuchungen und Krankheitsbilder, die in der Regel auch gut ambulant behandelt werden können. Im Gegenzug wird rund die Hälfte der stationären Einweisungen über die jeweiligen Notaufnahmen generiert.

Eine patientenorientierte Überwindung der Sektoren kann darin liegen, dass zunächst ärztliche intersektorale Leistungen, wie etwa das ambulante Operieren, belegärztliche Tätigkeiten oder Praxiskliniken,

gesetzlich neu geregelt und finanziert werden. Wie bereits in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen vorgesehen, müssen die Leistungen in vielen Fachgebieten zunehmend ambulant erbracht werden.

Es führt also kein Weg daran vorbei, dass beispielsweise Krankenhäuser in gemeinsame Einrichtungen mit grundversorgenden Haus- und Fachärzten umgewandelt werden – durchaus auch unter Trägerschaft oder Beteiligung der jeweiligen Kreise und Gemeinden. Haus- und Fachärzte aus Praxis und Klinik übernehmen die Versorgung an der Sektorengrenze, während sich andere Krankenhäuser weiter spezialisieren und zentralisieren. Somit wird die Versorgungsqualität erhöht und die Ressource Pflegepersonal effektiv eingesetzt.

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, ärztliche intersektorale Leistungen zu definieren und zu finanzieren. Damit ist ein erster Schritt für eine Überwindung der Sektoren gemacht. Eine Vorlage dazu hat der SpiFa unterstützt von weiteren Verbänden in der jüngsten Vergangenheit mit einem Vorschlag für gesetzliche Neuregelungen an der Grenze ambulant-stationär gemacht.

Notfallreform vorantreiben

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, den vor der Coronapandemie fertiggestellten Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung weiterzuentwickeln und an den darin enthaltenen Grundzügen festzuhalten. Dies gilt ausdrücklich für die Einrichtung von Integrierten Notfallzentren (INZ) unter der fachlichen Leitung der niedergelassenen Ärzte, so wie es der Sachverständigenrat vorgeschlagen hat. Weiterhin muss das Gemeinsame Notfallsystem, also die Verknüpfung der beiden Notrufnummern 112 und 116 117 beibehalten werden. Die bundesweit einheitliche Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes muss zu einer Steuerungs- und Terminplattform ausgebaut werden.

Es zählt zu den Lehren aus Corona, dass spezialisierte Krankenhäuser und ein starker ambulanter Bereich zum bislang guten Abschneiden des deutschen Gesundheitswesens in der Corona-Pandemie beigetragen haben. Es gehört aber auch zu den Wahrheiten, dass viele nicht spezialisierte Krankenhäuser in ambulante oder teilstationäre Einrichtungen umgewandelt werden können, ohne dass ein Nachteil für die Versorgung der Menschen entsteht. Hierzu ist das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung ein wichtiger Baustein.

Vor Beginn der Corona-Pandemie waren von den bis zu 25 Millionen Fällen, die jährlich in Rettungsstellen oder Notfallambulanzen auftreten, rund 30 Prozent keine echten Notfälle. Das heißt, sie hätten in der regulären vertragsärztlichen Versorgung – also in den Praxen während der Sprechstunden – oder durch den Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen behandelt werden können.

Zu Beginn der Pandemie wurden in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser erhebliche Fallzahlrückgänge von etwa 25 Prozent festgestellt. Zeitgleich stiegen die Hausbesuche im organisierten Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen in den letzten beiden Märzwochen des Jahres 2020 um etwa 13 Prozent gegenüber dem Vorjahr, so die Auswertungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI). Grund war der Ausbau des fahrenden Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Dispensierrecht für Ärzte in Modellversuchen erproben

Angesichts des kontinuierlichen Rückgangs der Apothekenzahlen fordert die Bundeshauptversammlung den Gesetzgeber auf, zukünftig über Modellvorhaben das Dispensierrecht für Praxisärzte zu erproben. Hierbei soll insbesondere im hausärztlichen und in den grundversorgenden fachärztlichen Bereichen zunächst die Arzneimittelversorgung für die am häufigsten verordneten Medikamente über die Praxen ermöglicht werden.

Die Zahl der Apotheken geht seit dem Höchststand im Jahr 2008 kontinuierlich zurück. Nach Angaben der ABDA war 2017 in Baden-Württemberg fast jede dritte Gemeinde ohne Apotheker. Gerade multimorbide Patienten sind häufig nicht mobil. In Regionen mit schlechter ÖPNV-Anbindung wird der Gang zur Apotheke zur zusätzlichen Belastung, zumal immer häufiger Apotheken in diesen Regionen schließen oder durch Lieferschwierigkeiten ein zweiter Besuch in der Apotheke erforderlich wird.

In Modellversuchen soll daher erprobt werden, ob durch die Einführung des Dispensierrechts – wie es beispielsweise in der Schweiz seit Jahrzehnten erfolgreich praktiziert wird – die Versorgung und die Zufriedenheit der Patienten verbessert wird.

Ärztliche Projekte in sozialer Verantwortung fördern

Seit jeher ist es Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten, ihre Patienten medizinisch zu versorgen, aber auch die zur Verfügung stehenden Ressourcen in gesamtgesellschaftlicher Verantwortung sowohl wirtschaftlich als auch sozial einzusetzen. Dabei ist ein wichtiger Bestandteil dieser Verantwortung eines Freien Berufes, das Wohl der Gesamtgesellschaft zu berücksichtigen. Aus dieser Verantwortung heraus hat sich konkret durch zahlreiche ärztliche Initiativen und Versorgungskonzepte die Versorgung kontinuierlich verbessert.

Die Bundeshauptversammlung ruft daher alle Ärztinnen und Ärzte dazu auf, regionale und indikationsbezogene Versorgungskonzepte zu entwickeln, die zum Ziel haben, bestehende soziale und medizinische Disparitäten auszugleichen. Als Vorbild können Projekte wie die des von einem lokalen Ärztenetz initiierten Projektes „Gesundheit für Billstedt/Horn“ mit Gesundheitskiosk, das Antibiotika- und Innovationsfonds-Projekt ARENA oder das aus dem dortigen Ärztenetz entstandene „Gesunde Kinzigtal“ dienen. Die Ärzteschaft wird ihre aktive Rolle nur erhalten, wenn sie

selbst aktiv an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens beteiligt ist.

Die im Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG) geplanten Änderungen des § 140 SGB V müssen die Realisierung derartiger Projekte auch weiterhin ermöglichen. Um die Gesetzlichen Krankenkassen zum Abschluss dieser Versorgungsinnovationen zu bewegen, ist eine Anschubfinanzierung aus einem bis fünf Prozent der Gesamtvergütung sinnvoll.

Reform des Deutschen Ärztetages

Der Corona-bedingte ersatzlose Ausfall des 123. Deutschen Ärztetages in Mainz blieb gesundheits- und standespolitisch folgenlos. Der unverstellte Blick auf diesen Komplettausfall ermöglicht eine ehrliche Analyse und einen mutigen Neubeginn: Form und Konzeption der Deutschen Ärztetage müssen dringend überarbeitet und grundsätzlich neu organisiert werden.

Der bisherige mehrtägige Ablauf der Deutschen Ärztetage mit langatmigen, redundanten und oftmals rituellen Debatten und der enorme finanzielle, organisatorische und vor allem personelle Aufwand muss in Hinblick auf die nachhaltige Wirksamkeit der dort gefassten – meist weit über einhundert – Beschlüssen betrachtet werden.

Der Deutsche Ärztetag muss wieder die starke Stimme einer gesamtärztlichen Spitzenvertretung werden und für die gesamten Ärzteschaft, also Klinikärzte, Ärzte in Wissenschaft und Forschung, niedergelassenen Ärzte oder Ärzte im Ruhestand sprechen. Dazu müssen zeitgemäße Strukturen und Formate geschaffen, der Ärztetag in Arbeitstagungen und politische Veranstaltungen getrennt werden.

In den Arbeitstagungen müssen die Kernaufgaben der Kammern und ihrer Spitzenorganisation, nämlich die einheitliche Weiterentwicklung von Berufs-, Fortbildungs- und Weiterbildungsordnung, erledigt werden. In Expertengremien und Ausschussarbeit werden Beschlüsse strukturiert



Der Deutsche Ärztetag braucht eine Reform

diskutiert und konsentiert, deren Ergebnisse im Plenum nur noch präsentiert werden. Politische Tagungen mit Öffentlichkeitswirkung sollen dagegen mehrmals im Jahr, regional verteilt und prominent besetzt, durchgeführt werden. Dadurch kann auf aktuelle Entwicklungen besser reagiert werden.

Die 17 Landesärztekammern werden daher aufgefordert, kurzfristig eine unabhängige Reformkommission zu berufen, die mit demographisch repräsentativen und unbefangenen Mitgliedern besetzt ist. Diese sollen innerhalb eines halben Jahres sowohl eine moderne Form Deutscher Ärztetage konzipieren, als auch die dazu erforderlichen Satzungsänderungen vorbereiten.

Weitere Themen

- › Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze
- › Ambulant tätige Ärzte und Praxis-Personal parallel zur Prioritätenliste impfen
- › Überarbeitung der Hygienestandards für die ärztliche Praxis
- › Bewerbung von Mund-Nasen-Schutz auch zu Grippe-Epidemien
- › Dauerhaft Hygieneunterricht im Kindergarten
- › Hygieneunterricht in der Grundschuleinführungsklasse
- › Ausreichend Schutzmaterial zur Verfügung stellen
- › Coronabonus auch für medizinische Fachangestellte
- › Schutzschirm für niedergelassene Ärzte verlängern
- › Zunehmende Digitalisierung nur bei Nutzen für alle Beteiligte
- › Qualifikation einer ePA-„Digitalisierungsfachangestellten“
- › Beruf des Heilpraktikers abschaffen
- › Teilweiterbildungszeiten flexibilisieren
- › Schutzimpfungen müssen in ärztlicher Kompetenz bleiben

BUNDESVORSTAND

gemäß Wahl vom 10.11.2018

Bundsvorsitzender

Dr. Dirk Heinrich

Facharzt für HNO
Facharzt für Allgemeinmedizin
Rennbahnstraße 32 c, 22111 Hamburg
Tel: (0 40) 6 51 78 70
Fax: (0 40) 65 90 15 51
heinrich@virchowbund.de

Stellv. Bundsvorsitzende

Dr. Veit Wambach

Facharzt für Allgemeinmedizin
info@drwambach.de

Dr. Christiane Wessel

Fachärztin für Gynäkologie
Markgrafenstraße 20, 10969 Berlin
Tel: (030) 6143040
wessel@virchowbund.de

Beisitzer

Dr. André Bergmann

Facharzt für Allgemeinmedizin
Schulplatz 1, 47506 Neukirchen-Vluyn
Tel: (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
Tel: (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
Tel: (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
Tel: (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
Tel: (02 01) 7 22 87 45
stagge@virchowbund.de

Stand: September 2021

LANDESGRUPPEN

Hamburg
Dr. Dirk Heinrich
Rennbahnstraße 32c
22111 Hamburg
Tel: (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
Tel: (04 31) 78 92 29
info.schleswig-holstein@virchowbund.de

Mecklenburg-Vorpommern
Dipl.-Med. Angelika von Schütz
Carl-von-Ossietzky-Straße 1a
18507 Grimmen
Tel: (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
Tel: (0 30) 6 14 30 40
Fax: (0 30) 6 15 91 36
wessel@virchowbund.de

Mitteldeutschland (Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen)
Dr. Petra Bubel
Plan 1
06295 Lutherstadt Eisleben
Tel: 03 475 / 69 62 67
Fax: 03 475 / 25 08 25
praxis@hno-bubel.de

Bayern
Dr. Veit Wambach
info@drwambach.de

Baden-Württemberg
Dr. Brigitte Szaszi
Schäferstraße 3
74343 Sachsenheim
Tel: (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
Tel: (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
Tel: (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
Tel: (0 28 45) 29 88 80
Fax: (0 28 45) 70 19
andre@praxis-bergmann.de

Westfalen-Lippe
Gert Buchner
Adenauerstraße 16
59759 Arnsberg
Tel: (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
Tel: (0 51 01) 8 46 97
dr.homilius@t-online.de

Stand: September 2021

GESCHÄFTSSTELLE

Hauptgeschäftsführer, Leiter der Pressestelle



Klaus Greppmeir

Tel: (030) 28 87 74 - 0
Fax: (030) 28 87 74 - 115
klaus.greppmeir@virchowbund.de

Landesgruppen



Kathrin Schröder

Tel: (030) 28 87 74 - 126
Fax: (030) 28 87 74 - 115
kathrin.schroeder@virchowbund.de

Mitgliederservice und -werbung



Stefanie Hoffmann

Tel: (030) 28 87 74 - 120
Fax: (030) 28 87 74 - 115
stefanie.hoffmann@virchowbund.de

Mitgliederverwaltung



Sorina Tentler

Tel: (030) 28 87 74 - 123
Fax: (030) 28 87 74 - 113
sorina.tentler@virchowbund.de

Pressestelle



Adrian Zagler

Tel: (030) 28 87 74 - 124
Fax: (030) 28 87 74 - 115
adrian.zagler@virchowbund.de

Rechtsabteilung



Andrea Schannath

Tel: (030) 28 87 74 - 125
Fax: (030) 28 87 74 - 115
andrea.schannath@virchowbund.de

Stand: Oktober 2021

FOTO: VIRCHOWBUND / LOPATA

Ihr Wissensvorsprung

zu den wichtigsten gesundheitspolitischen Themen des Tages –
schon bevor sie auf der öffentlichen Agenda stehen.
Werktäglich um 6 Uhr.

Exklusiv für Mitglieder: -45 % auf den Einzellizenzpreis



AUS DEN LANDESGRUPPEN

BERLIN

Bundesärztekammer muss GOÄneu jetzt auf den Tisch legen

Die reformierte ärztliche Gebührenordnung (GOÄneu) muss noch im Frühling 2021 von der Bundesärztekammer veröffentlicht werden, forderte die Landesgruppe Berlin/Brandenburg.

„Die rein ärztliche GOÄ steht und die Honorarverhandlungen mit den privaten Krankenkassen und der Beihilfe sind so gut wie abgeschlossen“, erklärte die Landesgruppenvorsitzende Dr. Christiane Wessel. „Wir erwarten von der Bundesärztekammer also, dass die fertige GOÄneu mit Legendierung und Bepreisung dem Deutschen Ärztetag 2021 in Rostock vorgelegt wird. Dazu gibt es eine eindeutige Beschlusslage.“

In unmittelbarem Anschluss an den Ärztetag müsse die GOÄneu inklusive

des separat vereinbarten Honorarkorridors dem Bundesgesundheitsminister vorgelegt werden, um noch vor der Sommerpause die nächsten Schritte einzuleiten.

„Kein Handwerker, kein Betrieb verlangt heute noch dieselben Preise wie vor 30 Jahren. Wir Ärztinnen und Ärzte werden durch die veraltete GOÄ aber genau dazu gezwungen“, bringt Dr. Wessel die Misere auf den Punkt. „Wir sind genötigt, Steigerungsfaktoren abzurechnen, auch wenn

diese nur einen Teil des realen Honorarverlustes von mehr als 25 Prozent auffangen.“

Realitätsferne Preise sind das eine Problem der veralteten GOÄ, der Leistungskatalog das andere. Die Medizin hat in den letzten drei Jahrzehnten große Fortschritte gemacht, das Verzeichnis der medizinisch abrechenbaren Leistungen ist aber noch auf dem Stand von 1982.

„Im Sinne der Transparenz schulden wir sowohl den Ärztinnen und Ärzten als auch den Patientinnen und Patienten eine GOÄ auf der Höhe der Zeit“, erläutert Dr. Wessel und erinnert: „Das ist auch unser vom Staat garantiertes Grundrecht als Freier Beruf.“

Wessel in Berlin/Brandenburg wiedergewählt

Dr. Christiane Wessel bleibt für weitere vier Jahre an der Spitze der Landesgruppe Berlin/Brandenburg des Verbandes der niedergelassenen Ärzte (Virchowbund). Die niedergelassene Gynäkologin und Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV Berlin wurde am 25. August 2021 ohne Gegenstimme gewählt.

Als die beiden Stellvertretenden wählten die Mitglieder der Landesgruppe die hausärztliche Internistin Dr. Franziska Drephal sowie die HNO-Ärztin Dr. Regine Held, die seit Juni auch im Vorstand der Bundesärztekammer sitzt.

Im weiteren Verlauf wurden mit Dr. Heike Kunert (Hausärztin), Dr. Klaus Burmeister (Hausärztlicher Internist im Ruhestand), Dr. Jörn Rose (Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie sowie Diabetologie) und Dr.

Waleed Zaki (HNO-Arzt) auch vier Beisitzende des Landesgruppen-Vorstandes gewählt.

Der Wahl vorausgegangen war eine Informationsveranstaltung zum Thema Abrechnung und Honorar. Dr. Markus Jäckel, Hauptabteilungsleiter Abrechnung und Honorar bei der KV Berlin, referierte zur Honorarentwicklung unter Corona-Bedingungen und beantwortete viele Fragen der anwesenden Ärztinnen und Ärzte.



Dr. Christiane Wessel

FOTO: ANKE ILLING, VIRCHOWBUND

HAMBURG

Unterversorgung bekämpfen: Modellprojekt soll deutschlandweit zum Vorbild werden

Jetzt ist es wissenschaftlich belegt: Das innovative Versorgungsprojekt „INVEST Billstedt/Horn“ verbessert die Gesundheitsversorgung der Patienten in Hamburgs am schlechtesten versorgten Stadtteil. Der Verband der niedergelassenen Ärzte (Virchowbund) will das Modellprojekt nun so rasch wie möglich in die Regelversorgung überführen.



„Gesundheit und sozialer Status sind eng miteinander verknüpft. Gesundheitsversorgung ist daher nicht nur eine medizi-

nische Frage, sondern muss umfassender gedacht werden“, erklärte Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des Virchowbundes. „In

Hamburg-Billstedt konnten wir zeigen, dass eine populationsorientierte, niedrighschwellige Versorgung möglich ist, wenn die relevanten Akteure sich engagieren und kooperieren. Das ist eine Form der Vernetzung, die Patienten hilft und Ärzte entlastet. Aus dem Prototyp sollte jetzt ein Vorbild für andere Städte und Regionen werden.“

Dafür hatten sich auch die Autoren der nun veröffentlichten Evaluation des Hamburg Center for Health Economics (HCHE) ausgesprochen. Sie wiesen nach, dass INVEST u. a. den Zugang zur Versorgung verbessert und die Zufriedenheit der Patienten, Leistungs- und Kooperationspartner erhöht hat.

Der Virchowbund hatte 2016 auf Initiative des Bundesvorsitzenden Dr. Dirk Heinrich die „Gesundheit für Billstedt/Horn UG“ gemeinsam mit u. a. dem Ärztenetz Billstedt-Horn e. V. und der SKH Stadtteilklinik Hamburg GmbH gegründet. Dr. Heinrich ist selbst als HNO-Arzt in Billstedt niedergelassen. Auch der Vorsitzende des Ärztenetzes, Dr. Gerd Fass, ist engagiertes Mitglied im Virchowbund.

Das daraus entstandene Modellprojekt wurde vom Innovationsfonds gefördert und vom HCHE an der Universität Hamburg unter Leitung von Prof. Dr. Jonas Schreyögg wissenschaftlich begleitet.

MITTELDEUTSCHLAND

Impfpriorisierung beenden: Thüringen und Sachsen-Anhalt sollen Sachsens Beispiel folgen

Im April 2021 wurde die Priorisierung bei der COVID-19-Schutzimpfung in Sachsen aufgehoben. Dr. Petra Bubel, Vorsitzende der Landesgruppe Mitteldeutschland, forderte: „Thüringen, Sachsen-Anhalt und die restlichen Bun-

desländer sollten rasch nachziehen und ebenfalls die Priorisierung abschaffen.“

„Die Über-80-Jährigen sowie die Pflegeheimbewohner sind mittlerweile fast alle geimpft. Wer unter der übrigen

Bevölkerung besonders dringend eine Impfung benötigt, können die niedergelassenen Haus- und Fachärzte am besten entscheiden“, erklärte die HNO-Ärztin.

„An diesem Punkt, wo immer mehr Impfstoff vorhanden ist und gerade das Vakzin von Johnson&Johnson zugelassen wurde, brauchen wir daher keine starren Priorisierungskategorien mehr – voraus-

AUS DEN LANDESGRUPPEN

gesetzt, dass ausreichend Impfstoff an die Arztpraxen geliefert wird.“

Aktuell sei es für viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte noch sehr aufwändig, Impftermine zu organisieren, berichtete Dr.

Bubel: „Durch die Kampagnen gegen AstraZeneca wollen viele Patienten diesen Impfstoff nicht haben. Andere wiederum würden sich liebend gerne damit impfen lassen, dürfen aber nicht, weil sie noch

nicht an der Reihe sind. Ein Ende der Priorisierung würde unseren Praxisteams viel Organisationsaufwand ersparen.“

NIEDERSACHSEN-BREMEN

Praxisärzte sofort impfen – Ministeriumsbeschluss fahrlässig

Niedersächsische niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollen vorerst keine Corona-Schutzimpfung erhalten, hatte das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung am 10. Februar 2021 überraschend beschlossen. „Ich bin zutiefst schockiert über diese plötzliche Kehrtwendung. Der Beschluss des Ministeriums ist fahrlässig und muss sofort zurückgenommen werden“, forderte Dr. Frauke Wulf-Homilius, Vorsitzende der Landesgruppe Niedersachsen/Bremen im Virchowbund.

Fakt ist, dass auch in Niedersachsen 19 von 20 Corona-Patienten ambulant betreut werden. Niedergelassene Ärzte und deren Praxisteams sind jeden Tag direktem körperlichen Kontakt mit Infizierten ausgesetzt, von denen viele selbst zu Hochrisikogruppen zählen. Studien zeigen, dass das Risiko, besonders schwer an Covid-19 zu erkranken, bei medizinischem Personal besonders hoch ist.

„Die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte bilden den Corona-Schutzwall, der

die Krankenhäuser entscheidend entlastet“, verdeutlichte Dr. Wulf-Homilius. „Außerdem ist abzusehen, dass in etwa ab Ostern die Niedergelassenen eine entscheidende Rolle bei der Impfung der breiten Bevölkerung spielen sollen. Wenn der Ministerin etwas daran liegt, die ambulante Versorgung in den nächsten Monaten aufrecht zu erhalten und ambulante Patienten bestmöglich zu schützen, müssen auch die niedergelassenen Ärz-



Dr. Frauke Wulf-Homilius

tinnen und Ärzte mit höchster Priorität geimpft werden!“

Nach dem massiven Protest aus der Ärzteschaft änderte das Ministerium tags darauf den Beschluss.

NORDRHEIN

Tag der Pflege = Tag der Pandemieprävention

Der „Tag der Pflege“ am 12. Mai sollte dazu dienen, aus den letzten 18 Monaten Lehren zu ziehen und Vorsorge gegen künftige Pandemien zu treffen, forderte die Landesgruppe Nordrhein.

Die Vorsitzenden Dr. André Bergmann und Dr. Edgar Dewitt sprachen sich im

Namen der niedergelassenen Ärzte dafür aus, die Ausbildung pflegerischer Kräfte mit attraktiven Ausbildungsbedingungen und adäquater Entlohnung zu fördern. Zusätzlich sollen Pflegediensthelfer und ähnliche Fachberufe als „Reservekräfte“ für Krisenzeiten in die Planung mit einbezogen werden.

Als weitere Maßnahmen zur Vorbereitung gegen künftige Pandemien empfiehlt die Landesgruppe u. a.:

- › Förderung multidisziplinärer Forschung
- › Aufbau der Reservekapazität an (Intensiv-)Betten in stationärer und ambulanter Form
- › zielgerichtete Digitalisierung im Gesundheitswesen
- › breit angelegte Kampagnen zur Gesundheitsaufklärung

- › protokollierte regelmäßige Länder- und Ressortübergreifende Krisenmanagementübungen (LÜKEX) mit anschließender Auswertung und Weiterentwicklung

„Essenziell ist, dass die Ärzteschaft nicht nur ihre Sachkenntnis in die Pandemieprävention und -bekämpfung einbringt, sondern auch von der Politik die entsprechende Entscheidungskompetenz erhält“, ergänzte der Vorsitzende Dr. Bergmann.

Dr. Dewitt, der stellvertretende Landesgruppenvorsitzende, erinnerte an die „Konzeption Zivile Verteidigung“ des ehemaligen Bundesinnenministers de Maizière aus dem Jahr 2016 und an die Bundestagsdrucksache 17/12051 vom 03.01.2013, in der das Szenario eines weltweiten Krankheitsgeschehens mit detaillierten präventiven Maßnahmen dargestellt wird. „Jeder Entscheidungsträger in Bund und Land muss in Zukunft diese Dokumente kennen, gelesen und verstanden haben. Die Zeit der Ausreden ist vorbei.“



Vordrängeln beim Impfen muss Konsequenzen haben

Vordrängerei bei der Corona-Schutzimpfung soll Konsequenzen haben, forderten Nordrhein niedergelassene Ärzte im Virchowbund.

„Gerade Politiker und Klinik-Chefs fallen in den letzten Wochen immer wieder negativ als Impf-Vordrängler auf“, kritisierte Dr. André Bergmann u. a. mit Blick auf Hennef, Wachtberg und Bochum. Der Vorsitzende der Landesgruppe Nordrhein

appellierte an Gesundheitsminister Spahn, die Impfverordnung zu ergänzen und Strafen für unzulässige Impfstoffbesorgung außerhalb der Priorisierungsreihenfolge festzuschreiben.

„Sanktionen würden ein wichtiges Zeichen setzen. Das könnte z. B. ein Bußgeld sein oder die Verpflichtung, gemeinnützige Arbeit zu verrichten – gerne auch im Gesundheitswesen.“

Das Argument, die betreffenden Personen hätten übrig gebliebene Dosen erhalten, wollte Dr. Bergmann nur bedingt gelten lassen. „Auch für diesen Fall sollten zuerst die regionalen Prioritätenlisten abgearbeitet werden. Nur so können wir es schaffen, das WHO-Ziel zu erfüllen, innerhalb von 100 Tagen weltweit die Beschäftigten im Gesundheitswesen mit Patientenkontakt zu immunisieren.“

Das Argument, die betreffenden Personen hätten übrig gebliebene Dosen erhalten, wollte Dr. Bergmann nur bedingt gelten lassen. „Auch für diesen Fall sollten zuerst die regionalen Prioritätenlisten abgearbeitet werden. Nur so können wir es schaffen, das WHO-Ziel zu erfüllen, innerhalb von 100 Tagen weltweit die Beschäftigten im Gesundheitswesen mit Patientenkontakt zu immunisieren.“



FOTO: WWW.ZUSAMMENGEGENCORONA.DE

Honorarabschluss in Nordrhein gefährdet Patientenversorgung

Der Honorarabschluss für die nordrheinischen Vertragsärzte gefährdet die Qualität der Patientenversorgung, ist Dr. André Bergmann überzeugt. Der Vorsitzende der Landesgruppe Nordrhein kritisierte das Verhalten der Kassen als „destruktiv und ruinös“.

„Anstatt den regionalen Sonderbedarf in Nordrhein abzubilden, kommt der Hono-

rarabschluss nicht über die mageren Bundesvorgaben hinaus. Gleichzeitig wollen



Dr. André Bergmann

die Kassen die Förderung für das ambulante Operieren streichen. In Summe ist diese Honorarvereinbarung also ein Rückschritt“, fasste Bergmann zusammen.

Dass inmitten der Pandemie den Kassen nichts Besseres einfällt als unverantwortliches Kaputtsparen der ambulanten Versorgung auf dem Rücken der Ärzte, Praxismitarbeiter und Patienten, wertete auch der Bundesvorsitzende des Virchowbundes als fatales Signal. „Seit Jahren steigen die Hygienekosten für ambulante Operationen und im EBM sind diese Leistungen eklatant unterfinanziert“, erklärte Dr. Dirk Heinrich. „Jetzt auch noch die Förderung zu streichen heißt schlicht, ambulante Operationen zunehmend unwirtschaftlich zu machen. Letzten Endes wird diese Entscheidung dazu führen, dass Operationen zurück in die Krankenhäuser verlagert werden.“

„Der Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ hat bei Operationen und Behandlungen in den letzten Jahren viel Geld gespart, und gerade in Zeiten von Corona dazu beigetragen, die Krankenhäuser zu entlasten“, erinnerte Dr. Bergmann. „Diesen Ansatz zu sabotieren ist höchst gefährlich.“



„Menschen interessieren mich mehr als Zahlen.“

Wie geht die Rechnung trotzdem auf?

Was auch immer Sie bewegt – sprechen Sie mit uns!

▷ apobank.de/fuer-aerzte

 apoBank

Bank der Gesundheit

BRENDAN-SCHMITTMANN-STIFTUNG

VORSTAND DER BRENDAN-SCHMITTMANN-STIFTUNG

des NAV-Virchow-Bundes



Vorsitzender

Dr. Veit Wambach

Arzt für Allgemeinmedizin

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
Tel: (030) 288774-0
Fax: (030) 288774-115
info@virchowbund.de

Stand: September 2021

FOTO: S. PIETSCHMANN

#KURZ UND KOMPAKT

Nachrichten für Mitglieder des Virchowbunds

ECCLESIA med



IT-Sicherheit ist Chefsache! So erfüllen Sie Ihre Managementpflichten

Die IT-Sicherheitsrichtlinie stellt Anforderungen und verlangt Mindestmaßnahmen, die je nach Praxisgröße variieren. Daraus ergeben sich für Inhaberinnen, Inhaber oder Geschäftsführungen Managementpflichten. Wir haben Lösungen im Hinblick auf die Absicherung von IT-Gefahren und Vermögensschäden.

Haftpflicht für Vertragsärzte wird obligatorisch – was heißt das konkret?

Das neue Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) verpflichtet alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie MVZ, sich ausreichend gegen Haftpflichtrisiken zu versichern – und zwar in sämtlichen Kooperations- und Versorgungsformen. Was bedeutet das konkret für Sie? Welche Mindestversicherungssumme ist notwendig? Wir beantworten gern Ihre Fragen und schaffen für Sie transparente Angebote.

Ecclesia med GmbH

Ecclesiastraße 1 – 4
32758 Detmold
Telefon +49 5231 603-0
Fax +49 5231 603-197

info@ecclesiaMED.de
www.ecclesiaMED.de

Erstklassige Bedingungen für erstklassige Arbeit

Ein unabhängiger Treuhänder ermittelt jährlich den Änderungsbedarf in der allgemeinen Haftpflichtversicherung. In diesem Jahr sind marktweit Prämienanpassungen von zehn Prozent zu erwarten. Die Konditionen für Virchowbund-Mitglieder garantieren Ihnen weiterhin erstklassige Bedingungen bei gleichbleibenden Prämien.

Teil einer starken Gruppe. Für diese und alle weiteren individuellen Themen sind wir für Sie da. Sprechen Sie uns an, wir beraten Sie gerne!

KOMPETENT. PERSÖNLICH. ZUVERLÄSSIG. Wir sind Ansprechpartner für Virchowbund-Mitglieder im Versicherungs- und Leistungsmanagement.



Ein Unternehmen der
Ecclesia Gruppe

Senior Expert Docs®

Wer sich als Arzt neu in einer Praxis niederlässt, hat viele Fragen. Der Virchowbund unterstützt junge Ärzte in dieser sensiblen Phase gezielt, mit dem Wissen und der Erfahrung erfolgreicher Kollegen und fachlicher Experten.

Das Mentoren-Programm Senior Expert Docs® ist eine Plattform für den Wissens- und Erfahrungsaustausch zwischen jungen Ärzten in der Niederlassung und erfahrenen Praxisinhabern:

- › Beratung zur Praxisgründung
- › Hilfe bei der Zulassung
- › Mentoring bei der Praxisübernahme
- › Tipps zur Abrechnung EBM und GOÄ
- › Optimierung der Praxisorganisation

Was sind Senior Expert Docs®?

Senior Expert Docs® sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit viel Erfahrung. Als Experten in Sachen Praxisorganisation und Abrechnung helfen sie anderen Kollegen

dabei, ihre Praxis zu optimieren. Als langjährige Mitglieder im Virchowbund sind sie exzellent vernetzt.

Was unterscheidet die Praxisberatung der Senior Expert Docs® von anderen Dienstleistern?

Hier sind niedergelassene Ärzte unter sich. Der Virchowbund vermittelt die passenden Mitglieder. Der Vertrag zur Praxisberatung wird direkt zwischen Kollegen geschlossen.

Senior Expert Docs® ist Praxisberatung von Ärzten für Ärzte – kollegial, persönlich, individuell. Die Mentoren nehmen die junge Generation an die Hand und sagen ihnen: Gemeinsam schaffen wir das!

Haben Sie noch Fragen?

Wenn Sie sich unverbindlich über eine Beratungsmöglichkeit informieren möchten oder selbst als Senior Expert Doc® tätig werden wollen, sprechen Sie uns an.

Arzt sein studiert man, Unternehmer sein lernt man in der Praxis

Bei fast jedem Anfänger finden sich Bereiche in der Abrechnung und Praxisorganisation, die optimiert werden können. Die Senior Expert Docs® sind genau dafür da.

Die Mentoren geben ihr Wissen aus jahrzehntelanger Arbeit in eigener Praxis weiter. Ihre Begleitung beim Zulassungsverfahren beseitigt Unsicherheiten. Eine gemeinsame Praxisbegehung deckt Schwachstellen im Praxismanagement auf. Dank Abrechnungsberatung kommt in Summe am Quartalsende mehr Honorar heraus.



Webinare

Die Impfkampagne und die neu entwickelten mRNA-Impfstoffe warfen nicht nur bei Patienten, sondern auch unter den niedergelassenen Ärzten viele Fragen auf. Wie hoch der Informationsbedarf der Ärzteschaft war, zeigte sich bei den drei Webinaren, die der Virchowbund im Sommer 2021 abhielt.



Landesgruppen. Experten aus den jeweiligen Landeskriminalämtern stellten die Bedrohungen vor, die speziell der Praxis-IT drohen und gaben Prophylaxe-Tipps.

Sämtliche Webinare waren für Mitglieder des Virchowbundes kostenlos. Wer die Webinare verpasst hat, kann die Vortragsfolien noch bis etwa Jahresende im Mitgliederbereich herunterladen.

Zukünftige Veranstaltungen unter: www.virchowbund.de/veranstaltungen

Den Auftakt machte der Vortrag „Entwicklung und Forschung an mRNA-Impfstoffen – am Beispiel des Covid-19-Impfstoffes BNT162b2 (COMIRNATY®)“. Ein Mikrobiologe und Biochemiker des deutschen Impfstoff-Entwicklers BioNTech erklärte die neuartige mRNA-Technologie fachlich im Detail und beantwortete eine Reihe von praktischen Fragen aus dem Berufsalltag der impfenden Niedergelassenen.

Der Folge-Termin mit dem Titel „Klinische und Real-World-Daten zu BNT162b2 und anderen Impfstoffen“ knackte mit 500 Anmeldungen eine Schallmauer und wurde zum bis dato erfolgreichsten Webinar. Schon vor Webinar-Beginn reichten zahlreiche Ärzte Fragen per Mail oder Chat ein.

Als die STIKO Ende August 2021 ihre generelle COVID-19-Impfempfehlung für Kinder und Jugendliche zwischen 12 und 17 aussprach, reagierte der Virchowbund sofort und organisierte gemeinsam mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. einen Experten-Talk. Binnen 24 h Stunden waren alle Plätze ausgebucht.

Ein Chefarzt einer Kinderklinik mit Spezialisierung in Infektiologie sowie ein Fachanwalt in Sachen Impfrecht und Arzthaftung bei Impfschäden erklärten ausführlich, welche Auswirkungen die STIKO-Empfehlung für impfende Ärzte hat. Dabei konnten auch viele Sorgen von niedergelassenen Ärzten entkräftet werden.

Ebenfalls äußerst erfolgreich war die Terminreihe „Cybercrime“ der einzelnen

Webauftritt komplett neu überarbeitet

Seit Juni 2021 ist der Virchowbund im Netz mit einer neuen Homepage am Start. Die alte war nicht nur durch den technischen Fortschritt spürbar an ihre Grenzen gelangt.

Die Umgestaltung der Webseite war aber weit mehr als „Kosmetik“. Die Inhalte wurden komplett überarbeitet und stark erweitert, um das Angebot der „Experten für die Niederlassung“ sichtbarer und attraktiver zu machen.

Unter der Rubrik „Praxis-Knowhow“ findet sich jetzt auf über 100 Seiten wertvolles Wissen rund um die Niederlassung – vom Zulassungsantrag über Arbeitsrecht und Abrechnung bis hin zur Grün-

dung von kooperativen Praxismodellen wie der Berufsausübungsgemeinschaft.

Mit dieser Wissensdatenbank für niedergelassene Haus- und Fachärzte will der Virchowbund auch die jüngere Generation für das Abenteuer Niederlassung begeistern. Deshalb wurde besonderer Wert auf die mobile Darstellung auf Smartphones und Tablets gelegt, und darauf, dass die Texte und Inhalte für Suchmaschinen optimiert sind.

Die Vorteile und Services des Verbandes werden nun transparenter dargestellt. Die Mitgliedschaft kann bequem direkt online abgeschlossen werden.

Natürlich können die über 90 Musterverträge, Praxisinfos und Checklisten auch weiterhin im Mitgliederbereich kostenlos heruntergeladen werden. Auch die Corona-FAQ, der im 2-Wochen-Takt bespielte Praxisärzte-Blog und das Mentoren-Programm Senior Expert Docs® sind weiterhin prominent hinterlegt.

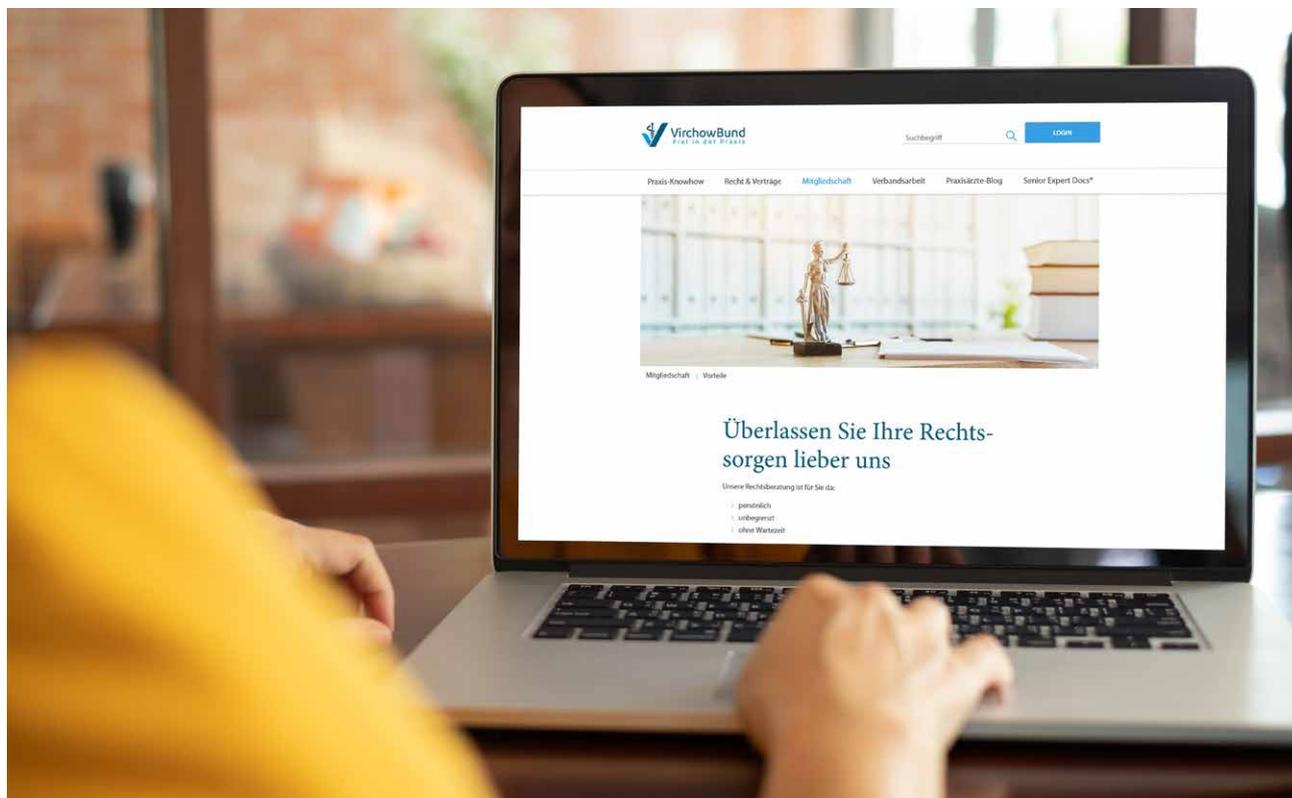


FOTO: CREATE JOBS – SHUTTERSTOCK

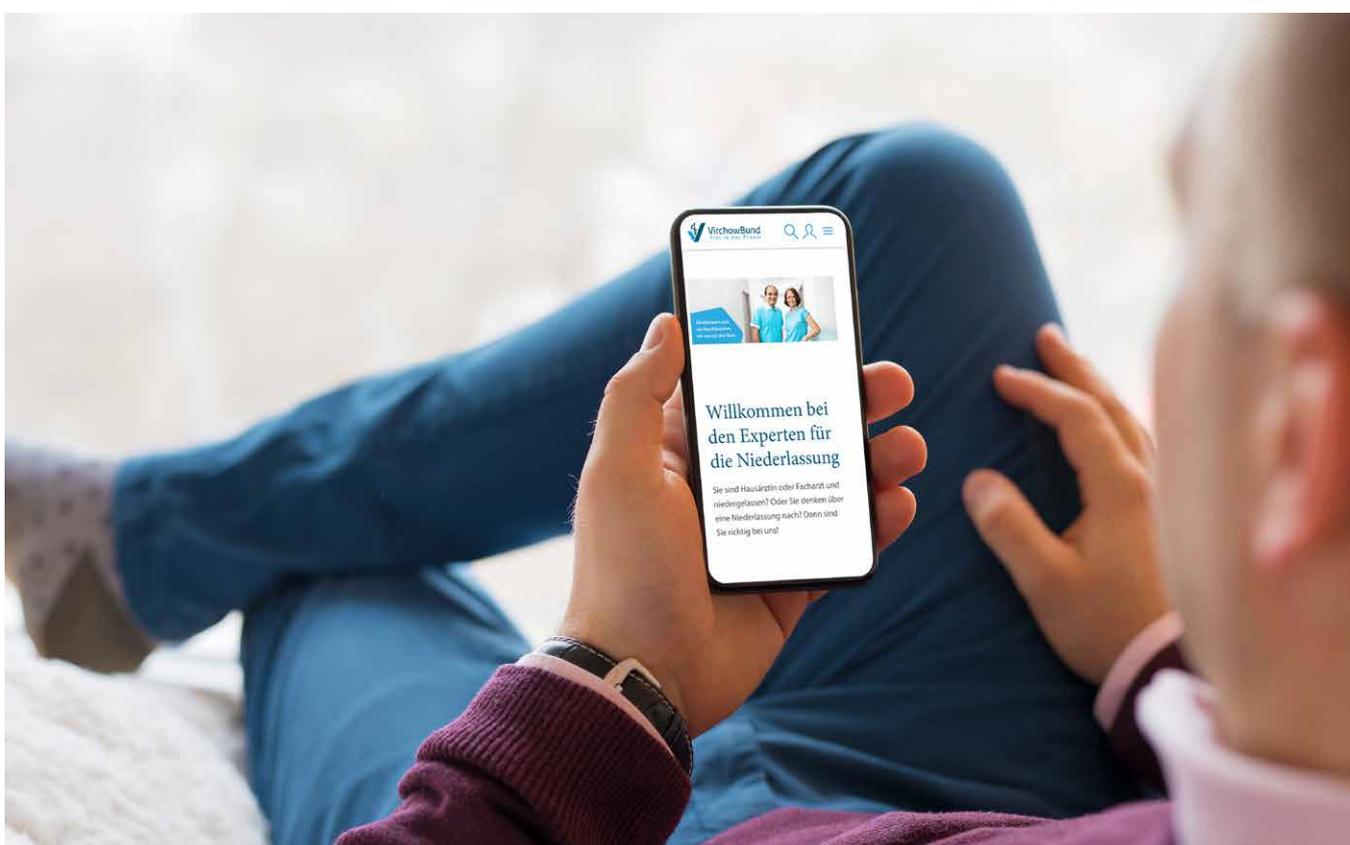
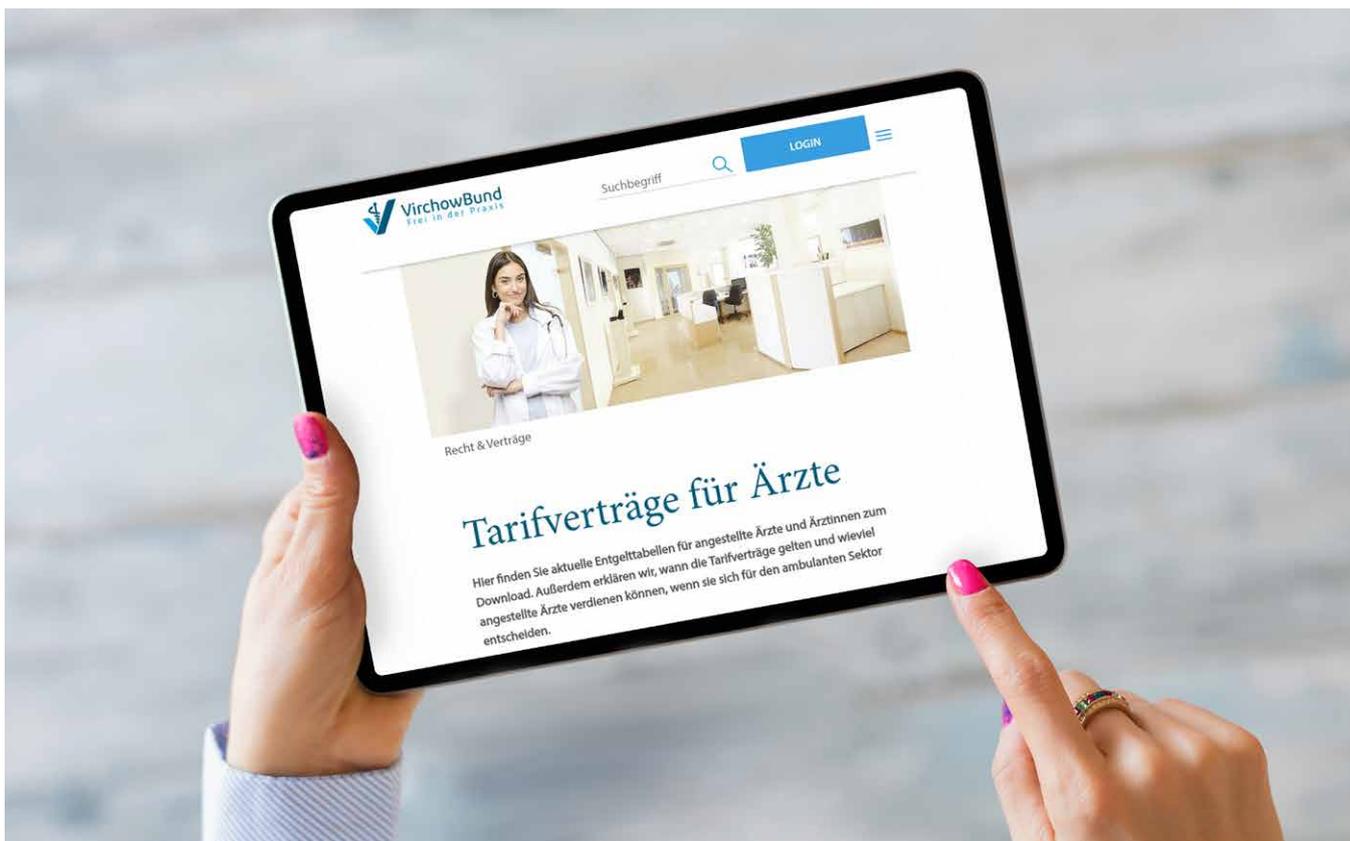


FOTO: KASPARS GRINVALDS - SHUTTERSTOCK



Virchowbund @virchowbund · 27. Mai
Nach wie vor kommt in den Praxen nicht genügend Impfstoff an. @VoritzenderNAV heute im @wdr5.

Bei Kindern erwartet er von der STIKO eine Empfehlung zur Indikationsimpfung. #impfgegier #BioNtech #Corona #impfung

Corona-Impfungen: "Nach wie vor nicht genügend Impfstoff"
Wird das Aufheben der Impfpriorisierung zum schnellen Durchimpfen führen? Die Aufhebung sei konsequent, sagt Impfartz Dirk Heinrich, ...
wdr.de

Virchowbund @virchowbund · 20. Apr.
Was hätte Rudolf Virchow getan? Er hätte sicher versucht, seine Patienten vor den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels zu schützen. Wir können mehr tun als viele glauben.
bit.ly/3gpi4t1 @dgmnev @KlimGesundheit

Ärzte Zeitung @aerztezeitung · 20. Apr.
"Ärzte müssen in der Klimakrise Stellung beziehen!"
Aufgrund von Berufsethos und Fachwissen sind Ärzte in besonderem Maße dafür verantwortlich, die Bevölkerung für mögliche Folgen von Umweltverschmutzung und Klimawandel zu sensibilisieren. Das haben Expe... aerztezeitung.de/Kongresse/Aerzt...

Die hast rewertet
Änd. Anzechnrichtendienst Verlage-AG @end.de · 9. Juli
In der 2. Instanz zur Wahl bewertet heute die Vorsitzende des Anzechnrichtendienstes, Dr. Dirk Heinrich @VoritzenderNAV, die Arbeit von dringenden angehen muss.

annd.de
"Es hat sich bewährt. Ideologie aus der Gesundheitspolitik fernzu...
Papper bis Gesundheitswesen die vergangenen Jahre? Das fragt de...

Virchowbund @virchowbund · 18. Jan.
Definiere Realsätze #GOAnno

Frauke Homilius @FraukeHomilius · 16. Jan.
Happy Birthday - 25 J GOÄ
Kollegen möchte neueste Fassung d GOÄ geseendet bekommen.
Schließen ich ihr zu.
Antwort: sie hätte gerne die neueste Fassung, ich habe ihr also, die v 1996 geschickt.
Sorry, aber das ist d "neueste Fassung"
Nicht die GOÄ und 25J alt. sende d letzte Anpassung

Virchowbund @virchowbund · 17. Feb.
Wer aus Populismus und Selbstdarstellung den #AstraZeneca-#Impfschredet indem er die med. Personal von der Impfung abrä, mitschuldig, wenn der #Lockdown länger dauert als nötig und gerade weiter an #COVID19 sterben. bit.ly/3dmBOW6 @_dostien

"Wer Impfstoffe schlecht-redet, ist mitschuldig an weiteren Coronatoten!"
Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender

Die hast rewertet
Gesundheit und Gesellschaft @GGDigital · 6. Apr.
Heute im #GG Update: @ArbeitskreisMedizin @Gemeinschaft @Janine_Winter @DNL_07 @Echo @ArbeitskreisMedizin @CoronaK @Hausarzt-Praxen @Hausarzt @zweibe @Virchowbund @VoritzenderNAV @Karl_Lauebach, versand-Newsletter der Form-actortag...

Virchowbund @virchowbund · 9. Okt. 2020
Belegärzte machen die Versorgung besser. Wir brauchen mehr von ihnen, nicht weniger. Dafür ist eine Gesetzesänderung notwendig. Der @Spifa_Presse hat bereits vorarbeitet geleistet: bit.ly/3jHbcuf @jensspahn @BMG_Bund @twankenhaus

Ärztammer Schleswig-Holstein @Aerzteammer... · 8. Okt. 2020
Aus dem aktuellen Ärzteblatt: PD Dr. Martin Fuerst ist niedergelassen und operiert als #Belegarzt. Er ist überzeugt, dass #Belegkrankehäuser viele Vorteile für die Patienten und das Gesundheitswesen haben. Mehr unter: aeksh.de/teamarbeit-im-...

Ärzteblatt

Virchowbund @virchowbund · 21. Juli
@VoritzenderNAV geht im Talk mit der @aerztezeitung hart ins Gericht mit der @AOK_Poelke und dem @GKV_Sv: "Man sieht wie unseris da gearbeitet wird. Wie soll man mit jemandem verhandeln, der die vorhandenen Daten einfach ignoriert?"

Ärzte Zeitung @aerztezeitung · 20. Juli
Spira-Chef: "So wird das System am Ende kaputtgeparnt"
Die Debatte um die Positionspapere von AOK und GKV. Spitzverband erweitert die Budgetgliederung einleitet der zu einer geforderten Ausweitung der Budgetgliederung einleitet der Spira-Vorsitzende Dr... aerztezeitung.de/Nachrichten/Sp...

SPRINGERNATURE

Virchowbund @virchowbund · 11. März
20 Mio. Impfungen innerhalb weniger Wochen möglich, wenn Hausärzte und Fachärzte gemeinsam anpacken, sagt @VoritzenderNAV: bit.ly/3ldVfQ @kbvlu @Spifa_eV @BDurologie @ihonet @Hartmannbund @marburger_bund @hausarztverb #impfstrategie #impfereifolge

"Alle Haus- und Fachärzte der Grundversorgung müssen in die Impfstrategie einbezogen werden."
Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender

Virchowbund @virchowbund · 21. Juli
In Ländern, wo mehr ambulant versorgt wurde, gab es bislang weniger Todesfälle durch #Covid19, zeigt der Vergleich zwischen mehreren unterschiedlichen Ländern. Die niedergelassenen Haus- und Fachärzte machen den entscheidenden Unterschied.
@Wild_Fra @WIP_PKV @pkv_verband

Wichtige Rolle des ambulanten Sektors

Zusammenhang zwischen höherem Anteil an ambulanter Versorgung und weniger Todesfällen

Virchowbund @virchowbund · 27. Juli
Bei aller Spekulation über eine #impfpflicht sollten Ärzte und MFA nicht vergessen: Bei #Masseten muss das gesamte Praxisteam bis Jahresende Impfschutz nachweisen.
Jahresende Impfschutz nachweisen müssen, steht in unserer Praxistinfo "Massetenrechtsgesetz" bit.ly/3l3cPur

Virchowbund @virchowbund · 16. Sep. 2020
„Wer auf diese Weise Honorarverhandlungen führt, dreht der Feuerher auch während des Großbrandes das Wasser ab!“
Unsere Kritik an Honorarabschluss: bit.ly/3ct8sRk @kbvlu @Wasenu @VoritzenderNAV @GKV_Sv

"Die Krankenkassen agieren fahrlässig, ruckgratlos und gefährlich!"
Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender

Die hast rewertet
Gabor Steingart @gaborsteingart · 7. Apr.
Dr. Dirk Heinrich, @VoritzenderNAV-Chef und Leiter des größten öffentlichen Impfzentrums in Hamburg, über die Impfstrategie Hausärzte im #Massetenrechtsgesetz Podcast: bit.ly/3d36E61

MorningBriefing
"Ich bin sehr zuversichtlich"
Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender

ILLUSTRATION: SOLOMON7, RVLISOFT, LYUDMYLA KHARLAMOVA - SHUTTERSTOCK



VirchowBund
Gepostet von Pressestelle VirchowBund · 28. Mai ·

Die wichtigsten Neuigkeiten für implende Praxen:

- Bis zu 18 Euro für den Impfpass
- 7. Dosis von BioNTech ist kein "off-label use"
- So können jetzt auch Privatärzte impfen
- Richtige Anamnese bei der Zweitimpfung

Das und mehr in unserem aktuellen Impf-Newsletter für Arztpraxen.

IMPFFNEWS
05/2021

VirchowBund
Zeit in der Praxis

VirchowBund
Gepostet von Pressestelle VirchowBund · 21. Mai ·

Damit Sie nicht direkt nach dem Urlaub wieder im Termindschos versinken
Ausführliche Praxiurlaub-Checkliste und weitere Tipps hier: www.virchowbund.de/urlaub

TERMINPLAN VOR DEM PRAXIS-URLAUB ORGANISIEREN

- Urlaubszeitraum / Praxisschließzeiten zeitig an Patienten kommunizieren
- Regelmäßige Folgetermine so setzen, dass sie nicht in die Urlaubszeit fallen (ggfs. Abstände anpassen)
- Termine freihalten für Akut-Patienten und dringende Wieder-Einbestellungen ab 14 Tage vor und bis 7 Tage nach dem Urlaub

Mehr Tipps & Checklisten im Praxissärzte-Blog

www.virchowbund.de/blog

VirchowBund
Gepostet von Pressestelle VirchowBund · 11. Mai ·

Laut Gesetz müssen Praxisinhaber ihre Patienten informieren, welche personenbezogenen Daten erhoben und gespeichert werden und weshalb. Wenn die Daten z. B. zur Abrechnung weitergegeben werden, müssen die Patienten vorher schriftlich zustimmen. Nutzen Sie für beide Fälle unsere juristisch geprüften Vorlagen zur Patient*inneninformation:

- Patient*inneninformation zum Datenschutz
- Aufklärung und Einwilligung in die Datenweitergabe

Patienteninformationen zum Datenschutz

VirchowBund
Zeit in der Praxis

Sparen Sie Zeit und Geld mit rund 90 Musterverträgen und Praxisinfos für den Praxis-Alltag, kostenloser Rechtsberatung & mehr

www.virchowbund.de/praxisinfos

VirchowBund
Gepostet von Pressestelle VirchowBund · 23. Dezember 2020 ·

Lohnt sich eine Cyberhaftpflicht gegen Viren, Trojaner, Hacker & Ransomware für Ärzte? Im Praxissärzte-Blog schauen wir genau hin und geben Tipps: bit.ly/3jlyKty

VirchowBund
Zeit in der Praxis

Lohnt sich die Cyberhaftpflicht?

www.virchowbund.de/blog

VirchowBund
Gepostet von Pressestelle VirchowBund · 6. April ·

Wann haften Ärzte für eine Impfung gegen COVID-19? Ist das Haftungsrisiko höher als bei anderen Impfungen? Sollten Implantate eine Zusatzversicherung abschließen? Der VirchowBund und die Versicherungsexperten von Eclisä MED geben gemeinsam die Antwort auf diese Fragen... Mehr ansehen

FAQ IMPFHAFTUNG

News, Tipps & Meinungen im Praxissärzte-Blog

www.virchowbund.de/blog

VirchowBund
Gepostet von Pressestelle VirchowBund · 14. Juli um 08:07 ·

Alles zur Abrechnung der GOÄ 29 bei der Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen jetzt im Praxissärzte-Blog: <https://www.virchowbund.de/~goae-nr-29-abrechnen...>

NR 29 GOÄ
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen („Check up“)

einschließlich

- Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus)
- Erörterung des individuellen Risikoprofils
- verhaltensmedizinisch orientierte Beratung

440 PUNKTE

Wie Sie die Ziffer abrechnen, erfahren Sie unter www.virchowbund.de/blog

VirchowBund
PVS

VirchowBund
Gepostet von Pressestelle VirchowBund · 27. Oktober 2020 ·

Der Klimawandel wird zur größten Bedrohung der weltweiten Gesundheit. Die gute Nachricht: Praxisärzte können viel dagegen tun. Manchmal können schon kleine Maßnahmen mit wenig Aufwand viel Wirkung entfalten. Hier gibt es konkrete Tipps zum Klimaschutz in der Arztpraxis: www.virchowbund.de/klima

VirchowBund
Zeit in der Praxis

KLIMASCHUTZ IST GESUNDHEITSSCHUTZ

Tipps zum Klimaschutz in der Arztpraxis

www.virchowbund.de/klima

VirchowBund
Gepostet von Pressestelle VirchowBund · 31. März ·

Was macht eine erfolgreiche Praxisübernahme aus? Unsere neu überarbeitete Praxisinfo gibt Tipps zu Layout, Inhalten und rechtlichen Vorgaben – mit Mustertexten z. B. für Urheberrechts- und Haftungsklärung: bit.ly/3eCMuz

Checkliste mit vielen Profi-Tipps

VirchowBund
Zeit in der Praxis

Sparen Sie Zeit und Geld mit rund 90 Musterverträgen und Praxisinfos für den Praxis-Alltag, kostenloser Rechtsberatung & mehr

www.virchowbund.de/praxisinfos

VirchowBund
Gepostet von Pressestelle VirchowBund · 1. Juni ·

Viele Ärzte bevorzugen einen schrittweisen Ausstieg aus der Praxis. Dafür bietet sich eine Übergangsgemeinschaft an. Auch bei Zulassungsbeschränkungen ist eine solche Kooperation hilfreich, um einen Nachfolger zu finden. Der Verband der niedergelassenen Ärzte gibt Tipps, wie die Praxisübergabe bestmöglich gelingt: bit.ly/3uA68S0

VirchowBund
Zeit in der Praxis

GG WENN PATIENTEN ZUSCHLAGEN

Beschimpfungen, Bedrohungen, Schläge und Bisse: Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte hat Studien zufolge deutlich zugenommen. Immer mehr Mediziner und andere Beschäftigte im Gesundheitswesen bereiten sich daher auf den Ernstfall vor – durch Schulungen und die Gestaltung ihrer Praxis. Von Thorsten Severin

aerzteblatt.de
/ Ärzteblatt / cme / Arztstellen / Studieren / English Edition

NAV-Virchowbund will Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor verbessern

Mittwoch, 6. Januar 2021

apotheke adhoc

HONORAR 2021

Plus 1 Milliarde Euro - Ärzte schimpfen trotzdem

Lothar Klein, 16.09.2020 13:29 Uhr

colliquo

13. Januar 2021

Blick in die Zukunft
Neujahrsbrief des Virchowbundes

Die Corona-Pandemie habe eindrucksvoll bewiesen, wie wichtig der ambulante Sektor für das deutsche Gesundheitswesen ist, erklärt der Bundesvorsitzende des Virchowbundes Dr. Dirk Heinrich. In seinem Neujahrsbrief an die Mitglieder des Bundes möchte der HNO-Arzt nun aber einen Blick in die Zukunft werfen.

ZEIT ONLINE
Corona-Impfung

Keine Zeit für Luxuswünsche

zm online

„Ein Affront gegen die Ärzte“

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat entschieden: Die Vergütung für alle ärztlichen Leistungen steigt um 1,25 Prozent. Dr. Andreas Gassen, Chef der Kassennärztlichen Bundesvereinigung (KBV) spricht von einem „Affront“.

von silv/pm | 16.09.2020 | Keine Kommentare

Berliner Zeitung

Virchowbund: Dritte Corona-Welle wird womöglich gerade gebrochen

RND
REDAKTIONSNETZWERK DEUTSCHLAND

Ärztbund: Wer Astrazeneca schlechtredet, hat Mitschuld an Corona-Toten

BR24 Nachrichtenarchiv - 05.06.2021 06:00 Uhr

Ärzte bitten um Geduld beim Warten auf Impfung

TAGESREGEL
BACKGROUND

"Wir brauchen Konzepte über den Lockdown hinaus"

stern

04.12.2020, 12:14 Uhr

Die niedergelassenen Ärzte warnen vor dem Gebrauch von Corona-Selbsttests durch medizinische Laien.

ILLUSTRATION: LYUDMILA KHARLAMOVA - SHUTTERSTOCK

ÄrzteZeitung  Meine ÄZ  Suche

Gesundheitskiosk

Hamburg: Invest-Projekt zahlt sich für Ärzte und Patienten aus

 Suchb...

Ärztlich nachrichtendienst Heute aktuell | Im Fokus |

Heinrich fordert MFA-Boni

„Eine Schande, dass der Gesetzgeber das nicht auf die Reihe bekommt“

Frankfurter Allgemeine

NEUER ÄRGER UM CORONA-SCHUTZ

Kassenärzte glauben nicht mehr an Impfstart im April

VON CHRISTIAN GEINITZ, BERLIN - AKTUALISIERT AM 11.03.2021 - 12:48

aerzteblatt.de

/ Ärzteblatt / cme / Arztstellen / Studieren / English Edition

NAV-Virchowbund wünscht mehr Unterstützung für die ambulante Medizin

Mittwoch, 10. März 2021

RP ONLINE **NRW POLITIK SPORT PANORAMA KULTUR WIRTSCHAFT LEBENSMEINUNG**  MENÜ 

Beschluss zu Impfungen von Jugendlichen

Ärztevertreter beklagen „Demontage“ der Ständigen Impfkommission

3. August 2021 um 19:11 Uhr | Lesedauer: 2 Minuten

Ein Kommentar

Bild        

STARTSEITE NEWS POLITIK GELD REGIO UNTERHALTUNG SPORT FUSSBALL LIFESTYLE RATGEBER AUTO DIGITAL SPORT VIDEO

EXPERTEN ÜBER DEN IMPFSTOFF VON ASTRAZENECA

„Eine echte Waffe im Kampf gegen Corona!“

ntv **RESSORTS** **SPORT** **BÖRSE** **WETTER** **TV** **VIDEO**

MITTWOCH, 17. FEBRUAR 2021

Sorge wegen Astrazeneca-Vakzin

Impfberechtigte lassen Termine platzen

Medscape

„Aufgabe niedergelassener Ärzte ist, kranke Menschen zu versorgen und nicht, Reisewilligen Urlaubswünsche zu erfüllen!“

Ute Espinger
INTERESSENKONFLIKTE | 14. Oktober 2020

 Suchbegriff...

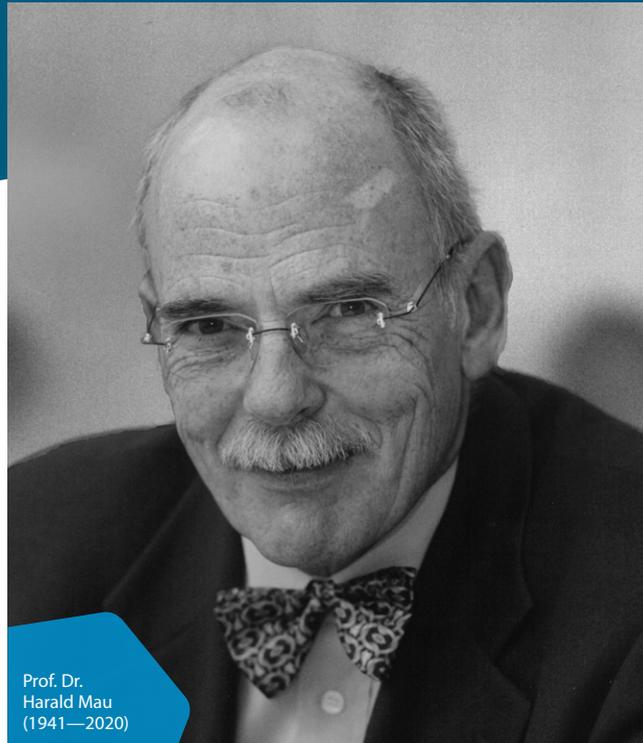
Ärztlich nachrichtendienst Heute aktuell | Im Fokus | MedV...

Virchowbund-Ultimatum

„GOÄneu muss bis Mai auf dem Tisch liegen“

ZDF heute **Dr. Dirk Heinrich**
Vorsitzender Virchowbund der niedergelassenen Ärzte





Prof. Dr. Harald Mau (1941—2020)

Wir trauern um Professor Dr. med. Harald Mau. Der Berliner Kinderchirurg und Universitätsprofessor verstarb am 4. September 2020 im Alter von 79 Jahren.

Professor Mau wurde am 1. März 1941 in Wien geboren, beendete in Berlin seine Schulzeit und studierte an der Humboldt-Universität Medizin. Nach seiner sechsjährigen Pflichtassistenten- und Facharztweiterbildung an der Kinderchirurgischen Klinik des Städtischen Klinikums Berlin-Buch war er dort zwei Jahre Assistenzarzt. Nach weiteren zwei Jahren in der Zentralklinik für Herz- und Thoraxchirurgie Bad Berka wechselte er an die Berliner Charité, in der er die folgenden 35 Jahre lang tätig blieb. Er baute die dortige Kinderchirurgie auf und wurde 1983 Leiter dieser Abteilung. 1984 folgte seine Ernennung zum Ordentlichen Professor für Kinderchirurgie.

Von 1989 bis zu seinem Abschied in den Ruhestand im Jahre 2009 stand Professor Mau der Kinderchirurgischen Klinik als Direktor vor. Als Dekan der medizi-

nischen Fakultät der Charité war er eine der prägenden Personen der Nachwendzeit, in der es neben der Aufarbeitung der Geschichte auch immer wieder um den Erhalt des altherwürdigen Klinikums ging. Beides ist ihm derart überzeugend gelungen, dass Professor Mau seitdem in Politik und Ärzteschaft ein hohes Ansehen über alle Grenzen hinaus genoss.

Neben seiner Tätigkeit als Arzt und Medizinprofessor war Harald Mau vor allem die Vertretung der ärztlichen Standesinteressen ein wichtiges Anliegen. Dies führte dazu, dass er in der Wendezeit an der Gründung des ersten freien Ärzteverbandes der DDR, des Rudolf-Virchow-Bundes, maßgeblich beteiligt war. Bereits kurz nach der Wende betrieb Professor Mau mit dem damaligen Bundesvorsitzenden des westdeutschen NAV, Dr. Erwin Hirschmann,

die Fusion der beiden Verbände. Es ist bis heute der einzige Zusammenschluss zweier ärztlicher Verbände aus Ost und West auf Augenhöhe anstelle einer ansonsten üblichen Übernahme.

Im Verband der niedergelassenen Ärzte trug Professor Mau an vielen Stellen Verantwortung: So war er von 1993 bis 2014 Vorsitzender der Landesgruppe Berlin/Brandenburg. Anschließend ernannte ihn die Landeshauptversammlung einstimmig zum Ehrenvorsitzenden. Er war von 1991 bis 2006 Mitglied des Bundesvorstandes, davon in der Zeit von 1994 bis 1998 stellvertretender Bundesvorsitzender. Von 2006 bis 2014 war Professor Mau Vorstandsvorsitzender der Brendan-Schmittmann-Stiftung.

Für sein Engagement und seine Verdienste verlieh ihm der Verband 2010 die Kaspar-Roos-Medaille.

Der Bundesvorsitzende, Dr. Dirk Heinrich, ehrte den Verstorbenen als einen

„großen Arzt und Standespolitiker“. Durch sein Engagement während und nach der Wendezeit habe er maßgeblich zum Zusammenwachsen der niedergelassenen Ärzteschaft in Ost und West beigetragen.

„Gerade weil die von ihm maßgeblich mitinitiierte Fusion aus NAV und Rudolf-Virchow-Bund keine Übernahme aus dem Westen, sondern eine Fusion auf Augenhöhe war, gelang uns recht schnell und

gut eine gesamtdeutsche Interessenvertretung der Praxisärzte. Seine Klugheit, sein Engagement und seine ärztliche Haltung werden uns fehlen. Wir trauern mit seiner Ehefrau und seiner Familie“, so Dr. Heinrich.

Erinnerungen an Harald Mau

von Dr. Erwin Hirschmann

Meine Gedanken führen mich zurück in die aufregenden Tage und Monate der Jahre 1989/1990, Zeit des Umbruchs in der DDR.

Erstmals war es uns 1988 bei einer Tagung des Weltärztebundes nach drei Jahre langen Bemühungen gelungen, einen Dialog mit ärztlichen Vertretern der DDR aufzunehmen, der dann zur Besichtigung ärztlicher Einrichtungen in Ost-Berlin führte.

Zur selben Zeit kamen in Ost-Berlin auf Initiative von Professor Dr. Harald Mau, Leiter der kinderärztlichen Abteilung der chirurgischen Klinik der Charité an der Berliner Humboldt-Universität, Ärzte aus der ganzen DDR zusammen, was in der Folge zur Gründung des ersten staatlich unabhängigen Ärzteverbandes führte. An der ersten Hauptversammlung nahm ich mit Mitgliedern des NAV-Bundesvorstandes teil.

Schon vorher war Harald Mau mit anderen Ärztevertretern Gast des NAV-Bundesvorstandes in Köln. Dabei wurden die Weichen für zukünftige Zusammenarbeit bis hin zur Bildung eines neuen gemeinsamen Verbandes gestellt. Sehr schnell bildete sich zwischen Harald und mir ein Vertrauensverhältnis, das zu enger Freundschaft wurde, die sich im Laufe der Zeit auch auf unsere Ehefrauen ausweitete.

Die Zusammenarbeit mit Harald während seiner Tätigkeit als stellvertretender Bundesvorsitzender war getragen von vielen



Prof. Dr. Harald Mau (m.) und Dr. Erwin Hirschmann (r.) im Gespräch mit Staatssekretärin Dr. Sabine Bergmann-Pohl (l.)

gemeinsamen Vorstellungen. Als Landesvorsitzender in Berlin gelang es ihm sehr schnell aus Ost- und Westärzten einen einheitlichen Landesverband zu schmieden. Dies blieb so, bis wir beide aus der aktiven Politik ausschieden.

Unsere Gemeinsamkeiten bestanden weiter. Das zeigte sich immer wieder bei Treffen in Berlin oder auch in Südtirol, das Harald liebte, wie auch ich.

Lieber Harald! Du bleibst fest verankert in meinen Erinnerungen, aber auch als Mahner im Sinne Rudolf Virchows. Er erklärte Medizin zu einer sozialen Wissenschaft.

NAV-Virchow-Bund

Verband der niedergelassenen Ärzte
Deutschlands e.V.

Chausseestraße 119b

10115 Berlin

Tel: (0 30) 28 87 74-0

Fax: (0 30) 28 87 74-1 15

info@virchowbund.de

www.virchowbund.de