



Jahresbericht  
**2023**

# Weil ich Medizin studiert habe. Und nicht Buchhaltung.



## Von Ärzten. Für Ärzte.

Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen entlasten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte seit 100 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.

[www.pvs.de](http://www.pvs.de)



**Die ambulante Versorgung ist in schwerem Fahrwasser: Der enorm gestiegene Kostendruck durch Energiepreis-, Miet- und die Tarifsteigerungen für MFA verschärfen die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Die versprochene Entbudgetierung bleibt aus und durch die kontinuierlich zu geringen Honorarabschlüsse ist ein enormer Nachholbedarf in den Praxen entstanden.**

Nach dem Wegfall der Neupatientenregelung haben im August 2023 viele Praxisinhaber mit ihren Honorarabrechnungen die Quittung dafür in den Händen gehalten: Honorarverluste bei gestiegenen Fallzahlen. Und die Bereinigungsregeln werden 2024 ihr Übriges tun, um die Einnahmen weiter zu drücken.

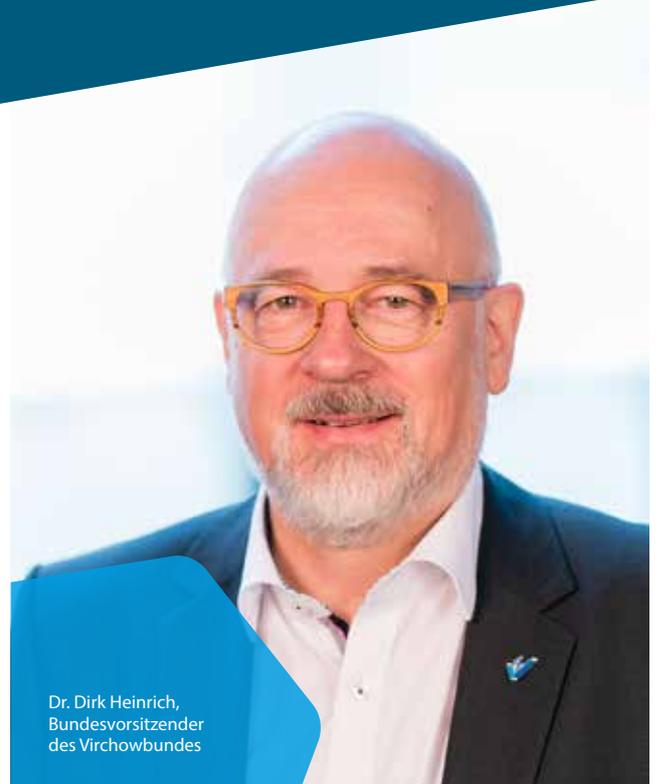
Dazu spüren die Praxisärztinnen und -ärzte den Fachkräftemangel und die Auswirkungen einer insuffizienten Digitalisierungsstrategie mit der eAU und dem eRezept. Als Folge verzeichnet der Virchowbund einen Anstieg an vorzeitigen Praxisabgaben, Verkauf an Praxisketten und Investoren sowie eine innere Emigration aus dem Beruf.

Der Arztberuf, insbesondere der in freier Praxis, ist bedroht wie nie!

Aber was macht die Politik?

Aus dem Hause Lauterbach kommt ein „Gesundheitsversorgungsgesetz“, das mit Gesundheitskiosken, Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren arztfreie Parallelstrukturen schaffen will.

Die anstehende Krankenhausreform wird ausschließlich vom stationären Sektor her betrachtet. Die ambulanten Potentiale werden



Dr. Dirk Heinrich,  
Bundesvorsitzender  
des Virchowbundes

ignoriert, um möglichst vielen Krankenhäusern eine Überlebensgarantie zu bieten.

Von den beschlossenen 6 Milliarden Euro Subventionen für Energiekosten und Inflation für die Kliniken kann der ambulante Bereich indes nur träumen. Mit diesen einseitigen Maßnahmen wird der größte Ausgabenblock „Krankenhaus“ im Gesundheitswesen festgeschrieben, während sich der SPD-Gesundheitsminister vom FDP-Finanzminister Steuerzuschüsse kampfflos streichen lässt.

Die GOÄ-Reform verschleppt der Minister weiterhin aus purer Ideologie. Während die Gebührenordnungen für Tierärzte, Rechtsanwälte, Architekten und andere freie Berufe in den letzten Jahren deutlich angehoben wurden, wird Ärzten und Patienten weiterhin eine veraltete GOÄ zugemutet.

Mit der Rücknahme der Neupatientenregelung wird dem ambulanten Bereich zum ersten Mal seit Jahrzehnten wieder aktiv Geld entzogen.

Vielleicht noch schwerer wiegt der Vertrauensverlust in die Verlässlichkeit von politischen Zusagen. Die Botschaft an uns Ärztinnen

**Wir haben uns in diesem Jahr erstmals entschieden, ein von Künstlicher Intelligenz (KI) geschaffenes Bild auf dem Titel zu verwenden. Hätten Sie es gemerkt? Die Situation ist real: protestierende Ärzte. Aber die Abbildung hat es in der Realität nie gegeben. KI ist in unserem Alltag angekommen. Und wir als Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte werden uns damit in Zukunft auseinandersetzen müssen. Haben Sie Gedanken oder Ideen dazu? Schreiben Sie uns: [info@virchowbund.de](mailto:info@virchowbund.de)**

## VORWORT

und Ärzte ist: Wir dürfen uns auf politische Zusagen und Versprechen nicht mehr verlassen, und die Halbwertszeit von politischen Gesetzen beträgt vielleicht nur wenige Monate.

Und auch wenn der Gesundheitsminister öffentlich lautstark wiederholt, dass es mit ihm keine Leistungskürzungen geben werde, ist doch längst klar: Die Streichung der Neupatientenregelung war erst der Anfang der Leistungskürzungen und Spargesetze, die noch auf uns zukommen.

Auf diese Bedrohungslage weist die Virchowbund-Kampagne „Praxis in Not“ hin. Sie malt eine düstere Vision der Versorgung im Jahr 2025, wenn die aktuelle Entwicklung weitergedacht und -projiziert wird. Denn bei der Bevölkerung und in der Politik ist zwar mittlerweile angekommen, dass die ambulante Versorgung auf eine Krise zu-steuert. Wie desaströs die Lage schon jetzt ist und wie schnell der massive Zusammenbruch kommen kann, ist den meisten dennoch nicht vollends bewusst.

Die Zeit bis 2025 entwickelt sich zum Endspiel: Denn dann sind auch die nächsten Bundestagswahlen. Wer die Mühlen der Politik kennt, weiß: Damit wichtige Themen und zentrale Forderungen in den Wahlprogrammen und später im Koalitionsvertrag landen, müssen sie jetzt formuliert und in die politischen Diskussionen getragen werden.

In dieser schwierigen Zeit ist es für mich ein Zeichen der Hoffnung, dass die Ärzteschaft ihre Protestbereitschaft wiederentdeckt. Vonseiten der Patientinnen und Patienten ernten wir viel Verständnis für unseren Protest. Je lauter die Stimme der Straße wird, desto weniger kann auch der Gesundheitsminister ihn mit Plattitüden und verzerrenden Darstellungen zurückweisen. In diesem Sinne wünsche ich uns allen einen „heißen“ Herbst und Winter.

Mit kollegialen Grüßen

**Dr. Dirk Heinrich**  
**Bundvorsitzender des Virchowbundes**

# IMPRESSUM



Klaus Greppmeir,  
Hauptgeschäftsführer

Vorgelegt von der Hauptgeschäftsführung des Virchowbundes, Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V., zur Bundeshauptversammlung 2023.

### **Virchowbund**

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

# AUS DEM INHALT

## **Gesundheitspolitik** 6

Das Gesundheitswesen steht vor dem Kollaps	6
Zehn Todsünden stürzen die ambulante Versorgung in die Krise	7
Kassen und Minister argumentieren chronisch falsch	12
Lauterbach bringt Hamburger Gesundheitskiosk ins Wanken	12
Offener Brief an den Bundeskanzler	13
Reform der Notfallversorgung: an der Realität vorbei	14

## **Fachkräftemangel** 16

Sinkende Zahlen bei MFA-Ausbildung deuten drohenden Versorgungsengpass an	16
---	----

## **Ärzte-Protest** 17

Lauterbachs „ambulante Blindheit“: Praxisärzte rufen zum Protest gegen den Minister auf	17
Praxen sollen mittwochs schließen	18
Protest muss wehtun, wenn er wirken soll	18
„Praxis in Not“: Virchowbund startet Kampagne	19
Enormer Nachholbedarf in der ambulanten Versorgung: Praxisärzte fordern 15 Prozent mehr	21

## **Organisation des Praxisalltags** 22

FDP will Arzttermine privatisieren	22
Weniger Bürokratie? So könnte es gelingen	22
Arbeitszeiterfassung: Urteil nimmt Praxen in die Pflicht	23

## **Berufspolitik** 24

Niedergelassene weiterhin gut durch Bundesärztekammer vertreten	24
---	----

## **Bundeshauptversammlung** 26

Investoren in der ambulanten Versorgung	26
Bundesvorstand neu gewählt: Heinrich weiter Vorsitzender	28
Entschließungen	29
Kaspar-Roos-Medaille	33

## **Organisation** 34

Bundesvorstand	34
Landesgruppen	35
Geschäftsstelle	36
Brendan-Schmittmann-Stiftung	37

## **Aus den Landesgruppen** 38

Bayern	38
Hessen	39
Niedersachsen/Bremen	40
Nordrhein	40
Mecklenburg-Vorpommern	41
Mitteldeutschland	41
Rheinland-Pfalz	42
Saarland	43

## **Service** 44

## **Kommunikation** 46

## **Nachruf** 50

# GESUNDHEITSPOLITIK

## Das Gesundheitswesen steht vor dem Kollaps

**Neupatientenregelung, Bürokratie, Digitalisierung: Es brodelt in der Ärzteschaft und das zu Recht. Ein Traumberuf, den aktuell nur jeder zehnte Studienplatzbewerber studieren darf, wacht in der Realität des Gesundheitswesens 2023 auf.**

Deutschlands Ärztinnen und Ärzte sind unzufrieden. Es liegt nicht an der Arbeit, für die sie ausgebildet sind, sondern an der jahrelangen Behandlung durch ein Gesundheitssystem, in dem sie die Heilkunde ausüben: Ein stetig wachsender Bürokratienschwundel raubt die letzten Zeitreserven des Tages.

Eine dilettantische „Digitalisierung“ schafft Fehlermeldungen, Systemstörungen der Praxis EDV und abstürzende Kartenlesegeräte, unausgereifte Digitalisierungsprojekte blockieren die Arbeit

und frustrieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Telematik-Infrastruktur hilft bislang nur den Krankenkassen Geld zu sparen, indem sie Verwaltungsaufgaben den Ärztinnen und Ärzten aufbürdet. Diese Zeit fehlt für die ärztliche Behandlung.

In der Pandemie stand die Ärzteschaft den Patienten treu zur Seite. Trotz fehlender Impfstoffe und umständlicher Logistik haben Praxen ihr Soll übererfüllt. Dass nichtärztliche Berufsgruppennachkommen noch Impfaufträge erhielten, ist ein Affront.

Der Fachkräftemangel trifft auf immer mehr Patienten. Millionen unbezahlte Überstunden der Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern und Praxen lassen auch die motiviertesten Ärztinnen und Ärzte verzweifeln.

Statt auf die vielen konstruktiven Anregungen aus der Ärzteschaft zu hören, wird seitens der Politik quer durch alle Parteien viel geredet, viel versprochen und fast nichts gehalten.

*Basierend auf einem Text von Dr. Frauke Wulf-Homilius und Dr. Thomas Carl Stiller im Ärzteblatt Niedersachsen (Ausgabe 10/2022).*



Arbeitsbelastung, Zwangs-Digitalisierung und Bürokratie belasten viele Ärztinnen und Ärzte



## Zehn Todsünden stürzen die ambulante Versorgung in die Krise

**Die ambulante medizinische Versorgung steckt in einer schweren Krise, und zehn „Todsünden“ der Gesundheitspolitik sind die Ursache dafür. Steht der Niedergang bevor, droht ein staatliches Gesundheitswesen oder ist das ambulante Gesundheitswesen noch zu retten? Ein Statement von Dr. Dirk Heinrich.**

01

### Kastration der Selbstverwaltung

Über Jahrzehnte haben es die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit ihren selbstverwalteten Kassenärztlichen Vereinigungen geschafft, eine hervorragende, stets zur Verfügung stehende und hochqualitativ haus- und fachärztliche Versorgung sicherzustellen. Im Zusammenspiel mit den gesetzlichen Krankenkassen wurde Patienten- und bedarfsgerecht Versorgung gestaltet. Anstatt aber der Selbstverwaltung dies auch in Zukunft zu überlassen, setzte ab 2005 eine Politik der immer stärkeren Reglementierung und Einengung freiheitlicher Selbstverwaltung ein. Dies begann unter dem Stichwort „Professionalisierung“ bereits unter Ulla Schmidt. Gestaltungsspielräume wurden eingeschränkt, Verhandlungsmöglichkeiten beschnitten und das Korsett von gesetzlichen Vorgaben Jahr für Jahr enger geschnürt.

Eigentlich kann von SELBSTverwaltung fast schon nicht mehr gesprochen werden. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung selbst hat in der Ära Feldmann hierzu einen destruktiven Beitrag geleistet. Die gesetzlichen Krankenkassen wurden in einen Pseudowettbewerb getrieben, die Höhe des Zusatzbeitrages wurde zum Credo erhoben und die medizinische Versorgung spielt nur noch eine untergeordnete Rolle. Die „Krankenkassenfürsten“ konzentrieren sich auf ihre Versichertenzahlen und den

### Der ständige faule Kompromiss lähmt das System bis zur Totalblockade.

Zusatzbeitrag, anstatt sich um die tatsächliche Gestaltung der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten zu kümmern. Jede Seite zieht sich auf ihre Maximalforderungen, wie z. B. die absurde Forderung nach Nullrunden, zurück. Die Schiedsämter eiern immer in der Mitte herum, anstatt auf Fakten basierte mutige Entscheidungen zu treffen. Der ständige faule Kompromiss lähmt das System bis zur Totalblockade.

02

### Misstrauenskultur und Mutlosigkeit

Diesen faulen Kompromissen liegen ein abgrundtiefes Misstrauen und ein völliges Unverständnis von weiten Teilen der Politik und Kassen gegenüber freiberuflichen und selbstständigen Strukturen, wie es hausärztliche und fachärztliche Praxen und ihre Selbstverwaltung sind, zugrunde. Es herrscht ein tief verwurzelter Glaube an die Planbarkeit und an die Wirksamkeit staatlicher Eingriffe in das System vor. Staatliche Gesundheitssysteme sind nachweislich höchst ineffizient – dennoch findet man das Denken in Strukturen nur mit Angestellten attraktiv. Insgesamt herrscht Furcht und Mutlosigkeit vor. Sogenannte Expertenrunden bestimmen häufig das Geschehen. Diese werden allzu häufig nach politischen Ge-

sichtspunkten ausgesucht anstatt nach echter Expertise. Verdeckter Lobbyismus ist die Regel. Praktische Erfahrung wird als egoistischer Lobbyismus gebrandmarkt und angebliche Wissenschaft als neutral erachtet.

Als Beispiel mag die Tatsache dienen, dass in einer Krankenhausreformkommission Verwaltungsleiter und Vorstandsvorsitzende von Unikliniken sitzen, die natürlich Lobbyisten für ihre eigene Institution sind. Dazu sind sie durch ihre Arbeitsverträge sogar verpflichtet, dafür werden sie bezahlt. Wahrgenommen wird diese Parteilichkeit von der Politik aber nicht.

### Praktische Erfahrung wird als egoistischer Lobbyismus gebrandmarkt

Ein weiteres Beispiel ist die Ambulantisierung. Das Ambulantisierungspotenzial wird nicht gehoben und die dringend notwendige Reform der Notfallversorgung bleibt aus. Damit sind die beiden wichtigsten Faktoren, die zu einer effektiven Krankenhausreform unbedingt dazu gehören, ausgesetzt. Jede Krankenhausreform wird damit zu einer nur vorläufigen und in wenigen Jahren erneut durchzuführenden Reform. Dann werden aber zum Beispiel die in NRW jetzt viel zu häufig abgeschafften Belegabteilungen fehlen. Dabei ist dies die Versorgungsform, die Patienten wünschen: Versorgung aus einer Hand.

Außerdem glauben weite Teile der Politik, den Versicherten bzw. den Patienten sei alles zu ermöglichen und nichts zuzumuten. Damit leisten sie einem ungesteuerten und ungebremsten Ressourcenverbrauch Vorschub.

Ein Verständnis für die eigene Verantwortung für die Inanspruchnahme und die dadurch ausgelösten Kosten von medizinischen Leistungen gibt es bei Patientinnen und Patienten in Deutschland selten. Dem unbegrenzten Leistungsversprechen der Politik und der unbegrenzten Leistungs-





anspruchnahme durch Patientinnen und Patienten stehen aber in Zukunft zunehmend weniger Ressourcen gegenüber. Dieses Missverhältnis ist auf Dauer nicht tragbar. Schon gar nicht kann die dadurch bestehende Unterfinanzierung einseitig auf dem Rücken von Ärztinnen und Ärzten und ihrer medizinischen Fachangestellten ausgetragen werden.

**03**  
**Budgetierung und Leistungskürzungen**

Der medizinische Bedarf steigt durch die Alterung der Gesellschaft. Gleichzeitig ist die Medizin eine immer besser werdende „half way technology“ (häufig macht Medizin Menschen nur weniger krank und langlebiger, anstatt sie tatsächlich zu heilen). Der dadurch bedingte höhere Leistungsbedarf wird von Kassen und Politik allzu oft als eine ungerechtfertigte Leistungsausweitung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte interpretiert.

Dies führte zur Budgetierung medizinischer Leistungen in Praxen und in der Folge zur Bedarfsplanung. Diese Budgetierung hält seit 30 Jahren an und hat jeden Sinn verloren, da sie sich in den Regionen aufgrund vieler Einflussfaktoren völlig unterschiedlich entwickelt hat. Sie ist nur noch ungerecht und benachteiligt bestimmte Regionen und Fachgruppen.

Im Grunde ist sie eine willkürliche Kostendämpfungsmaßnahme, die die einen trifft und die anderen nicht. Das ist nicht rational. Die Folgen der Budgetierung werden dann den Ärzten angelastet. Terminprobleme, Wartelisten und Wartezeiten in den Praxen sind aber Folge der gewollten Leistungskürzungen durch die Budgetierung. Diese Budgetierung zu Beginn der jetzigen Legislaturperiode durch die Streichung der Neupatientenregelung erneut zu verschärfen, hat das Fass zum Überlaufen gebracht, weil sie erstmals dem System wieder Geld entzieht.

**04**  
**Systematische Abschreckung des Nachwuchses**  
Insgesamt hat all dies katastrophale Folgen. Regressandrohung, Budgetierung, Überregulierung, Bürokratie und ständige Eingriffe der Politik, die zur völligen Unplanbarkeit führen, schrecken junge Ärztinnen und Ärzte ab sich niederzulassen.

Die nachwachsende Generation wird zum einen im Wesentlichen durch Ärztinnen geprägt sein und hat eigene Vorstellungen hinsichtlich Work-Life-Balance. Das trägt zu einer Reduzierung der insgesamt zur Verfügung stehenden ärztlichen Arbeitszeit bei. Die Versorgung auf dem Lande wird zusätzlich erschwert, da auch die (Ehe-)Partner Arbeitsplätze brauchen, die dort häufig nicht zur Verfügung stehen. Die Zahl der effektiven Arztstunden sinkt ständig.

**05**  
**Ärzte- und Fachkräftemangel**

Weiter verschärft wird der Arztstundenrückgang durch den Ärztemangel. Noch vor einigen Jahren haben Politik und Krankenkassen einen Ärztemangel bezweifelt. Nun ist er eine Tatsache. Präventives Handeln wurde unterlassen und versäumt. Die Aufstockung von Studienplätzen unterblieb. Bis heute ist man nicht bereit, die notwendigen 5.000 zusätzlichen Studienplätze zur Verfügung zu stellen.

Damit zementiert sich der Ärztemangel mindestens für die nächsten 11–15 Jahre. Er ist auch durch Zuzug aus dem Ausland nicht in den Griff zu bekommen, da die Zuwanderung bereits in einem Ausmaß geschehen ist, dass kaum noch weitere Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen sind. Zudem ist ein solches Vorgehen absolut un-

solidarisch gegenüber den meist ärmeren Staaten, in denen die selbst ausgebildeten Fachkräfte dann fehlen. Ähnliches gilt für den Mangel an Pflegekräften und Medizinischen Fachangestellten.

**06**  
**Pseudolösungen und ausbleibende Digitalisierung**

Es gibt einen festen Glauben daran, dass Substitution und Digitalisierung die Lösung des Ärztemangels sein könnten. Das ist ein Irrglaube. Substitution heißt Ersatz ärztlicher Tätigkeit. Dann ist es aber keine ärztliche Tätigkeit mehr. Die damit einhergehende Versorgungsverschlechterung wird verschwiegen.

Eine Substitution setzt im Übrigen voraus, dass für diese Tätigkeiten Menschen zur Verfügung stehen. Dies ist in Deutschland nicht der Fall. Der Fachkräftemangel sowohl in der Pflege, aber eben auch bei den medizinischen Fachangestellten, ist eklatant. Setzt man diese für Substitution ein, fehlen sie an anderer Stelle. Auch hier muss dringend gegengesteuert werden. Eine bessere Vergütung für diese Tätigkeiten ist unerlässlich. Auch die Wertschätzung für den Beruf der medizinischen Fachangestellten muss sich deutlich steigern.

Die Digitalisierung, insbesondere die durch die gematik versuchte, wurde in Deutschland so stümperhaft angepackt, dass sie eher zur Abschreckung vor digitalen Anwendungen führte als zu einer begeisterten Aufnahme. Man denke nur daran, dass die erste Anwendung für lange Zeit ausschließlich das Versichertenstammdatenmanagement war, ohne praktischen Nutzen für die Patientinnen und Patienten, aber auch die Arztpraxen. Das rächt sich nun.

Arztpraxen sind heute intern bis zur ihrer Praxistür vollständig digitalisiert. Danach

**Noch vor einigen Jahren haben Politik und Krankenkassen einen Ärztemangel bezweifelt.**





*gibt es weder ausreichend Glasfaserleitungen, noch schnelle Anwendungen, noch die notwendige Sicherheit und schon gar keine faire und ausreichende Finanzierung. Zu glauben, dass ein solch insuffizientes System fehlende Ärzte und Ärztinnen ersetzen könne, ist absurd.*

07

### Unterfinanzierung der Praxen

*Ein weiterer Faktor für den Niedergang des ambulanten Gesundheitswesens ist die Tatsache, dass der stationäre Sektor in Deutschland überbetont wird. Er ist aber gleichzeitig die ineffizienteste Struktur in unserem Gesundheitswesen. Krankenhäuser beziehen 50 % ihrer stationären Patienten aus ihrer Notaufnahme. Vieles, was ambulant gemacht werden könnte, wird in Deutschland noch stationär diagnostiziert und behandelt.*

*In der Pandemie haben die Krankenhäuser am lautesten geschrien. Die Bilder von den Intensivstationen mit beatmeten Patienten und erschöpften Pflegekräften haben jeden beeindruckt und so flossen weitere Milliarden in die Krankenhausstruktur. Der effizient arbeitende niedergelassene Bereich – 19 von 20 Corona-Patienten wurden in den Arztpraxen behandelt! – wurde dabei vergessen. Schließlich gab es dort keine dramatischen Bilder zu senden und etwas, das funktioniert, wird häufig übersehen.*

*Die Folge ist eine Vernachlässigung, eine fehlende Wertschätzung und eine Unterfinanzierung des ambulanten Gesundheitswesens. In der nächsten Pandemie wird man über den dann nicht mehr funktionierenden ambulanten Bereich berichten können.*

08

### Fehlende Wertschätzung gegenüber Praxen

*Noch allerdings funktioniert der niedergelassene Bereich. Er funktionierte bislang*

*wohl zu gut. Diesem Bereich wird von Seiten der Politik und auch der Krankenkassen gerade deshalb keine Wertschätzung entgegengebracht.*

*Einmalig klatschen oder wohlfeile Worte sind keine Wertschätzung. Wertschätzung drückt sich durch Taten aus. Das Ausbleiben einer Coronaprämie für die medizinischen Fachangestellten, Nullrundenangebote von Krankenkassen und das Schwingen der ethischen Keule bei jeder Gelegenheit lassen tief blicken.*

*Ethik ist keine Einbahnstraße, sie gilt auch für Krankenkassen und Politik. Ein Beispiel: Seit Jahren geht die Anzahl der ambulant operierenden HNO-Ärzte zurück. Dies führt zu Wartezeiten. Als der HNO-Berufsverband eine Protestaktion als Mahnung und Warnung ins Leben gerufen hat, die zu einer weiteren Reduzierung von Operationen führte, wurde fleißig von Politikern und Kassenfunktionären die ethische Keule geschwungen. Die Krankenkassen argumentierten mit Mischkalkulation verschiedener Operationen und mit dem angeblichen Gesamteinkommen von Ärzten.*

*Die gesetzlichen Krankenkassen halten tatsächlich den Preis von 104 Euro für eine 30- bis 40-minütige Operation mit erheblichem Blutungsrisiko an einem Kind in Narkose für gerechtfertigt. Eine Dauerwelle in Deutschland kostet ungefähr 150 Euro. Der Preis von 104 Euro für eine Kinderoperation ist absurd. Und genau darin drückt sich die fehlende Wertschätzung, ja die Verachtung gegenüber Ärztinnen und Ärzten aus.*

*Die Argumentation mit einem angeblichen Einkommen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zeigt, dass man lieber mit falschen Zahlen eine unverschämte Neiddebatte anzettelt, als sich um das Problem zu kümmern. Dieses Verhalten von Krankenkassen ist unwürdig und unethisch.*

*Die jetzt schon seit Jahrzehnten fehlende Wertschätzung von Politik und Kran-*

*kenkassen führt zur inneren Emigration der Ärzte. Die Folge sind Dienst nach Vorschrift und Frühpensionierung. Beides prägt zurzeit den niedergelassenen Bereich. Beides ist in der jetzigen Situation aber absolut kontraproduktiv.*

09

### Bürokratie ist wichtiger als Effektivität

*Eine ausufernde Bürokratie lähmt das System zunehmend. Jeder, der sich schon einmal niedergelassen, einen Praxispartnerwechsel vorgenommen oder eine Genehmigung beantragt hat, kennt es: Formulare über Formulare.*

*Basis der Formularwelt sind aber Gesetze. Dazu kommen übertriebene Hygienevorschriften, Datenschutzerklärungen und vieles mehr. Auch*

*das schreckt von der Niederlassung ab und zermürbt die bereits niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. Die innere Emigration nimmt zu.*

10

### Fehlanreize

*Budgetierung, Bedarfsplanung, Honorarverteilungsmaßstäbe und die Leistungsfeindlichkeit des Systems führen zu Fehlanreizen mit einer Überbetonung der Behandlung von häufig nur weniger ernst erkrankten Menschen. Patientinnen und Patienten, deren Krankheiten aufwendig und mühsam sind, werden in diesem System zu den unattraktivsten Patienten gestempelt. Die Abschaffung der Neupatientenregelung fördert dies enorm.*

*Die falsche Priorisierung von Patienten im System zu ändern, setzt aber die Reform in den vorgenannten Punkten 1–9 voraus.*

*Wie kann kurz- und mittelfristig das ambulante Gesundheitswesen stabilisiert werden?*





## Fünf Thesen zur Rettung des ambulanten Gesundheitswesens

01

### Budgetierung beenden, Niederlassungsfreiheit wiederherstellen

Ärztinnen und Ärzte lassen sich immer dort nieder, wo sie gebraucht werden. Damit dies wieder möglich wird, sind drei Bedingungen zu erfüllen.

Erstens braucht es ausreichend medizinischen Nachwuchs, also mehr Studienplätze. Nur wenn es ausreichend Ärztinnen und Ärzte gibt, werden sich diese auch an den weniger attraktiven Standorten niederlassen, da die attraktiven Standorte dann überversorgt sind.

Zweitens muss die Budgetierung abgeschafft werden. Leistung muss sich lohnen. Sofort würden soziale Brennpunkte mit vielen Patienten wieder attraktiv.

Drittens muss die Niederlassungsfreiheit wiederhergestellt werden. Nur die Freiheit, sich niederzulassen, wo man möchte, führt dazu, dass Ärztinnen und Ärzte dorthin gehen, wo sie ausreichend Patientinnen und Patienten finden. Außerdem können sich Ärztinnen und Ärzte dann wieder dort niederlassen, wo die Patientinnen und Patienten auch zu ihnen passen. Die Niederlassung ist mehr als eine wirtschaftliche Entscheidung. In sozialen Brennpunkten tätig zu sein, ist medizinisch und menschlich sehr attraktiv und vielen Ärztinnen und Ärzten liegt dies ethisch näher als die 100. Praxis in Blankenese zu eröffnen.

Die Budgetierung führt aber zu einer Überbetonung von Zusatzeinnahmen und das ist kontraproduktiv. Eine Bedarfsplanung, insbesondere eine kleinräumige Bedarfsplanung, ist unter Budgetbedingungen sowieso zum Scheitern verurteilt,

denn dort, wo sich keiner niederlassen möchte, führt die beste Planung nicht dazu, dass sich jemand niederlässt.

Die zeitliche Abfolge der Reformschritte ist wichtig. Zunächst ist die bessere Vergütung der medizinischen Fachangestellten bei gleichzeitiger Entbudgetierung und Befreiung der Selbstverwaltung von den jetzigen bürokratischen Fesseln durchzuführen. Zeitgleich müssen die Ambulantisierung und die Notfallreform einsetzen sowie 5.000 zusätzliche Studienplätze für Medizin geschaffen werden. Vollständige Niederlassungsfreiheit und Aufhebung

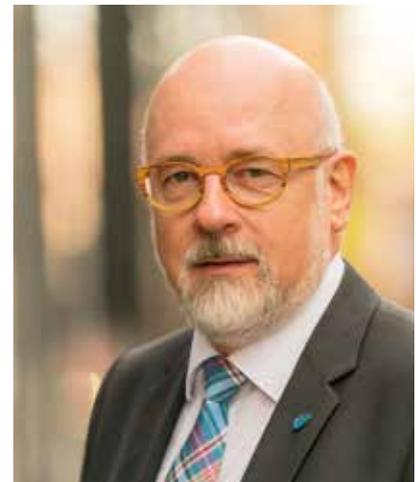
der Bedarfsplanung können dann in etwa 10–12 Jahren folgen. Schrittweise kann in bestimmten Regionen zuvor bereits die Bedarfsplanung aufgehoben werden. Weitere Verschärfungen der Bedarfsplanung sind unbedingt zu vermeiden. Sie führen zu nichts.

### Die Niederlassung ist mehr als eine wirtschaftliche Entscheidung

02

### Selbstverwaltungs-empowerment

Die Selbstverwaltung muss ihre Gestaltungsfreiheit zurückbekommen. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung müssen kassenartenspezifisch so miteinander verhandeln können, dass die Gestaltung von Versorgung attraktiv ist. Dazu müssen Schiedsämter so befähigt werden, dass sie willens, fähig und in der Lage sind, mutige Entscheidungen zu treffen. Dies erhöht auch den Entscheidungsdruck auf die beteiligten Parteien, sich einigen zu wollen, anstatt sich auf die eigenen Maximalforderungen zurückzuziehen. Die jetzt auf dem Tisch liegenden Vorschläge der Politik zur Schaffung von Parallelstrukturen,



wie Gesundheitsregionen und substitutiven Gesundheitskiosken, deren Verwaltung erneut und zusätzliches Geld kosten würde, könnten so vermieden werden.

03

### Effektive Krankenhausreform mit umfassender Ambulantisierung und einschneidender Notfallreform

Wir brauchen eine Krankenhausreform, die auch diesen Namen verdient. Dazu müssen die Hebel in Bewegung gesetzt werden, die den größten Effekt haben. Dies ist die ambulante Erbringung vieler Leistungen, die heute noch stationär erbracht werden.

Entsprechende Kataloge von Gutachtern und Verbänden liegen vor. Diese neuen ambulanten Leistungen müssen sowohl von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als auch von Krankenhäusern, vorzugsweise in einer Kooperation, erbracht werden können.

Gleichzeitig muss eine Notfallversorgungsreform durchgeführt werden, die mithilfe von integrierten Notfallzentren und einem Ersteinschätzungsverfahren an einem gemeinsamen Tresen von KV und Krankenhaus dafür sorgt, dass sich die





Anzahl der heute noch aus Notaufnahmen stationär aufgenommenen Patienten deutlich reduziert. Dieser gemeinsame Tresein muss unter Leitung der KV stehen, so wie es der Sachverständigenrat seinerzeit in dem entsprechenden Gutachten vorgeschlagen hat. Beides zusammen würde nicht nur zu finanziellen Einsparungen führen, sondern eine Strukturreform der Krankenhäuser zulassen, die zugegebenermaßen einschneidend wäre.

Der Krankenhaussektor ist der größte Kostenfaktor im Gesundheitswesen. Mittel- bis langfristige Einsparungen sind hier am effektivsten und unerlässlich, um das Gesamtsystem zu stabilisieren.

Gleichzeitig mitgeregelt werden muss die Finanzierung der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und es muss ein Status für den niedergelassenen Arzt, der Leistungen in der stationären Versorgung erbringt, geschaffen werden. Rechtssicherheit ist hier unabdingbar. Nur dann werden die Sektorengrenzen überwunden.

04

## Nutzerorientierte Digitalisierung

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens muss nutzerorientiert werden. Als Nutzer gelten sowohl Patientinnen und Patienten als auch Ärztinnen und Ärzte. Beispielsweise muss die digitale Aufnahme bereits vor dem Praxisbesuch durch die Patientinnen und Patienten auf ihrem PC oder Smartphone erfolgen, also ein Praxis-Check-In vergleichbar mit jenem auf dem Flughafen. Digitale Rezepte, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen etc. müssen sicher und einfach in der Anwendung sein. Alternative analoge Prozesse müssen etabliert und ebenso einfach durchführbar sein. Alles muss ausreichend getestet und erprobt worden sein – in der Praxis unter Beteiligung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, die noch in der Versorgung tätig sind.

05

## Mitbeteiligung der Patienten

Alle Akteure im Gesundheitswesen müssen sich an der Stabilität des Systems beteiligen. Zurzeit sind es im Wesentlichen Ärztinnen und Ärzte, die durch Budgetierung, Bedarfsplanung und Bürokratie begrenzt und belastet werden. Diese Belastungen sind abzubauen. Krankenkassen müssen dazu verpflichtet werden, sich tatsächlich im Zusammenspiel mit den Kassenärztlichen Vereinigungen um medizinische Versorgungsgestaltung zu kümmern.

Patientinnen und Patienten müssen aber genauso zur Stabilität des Systems beitragen. Zuzahlungen, Strafgebühren bei versäumten Terminen und verpflichtende Teilnahme an bestimmten Vorarbeiten sind unabdingbar. Dazu gehört auch eine finanzielle Beteiligung der Patienten, wenn sie ohne vorherige telefonische Ersteinschätzung in die Notaufnahme des Krankenhauses gehen.

Patientinnen und Patienten sollen sich in Zukunft vor dem Arzt- und Praxisbesuch digital einchecken können, Anamnesebögen ausfüllen, Patientenerklärungen digital unterschreiben und ihre Kontaktdaten hinterlassen. Dadurch entlasten sie die medizinischen Fachangestellten der Praxen. Damit sind außerdem Zuzahlungen, Ausfallgebühren etc. digital problemlos über die gesetzlichen Krankenkassen möglich.

Des Weiteren müssen Patientinnen und Patienten verpflichtet werden, sich im Notfall außerhalb der Dienstzeiten niedergelassener Praxen zunächst telefonisch bei der 116 117 zu melden; dort werden sie nach Durchlaufen des Ersteinschätzungsverfahrens der richtigen Versorgungsstufe

zugewiesen. Wer davon abweicht, hat die Inanspruchnahme der Notfallstrukturen selbst zu bezahlen. Dies gilt natürlich nicht für den Einsatz eines Notarztwagens. Krankenhäuser, die kein integriertes Notfallzentrum zugewiesen bekommen haben, müssen ihre Notaufnahmen schließen. Patienten, die nach Durchlaufen eines INZ stationär aufgenommen werden, werden nach einem Schlüssel auf alle Krankenhäuser gerecht verteilt.

Mit diesen Maßnahmen wäre eine kurzfristige Stabilisierung des Systems möglich. Mittel- und langfristig könnte so eine bessere Verzahnung von ambulanten und stationären Strukturen gelingen.

Krankenhäuser würden auf das notwendige Mindestmaß reduziert. Die ambulante Versorgung der Bevölkerung würde ausgedehnt durch die Leistungserbringung der neuen ambulanten Leistungen sowohl durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als auch durch Krankenhäuser in Kooperation. So würde eine patientengerechte Versorgung aus einer Hand mit möglichst wenig Informationsverlusten durch Sektorenwechsel möglich. Niederlassung würde auch in den sozialen Brennpunkten der Städte wieder attraktiver. Echte Versorgungsplanung durch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen würde auf Landesebene wieder möglich. Wir haben das Wissen und die Fähigkeiten, diesen Wandel herbeizuführen – aber noch fehlt der Wille und der Mut dazu.

Dieser Text erschien als Debattenbeitrag in der Ärzte Zeitung vom 17.08.2023.



## Kassen und Minister argumentieren chronisch falsch

**Mit Ablenkungsmanövern und Diskussionsverweigerung reagieren die Krankenkassen auf aktuelle Forderungen der Praxisärzte. Neben den altbekannten Schlüsselwörtern wie „Spitzenverdiener“ und „gestiegener Reinertrag“ wehren die Kassen jede Debatte ab und gehen auf die eigentlichen Forderungen und Argumente nicht ein.**

„Kein Wort zum akuten Fachkräftemangel, zu Inflation und Energiekosten. Kein Wort zu den Umsatzeinbußen durch den Wegfall der Neupatientenregelung und der dadurch entstehenden Neutralisierung der Preisanpassungen um 2 Prozent beim Orientierungspunktwert im vergangenen Jahr“, stellt der Bundesvorsitzende des Virchowbundes Dr. Dirk Heinrich fest.

Dabei stehen die gesetzlichen Krankenkassen finanziell besser da als prognostiziert: Aus dem erwarteten Minus von 1,45 Milliarden Euro für 2022 wurde ein Plus von 451 Millionen.

Der Virchowbund forderte für 2024 eine Anhebung des Orientierungspunktwertes

basiswirksam um mindestens 15 Prozent. Dieser könnte einmalig aber basiswirksam als Investitions- und Fachkräfte-Zuschlag erfolgen.

Mit ihrer Reaktion auf die Forderungen der Praxisärzte treffen die Kassen auch Millionen von Mitarbeitenden in Praxisteamen.

„Während Krankenkassenmitarbeiter und Politiker Gehaltssteigerungen für sich reklamieren, verwehren sie gleichzeitig den Medizinischen Fachangestellten gerechte Gehälter und den lange überfälligen Coronabonus. Das passt nicht zusammen“, so Dr. Heinrich.

Auch der Bundesgesundheitsminister sang in Reaktion auf das KBV-Krisentreffen

vom 18. August 2023 das Lied der Krankenkassen: Es sei angeblich nicht das Einkommen, das die ambulante Versorgung gefährde, sondern Bürokratie und Mängel bei der Digitalisierung. In allerfeinstem Kassensprech verwechselt er bewusst die Praxiserlöse mit den Arzteinkommen. Er setzt damit die Strategie der Halbwahrheiten in seinem Ministerium fort, die mit einem tendenziösen „Faktenblatt“ einige Tage zuvor begonnen hatte. Selbst die im Koalitionsvertrag vereinbarte Entbudgetierung der Hausärzte qualifizierte Lauterbach in den sozialen Medien nur noch als „denkbar“ ab.

Der Virchowbund und die Allianz Deutscher Ärzterverbände reagierten mit einem offenen Brief an Bundeskanzler Olaf Scholz, um gegen die Parteiname des Bundesgesundheitsministers zu protestieren (siehe Seite 13).

## Lauterbach bringt Hamburger Gesundheitskiosk ins Wanken

**Die chaotische Gesundheitspolitik des Bundesgesundheitsministers fand im September 2022 ein nächstes Opfer: Die Ersatzkassen in Hamburg kündigten den Versorgungsvertrag mit dem Gesundheitskiosk in Billstedt-Horn. Der Ausstieg wurde kassenseitig explizit mit dem GKV-Finanzierungsstärkungsgesetz und den kurz zuvor verlautbarten Eckpunkten des Bundesgesundheitsministers zu dessen „Gesundheitskiosken“ begründet.**

Das Ärztenetz Billstedt-Horn und der Virchowbund sind unter anderen die Gründer und Gesellschafter des Gesundheitskioskes in Billstedt-Horn.

„Lauterbach zerstört mit seiner erratischen und inkonsistenten Politik die gute Versorgung ausgerechnet in sozialen Brennpunkten“, erklärte Initiator und Virchowbund-Vorsitzender Dr. Dirk Heinrich. „Dadurch hat nach zehn Monaten Amtszeit das Wirken von Lauterbach bereits nachhaltig negative Auswirkungen

auf die Versorgung der sozial Schwächsten. Wenn die Politik Lauterbachs mit dem Substitutionsprojekt unter seinem falschen Label ‚Gesundheitskiosk‘ fortgeführt wird, wird es bald nur noch für die Reichen Ärzte geben, für die Armen dagegen nur die ‚Community Health Nurse. Ich halte Lauterbach deshalb inzwischen für den unsozialsten Sozialdemokraten.“

Mit dem Gesundheitsversorgungsgesetz (2023) erhalten die Gesundheitskioske erstmals einen gesetzlichen Rahmen. Da-

neben sind in diesem Gesetzesvorhaben so genannte Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren vorgesehen.

Dagegen hat der Virchowbund klar Stellung bezogen: Derzeit versorgen flächendeckend 100.000 Praxen mit 55.000 Hausärzten und 90.000 Fachärzten rund 550.000.000 Behandlungsfälle im Jahr. Aber anstatt Praxen vom Mühlstein der Budgetierung zu befreien, werden für viele Millionen Euro mit Gesundheitskiosken, Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren quasi arztfreie Parallelstrukturen geschaffen.

## Offener Brief an den Bundeskanzler

Berlin, den 14. August 2023

Sehr geehrter Herr Bundeskanzler,

mit großem Befremden haben wir in dieser Woche die Parteinahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Zusammenhang mit den in dieser Woche angelaufenen Honorarverhandlungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen zur Kenntnis nehmen müssen.

Das Ministerium hat an ausgewählte Redaktionen ein „Faktenblatt“ mit der einseitigen Darstellung der Umsatzsituation der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ohne Betrachtung der wirtschaftlichen Gegebenheiten und der Behandlungsumfänge (Stichwort: Verlagerung von ambulant zu stationär) verbreitet. Dieses Papier ist einseitig, in seinem Kern tendenziös und wäre ohne weitere Quellenangabe auch dem Kassenlager zuordenbar.

Angesichts der laufenden Verhandlungen ist dies ein schwerwiegender Eingriff in die „Tarifautonomie“ der gemeinsamen Selbstverwaltung – für welche eben das BMG allenfalls die Rechts-, aber keinesfalls die Fachaufsicht hat. Zudem stellt diese Form der Einmischung aus unserer Sicht einen klaren Verstoß gegen das staatliche Neutralitätsgebot dar.

Besonders zu erwähnen ist der Abschnitt über „Umsätze“ der Praxisärzte während der Corona-Pandemie in den Jahren 2020 bis 2022. Damit wird uns Ärztinnen und Ärzten stillschweigend unterstellt, an der Pandemie unlauter verdient zu haben.

Richtig ist vielmehr: Gerade die Praxisteams waren zu Beginn der Pandemie weitestgehend schutzlos. Sie mussten Hygienemaßnahmen in den Praxen selbst organisieren, litten unter Lieferengpässen bei Masken und haben ihre Praxen dennoch offengehalten. Andere Bereiche, insbesondere einige Krankenhäuser, gingen im gleichen Zeitraum in Kurzarbeit. Daher ist es mittlerweile bekannt, dass in den Praxen 19 von 20 Covid-19-Erkrankte behandelt wurden und die Praxisärzte den zentralen Anteil an der Bewältigung der Pandemie hatten.

Die Impfkampagne in Deutschland wäre ohne die Impfungen in den Praxen kein Erfolg geworden. All dies ist nicht nur den Anstrengungen der Praxisärzte, sondern vor allem deren Praxisteams zu verdanken. Dass für Praxisteams und Organisation enorme Aufwendungen entstanden sind und den zusätzlichen Einnahmen entsprechend Kosten gegenüberstanden, blendet das Papier dies gezielt aus. In den Praxen herrscht mittlerweile Fachkräftemangel, insbesondere weil dort vergleichbare Gehälter von Angestellten in der stationären Pflege oder in den Krankenkassen nicht gezahlt werden können, obwohl diese Bereiche um dieselben Fachkräfte werben. Diesen Bedarf unter den Tisch fallen zu lassen, während er für die Pflege und die gewerkschaftlich organisierten Sozialversicherungsangestellten der Krankenkassen akzeptiert ist, widerspricht dem Gleichbehandlungsgrundsatz. Dass dies durch ein SPD-geführtes Ministerium vorangetrieben wird, ist für uns unverständlich.

Durch den einseitigen Fokus auf Umsätze zeichnet das Bundesministerium für Gesundheit ein tendenziöses Bild, das wider besseren Wissens verbreitet wird. Die Unfähigkeit des BMG, Strukturreformen auf den Weg zu bringen, die nachhaltig gewährleisten, dass Mittel zielgerichtet und effizient eingesetzt werden, ist keine Entschuldigung für die einseitige Parteinahme für einen einzelnen Akteur im Gesundheitswesen, in diesem Fall für die Gesetzlichen Krankenkassen.

Sehr geehrter Herr Bundeskanzler, wir bitten Sie, den Bundesminister für Gesundheit, Prof. Dr. Karl Lauterbach, diesbezüglich auf seine Pflichten hinzuweisen – insbesondere darauf, dass er in der aktuellen Verhandlungssituation strikte Neutralität zu wahren hat.

Mit freundlichen Grüßen

Allianz Deutscher Ärzteverbände

gezeichnet

Dr. Norbert Smetak

MEDI GENO Deutschland

Prof. Dr. Anke Lesinski-Schiedat | Hartmannbund

Dr. Dirk Heinrich | Virchowbund, Spitzenverband Fachärzte Deutschlands

Christine Neumann-Grutzek | Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten

Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg | Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände

## Reform der Notfallversorgung: an der Realität vorbei

Im Februar 2023 hat eine Expertenkommission der Bundesregierung Vorschläge zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Da diese Expertenkommission nur aus Krankenhausärzten und Wissenschaftlern besteht und niedergelassene Ärzte nicht Teil der Kommission waren, wundert es deshalb wenig, dass die Vorschläge eine sehr einseitige Sicht der Dinge spiegeln. Ein Statement von Dr. Dirk Heinrich.



Weder der Virchowbund noch die KV Hamburg als einzige KV, die ein INZ betreibt, wurden angefragt. Leider war die Kommission auch nicht in Hamburg um sich anzuschauen, wie das vor Ort funktioniert. Daher gehen die vorgelegten Vorschläge an der Realität weit vorbei. Drei Beispiele:

### Problem 1: Zu viele Notfallpraxen

An jeder Klinik der Stufe 2 und 3 soll ein INZ mit einer KV-Notfallpraxis eingerichtet werden. Das würde allerdings in Ballungsräumen wie z. B. Hamburg dazu führen, dass an allen großen Kliniken eine Notfallpraxis eingerichtet werden müssten.

Das wären allein in Hamburg neun Stück. Das ist deutlich zu viel. Die fünf Notfallpraxen, die aktuell existieren, reichen völlig aus.

Hinzu kommt: Woher kommen die Ärzte, um weitere Notfallpraxen zu besetzen?

### Problem 2: Falsche Öffnungszeiten

Die KV-Notfallpraxen sollen von 14 bis 22 Uhr durch niedergelassene Ärzte besetzt werden.

Jeder Arzt ist aber in der Regel selbst um 14 Uhr noch in seiner Praxis, und zwar meist bis 19 Uhr. Es gibt also deutliche zeitliche Überschneidungen.

Solange die Praxen der Niedergelassenen noch geöffnet sind, besteht eigentlich überhaupt kein Grund eine Notfalleinrichtung aufzusuchen. Es besteht damit auch kein Grund für die KV-Praxis in diesen Zeiten zu öffnen. Man schüfe eine Konkurrenzsituation, z. B. für eine Hausarztpraxis direkt neben einem Krankenhaus, das jeden Tag um 14 Uhr seine KV-Notfallpraxis öffnet. Kurz: Das ergibt keinen Sinn. Und es ist personell nicht darstellbar.

### Problem 3: Patienten werden nicht gesteuert

Angenommen, der Reformvorschlag würde so umgesetzt, dann fehlt ein wichtiger Satz: nämlich der, der regelt, dass in den Krankenhäusern, die keine INZ und keine KV-Notfallpraxis haben, auch keine Notfallaufnahmen mehr existieren dürfen.

Ein Blick nach Hamburg genügt: Dort sind 21 Krankenhäuser zur Notfallbehandlung zugelassen. Nach Umsetzung des Reformvorschlags gäbe es neun INZ. Was aber passiert an den anderen zwölf Krankenhäusern? Wenn alles so weiterläuft wie jetzt – dass der Patient ohne Steuerung eine Klinik aufsuchen kann und dort behandelt wird – kommt das einer Ausweitung des Angebots gleich.

## Im Grunde genommen ist der Entwurf eine erneute Ausweitung des Notfallangebotes.

Wenn INZ eingerichtet werden, dann müssen auch alle Patienten dorthin, werden dort triagiert und der entsprechenden Versorgungsstufe zugewiesen. Wenn aber – um beim Beispiel Hamburg zu bleiben – der Patient zwölf Optionen hat, dieses Steuerungssystem zu umgehen, dann ergibt die Reform keinen Sinn.

Der grundsätzliche Fehler liegt folglich darin, dass erst gar nicht der Versuch unternommen wird, die Inanspruchnahme durch die Patienten effektiv zu begrenzen. Im Grunde genommen ist der Entwurf eine erneute Ausweitung des Notfallangebotes. Das würde zwangsläufig dazu führen, dass die Inanspruchnahme weiter zunimmt. Insofern enttäuschen diese Vorschläge. Die Inanspruchnahme zu regulieren wäre dringend notwendig, denn in den Notaufnahmen erleben wir derzeit eine Über-Inanspruchnahme des Systems.

### Kritik auch an der Finanzierung

Geplant laut Experten ist: Sollten die KVen die Einrichtung und Besetzung der Notfallpraxen nicht erfüllen können, sollen sie Ausgleichszahlungen leisten. Aus Sicht des Virchowbundes ist das der nächste Konstruktionsfehler.

Zunächst einmal müsste der gesamte Notdienst von den Krankenkassen solide finanziert werden. Die Situation ist jetzt schon so, dass die KVen die KV-Notfallpraxen und den fahrenden Dienst aus dem Verwaltungskostenhaushalt der jeweiligen KV – also aus den Honoraren der niedergelassenen Ärzte – finanzieren. Die Vorhaltekosten machen die Notfallversorgung schon jetzt zu einem defizitären Angebot.

Es ist den niedergelassenen Ärzten nicht zuzumuten, dass sie das aus ihren Honoraren bezahlen – und schon gar nicht, wenn das Angebot jetzt auch noch ausgeweitet werden sollte.

## Woher kommen die Ärzte, um weitere Notfallpraxen zu besetzen?

## Der gesamte Notdienst müsste von den Krankenkassen solide finanziert werden.





### Wie könnte die Steuerung aussehen?

Es muss ein ausreichendes telefonisches und telemedizinisches Angebot geben. Der Patient, der noch zuhause ist und überlegt, ob er sich jetzt behandeln lassen muss, muss die Möglichkeit haben sich zu informieren und eine konkrete Auskunft zu bekommen. Die Auskunft muss auch mit einem Terminangebot verbunden sein.

Wer in Hamburg beispielsweise am Wochenende die 116 117 anruft, wird beraten, kann mit einem Arzt sprechen und bekommt auch direkt einen Termin beim Haus- oder Facharzt für Montagmorgen vermittelt. Es gibt natürlich auch einen aufsuchenden Dienst, der in entsprechend schweren Fällen einen Hausbesuch macht.

Die Patienten, die sich trotzdem in einer Klinik vorstellen wollten, werden in ein INZ samt KV-Notfallpraxis geleitet. Dort wird ent-

schieden: Wer ist ein Fall für die Notaufnahme, wer kommt in die KV-Notfallpraxis? Es gäbe auch Patienten, die wieder nach Hause geschickt werden. Wer etwa nur eine leichte Erkältung hat, erhält besser einen Arzttermin.

Das Entscheidende ist, dass die Patienten tatsächlich über diesen Tresen einer Versorgungsebene zugeteilt werden müssen. Solange es aber Bypass-Möglichkeiten gibt, ist die Reform zum Scheitern verurteilt.

tern verurteilt.

### Warum wird der Entwurf scheitern?

Hauptgrund für ein mögliches Scheitern ist, dass derzeit das Personal dafür nicht vorhanden ist – weder bei den MFAs, noch bei Ärztinnen und Ärzten. Die KVen könnten zwar zum Notdienst zwangsverpflichtet, aber das würde massiven Ärger nach sich ziehen und die Probleme der Niederlassung – Stichwort

Hausarztmangel – noch weiter verschärfen. Wer wird sich denn noch niederlassen, wenn solche Zwangsmaßnahmen die Niederlassung noch unattraktiver machen?

Gesetzt den Fall, die Pläne würden so umgesetzt wie von der Kommission vorgeschlagen, dann käme das einer Ausweitung der Inanspruchnahme gleich. Mit dem Effekt, dass wir am Ende noch mehr Notfallpatienten als heute haben.

Der Text basiert auf einem Interview mit Medscape vom Februar 2022.

## Solange es Bypass-Möglichkeiten gibt, ist die Reform zum Scheitern verurteilt.



Am Ende der Reform sollten weniger Patienten die Notaufnahmen aufsuchen

# FACHKRÄFTEMANGEL

## Sinkende Zahlen bei MFA-Ausbildung deuten drohenden Versorgungsengpass an

**Zum ersten Mal steht die Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten (MFA) auf Rang 1 der beliebtesten Ausbildungsberufe junger Frauen in Deutschland. Über 17.150 Ausbildungsverträge zur MFA wurden 2021 laut Bundesinstitut für Berufsbildung geschlossen.**

2022 haben sich laut einer Auswertung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) 17.406 junge Menschen für eine Ausbildung zum bzw. zur Medizinischen Fachangestellten (MFA) entschieden. Damit wurden rund 440 Ausbildungsverträge weniger abgeschlossen als noch 2021,

erfahrung den Beruf und damit die Versorgung für immer verlassen. Viele berichten u. a. von enorm verdichteter Arbeit durch ständig verschärfte Vorgaben und von gesteigener Anspruchshaltung der Patienten als Gründe für ihre Entscheidung.

Der Virchowbund fordert, dass Tarifstei-

eine 4-Tage-Woche einführen, haben einen echten Vorteil im harten Wettbewerb mit den Kliniken und Kassen um Fachkräfte. Jüngste Umfragen zeigen, dass 75 Prozent aller Praxen große Probleme haben, Fachpersonal zu finden.

Dass Krankenkassen Gehaltssteigerungen für MFA durch Nullrunden bei den Honorarverhandlungen torpedieren und gleichzeitig MFA für rund doppelt so hohe Gehälter aus den Praxen abwerben, ist zynisch. Warum darf das Geld der Solidargemeinschaft für eine Sozialversicherungsfachangestellte ausgegeben werden, aber nicht für eine MFA, die jeden Tag dutzende Patienten versorgt?

Seit 2021 stieg das MFA-Tarifgehalt um 6 Prozent. Weitere Erhöhungen sind angesichts des immer noch niedrigen Gehaltsniveaus und der jüngsten Inflation nötig, weshalb Ärzteverbände und der Verband der medizinischen Fachberufe gemeinsam seit Monaten eine Refinanzierung durch die Krankenkassen fordern.



Noch ist MFA der beliebteste Ausbildungsberuf für Mädchen

obwohl der Bedarf an medizinischen Fachkräften gerade in den Praxen ungebrochen hoch ist.

Verschärft wird der Fachkräftemangel dadurch, dass immer mehr MFA mit Berufs-

gerungen bei den MFA-Gehältern unmittelbar von den Kassen refinanziert werden. Außerdem muss Bürokratie abgebaut und eine 4-Tage-Woche bei vollem Lohnausgleich ermöglicht werden. Arztpraxen, die

# ÄRZTE-PROTEST

## Lauterbachs „ambulante Blindheit“: Praxisärzte rufen zum Protest gegen den Minister auf

**Immer wieder äußerte sich der Bundesgesundheitsminister als Anwalt der Krankenhäuser, weshalb ihn der Bundesvorsitzende, Dr. Dirk Heinrich, des Öfteren als „Bundeskrankenhausminister“ bezeichnet. Auf dem „Krankenhausgipfel“ im März 2023 erklärte der Minister auch noch, dass sich die Krankenhäuser viel stärker für die ambulante Versorgung öffnen müssten und dass die Ambulantisierung der Augenheilkunde durch niedergelassene Ärzte in der Vergangenheit für ihn „unerträglich“ sei.**

Unerträglich ist vielmehr, wie ‚Bundeskrankenhausminister‘ Karl Lauterbach den ambulanten Bereich mit rund 100.000 Arztpraxen offenbar für ein Auslaufmodell hält und ihn seit seinem Amtsantritt marginalisiert und ignoriert. Stattdessen denkt er die gesamte zukünftige Versorgung vom stationären Sektor aus. Dass er damit dem teuersten und ineffizientesten Sektor den Vortritt gibt, lässt sich nur durch eine festsitzende Ideologie erklären,

die sich offenbar seit seiner Beraterzeit für die Rhönkliniken und später für die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zementiert hat.

Inzwischen ist weder von der dringend erforderlichen Überwindung der Sektorengrenzen noch von Kooperation und verstärkter Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten in Klinik und Praxis mehr die Rede. Damit werden genau die jetzt eigentlich dringend zu hebenden Effizienzreserven links liegen gelassen. Davon profitieren Investoren und Träger von Klinikkonzernen. Die Leidtragenden dieser Politik sind die Patienten, denen eine Wartelisten- und Zweiklassenmedizin droht.

Weitere Belege für die ‚ambulante Blindheit‘ liefert Lauterbachs bisherige Politik:

Für gestiegene Energiekosten wurden den Krankenhäusern sechs Milliarden Euro bereitgestellt. Dagegen versagt der Minister einen Ausgleich für Inflation und Energiepreisexplosion in den Praxen.

Der ‚Bundeskrankenhausminister‘ leitet die Substitution der Hausarztmedizin ein, in dem er das Impfen in die Apotheken verlagert und Gesundheitskioske als paramedizinische Anlaufstellen etablieren will. Mit seiner ‚Digitalisierungsstrategie‘ geht er den nächsten Schritt

und versucht eine Primärversorgung in Gesundheitskiosken und Apotheken zu etablieren. Ärzte sollen dann nur noch via Telemedizin zugeschaltet werden. „Das langfristige Ziel scheint eine größtenteils Hausarzt-freie Versorgung“, prognostiziert der Virchowbund-Vorsitzende.

Obwohl 19 von 20 Patienten in der Coronapandemie in den Praxen behandelt wurden und die Praxen auch die Impfkampagne stemmten, gab es bis heute keinen staatlichen Corona-Bonus für die medizinischen Fachangestellten.

Die im Koalitionsvertrag vereinbarte Entbudgetierung der Hausärzte wird verschleppt.

Selbst die vollmundig angekündigte Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte wurde von Lauterbach abgewürgt. Es brauchte drei Anläufe, bis ein halbwegs umsetzbarer Gesetzentwurf aus seinem Hause kam, der aber immer noch keine echte Entbudgetierung verspricht und auch nicht die gesamte ambulante medizinische Versorgung der Kinder umfasst. Deutlicher kann man nicht ausdrücken, was man von der ambulanten Versorgung in der bestehenden Form hält.



Krankenhäuser,  
Krankenhäuser über alles?

## Praxen sollen mittwochs schließen

**Im Januar 2023 rief der Virchowbund dazu auf, den Praxisbetrieb auf eine Vier-Tage-Woche umzustellen. Der Vorschlag:**

Die ambulante Versorgung kann wie bislang an den Tagen Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag stattfinden. Der Mittwoch soll dagegen zur Bewältigung der Bürokratie und zur Fortbildung genutzt werden. Die Versorgung von Akutfällen übernehme, wie z. B. an Wochenenden, der ärztliche Bereitschaftsdienst (116 117).

Die politische Untätigkeit und Fehlsteuerung der letzten Jahrzehnte zwingt die Ärzteschaft die Notbremse zu ziehen. Andernfalls drohen noch schlimmere Folgen, auch für die Patienten. „Leistungen, die nicht bezahlt werden, können auch nicht erbracht werden. Deshalb müssen wir unsere Leistungen einschränken“, sagt der Bundesvorsitzende, Dr. Dirk Heinrich.

Er will die Vier-Tage-Woche unter anderem auch als Zeichen gegen die immer stärker ausufernde Bürokratie in den Arztpraxen und als Mittel gegen den Fachkräftemangel verstanden wissen. Im Schnitt sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte 61 Arbeitstage pro Jahr und Praxis mit Verwaltungsarbeit belastet – Tendenz steigend.

### Weitere Vorteile der Praxisschließungen:

1. Eine Vier-Tage-Woche bei vollem Lohnausgleich macht den Beruf der medizinischen Fachangestellten (MFA) attraktiver und Praxen wieder zu nachgefragten Arbeits- und Ausbildungsplätzen. Aktuell leiden 75 Prozent der haus- und fachärztlichen Praxen unter dem Fachkräftemangel.
2. Im Hinblick auf Unterfinanzierung und Budgetierung des ambulanten Bereiches ist die Konzentration auf vier Tage zur Patientenversorgung ein wichtiger Beitrag zur wirtschaftlichen Praxisführung und Kostensenkung. Nicht zuletzt könnten Praxen durch den Schließtag auch einen Teil der Energiekostensteigerung abfangen, da

sie – anders als die Kliniken – kein staatliches Hilfspaket empfangen.

3. Eine Vier-Tage-Woche ist familienfreundlicher und macht die Niederlassung attraktiver für junge Ärztinnen und Ärzte, speziell gegenüber der Anstellung im Krankenhaus. Für bereits Niedergelassene ist die Umstrukturierung eine Chance, aus dem „Hamsterrad“ auszusteigen. Jeder vierte bis jeder dritte Niedergelassene fühlt sich durch seine Arbeit ausgebrannt.

Auf Initiative des Virchowbundes haben erste Kassenärztliche Vereinigungen begonnen, den Honorarverteilungsmaßstab anzupassen, etwa in Berlin und Hamburg.

## Protest muss wehtun, wenn er wirken soll

**Arztpraxen arbeiten Tag für Tag unter großer Belastung – besonders Hausärztinnen und Hausärzte. Explodierende Kosten, die durch begrenzte und ungenügende Gegenfinanzierung, überbordende Bürokratie, Fachkräftemangel: Wir tragen die Folgen akuter und jahrzehntelanger politischer Fehlsteuerung. Gesundheitsminister Lauterbach ignoriert uns Niedergelassene bei den meisten Entscheidungen. Es ist Zeit, uns selbst zu helfen!**

Deshalb plädiert der Virchowbund für eine 4-Tage-Woche in den Praxen. Ein Tag ohne Sprechstunden – beispielsweise an einem Mittwoch, da an diesem Tag viele Praxen

ohnehin nur vormittags Sprechstunden anbieten. Der Organisationsaufwand ist damit gering, die symbolische Wirkung jedoch groß: Unter einem Etikett wie „Bürokratie-

*Mittwoch“ ist der Schließtag ein eindrückliches Symbol an die Öffentlichkeit, wie viel ärztliche Arbeitszeit durch Dokumentationspflichten, Prüfanfragen und andere Zeitfresser verloren geht.*

*Viele Kolleginnen und Kollegen sorgen sich verständlicherweise um die Betreuung ihrer Patienten, wenn sie ihre Praxis an einem Tag pro Woche schließen. Doch mit der 4-Tage-Woche kämpfen wir genau dafür: eine gute Patientenversorgung.*



Wenn bald immer mehr Praxen wegen akutem Fachkräftemangel oder auch Unwirtschaftlichkeit schließen müssen – wer versorgt die Patienten dann? Der Hausärztemangel führt jetzt schon zu immensem Druck auf die verbliebenen Praxen.

Und wie sollen Hausärzte die Patienten im Gesundheitswesen steuern, wenn es kaum noch niedergelassene Fachärzte gibt?

Die meisten von uns, und ganz besonders die Hausärztinnen und -ärzte, eint ein starkes Pflichtgefühl gegenüber unseren Patienten. Piloten streiken dann, wenn es für die Bevölkerung am schmerzhaftesten ist: in den Ferien. Das tun wir bislang nicht, und die Politik weiß das. Die Kassen nutzen das aus.

**Piloten streiken dann, wenn es für die Bevölkerung am schmerzhaftesten ist: in den Ferien.**

Pflichtgefühl darf uns nicht abhalten: Wir müssen alles daransetzen die Versorgung unserer Patienten und unseren Berufsstand auch langfristig zu sichern. Daher ist Protest notwendig. Und Protest muss wehtun, wenn er wirken soll. Damit er wehtut, müssen wir

Ärzte zeigen, dass wir untereinander solidarisch sind.

Für Akutpatienten gibt es den ärztlichen Bereitschaftsdienst, den die KVen entsprechend ausrichten

können. Natürlich werden einige Patienten auch in die Notaufnahmen der Kliniken ausweichen. Gerade das wird den Druck auf den Gesundheitsminister noch weiter erhöhen.

In einem budgetierten System werden Leistungswille und Selbstaufopferung nicht

belohnt. Es muss möglich sein, auch mit „normalen“ Arbeitszeiten ein ausreichendes Honorar zu erzielen.

Dr. Dirk Heinrich  
Bundesvorsitzender Virchowbund



**„Praxis in Not“: Virchowbund startet Kampagne**

Der Virchowbund hat die Kampagne „Praxis in Not“ ([www.praxisinnot.de](http://www.praxisinnot.de)) gestartet. Sie dient als „Dachmarke“ für die zahlreichen regionalen Aktionen und Verbandsinitiativen im Protest gegen die Gesundheitspolitik. Durch die Dachmarke wirken auch einzelne Aktionen auf KV- oder Kreisebene stärker als die Summe der Einzelmaßnahmen. Der gemeinsame Claim „Praxis in Not“ sorgt dafür, dass die einzelnen Aktionen nicht als regionale Strohfeuer sondern als Teil eines Flächenbrandes wahrgenommen werden.

Innerhalb kürzester Zeit hatten sich mehr als 20 weitere Verbände der Kampagne angeschlossen. Den beteiligten Verbänden werden mit der Kampagne „Praxis in Not“ Hilfestellungen und Materialien an die Hand gegeben, um regionale und fachspezifische Protestveranstaltungen zu organisieren.

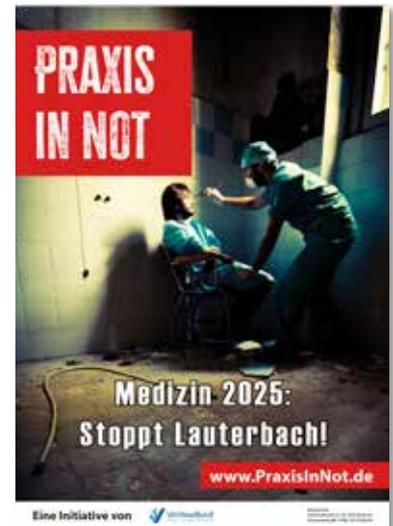
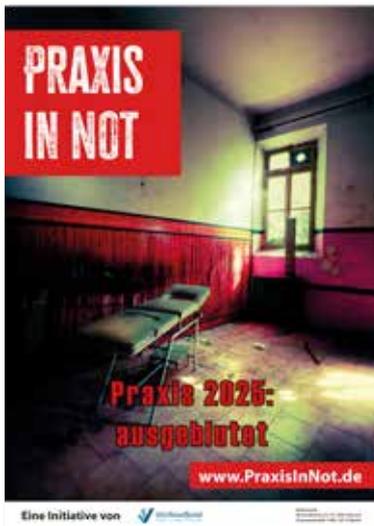
Die Kampagnenseite [www.praxisinnot.de](http://www.praxisinnot.de) bietet darüber hinaus einen Protest-Baukasten und Plakatmotive sowie Inhalte für Social Media an. Zudem gibt es Hintergrundinformationen für Medienvertreter, in denen z. B. die Mythen rund um das Einkommen von niedergelassenen Ärzten entlarvt werden.

Der 2. Oktober 2023 wurde zum deutschlandweiten Protesttag mit Praxis-schließungen, Demonstrationen und Informationsveranstaltungen ausgerufen. Doch die Kampagne wird auch im Jahr 2024 fortgeführt.



Auch Marketing-Fachmagazine berichten über die Kampagne

COPYRIGHT: PIXEL-SHOT – STOCKADOBEE.COM



### Die Kernforderungen von „Praxis in Not“:

- › Schluss mit der Budgetierung
- › Wiedereinführung der Neupatientenregelung
- › Eine Krankenhausreform, die das Ambulantisierungspotential voll (statt einseitig) ausschöpft
- › Mindestens 5.000 mehr Medizinstudienplätze
- › Klares Bekenntnis von Politik und Kassen zur Freiberuflichkeit der Ärzte in Wort und Tat!



COPYRIGHT: VIRCHOWBUND

## Enormer Nachholbedarf in der ambulanten Versorgung: Praxisärzte fordern 15 Prozent mehr

Die Praxisärzte in Deutschland haben einen enormen Nachholbedarf bei der Finanzierung. Der Virchowbund legte Vergleichszahlen vor, die belegen, dass der ambulante Bereich seit Jahren von den anderen Preisentwicklungen im Gesundheitswesen abgehängt ist.



raum sind die Ausgaben für die medizinische Versorgung in Krankenhäusern um 36,7 Prozent, die der gesamten GKV sogar um 52,4 Prozent in die Höhe geschossen (siehe Grafik).

Insbesondere die Zuwächse in der Krankenhausversorgung bilden den kontinuierlich ansteigenden Behandlungsbedarf, den medizinischen Fortschritt und die demografische Entwicklung in diesem Zeitraum ab. Wird dabei die Tatsache berücksichtigt, dass die Investitionskosten für Krankenhäuser von den Ländern übernommen werden, die Praxisärzte ihre Investitionen aber alleine stemmen müssen, wird diese Fehlentwicklung erst richtig deutlich.

Hinzu kommen aktuell die Inflation, steigende Energiepreise und ein sich verschärfender Fachkräftemangel, vor allem durch Abwerbung von Personal durch finanziell besser ausgestattete Krankenhäuser und Krankenkassen.

Die Preisentwicklung der letzten zehn Jahre für die medizinische Versorgung zwischen Krankenhaus und Praxis klappt um rund 22 Prozentpunkte auseinander. Unter Berücksichtigung des Erlösanteils durch GKV-Einnahmen von 70 Prozent in den Praxen liegt der aktuelle Rückstand daher bei 15,4 Prozent.

Bei den anstehenden Preisverhandlungen mit den Krankenkassen fordert der Virchowbund daher eine Anhebung des Orientierungspunktwertes basiswirksam um mindesten 15 Prozent. In der Folge muss die Systematik der Preisfindung zum Orientierungspunktwert zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband neu und bedarfsgerecht gestaltet werden, z. B. durch eine Gesetzesänderung.

### Kostensteigerung der letzten 10 Jahre kumuliert:

**OPW-Steigerung: 14,91 %**

**Inflation: 20,60 %**

**GKV-Gesamtausgaben: 52,40 %**

**Krankenhaus-Ausgaben: 36,65 %**

Die Basis für die ambulante Vergütung, der Orientierungspunktwert (OPW), ist in den letzten zehn Jahren um magere 14,9

Prozent gestiegen, das sind im Schnitt 1,35 Prozent pro Jahr und liegt damit weit unter der Inflationsrate. Im selben Vergleichszeit-

# ORGANISATION DES PRAXISALLTAGS

## FDP will Arzttermine privatisieren

**Großes Befremden löste der Vorschlag der FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag aus, künftig die Terminvermittlung beim Arzt über kommerzielle digitale Health-Unternehmen wie „doctolib“ oder „Jameda“ finanziell zu fördern und damit vorgeblich die Terminvergabe zu verbessern.**

„Es gibt eine Terminservicestelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter der Rufnummer 116 117 und sie funktioniert!“, erklärt der Bundesvorsitzende des Virchowbundes. Die KBV allein sei für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in Deutschland zuständig. „Und deshalb gehört die Terminvermittlung auch ausschließlich dort hin“, stellt Dr. Heinrich fest.

Der liberale Vorschlag, die ärztliche Terminvergabe quasi zu privatisieren und in die Hände von internationalen Tech-Unternehmen zu legen, verbessert die Terminalsituation nicht. Viel schlimmer aber ist: Die FDP verrät damit den Freien Beruf des Arztes, denn die Terminvergabe gehört ausschließlich in die Hände der Ärzte.

Kommerzielle Anbieter haben keine Versorgungsverantwortung wie die Ärzteschaft, aber ein Geschäftsmodell, das sich in erster Linie durch die teilnehmenden niedergelassenen Ärzte finanziert. Heute schon ist es so, dass diejenigen Ärzte, die dafür zahlen, besser gelistet werden als andere. Wie bei investorenfinanzierten Unternehmen üblich, besteht zudem keine Einflussmöglichkeit auf die strategischen Ziele dieser Unternehmen oder auf die Zusammensetzung der Investoren.

Das Problem mit der Vergabe ärztlicher Termine lässt sich nicht über eine Privatisierung lösen. Es ist die Folge der Budgetierung und des Ärztemangels. Solange die Politik über den Weg der Budgetierung die Leistungen nicht oder nicht vollständig bezahlt, wird es begrenzte Leistungen – und

damit Termine – geben. Da nutzt auch die beste Terminvermittlung nichts.

Stattdessen wäre es sinnvoller, die hohe Zahl unentschuldigter versäumter, online vereinbarter Arzttermine durch Patienten anzufragen und dadurch die ‚Ressource Arzt‘ besser zu nutzen. Patienten und Kassen klagen oft und laut über lange Wartezeiten auf Arzttermine. Gleichzeitig melden Praxen im Schnitt 20 bis 30 Prozent „No-Shows“, oft bei aufwändigen Untersuchungen oder auch angeblich dringenden Terminen über die Terminservicestelle. Das passt nicht zusammen.

Unsolidarisches Verhalten sollte Konsequenzen haben, ob nun Geldstrafe, Terminsperre oder anderes. Das hat einen Erziehungseffekt und ist gerechter gegenüber denen, die unnötig warten müssen. Natürlich müssen Praxen eine zeitnahe Terminabsage möglich machen, z. B. digital. Für Notfälle wird es immer Ausnahmen geben.

## Weniger Bürokratie? So könnte es gelingen

**Die Forderung nach weniger Bürokratie kommt nie aus der Mode. Aber wie kann das konkret aussehen? Der Virchowbund macht eine Reihe von konkreten Vorschlägen:**

Es gibt zu viele Anfragen der Krankenkassen ohne echten Mehrwert für die Versorgung, zum Beispiel rund um die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) und insbesondere eine viel zu hohe Zahl an Anfragen ohne Rechtsgrundlage. Würde

man diese eindämmen, wäre schon viel Arztzeit für die Patienten gewonnen. Eine Bearbeitungsgebühr zulasten der Kassen könnte erzieherische Effekte entfalten.

Die Dokumentationsvorschriften sind in den letzten Jahren ebenfalls zu um-

fangreich geworden. Ein Beispiel ist die Dokumentation der Hygienemaßnahmen. Weniger Misstrauenskultur täte hier gut.

Dokumentation ist dort sinnvoll, wo sie den Patienten dient – darunter fällt z. B. der Informationsaustausch mit anderen behandelnden Ärzten, der Pflege etc. Jede Art der Dokumentation ohne immensen Patientennutzen gehört zumindest

auf den Prüfstand. Denn ein Zuviel an Bürokratie schadet letztlich sogar – schließlich raubt sie den Ärzten Zeit, die dann nicht für Patienten zur Verfügung steht.

Ebenso bei den Praxisbegehungen, z. B. durch das Amt für Arbeitsschutz. Was rund um die Begehung an Dokumenten und Nachweisen gefordert wird, steht in keinem Verhältnis zum Nutzen in Sachen Arbeitsschutz.

Bei den genehmigungspflichtigen Leistungen (z. B. Sonographie, ambulante

Operationen, otoakustische Emissionen) könnte der Genehmigungsprozess verschlankt oder vielleicht sogar ganz abgeschafft werden.

Anträge, die Vertragsärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung einreichen müssen, könnten in einigen Feldern bereits vorausgefüllt sein. Schließlich ist man als Arzt dort ja bekannt, Daten wie Name, LANR und Praxisadresse liegen der KV vor.

Zuletzt ist es nicht sinnvoll, dass bei einem Jobwechsel jedes Mal aufs Neue die

Befreiung von der der Sozialversicherungspflicht beantragt werden muss.

Insgesamt ist der Spielraum der KVen bzw. der Selbstverwaltung beim Bürokratieabbau eher begrenzt, schließlich beruht ein Großteil der Bürokratie auf gesetzlichen Anforderungen.

## Arbeitszeiterfassung: Urteil nimmt Praxen in die Pflicht

**Das Bundesarbeitsgericht hat 2022 in einem Grundsatzurteil entschieden, dass Unternehmen die Arbeitszeit in Zukunft vollumfänglich und penibel nachhalten müssen. Die Pflicht zur Zeiterfassung gilt demnach ab sofort – auch für Arztpraxen.**

Arbeitgeber müssen Beginn, Dauer und Ende der Arbeitszeit erfassen – einschließlich Überstunden und Pausenzeiten. Das deutsche Arbeitszeitgesetz sah bisher lediglich vor, dass Überstunden dokumentiert werden müssen.

Für Ärzte als Arbeitgeber heißt das Urteil vor allem, dass es nicht reicht, nur ein Arbeitszeiterfassungssystem bereitzustellen. Sie müssen auch prüfen, ob es tatsächlich genutzt wird. Eine pauschale

Notiz, dass ein Beschäftigter acht Stunden gearbeitet und eine halbe Stunde Pause gemacht hat, genügt nicht. Vielmehr müssen die genaue Uhrzeit des Beginns und das Ende der Arbeit inklusive Pausen notiert werden. Der Beschluss gilt für alle Unternehmen, unabhängig von ihrer Größe.

Eine nicht-repräsentative Umfrage eines Ärzteportals ergab, dass in 46 Prozent aller Praxen die Arbeitszeiten gar nicht erfasst werden. Nur 13,5 Prozent erfassen

die Arbeitszeiten vollumfänglich inklusive Pausen. Der Rest zeichnet entweder nur die Überstunden oder nur Arbeitsbeginn und -ende auf.

Die Virchowbund-Justiziarin Andrea Schannath rät dringend allen Arbeitgebern, die noch kein solches System haben, das rasch nachzuholen. Denn eine Übergangsfrist gibt es nicht. Und im Grunde müssen Arbeitgeber die Arbeitszeit ihrer Angestellten nicht erst seit der Entscheidung des BAG aus September 2022 erfassen. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hatte bereits im Mai 2019 entschieden, dass der Arbeitsschutz nur gewährleistet ist, wenn die Arbeitgeber die Arbeitszeit erfassen (EuGH, Ur. v. 14.5.2019, Az.: C-55/18).

Wie genau die Arbeitszeiterfassung aussehen soll, ist nicht gerichtlich geklärt. Die Zeiterfassung muss nicht unbedingt in elektronischer Form erfolgen, sie kann auch unter Umständen auf Papier sein. Allerdings fordert das Gericht ein „objektives, verlässliches und zugängliches“ System – diese Voraussetzungen werden am ehesten elektronisch erfüllt.



Jede Praxis muss die Arbeitszeit erfassen

# BERUFSPOLITIK

## Niedergelassene weiterhin gut durch Bundesärztekammer vertreten

Mit der Wiederwahl der niedergelassenen Kandidaten, Dr. Klaus Reinhardt (Präsident) und Dr. Ellen Lundershausen (Vizepräsidentin), ins Präsidium der Bundesärztekammer ist die Vertretung aller Ärztinnen und Ärzte weiter gewährleistet. Mit Ellen Lundershausen gibt es auch weiterhin ein Virchowbund-Mitglied an der Spitze der Bundesärztekammer.

Beide stehen für Kontinuität bei der Bewältigung der Herausforderungen in der Versorgung: In der anstehenden Krankenhausreform muss die Bundesärztekammer die entscheidenden gesamtärztlichen Impulse setzen, den ärztlichen Sachverstand einbinden und die Kooperation mit dem ambulanten Bereich fortsetzen.

Insbesondere bei der GOÄ-Novelle erwartet der Virchowbund weitere Schritte: Weil die Politik auf Zeit spielt, muss die Bundesärztekammer effektive Maßnahmen setzen, um den Druck auf Verordnungsgeber und Verhandlungspartner zu erhöhen.



Dr. Reinhardt bleibt Präsident der Bundesärztekammer



ca. **50%**  
aller Existenzgründungen  
von Ärzten und Apothekern  
begleiten wir.

# Gründen mit einem guten Gefühl.

Ihr Weg in die eigene Praxis:  
➤ [apobank.de/gruenden](https://apobank.de/gruenden)

# BUNDESHAUPTVERSAMMLUNG

## Investoren in der ambulanten Versorgung

**Am 14. und 15.10.2022 fand die Bundeshauptversammlung des Virchowbundes statt. Gemeinsam mit vier ärztlichen Vertretern aus den Bundestagsfraktionen diskutierten die Virchowbund-Delegierten über die Auswirkungen von Investoren-MVZ auf die ärztliche Freiberuflichkeit und den Patientenschutz. Als weitere Programmpunkte standen die Verleihung der Kaspar-Roos-Medaille, die Arbeitstagung und die anschließende Neuwahl des Bundesvorstandes auf der Tagesordnung.**

Den Auftakt machten ein Grußwort des Bundesärztekammerpräsidenten Dr. Klaus Reinhardt zur Freiberuflichkeit und ein Impulsvortrag des Medizinmanagement-Professors Dr. Marcus Siebolds.

**Siebolds: Es muss eigentlich alles zu spät sein, damit der Denkstil geändert werden kann**

„Wir verheizen unsere Ärzte und verschachern die Zukunft der jungen Ärzte-Generationen.“ So drastisch beschrieb Prof. Dr. Siebolds die Folgen von immer mehr Effizienz- und Kostendruck im Gesundheitswesen.

Grundsätzlich pendeln Ärzte in einer komplizierten Dreiecksbeziehung zwischen ihrem ärztlichen Ethos, den Erwar-

tungen der Patienten und wirtschaftlichen Abwägungen. Verschärft wird diese Spannung durch die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens hin zur Gesundheitswirtschaft. Aktuell u. a. durch Private-Equity-Investoren, die Arztpraxen aufkaufen und für ihre Investition natürlich Gewinne erwarten. Dadurch wird die Arztpraxis zur betriebswirtschaftlichen Organisation und Ärzte sind als Vertragspartner der Investoren dazu verpflichtet, hohe Gewinne und Rendite zu erwirtschaften.

Mediziner leisten das, was Siebolds „grenzrisiken-nahe Versorgung“ nennt: Sie müssen Patienten nach dem Gerade-nach-Prinzip behandeln – so, dass es gesellschaftlichen Ansprüchen gerade noch genügt und so, dass es unternehmerisch und medizin-rechtlich gerade noch legal ist. Je stärker der Rendite-Druck wird, desto kleiner wird auch das Handlungsfeld für Ärzte, in dem sie die widersprüchlichen Erwartungen austarieren müssen.

Heute wird das kommerzialisierte Gesundheitssystem in seinen Grundfesten nicht mehr hinterfragt, denn es scheint alternativlos. Diese Überzeugung hat sich schleichend in einen sogenannten „Denkstil“ verfestigt.

Fatalerweise kommt der Denkstil einem Brett vor dem Kopf gleich: Er hält davon

ab, kreativ zu denken und auf Ideen zu kommen, die außerhalb des etablierten Systems liegen. Veränderungen im Gesundheitssystem bedeuten heute stets an Stellschrauben zu drehen, die das System „betriebswirtschaftliche Effizienz“ bereithält.

Dabei ist der Denkstil geschmeidiger als eine Ideologie. Die Ideologie gibt vor, den wahren Weg zu kennen und opponiert gegen den falschen Weg. Der Denkstil dagegen führt dazu zu glauben, dass es ohnehin nur einen einzigen Weg gibt, egal ob dieser gut oder schlecht ist. Wer dem Denkstil anhaftet, ergibt sich der gefühlten Alternativlosigkeit.

Einen einmal etablierten Denkstil zu ändern, hält Siebolds für extrem schwer. „Es muss eigentlich alles zu spät sein, damit der Denkstil geändert werden kann“, erklärte er in der Diskussion, die auf seinen Vortrag beim Virchowbund folgte.

### Podiumsdiskussion: Einigkeit im Kampf gegen bloße Renditegier

Ganz aussichtslos ist es jedoch nicht. Bei der Veranstaltung des Virchowbundes waren schließlich auch Ärztinnen und Ärzte im Bundestag anwesend. Mit ihnen tauschte der Verband Ideen aus, wie das Gesundheitssystem auf die Bedürfnisse von Patienten, Pflegenden und Ärzten ausgerichtet werden kann anstatt auf betriebswirtschaftliche Effizienz.

Sehr unterschiedlich schätzten die ärztlichen Bundestagsabgeordneten die Wir-



Prof. Dr. Marcus Siebolds

kungen von privatem Investorenkapital in der Krankenversorgung ein. Einig waren sie sich nur darin, dass weitere Analysen nötig seien, bevor es zu Gesetzesänderungen kommt.

Dr. Georg Kippels (CDU) warnte vor einer Pauschalverteufelung von Investoren-MVZ und Private Equity. Es gelte zu überlegen, wie man ein System schaffe, das Kommerzialisierung technisch ausschlieÙe und gleichzeitig medizinisch attraktiv, ökonomisch und bürokratisch zu bewältigen sei. Kippels wies auf Vorteile hin. „Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass Private Equity deshalb so ein erfolgreiches Modell ist, weil es mit sehr attraktiven Angeboten den Lebensbedingungen junger Ärztinnen und Ärzte entgegengekommen ist.“

„Wir sind hier gegen freien Wettbewerb“, sagte Prof. Andrew Ullmann (FDP), mit Blick auf Investoren-MVZ. Allerdings seien private Investitionen nicht verkehrt. Schließlich müsse Politik Versorgungssicherheit herstellen. Es müssten Alternativen zum Engagement von Kapitalgesellschaften gesucht werden, was in Zeiten abnehmender Arztzeit nicht einfach sei.

Diese Alternativen könnten MVZ-Gründungen von Kommunen sein, schlug Prof. Armin Grau (Grüne) vor. Dr. Dirk Heinrich forderte, auch den KVn die Möglichkeit zur MVZ-Gründung zu geben. „Das halte ich auch für die bessere Idee als wenn die Kommunen das selber machen.“ Die Frage sei aber, wie die KV diese voraussichtlich defizitären Eigeneinrichtungen finanziert.

KV-MVZ seien für junge Ärzte attraktiver als Arbeitgeber und zudem eine Art „Lehrstelle für Praxisgründungen“. Ähnlich sah das auch Dr. Andreas Philippi (SPD). Einigkeit herrschte auch bei der Virchowbund-Forderung nach einem Transparenz-Register für MVZ.

Der Virchowbund-Bundesvorsitzende zog anschließend das Fazit: Ein Schlüssel, um allen Ansprüchen gerecht zu werden, ist die Freiberuflichkeit. Sie sichert Ärztinnen und Ärzten gleichzeitig Freiheit und Verantwortung dafür, wie sie ihr Wissen anwenden und Behandlungen durchführen. Freiberuflichkeit genießen alle Ärzte – egal, ob angestellt oder selbstständig.

### Lagebericht: Die ambulante Versorgung steht vor der ZerreiÙprobe

In seinem Lagebericht wurde Dr. Dirk Heinrich noch deutlicher:

Die geplante Streichung der Neupatientenregelung ist sachlich unbegründet, sozial ungerecht und politisch verhängnisvoll. Erstmals will ein Gesundheitsminister in den Budgettopf der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte greifen und dem System aktiv Geld entziehen.

„Lauterbachs Politik wird zum Sargnagel der ambulanten Versorgung. Seine Fehlsteuerung der GKV-Finzen ist dabei der Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt“, beklagte der Bundesvorsitzende. Dazu kommt der Reformstau – weder von der versprochenen Stärkung der ambulanten Versorgung noch von der Entbudgetierung im hausärztlichen Bereich ist etwas zu sehen und die GOÄ-Reform wird aus ideologischen Gründen verschleppt. Die desolante Umsetzung der Digitalisierung in den Praxen und der völlig über-teuerte und überflüssige Konnektortausch verpulvert hunderte Millionen, die in der Versorgung fehlen.

Der Virchowbund beobachtet einen Anstieg der Praxisabgaben, bei denen häufig keine Nachfolger gefunden werden. Dass die Babyboomer nun in großer

Anzahl die Versorgung verlassen, stellt die ambulante Versorgung vor eine echte ZerreiÙprobe. „Dafür trägt Karl Lauterbach die Verantwortung“.

Auch der Präsident der Bundesärztekammer rügte in seinem Grußwort den Stil im Umgang mit den niedergelassenen Ärzten. „Wer motivieren will zur Versorgung, muss mit den Menschen im Gesundheitswesen anders umgehen“.

#### Video-Aufzeichnung

Die Aufzeichnung der Bundeshauptversammlung 2022 ist auf dem Youtube-Kanal des Virchowbundes zu finden:

#### Impulsvortrag:

[youtu.be/JPV5fIQITDQ](https://youtu.be/JPV5fIQITDQ)

#### Podiumsdiskussion:

[youtu.be/tqvGaEsVwz8](https://youtu.be/tqvGaEsVwz8)

#### Kaspar-Roos-Medaille:

[youtu.be/ZavLCJwC8UI](https://youtu.be/ZavLCJwC8UI)

#### Lagebericht:

[youtu.be/oN8cJUPYhgY](https://youtu.be/oN8cJUPYhgY)



## Bundesvorstand neu gewählt: Heinrich weiter Vorsitzender

Dr. Dirk Heinrich, niedergelassener HNO-Arzt aus Hamburg, wird den Verband weitere vier Jahre als Bundesvorsitzender führen. Die Delegierten sprachen ihm einstimmig das Vertrauen aus.



V. l. n. r.: Dr. Kerstin Jäger,  
Dr. Andreas Lipécz,  
Dr. Frauke Wulf-Homilius,  
Prof. Dr. Jan Löhler, Dr. Veit  
Wambach, Dr. André  
Bergmann, Dr. Christiane  
Wessel, Dr. Dirk Heinrich,  
Dr. Brigitte Szaszi

Ebenso einstimmig für eine weitere Amtszeit bestätigt wurden Dr. Christiane Wessel, Gynäkologin aus Berlin, und Dr. Veit Wambach, Allgemeinmediziner aus Bayern.

Dem Bundesvorstand gehören darüber hinaus sechs Beisitzer an:

- › Dr. Brigitte Szaszi, Fachärztin für Allgemeinmedizin
- › Dr. André Bergmann, Facharzt für Allgemeinmedizin
- › Dr. Kerstin Jäger, Fachärztin für Gynäkologie
- › Prof. Dr. Jan Löhler, Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- › Dr. Frauke Wulf-Homilius, Fachärztin für Augenheilkunde
- › Dr. Andreas Lipécz, Facharzt für Innere Medizin

In seiner konstituierenden Sitzung bekräftigte der neue Bundesvorstand: „Angesichts der geplanten Rücknahme der Neupatientenregelung ist es wichtiger denn je, mit geeinter Stimme für Haus- und Fachärztinnen und -ärzte gleichermaßen aufzutreten. Es gibt gefährliche Tendenzen in der Bundesregierung, die ambulante Versorgung zu schädigen anstatt zu stärken. Deshalb hat der Virchowbund von Anfang an die ärztlichen Proteste mitinitiiert und mitgetragen. Das werden wir auch weiterhin aus voller Kraft tun.“

## Entschlüsse

### Eine Auswahl der wichtigsten Einschließungen der Bundeshauptversammlung 2022:

#### Schluss mit der Industrialisierung der Medizin

Seit Jahrzehnten glaubt die Politik, gesellschaftliche Aufgaben mit industriell-betrieblicher Logik bewältigen zu können und befeuert gerade im Gesundheitswesen das Paradigma von Wettbewerb, Kosteneinsparungen und Effizienzsteigerungen. Trotz fehlender Empirie wird dieses Paradigma von Verantwortlichen in Politik, Verwaltung und von Krankenhasträgern übernommen und in Organisationsstrukturen überführt.

Anschließend zieht sich die Politik aus der Verantwortung zurück, in dem sie einen Wettbewerb beschreibt, der die strukturellen Herausforderungen – wie demografischer Wandel und medizinischer Fortschritt – nach ökonomischen Kriterien regeln soll. Dies geht aber von beherrschbaren Prozessen aus, die in der Krankenversorgung nicht existieren.

Denn Kern der Gesundheitsversorgung ist das Austarieren von irrationalen Potentialen wie Krankheit und Leid. Eine industriell-betriebliche Logik mit ihrer intendierten Wertschöpfung kann aber nicht mit der Zusicherung von Solidarität im Gesundheitswesen konkurrieren. Die entstehenden Zielkonflikte zwischen Gesellschaftsrecht (Aktienrecht, Gewinnmaximierung, Verpflichtung gegenüber den Investoren) und Berufsrecht (alleinige Verpflichtung gegenüber dem Patienten und der Gesellschaft) sind unauflösbar.

Folgen dieser Entwicklung sind der Verlust der ärztlichen Freiberuflichkeit und eine Deprofessionalisierung des Arztberufes durch den immer stärker werdenden Druck von Kapitalinteressen, deren Einfluss auf das Versorgungsgeschehen und damit auf das ärztliche Handeln. Am Ende steht eine immer stärker werdende Unzufriedenheit von Ärzten in Krankenhäusern,

wo aktuellen Umfragen zufolge bereits ein Viertel der Ärzte über einen Berufsausstieg nachdenkt.

Weil Eigner-geführte Praxen kaum mit kapitalträchtigen Strukturen konkurrieren können, werden zudem große Bereiche der derzeitigen ärztlichen Versorgung verschwinden. Die Verlagerung von Arzt-sitzen an Ketten oder Investoren-MZV ist ein Indiz dafür. Im Ergebnis wird ein funktionierendes, weltweit geachtetes System, wie das deutsche Gesundheitswesen irreparabel zerstört.

Daher fordert die Bundeshauptversammlung des Virchowbundes:

- › Versorgungseinrichtungen kapitalgetriebener Investoren müssen in einen regulativen Rahmen hinsichtlich Versorgungsverantwortung und der Autonomie ärztlicher Entscheidungen überführt werden. Körperschaftliche Strukturen mit Elementen der Selbstverwaltung und der Rechtsaufsicht müssen auch auf den stationären Bereich ausgeweitet werden.
- › Versorgungseinrichtungen müssen Transparenz über die Eignerstruktur, die jeweils wirtschaftlich Berechtigten und die letztendlichen Nutznießer von Gewinnen schaffen.
- › Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen, genossenschaftlichen oder gemeinnützigen Strukturen ist im Gesundheitswesen immer der Vorzug zu geben.
- › Der Freie Arztberuf, insbesondere im stationären Bereich, muss gestärkt werden. Hierzu gehören unter anderem die Vermittlung des Freien Berufes durch die eigenen Standesvertretungen, aber auch Elemente des Freien Berufes wie eine eigenständige Gebührenordnung.

#### Mittelabflüsse aus Solidarsystem vermeiden

Die Bundeshauptversammlung 2022 fordert den Gesetzgeber auf, die Träger medizinischer Einrichtungen zu verpflichten, ihre Gewinne am Ort der Leistungserbringung zu versteuern.

#### GKV-Finanzierungsstabilisierungsgesetz stoppen – Finger weg vom TSVG! Re-Budgetierung verhindern, Wartelisten vermeiden

Die Bundeshauptversammlung 2022 fordert den Verzicht aller Regelungen im GKV-Finanzierungsstabilisierungsgesetz, die die Wiedereinführung von Elementen der Budgetierung in der vertragsärztlichen Versorgung zur Folge haben.

Durch die Streichung der Neupatientenregelung soll im GKV-FinSG die kostendeckende Vergütung bei der Behandlung von Neupatienten aufgehoben werden. Dies entzieht der ambulanten Versorgung Finanzmittel, weshalb Leistungskürzungen wie Wartezeiten für Neupatienten die Folge sein werden. Auch die fortgesetzte Bereinigung bei Leistungen der offenen Sprechstunde gehen zulasten der Patientenversorgung, weil zahlreiche Praxisärzte dadurch keine offenen Sprechstunden mehr anbieten können.

Die Kürzungsmaßnahmen sind überdies ein massiver Vertrauensverlust durch den Wortbruch des heutigen Bundesgesundheitsministers, der in der letzten Koalitionsregierung genau diese Regelungen als Beendigung der „Zwei-Klassen-Medizin“ eingefordert hat.

Diese Leistungskürzungen sind aber außerdem zutiefst sozial ungerecht, weil sie die sozial Schwächsten trifft: Denn Zahlen aus strukturschwachen städtischen Gebieten zeigen, dass dort nach fünf Jahren rund ein Drittel der Bewohner durch Zu- oder Wegzug wechseln, also klassische Neupa-

tienten sind. Daher trifft diese Gruppe eine Streichung der Neupatientenregelung besonders hart.

### Fachkräftemangel beheben – MFA stärken

Die Bundeshauptversammlung 2022 fordert eine konzertierte Aktion aus Verbänden, Kammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und der Politik, um den Beruf der medizinischen Fachangestellten (MFA) wieder attraktiv zu machen.

Der Fachkräftemangel bei MFA bedroht immer mehr Praxen in Deutschland und führt immer häufiger dazu, dass Praxen schließen oder ihre Leistungen einschränken müssen. Angesichts der immer stärkeren Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Bereich wird dies für das gesamte Gesundheitswesen zu einer existenziellen Krise.

Der Beruf der MFA muss attraktiver werden, daher muss eine Aus- und Weiterbildungsoffensive, getragen von Verbänden und Kammern, angestoßen werden. Praxen benötigen zudem Wettbewerbsgleichheit mit Krankenhäusern und Krankenkassen. Denn Kliniken, Praxen und seit langem auch Krankenkassen konkurrieren hier um denselben Personalpool. Daher muss der Beruf nicht nur besser vergütet werden, es muss eine volle und sofortige Refinanzierung von Personalkostensteigerungen in der Praxis erfolgen. Es kann nicht sein, dass sich Tarifsteigerungen erst nach zwei

Jahren in der Finanzierung der ambulanten Versorgung niederschlagen.

Zudem hat der Beruf der MFA auch mehr Respekt verdient. Deshalb wird die Politik aufgefordert, den Medizinischen Fachangestellten dieselbe Aufmerksamkeit zu geben wie der Pflege. Es ist nach wie vor unverständlich, warum den MFA immer noch ein staatlicher Coronabonus verwehrt wird.

### Digitalisierung nur mit Mehrwert

Die Bundeshauptversammlung 2022 begrüßt eine Digitalisierungsstrategie des Bundesgesundheitsministeriums, die einen Neustart der Telematik-Infrastruktur und ihrer Anwendungen beinhaltet.

Digitale Anwendungen sind kein Selbstzweck, sie müssen ihren Fokus auf Lösung von Versorgungsproblemen und die Nutzerperspektive haben unter strikter Beachtung des Datenschutzes. Für Nutzer muss bei der Anwendung der Mehrwert sofort erkennbar sein und sich damit aus der Anwendung selbst heraus eine Nachfrage durch alle Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte ergeben.

Eine sichere und verlässliche Infrastruktur ist dafür die Voraussetzung. Diese muss auch digitale Ersatzverfahren beinhalten. Die heutige Telematik-Infrastruktur ist daraufhin zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Kosten für die Praxen müssen im

vollen Umfang von den Krankenkassen erstattet werden.

### Mehr Respekt und sachlicher Umgang

Die Bundeshauptversammlung 2022 fordert die gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände dazu auf, zu einem sachlichen und respektvollen Umgang mit der Ärzteschaft zurückzukehren. Das Befeuern von Neiddebatten um Arzteinkommen oder Falschaussagen der Kassen, die etwa eine vollständige, entbudgetierte Vergütung als „Bonuszahlung“ verunglimpfen, vergiften das Miteinander von Kassen und Ärzten. Die Sicherstellung der Versorgung unserer Patienten und eine ausreichende Vergütung dafür ist eine gemeinsame Aufgabe von Krankenkassen und Ärzten.

Die Krankenkassen sollten daher ihre Vorwürfe und verdeckten Vorhaltungen gegenüber der Ärzteschaft kritisch hinterfragen. Ebenso kritisch sollten die Krankenkassen Bonuszahlungen für das eigene Führungspersonal überprüfen. Gleiches gilt für unsinnige Ausgaben für millionenschwere Banden- und Trikotwerbung der Krankenkassen im Profisport und der damit verbundenen Co-Finanzierung von absurd hohen Gehältern bei Profisportlern.

### GOÄ sofort umsetzen

Die Bundeshauptversammlung 2022 fordert die sofortige Umsetzung der novellierten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) durch den Bundesgesundheitsminister und den Bundesrat. Die Leistungslegenden sind aktuell und mit Privatversicherungen und der Beihilfe konsentiert. Die Preise sind seitens der Ärzteschaft betriebswirtschaftlich kalkuliert und nachvollziehbar. Derzeit ist nur noch die Preiskomponente der gesamten neuen GOÄ in Diskussion mit den Privatversicherern.

Die Preisgestaltung, sprich die Leistungsbewertung, muss in einer amtlichen Gebührenordnung jedoch nötigenfalls der Staat festlegen, um dadurch sichtbar zu machen, wie die Gesellschaft die ärztliche Arbeit bewertet.



Dr. Dirk Heinrich widmete sich in seinem Lagebericht u. a. der verfehlten Pandemie-Politik

Es war von Anfang an der zentrale Konstruktionsfehler der GOÄ-Novelle, dass durch Vorgabe des Bundesgesundheitsministers eine neue GOÄ zunächst mit privaten Versicherungsunternehmen und der Beihilfe zu konsentieren ist, bevor sie vom Ministerium unter Zustimmung des Bundesrates verordnet wird. Dies widerspricht der grundsätzlichen Verantwortlichkeit des Staates für eine amtliche Gebührenordnung, so wie sie bei Tierärzten, Rechtsanwälten oder Ingenieuren nach Anhörung der jeweils Betroffenen erlassen wird.

Hier ist es die Aufgabe des Staates, seiner Pflicht gegenüber den Freien Berufen nachzukommen. Denn diese haben im Gegenzug die Aufgabe übernommen, ihre Leistungen persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig im Interesse ihrer Auftraggeber und der Allgemeinheit zu erbringen.

Zudem darf die Novellierung der GOÄ nicht für eine politisch motivierte Systemfrage – Stichwort Bürgerversicherung – missbraucht werden, da in jedem Gesundheitssystem, egal ob rein staatlich, privatwirtschaftlich oder korporatistisch organisiert, eine aktuelle ärztliche Gebührenordnung erforderlich ist.

### Höhere Personalkosten und Inflationsausgleich unmittelbar erstatten

Die Bundeshauptversammlung 2022 fordert den Gesetzgeber, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband auf, das Verfahren zur Ermittlung des Orientierungspunktwertes so zu verändern, dass Kostensteigerungen unmittelbar refinanziert werden und zu erwartende kostensteigernde Sondereffekte wie der sprunghafte Anstieg der Energiekosten sofort berücksichtigt werden. Es kann nicht sein, dass die Praxen inflationsbedingte Kostenexplosionen oder Tarifsteigerungen für bis zu zwei Jahre vorfinanzieren. Die Krankenkassen erhalten bereits einen Sozialrabatt über die Budgetierung. Dadurch alimentieren Praxen die Krankenkassen auch noch durch eine kostenlose Vorfinanzierung.

### Keine Substitutionsprojekte unter Lauterbachs Label „Gesundheitskiosk“

Die Bundeshauptversammlung 2022 lehnt das Konzept der „Gesundheitskioske“ von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach ab.

Das in den Eckpunkten des Bundesgesundheitsministeriums beschriebene Projekt hat nichts, aber auch gar nichts, mit der ursprünglichen Idee des Gesundheitskiosk Billstedt-Horn zu tun.

Als Mitgesellschafter und Initiator des Gesundheitskiosk Billstedt-Horn legt der Virchowbund Wert auf die Feststellung, dass das zentrale Konzept des Gesundheitskiosks das Wechselspiel zwischen den haus- und fachärztlichen Praxen mit dem Beratungs-, Koordinierungs- und Kursangebot des Kiosks ist. Durch Vernetzung, Fortbildung und Abstimmung aller Netzärztinnen und Netzärzte konnte insbesondere der Arzneimittel Einsatz erheblich verbessert werden, Krankenhauseinweisungen und das Aufsuchen von Notaufnahmen haben nachweislich und deutlich abgenommen. Die beteiligten Krankenkassen können diese Effekte messen und erhalten dadurch eine Refinanzierung der Projektkosten.

Gesundheitskioske können niemals die Primärversorgung substituieren und sie sind auch nicht flächendeckend erforderlich. Sie sollten eine Unterstützung in strukturschwachen Gebieten sein, sind aber in Trend-Vierteln mit junger und gesunder Bevölkerung nicht erforderlich.

### Strafgebühr für Termin-Schwänzer

Die Bundeshauptversammlung 2022 fordert von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband, gemeinsam eine Gebühr zu entwickeln für Patienten, die einen Arzttermin unentschuldig versäumen. Aus den Praxen wird berichtet, dass mittlerweile bis zu 30 Prozent der vereinbarten Termine von den Patienten geschwänzt werden, ohne abzusagen. Dies betrifft in besonderem

Maße online vereinbarte Termine oder Termine über die Terminservicestellen der KVen. Durch die genannte Regelung soll die Inanspruchnahme verbessert und die Terminmoral in einem solidarischen System gestärkt werden. Patienten, die Termine unentschuldig versäumen, verhalten sich unsolidarisch gegenüber anderen Patienten und unangemessen gegenüber den begrenzten Ressourcen im System.

Daher wird die KBV aufgefordert, gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband eine entsprechende Säumnis-Gebühr zu entwickeln. Eine solche Gebühr liegt letztendlich auch im Interesse der Krankenkassen, wenn sie eine gemeinsame Versorgungsverantwortung und den wirtschaftlichen Einsatz begrenzter Ressourcen fördern und das Solidarprinzip der GVK stärken wollen. Unentschuldig Termine zu schwänzen ist im höchsten Maße unsolidarisch.

### Impfen in die Hand von Ärzten

Die Bundeshauptversammlung 2022 fordert, dass das Impfen in den Händen von Ärzten verbleibt. Das Bundeskabinett hat beispielsweise einen Gesetzesentwurf des Bundesgesundheitsministerium abgesegnet, in dem Apotheker, aber auch Tier- und Zahnärzte weiter bis Ende April 2023 gegen Covid 19 impfen sollen.

Impfen gehört generell in die Hand der behandelnden Haus- und Fachärzte, da nur sie Kenntnis von den Erkrankungen ihrer Patienten haben, und nur diese aufgrund der vertrauensvollen Behandlungsbeziehung in der Lage sind zum Impfen zu motivieren und Ängste vor Nebenwirkungen einer Impfung zu besprechen.

### Einführung einer Altersgrenze zur kontrollierten Abgabe von Cannabis zu Genusszwecken erst ab 25 Jahren

Die Bundeshauptversammlung 2022 fordert die Bundesregierung auf, bei der Einführung der geplanten Cannabisfreigabe eine Altersgrenze von 25 Jahren festzulegen.

## BUNDESHAUPTVERSAMMLUNG

Die Bundesregierung will bis zum Herbst Eckpunkte für die von der Ampelkoalition geplante Cannabisfreigabe vorlegen. Ende des Jahres soll ein erster Referentenentwurf veröffentlicht werden. Im nächsten Jahr soll das Gesetzgebungsverfahren starten. Der Virchowbund fordert, insbesondere dem Jugendschutz Rechnung zu tragen.

Wissenschaftliche Daten belegen, dass gerade Jugendliche besonders anfällig sind für psychotische Dekompensationen unter Cannabiskonsum. Zudem ist wissenschaftlich belegt, dass bei Heranwachsenden, die vor dem 18. Lebensjahr Cannabis konsumiert haben, die kognitive Leistungsfähigkeit im Erwachsenenalter schlechter ist. Bleibende Defizite eines frühen Cannabis-Konsums sind Aufmerksamkeitsdefizite, hohe Ablenkbarkeit, geringeres Lernvermögen, Beeinträchtigungen der sprach-

lichen Ausdrucksfähigkeit sowie ein Abfall der mathematischen Leistungen und der Gedächtnisfunktionen. Zudem hat der Abschlussbericht des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) über die 5-jährige Begleiterhebung von März 2017 bis März 2021 ergeben, dass die mittlere Tagesdosis beim Konsum von Cannabisblüten mit 249 mg um vieles höher als bei Dronabinol (15 mg) lag und damit weit über jeglicher Dosierungsempfehlung zu therapeutischen Zwecken.

Unter den Patienten, die Cannabisblüten erhielten, war ein auffällig höherer Anteil junger Männer, was die Frage der Abgrenzung zwischen tatsächlichen therapeutischen Effekten und erlebter Steigerung des Wohlbefindens bei hoher Abhängigkeitsgefahr aufwirft.

### Weitere Themen

- › Etablierung von Long-Covid-Zentren
- › Flächendeckende Abwasseruntersuchungen auf das Vorhandensein von Poliomyelitisviren und Schließen von Impflücken
- › Schulfach Gesundheit einführen
- › Verträge der Krankenkassen mit Arzneimittelherstellern bevorzugt mit europäischen Herstellern abschließen
- › Ausbau von stabilem Internet vor weiterer Digitalisierung



## URKUNDE

Der Virchowbund,  
Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.,  
verleiht

### Frau Dr. Jenny De la Torre Castro

#### in Würdigung ihrer Verdienste die Kaspar-Roos-Medaille



Dr. Jenny De la Torre Castro wurde 1954 in Peru geboren und wuchs in den Anden auf. Sie begann 1973 ihr Medizinstudium an der Universität San Luis Gonzaga de Ica in Peru und erhielt 1976 ein Stipendium der DDR. Sie schloss ihr Studium in Leipzig ab, promovierte „summa cum laude“ und bildete sich anschließend zur Kinderchirurgin an der Berliner Charité weiter. Nach erfolgreich bestandener Facharztprüfung kehrte sie kurz zurück nach Peru, kam aber schließlich wieder nach Deutschland.

Sie startete 1992 in Berlin ein Projekt für in Not geratene Schwangere und Mütter. 1994 begann sie in Zusammenarbeit mit der Berliner Ärztekammer mit der Behandlung von Obdachlosen am Berliner Ostbahnhof. Ihr Engagement erfuhr viel Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit, so dass sie zunehmend Unterstützung von ehrenamtlichen Ärzten und Nichtärzten erhielt.

Für ihre Arbeit wurde ihr 1997 das Bundesverdienstkreuz verliehen. Im Jahr 2002 erhielt sie den Fernsehpreis „Goldene Henne“.

Vom Preisgeld gründete sie eine gemeinnützige Stiftung, der es fortan möglich war, ein Gesundheitszentrum für Wohnungslose einzurichten. Dort werden neben ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung auch eine Kleiderkammer, eine Suppenküche, ein Sozialdienst sowie juristische und psychologische Beratung angeboten. Das Haus und die Gehälter der Angestellten werden ausschließlich aus Spenden finanziert.

Jenny De la Torre wurde 2010 die Ehrendoktorwürde der Charité – Universitätsmedizin Berlin verliehen, sie erhielt 2013 die Louise-Schroeder-Medaille und 2015 den Deutschen Stifterpreis. Sie bezeichnet Obdachlosigkeit als „soziale Krankheit“ und begleitet Forschungsprojekte und Promotionsarbeiten der Berliner Charité zu diesem Thema.

Der Virchowbund würdigt ihr langjähriges, gesellschaftliches Engagement als Ärztin und unterstreicht damit, dass Ärzte stets im sozialen Kontext handeln und immer auch das Gemeinwohl als Teil ihrer Berufsausübung verstehen.

Getreu des Wortes von Rudolf Virchow, dass „Medizin eine soziale Wissenschaft und Politik nichts anderes als Medizin im Großen ist“, denkt und handelt Jenny De la Torre im besten Maße ärztlich. Jenny De la Torre hat sich um die niedergelassene Ärzteschaft in Deutschland verdient gemacht.

Der Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V., zeichnet Dr. Jenny De la Torre Castro daher mit der Kaspar-Roos-Medaille aus.



Berlin, den 14. Oktober 2022

# BUNDESVORSTAND

gemäß Wahl vom 15.10.2022

## 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) 61 43 040  
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. 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

### Prof. Dr. Jan Löhler

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Maienbeeck 1, 24576 Bad Bramstedt  
Tel: (04 192) 81 92 754  
Fax: (04 192) 81 92 756  
loehler@hno-aerzte.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. Brigitte Szaszi

Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Schäferstraße 3, 74343 Sachsenheim  
Tel: (07 147) 92 11 20  
Fax: (07 147) 92 11 222  
info.bw@virchowbund.de

### Dr. Frauke Wulf-Homilius

Fachärztin für Augenheilkunde  
Hauptstraße 1, 31832 Springe  
Tel: (0 51 01) 84 69 7  
dr.homilius@t-online.de

Stand: September 2023

# 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  
Werdenfelser Straße 2  
24146 Kiel  
Tel: (04 31) 78 92 29  
info.schleswig-holstein@virchowbund.de

**Mecklenburg-Vorpommern**  
Dipl.-Med. Angelika von Schütz  
c/o KV Mecklenburg-Vorpommern  
Neumühler Str. 22  
19507 Schwerin  
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. Ulrich Pechstein  
Am Stadtpark 2  
90409 Nürnberg  
Tel: (09 11) 93 77 80  
Fax: (09 11) 93 77 81 0  
u.pechstein@parcside.info

**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**  
Dr. Franziska Gladisch  
Neukirchner Straße 51  
65510 Idstein  
Tel: (0 61 26) 9 56 91 40  
gladisch@virchowbund.de

**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 2023

# GESCHÄFTSSTELLE

## Hauptgeschäftsführer, Leiter der Pressestelle



**Klaus Greppmeir**

Tel: (030) 28 87 74 - 0

Fax: (030) 28 87 74 - 115

klaus.greppmeir@virchowbund.de

## Geschäftsführer Kommunikation und Marketing



**Adrian Zagler**

Tel: (030) 28 87 74 - 124

Fax: (030) 28 87 74 - 115

adrian.zagler@virchowbund.de

## Assistenz der Hauptgeschäftsführung



**Petra Schröter**

Tel: (030) 28 87 74 - 130

Fax: (030) 28 87 74 - 113

petra.schroeter@virchowbund.de

## Landesgruppen



**Kathrin Schröder**

Tel: (030) 28 87 74 - 126

Fax: (030) 28 87 74 - 115

kathrin.schroeder@virchowbund.de

## Mitgliederservice



**Christiane Hoffmann**

Tel: (030) 28 87 74 - 132

Fax: (030) 28 87 74 - 115

christiane.hoffmann@virchowbund.de

## Mitgliederverwaltung



**Stefanie Hoffmann**

Tel: (030) 28 87 74 - 120

Fax: (030) 28 87 74 - 115

stefanie.hoffmann@virchowbund.de

## Niederlassungs- und Praxisberatung



**Margaret Plückerhahn**

Tel: (030) 28 87 74 - 128

Fax: (030) 28 87 74 - 113

margaret.plueckhahn@virchowbund.de

## Pressestelle



**Dr. Diana Michl**

Tel: (030) 28 87 74 - 123

Fax: (030) 28 87 74 - 115

diana.michl@virchowbund.de

## Rechtsabteilung



**Andrea Schannath**

Tel: (030) 28 87 74 - 125

Fax: (030) 28 87 74 - 115

andrea.schannath@virchowbund.de

Stand: September 2023

# BRENDAN-SCHMITTMANN-STIFTUNG

**Die Brendan-Schmittmann-Stiftung ist ein Forschungs- und Beratungsinstitut im Dienste niedergelassener Ärzte und ihrer Patienten.**

Sie beschäftigt sich mit essentiellen Themen des Virchowbundes, wie Kooperationen im Gesundheitswesen, Gesundheitsförderung und Prävention, Qualitätsförderung und

Effektivitätsverbesserung der ärztlichen Tätigkeit. Schwerpunkt der Arbeit sind Forschungsprojekte zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen und praxisorientierte

Fortbildungen und Beratungen für Ärzte und ihr Praxispersonal.

Die Veröffentlichungen der Stiftung als Studien zu Themen wie Klima und Gesundheit, Armut und Morbidität/Mortalität oder eHealth und Big Data können Sie über die Pressestelle anfordern.

## VORSTAND DER BRENDAN-SCHMITTMANN-STIFTUNG

**Vorsitzender**

**Dr. Veit Wambach**

Arzt für Allgemeinmedizin

**Stellv. Vorsitzender**

**Dr. Andreas Lipécz**

Facharzt für Innere Medizin

**Beisitzerin**

**Dr. Kerstin Jäger**

Ärztin für Gynäkologie

### Spendenkonto

Die Stiftung ist zur Finanzierung ihrer Projekte auf Spenden angewiesen:

Brendan-Schmittmann-Stiftung

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

IBAN: DE49 3006 0601 0001 4183 86

BIC: DAAEDEDXXX

Für die Ausstellung einer Spendenquittung geben Sie bitte Ihre Anschrift bekannt.  
Für Ihr Engagement bedanken wir uns sehr herzlich!

Stand: September 2023

# AUS DEN LANDESGRUPPEN

## BAYERN

### Neuer Vorsitzender in der Landesgruppe Bayern des Virchowbundes

Die Landesgruppe Bayern des Virchowbundes hat einen neuen Vorsitzenden. Dr. Ulrich Pechstein, niedergelassener Neurochirurg in Nürnberg und zuvor stellvertretender Vorsitzender der Landesgruppe, übernimmt dieses Amt für die nächsten Jahre.

Stellvertretende Vorsitzende sind Dr. Andreas Lipécz, Facharzt für Innere Medizin, und Dr. Dirk Altrichter, Facharzt für Allgemeinmedizin, beide aus Nürnberg. Weitere Mitglieder im siebenköpfigen Landesgruppenvorstand sind: Prof. Dr. Rainer Rix, Facharzt für Augenheilkunde aus Nürnberg, Dr. Christian Rothascher, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Schnaittach, und Dr. Bastian Jedlitschka, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Neunkirchen.

Dr. Veit Wambach, Allgemeinmediziner aus Nürnberg, zieht sich nach 16 Jahren als Landesgruppenvorsitzender aus dessen Vorstand zurück. Dr. Pechstein dankte ihm für seine erfolgreiche Arbeit.

„Es wird ein heißer Herbst“, sagte Dr. Pechstein nach der Wahl und stimmte damit die Mitglieder auf die anstehenden Protestaktionen ein. Weitere Schwerpunkte der Landesgruppenarbeit werden die Nachwuchsgewinnung im ärztlichen

und nicht-ärztlichen Bereich und der Klimaschutz in den Arztpraxen sein.



V. l. n. r.:  
Dr. Rothascher  
Dr. Jedlitschka  
Dr. Pechstein  
Dr. Altrichter  
Dr. Lipécz

## HESSEN

### Dr. Franziska Gladisch übernimmt Landesvorstand in Hessen

Als ihr Stellvertreter wurde Dr. Kurt Özdemir gewählt. Der niedergelassene Urologe praktiziert in Schlüchtern.

Als wichtigste Aufgabe sieht der neue Landesvorstand den Protest gegen die zunehmenden Übergriffe der Politik, wie aktuell mit dem GKV-Finanzierungsgesetz. „Die Bürokratie und immer neue unvollständige oder sogar unangemessene Gesetze frustrieren unnötig“, erklärt Dr. Gladisch.

„Ich will dafür kämpfen, dass die Praxisführung wieder attraktiver wird und unsere Patienten auch in 20 Jahren noch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte finden.“



Dr. Franziska Gladisch

### Ärzte in Hessen protestieren gegen schädliche Sparmaßnahmen

Unter dem Titel „Wir sehen schwarz für die Zukunft Ihrer Versorgung“ protestierten im Februar 2023 Haus- und Fachärzte in Hessen zum vierten Mal auf dem Frankfurter Römerberg gegen die verfehlte Sparpolitik im Gesundheitswesen.



Hunderte Ärztinnen und Ärzte kamen auf den Römerberg

Dr. Franziska Gladisch, Vorsitzende der Landesgruppe Hessen, betonte, dass es bei den Protesten um das Wohl der Patienten gehe: „Wenn der Fachkräftemangel und die gestiegenen Kosten dazu führen, dass Praxen tageweise oder ganz schließen müssen, verursacht das deutlich längere Wartezeiten oder sogar Aufnahmestopps. Das möchten wir verhindern!“

Ihr Stellvertreter, Dr. Kurt Özdemir, erklärte: „Bei der Pflege, den Kinder- und Jugendärzten sowie den Hausärzten sieht man deutlich, dass das Sparen am falschen Platz die Versorgung erodiert. Wenn die Politik jetzt nicht das Ruder herumreißt, haben wir dieselben katastrophalen Zustände in Kürze in allen ärztlichen Fachgruppen.“

## NIEDERSACHSEN/BREMEN

### Vorstand verstärkt

Seit Ende 2022 verteilen sich die Aufgaben des Landesgruppenvorstandes auf mehr, und auch jüngere Schultern. Neben der Landesgruppenvorsitzenden, Dr. Frauke Wulf-Homilius (64), sind Dr. Sabine Arndt (45), Dr. Ulrike Valentin (40), Ulrich Melz (49) und Eckhart von Vietinghoff (81) aktiv.

Die Vorsitzende informiert regelmäßig in Newslettern und Online-Dialogen über aktuelle Debatten in der KV Niedersachsen und der Landes- und Bundespolitik, etwa zur Krankenhausreform und ihrer Auswirkung auf die Praxen sowie zu aktuellen Weiterbildungsmöglichkeiten.

Falls Sie diese Benachrichtigungen noch nicht erhalten, senden Sie uns bitte eine E-Mail an: [service@virchowbund.de](mailto:service@virchowbund.de).



Dr. Frauke Homilius,  
Vorsitzende der Landes-  
gruppe Niedersachsen

## NORDRHEIN

### Frischer Wind im Landesgruppenvorstand

Die Landesgruppe Nordrhein hat ihren Vorstand neu gewählt. Weiterhin ist Dr. André Bergmann Vorsitzender. Der 51-jährige ist Facharzt für Allgemeinmedizin mit eigener Praxis in Neunkirchen-Vluyn. Den stellvertretenden Vorsitz behält der Frechener Gynäkologe Dr. Edgar Dewitt (72). Auch Fritz Stagge (69), Gefäßchirurg aus Essen, bleibt Mitglied im Vorstand.



V.l.n.r.: Andre Mroß,  
Nadezhda Ivanova,  
Dr. André Bergmann,  
Dr. Ann-Kristin Peltzer,  
Dr. Edgar Dewitt,  
Dr. Sebastian Sohrab,  
Fritz Stagge

Mit der Neuwahl stellt sich der 7-köpfige Landesgruppenvorstand mit 4 neuen Mitgliedern breiter auf und wird weiblich verstärkt. Es kommen hinzu: Dr. Sebastian Sohrab (58), Pulmologe aus Duisburg, Nadezhda Ivanova, Gynäkologin aus Kerpen (41), Andre Mroß, Facharzt für Allgemeinmedizin aus Düsseldorf (34) und Dr. Ann-Kristin Peltzer, Weiterbildungsassistentin Gynäkologie aus Zülpich (31).

Schwerpunkthemen der Landesgruppenarbeit sind in nächster Zeit die Entbudgetierung und die Novellierung der GOÄ. Dr. André Bergmann: „Wir niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind der einzige Berufsstand, der keine Erhöhung und keine neue Gebührenordnung bekommen hat. Dabei haben wir die Pandemie zu 90 Prozent allein bewältigt. Darüber hinaus setzen wir uns für die Stärkung der Freiberuflichkeit ein und für eine Digitalisierung nur mit echtem Mehrwert für Ärzte und Patienten.“

## MECKLENBURG-VORPOMMERN

### Landesvorstand wiedergewählt: Kontinuität in Mecklenburg-Vorpommern

Erneut hat die Landesgruppe Mecklenburg-Vorpommern die HNO-Ärztin Dipl.-Med. Angelika von Schütz zu ihrer Vorsitzenden gewählt. Ihre Stellvertreter sind weiterhin Dr. Frank-Peter Giers, Praktischer Arzt in Grimmen, und Matthias Träger, Facharzt für Orthopädie in Neubrandenburg.

Angelika von Schütz ist seit 2014 Vorsitzende der Landesgruppe und war daneben von 2016 bis 2022 stellvertretende Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Mecklenburg-Vorpommern. Im Januar 2023 übernahm sie den KV-Vorsitz.

„Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Hausärzten und Fachärzten in Me-

cklenburg-Vorpommern ist in den letzten Jahren deutlich besser und enger geworden“, sagt die HNO-Ärztin. „Diese Vertrauensbasis müssen wir stärken. Wir dürfen uns durch die Politik nicht spalten lassen.“



Dipl.-Med.  
Angelika von Schütz

## MITTELDEUTSCHLAND

### Sozialministerium will niedergelassene Ärzte für den politisch verursachten Ärztemangel bestrafen

Weil in Sachsen niedergelassene Dermatologen fehlen, wollte das sächsische Sozialministerium Strafzahlungen 2023 gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) verhängen – und damit letztendlich gegenüber allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

Dr. Petra Bubel, niedergelassene HNO-Ärztin und Vorsitzende der Landesgruppe Mitteldeutschland im Virchowbund, kritisierte das Vorhaben scharf: „Zuerst tut die Politik über Jahre hinweg fast alles, um die Niederlassung unattraktiv zu machen. Und nun sollen die verbliebenen Praxisärzte auch noch dafür bestraft werden, dass sich zu wenige neu niederlassen wollen?“

Sie plädierte dafür, stattdessen den ambulanten Sektor wieder zu stärken, u. a. durch einen Investitions- und Fachkräftezuschlag von 15 Prozent auf den Orientierungspunktwert und Chancengleichheit gegenüber den Kliniken bei der Erbringung von ambulanten Leistungen.

Das Ministerium kündigte schließlich an, vorerst keine Strafzahlung erheben zu wollen.



Dr. Petra Bubel

## RHEINLAND-PFALZ

### Gemeinsamer Protest von Verbänden und KV

**In einer gemeinsamen Presseerklärung forderten die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) und die Berufsverbände im November 2022 einen Inflationsausgleich. Sie warnten vor einer akuten Gefahr für die ambulante Patientenversorgung:**

„Konkret drohen dauerhafte Praxisschließungen, lange Wartezeiten und zunehmende Versorgungslücken. Anlass dafür sind neben falschen politischen Weichenstellungen die hohe Inflation und die damit verbundenen massiven Kostensteigerungen.

Diese gefährden immer mehr vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Praxen in ihrer Existenz. Die (...) berufsständischen Vertretungen im Land stehen daher geschlossen hinter der Forderung an die Politik, einen finanziellen Inflationsausgleich zu schaffen. (...) Nur durch ein wirkungsvolles Abfedern der Ausgabenentwicklung in den Praxen können

die ambulanten Strukturen weitgehend erhalten werden.

Viele Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten werden ihre Praxen unter den gegebenen Bedingungen nicht länger kostendeckend

führen können. Die Energiekosten und die aktuelle Inflationsrate von 10 Prozent treiben die Ausgaben auch hier massiv in die Höhe. Hinzu kommt die vergleichsweise viel zu niedrige Entwicklung des Orientierungswerts von 2 Prozent, die nicht

#### Praxen unter wachsendem Kostendruck

#### Versorgungssituation immer angespannter

annähernd ausreicht, um die steigenden Kosten auszugleichen. Ohne finanziellen Inflationsausgleich werden Praxisinhabende daher vermehrt gezwungen sein, ihre Praxen für Stunden, Tage oder sogar dauerhaft zu schließen. Die Versorgung kann unter solchen Umständen in der bisherigen Form kaum noch sichergestellt werden.

Um die Patientenversorgung vor Ort aufrechtzuerhalten, haben viele Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Praxen bislang auch noch bis ins hohe Alter weiterbetrieben. Aufgrund der aktuellen Lage ist aber zu erwarten, dass nicht wenige von ihnen ihre Praxistätigkeit nun aufgeben werden. Gerade im ländlichen

Raum wird dies die ohnehin schon angespannte Versorgungssituation weiter verschärfen. Zusätzlich ist der ärztliche und

psychotherapeutische Nachwuchs immer weniger dazu bereit, sich in einer eigenen Praxis niederzulassen – dies nicht zuletzt wegen der unsicheren finanziellen Perspektive. Mit Blick auf die beginnende Ruhestandswelle stellt dies eine Entwicklung dar, die die gesamte ambulante Patientenversorgung bedroht.

(...) Die jüngsten politischen Entscheidungen wie die Abschaffung der Neupatientenregelung haben die wirtschaftliche Lage der Praxen weiter verschärft, die steigenden Energie- und Betriebskosten bringen viele an ihre existenziellen Grenzen. Nur durch einen Inflationsausgleich können die ambulanten Strukturen erhalten bleiben und die Versorgung sichergestellt werden.“



Dr. Stephan Kraft,  
Vorsitzender der  
Landesgruppe

## SAARLAND

### Ausweitung der Regelungen zur berufsbegleitenden Weiterbildung

**Auf Initiative des Landesgruppenvorsitzenden Dr. Rauber hatte die saarländische Ärztekammer in ihrer Vertretersammlung Ende September 2022 das Thema „berufsbegleitende Weiterbildung“ auf die Tagesordnung gesetzt. 2021 wurde im Saarland die Muster-Weiterbildungsordnung umgesetzt; die berufsbegleitende Weiterbildung dagegen wurde kaum beachtet.**



Dr. Nikolaus Rauber,  
Vorsitzender  
der Landesgruppe

In Gesprächen mit der Landesregierung, dem Gesundheitsausschuss, der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und der

Ärztekammer sowie weiteren Berufsverbänden konnte Dr. Rauber die handelnden Personen überzeugen, dass eine Anpas-

sung des Saarländischen Heilberufekammergesetzes notwendig ist.

Im Dezember wurden daraufhin Rahmenbedingungen für berufsbegleitende Zusatzweiterbildungen beschlossen und die in Frage kommenden Fachbereiche ausgeweitet, u. a. auf Allergologie, Sozialmedizin und Schlafmedizin.

Dr. Rauber ist mit dem Beschluss zufrieden: „Die Notwendigkeit zu einer Ausweitung der berufsbegleitenden Weiterbildung im Bereich der niedergelassenen Ärzte und Chefärzte ist ein wesentlicher Schritt zur Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Versorgungsbereich. Sie ermöglicht langjährig in verantwortungsvoller Position tätigen Chefärzten und niedergelassenen Fachärzten sich berufsbegleitend weiterzubilden und mit dem medizinischen Fortschritt mitzuhalten.“

Zudem trägt die Regelung der Ausweitung der Weiterbildung der Versorgungssituation Rechnung, da gewissen Weiterbildungen ausschließlich im ambulanten Sektor stattfinden und gegenwärtig gar nicht mehr im stationären Sektor erworben werden können.“

# SERVICE

## Praxisberatung für Ärzte

Seit Kurzem bietet der Virchowbund seinen Mitgliedern noch umfassenderen Service: mit der persönlichen Niederlassungs- und Praxisberatung.



Margaret Plückhahn  
berät zu Abrechnung  
und Praxisführung

Die kompetente Beratung hilft Praxisinhabern, häufige Fehler in ihrer Praxis zu vermeiden. Dieser Service ist im Mitgliedsbeitrag bereits inbegriffen und unbegrenzt: Ärztinnen und Ärzte erhalten so viel Beratung, wie sie benötigen. Die einzige Bedingung: Sie sind Mitglied im Virchowbund.

Zu diesen und weiteren Themen aus der ambulanten Praxis können Sie sich beraten lassen:

- › Eine Praxis eröffnen / übernehmen
- › MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft, Jobsharing – finden Sie das Praxismodell, das zu Ihnen passt

- › Praxismanagement optimieren
- › Abrechnung: EBM, GOÄ, Selektivverträge
- › Regress und Honorarrückforderung vermeiden
- › Ein Team erfolgreich aufbauen und führen
- › Ihre Praxis abgeben

### Weitere Informationen:

[www.virchowbund.de/beratung](http://www.virchowbund.de/beratung)

## Nachhaltigkeit in der Arztpraxis: Neue Checkliste unterstützt Praxen beim Klimaschutz

Was können Ärzte und Praxen, die das Klima schützen wollen, konkret tun? Der Virchowbund gibt in seiner neuen Checkliste „Nachhaltige Praxis“ zahlreiche Tipps und Ideen.



Die Maßnahmen sind in verschiedene Kategorien geordnet, darunter

- › Papier sparen
- › Energie sparen
- › Materialwirtschaft
- › Mobilität
- › Patienten

Klimaschutz in der Arztpraxis verursacht gerade am Anfang häufig Aufwand, vor allem Arbeitszeit und Anschaffungskosten z. B. für neue Geräte. Doch vieles davon kann sich kurz- bis mittelfristig refinanzie-

ren – z. B. durch niedrigere Kosten beim Strom- und Wasserverbrauch.

Und auch kleine Maßnahmen können mit wenig Aufwand viel Wirkung entfalten. Wasserhähne können z. B. schnell und einfach mit Perlatoren nachgerüstet werden, um Wasser zu sparen. Eine um nur ein Grad Celsius reduzierte Heiztemperatur kann den Energieverbrauch um fünf bis zehn Prozent mindern.

### Weitere Informationen:

[www.virchowbund.de/klima](http://www.virchowbund.de/klima)

## Online zum Job in der Arztpraxis: Virchowbund erweitert Angebot um Stellenbörsen

Rund 75 % aller Arztpraxen haben Schwierigkeiten damit, offene Stellen zeitnah zu besetzen, zeigen Umfragen. Um es Praxisinhabern einfacher zu machen, angestellte Ärzte und MFA zu finden, und umgekehrt, sind auf der Homepage des Virchowbundes ab sofort die reichweitenstarken Online-Stellenbörsen der Karriereportale **praktisch-Arzt.de** und **Medi-Karriere.de** integriert.

Je nach Bedarf lassen sich gezielt Positionen für Ärzte von der Anstellung bis zur

Niederlassung, sowie für MFA und jegliches Praxispersonal finden. Auch die Famulatur-

börse des Virchowbundes listet nun Plätze in ganz Deutschland.

Die neuen Praxis- und Stellenbörsen sind die logische Weiterentwicklung des Verbandsangebotes, das u. a. Muster-Arbeitsverträge für MFA und angestellte Ärzte, Rechtsberatung z. B. zum Arbeitsrecht, Webinare zur Praxisführung und persönliche Betreuung bei der Praxisübernahme und -abgabe umfasst.

Inserate für Famulaturplätze bleiben für Virchowbund-Mitglieder kostenlos. Zudem erhalten sie Preisvorteile bei Stellenanzeigen für Ärzte und MFA.



### Weitere Informationen:

[www.virchowbund.de/personal/stellenboerse](http://www.virchowbund.de/personal/stellenboerse)

## Neue Checkliste schützt vor Ärger bei der Praxisbegehung

Die Ankündigung einer Praxisbegehung versetzt Praxisinhaber und -innen regelmäßig in Aufregung und Angst. Denn bestenfalls raubt sie einfach nur Zeit; schlimmstenfalls drohen Bußgelder und kostspielige Auflagen. Deshalb unterstützt der Virchowbund nun niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit einer umfangreichen Checkliste zur Vorbereitung auf die Praxisbegehung.

In der neuen Checkliste „Praxisbegehung“ präsentieren wir rund 80 Maßnahmen und Tipps – einzeln zum Abhaken und gegliedert nach Bereich:

- › Notwendige Dokumente zum Vorzeigen
- › Arbeitssicherheit und Arbeitsschutz
- › Allgemeine Hygiene und Handhygiene
- › Umgang mit Medikamenten und Medizinprodukten

Eingeflossen sind auch konkrete Rückmeldungen von Mitgliedern, die bereits eine Praxisbegehung erlebt haben. In einer



Praxis wurde beispielsweise beanstandet, dass es keinen „Leiterbeauftragten“ gab, der regelmäßig die Sicherheit sämtlicher kleiner und großer (Tritt-)Leitern überprüft und dokumentiert. Sogar im Wartezimmer oder der Kaffeeküche lauern oft überse-

hene Mängelfallen, vor denen die Checkliste rechtzeitig warnt.

Die Checkliste „Praxisbegehung“ ist Teil des Serviceangebots des Verbandes. Ergänzt wird es zum Beispiel durch Vorlagen für die Dokumentation der Sterilisation, Notfallpläne und Unterweisungsnachweise oder auch Musterverträge für die betriebsärztliche Betreuung. Mitglieder im Virchowbund können sich umfangreiche Unterstützung holen, für die Praxisbegehung ebenso wie für den Alltag in der Niederlassung.

### Weitere Informationen:

[www.virchowbund.de/praxis-knowhow/praxis-gruenden-und-ausbauen/praxisbegehung](http://www.virchowbund.de/praxis-knowhow/praxis-gruenden-und-ausbauen/praxisbegehung)



**Virchowbund - Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte**

Die GOÄ 849 kann bei einer psychotherapeutischen Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen eingesetzt werden. Die Behandlung muss mindestens 20 Minuten dauern.

Die „psychotherapeutische Behandlung“ der Nr. 849 ist als eigenständige „kleine Psychotherapie“ abgrenzt von der „großen Psychotherapie“ nach den Ziffern 860 ff.

Die Nr. 849 GOÄ kann daher nicht nur im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung, sondern auch sonst für psychotherapeutische Leistungen angerechnet werden, die nicht nach den Ziffern 860 ff. berechnungsfähig sind.

Eine bestimmte Methode schwerer Nr. 849 handelt nicht von. Dargestellt können z. B. Logotherapie und Hypotherapie nach der Nr. 849 benannt werden.

Mehr Details zur #RichtigemHilfsleistung-DuZi? [https://www.virchowbund.de/duzi](#)

**NR 849 GOÄ**

**Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen („kleine Psychotherapie“)**

Verbale Intervention zur

- Bewältigung einer akuten Krisensituation
- Symptombeseitigung oder -milderung
- Einsicht in die Notwendigkeit einer umfassenderen psychotherapeutischen Behandlung

**230 PUNKTE**

Wo Sie die Ziffer anrechnen, erklären Sie unter [www.virchowbund.de/duzi](https://www.virchowbund.de/duzi)

**Virchowbund - Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte**

Kein Wort zu #Fachärztemangel, Infobros, Energiekosten, Statistiken, Adressen und Diskussionen verfügbar.

So reagieren die Krankenkassen auf derzeitige Forderungen der #Praxisärzte:

Wie so oft. Und trotz Finanzluts im Haushalt.

Krankenkassen verhalten nicht ihr eigenes Geld, sondern das der Versicherten. Es ist sicher nicht im Sinn der Versicherten, die Ärzten deutschlandweit Kaputtzuschauen.

Zu den Hintergründen <https://teildigitaljournal.de>

Praxisarzt #Hausarzt #GK #PraxisNot #PraxisKollaps

**„Statt 1,65 Mrd. Euro Defizit gab es 451 Mio. Überschuss für die Krankenkassen. Trotzdem trocken die GKV die Ambulante Medizin aus.“**

**Virchowbund**



**Virchowbund - Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte**

So geht es nicht weiter.

#Praxisärzte stehen seit Längerem unter enormem Druck - bei Kosten, #Arbeitsmangel, Arbeitsbedingungen.

Darum startet der Virchowbund mit 9 Verbänden die Kampagne #PraxisInNot!

Auf der Kampagnen-Website [www.praxisinnot.de](https://www.praxisinnot.de) sind die Forderungen und Lösungen zusammengetragen.

Hintergründe zur Kampagne erklärt die Pressemitteilung <https://www.virchowbund.de/press>

Virchowbund - Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte  
 Bundesverband der niedergelassenen Gastroenterologen  
 Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpFÄ)  
 Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BDD) e.V.  
 BDDF  
 PVS - Verband der Privatrechtlichen Versicherungsärzte  
 Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte  
 Verband der medizinischen Fußärzte  
 Verband der niedergelassenen Chirurgen  
 Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädiatrie

**PRAXIS IN NOT**

**Virchowbund - Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte**

Immer mehr Ärzteverbände unterstützen die Kampagne #PraxisInNot. Neu dabei:

- ↳ Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDNR)
- ↳ Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM)

Die Zeit ist reif für lautstarken Protest gegen den #PraxisKollaps. Die Forderungen von #PraxisInNot gehen noch weiter als jene der KfV.

Termine, Infos und Protest-Material: gibt es hier: <https://www.praxisinnot.de>

#arzt #ärzte #arztpraxis #hausarzt #facharzt #krise #demonstration #protest #kampagne #gkv #krankenkassen #patienten #medizin #gesundheitswesen #deutschland



**Virchowbund - Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte**

Veranstaltungen im Rahmen der Niederlassung - Modul 4

Mittwoch, 30. August 2023 18:30 - 20:00

Online-Seminar: Verordnen ohne Regress Teil 1: Arzneimittel und Verbandmittel

Was sind die rechtlichen Grundlagen für die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln (Bsp und verständlich)?  
 Wie geht die #Schuldtüberprüfung?  
 Und wie umgehen Sie Regress?

Unsere Referentin Margarete Puchmann stellt auf Basis für Virchowbund-Mitglieder und Kollegen.

Mehr Seminare: <https://www.virchowbund.de>

#PraxisInNot #PraxisKollaps #PraxisNot #PraxisKollaps #PraxisKollaps #PraxisKollaps #PraxisKollaps

**Verordnen ohne Regress**

Teil 1: Arzneimittel und Verbandmittel

30.8.2023 18:30 Uhr



**Virchowbund - Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte**

Steht bei Ihnen eine #Praxisbegehung an?

Speziellere jetzt sollten Sie sich über diese Punkte Gedanken machen:

- Ist Ihre CM-Dokumentation aktuell?
- Zeichnen Sie die Arbeitszeiten Ihrer Mitarbeiterinnen auf?
- Dokumentieren Sie Schulungen für Ihre Mitarbeiterinnen?
- Können Ihre LMA die korrekten Abläufe bei Dienstfahrten und Dienstreisen demonstrieren?
- Haben Sie einen Betriebsrat?

Dann sind Sie schon einmal gut aufgestellt.

Aber: Jeder prüft die Ämter auch mal anders Details, an die Praxisleiter nicht immer denken, z. B. Wasagen, Leitern, Fallrechner.

Mit unserer #Checkliste sind Sie optimal vorbereitet: <https://www.virchowbund.de/duzi>

#PraxisInNot #PraxisKollaps #PraxisKollaps #PraxisKollaps #PraxisKollaps #PraxisKollaps




**zdfheute**  
Forderung des Virchowbunds  
Ärzteverband: Praxen nur an vier Tagen  
öffnen  
04.01.2023 16:08 Uhr

**aerzteblatt.de**  
Virchowbund: Proteste gegen Spargesetz notwendig

**ÄrzteZeitung** Springer Medizin  
Viel Kritik an Lauterbachs Spargesetz  
Heinrich: „Niemand kann die Rücknahme  
der Neupatientenregel wollen“

**Handelsblatt**  
Kassenärzte schicken Brandbrief an  
Kanzler Scholz

**ÄrzteZeitung** Springer Medizin  
„Bundeskrankenhausminister“  
Virchowbund wirft Lauterbach  
„ambulante Blindheit“ vor

**Virchow | zdf**  
Praxisbegehung – Tipps und häufige  
Mängel  
ne Dosis Wissen

**aerzteblatt.de**  
Virchowbund wehrt sich gegen Mythen zum Einkommen

**Berliner Zeitung**  
Finanzinvestoren greifen nach Arztpraxen in Berlin

**apotheker adhoc**  
Virchowbund: Lauterbach gefährdet  
Gesundheitskiosk

**Frankfurter Allgemeine**  
MEDIZINERBUND FORDERT  
Arztpraxen nur noch vier Tage pro Woche  
öffnen

**Medscape**  
Streit um versäumte Arzttermine: Jeder 4. online  
vereinbarte Termin wird nicht wahrgenommen –  
hilft eine Säumnisgebühr?

**RHEINISCHE POST**  
Vier-Tage-Woche für Ärzte sorgt  
für Druck

**BADISCHE**  
NEUESTE NACHRICHTEN  
BNN • Aktionstag geplant  
Ärzte wehren sich gegen  
Ampel-Sparmaßnahmen

**WirtschaftsWoche**  
„Praxen vor dem Kollaps“:  
Warum die Ärzte gegen  
Lauterbach rebellieren

ILLUSTRATION: LYUDMILA KHARLAMOVA - SHUTTERSTOCK

**Bremer Nachrichten**  
**Ärzte fordern Strafgebühr**  
Berufsverband beklagt: Jeder fünfte Patient lässt Termine ohne Absage verfallen  
05.04.2023

**aerzteblatt.de**  
**Ärzteverbände starten Kampagne „Praxis in Not“**

**Saarbrücker Zeitung**  
**„Lauterbach ist schlicht inkompetent“**  
13.02.2023

**TAGESSPIEGEL BACKGROUND**  
TERMINVERGABE  
**Heinrich wirft FDP Verrat an Freiem Arztberuf vor**

**ntv** RESSORTS SPORT BÖRSE WETTER VIDEO AUDIO  
**Kostendruck und Personalmangel**  
**Ärzteverband fordert Praxen zu Vier-Tage-Woche auf**

**aerzteblatt.de**  
**Virchowbund: Niedergelassene bei Digitalisierung stärker einbeziehen**

**TAGESSPIEGEL BACKGROUND**  
**Praxisärzte wollen 15 Prozent mehr**

Heinrich im Interview  
**„Wir brauchen das Geld jetzt – und nicht irgendwann“** **änd**  
Ärztenschaftsbund



**monitor VERSORGUNGS FORSCHUNG**  
**Sinkende Zahlen bei MFA-Ausbildung deuten drohenden Versorgungsengpass an**

**nd JOURNALISMUS VON LINKS**  
**Investoren auf das Praxisschild**

**aerzteblatt.de**  
**Virchowbund: Proteste gegen Spargesetz notwendig**

**SWR»**  
**Geschäftsmodell Gesundheit: Warum Investoren Arztpraxen kaufen**

**ÄrzteZeitung** Springer Medizin  
**Virchowbund zu Arzt-Honorarverhandlungen: Punktwert soll um 15 Prozent rauf**

**SPIEGEL Wirtschaft**  
»Enormer Kostendruck«  
**Ärzteverband will Praxen nur noch vier Tage pro Woche öffnen**

# NACHRUF



## Dr. med. Dr. med. vet. Rainer Broicher (1965 – 2022)

**Der Virchowbund trauert um Dr. Dr. Rainer Broicher, der im Alter von 57 Jahren in Köln verstarb.**

Der HNO-Arzt und langjährige Funktions-träger im Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wurde am Rosenmontag 1965 geboren. Er studierte zunächst Tiermedizin an der Tierärztlichen Hochschule Hannover und anschließend Humanmedizin an den Universitäten Hamburg und Bonn. In beiden Fächern promovierte Broicher.

Nach absolvierter Facharztprüfung ließ er sich im Jahr 2001 in Köln-Mülheim nieder. Seit 1995 war er Mitglied im damaligen NAV, dem heutigen Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Wie sein Vater, der bekannte Kölner HNO-Arzt Dr. Dr. Franz-Josef Broicher (1926 – 2016), engagierte er sich berufspolitisch auf vielen Ebenen.

Im Virchowbund führte er den Arbeitskreis Junger Ärzte, war bis zuletzt in der Landesgruppe Nordrhein Mitglied des Vorstandes und Delegierter zur Bundeshauptversammlung. Von 2006 bis November dieses Jahres war er Mitglied des Bundesvorstandes.

Auch nach seinem schweren Unfall im Jahr 2013, der ihn in den Rollstuhl zwang, blieb Broicher weiterhin berufspolitisch aktiv, baute sein Engagement sogar noch aus: Er wurde in der Behindertenarbeit tätig und etablierte sich als erfolgreicher Mundmaler.

Seine Kraft und Zuversicht schöpfte er aus seinem katholischen Glauben und aus seiner tiefen Verwurzelung im Kölner Karneval.

Dr. Dr. Rainer Broicher starb in der Nacht zum Nikolaustag 2022 in Köln.

Der Virchowbund trauert mit seiner Ehefrau, seinen drei Töchtern, seinen Angehörigen, Freunden und Weggefährten. Dr. Dr. Rainer Broicher wird für den Virchowbund immer ein Vorbild sein. Der Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wird ihm ein ehrenvolles Andenken bewahren.

# #KURZ UND KOMPAKT

Nachrichten für Mitglieder des Virchowbunds



## Management ist Chefsache! So sichern Sie Ihre Managementpflichten ab

An die Geschäftsführung von Unternehmen und Praxen werden Anforderungen gestellt, die je nach Unternehmensart und -größe variieren. Daraus ergeben sich für Inhaberinnen, Inhaber und Geschäftsführungen Managementpflichten. Wir haben Lösungen im Hinblick auf die Absicherung von Management-Risiken und Vermögensschäden.

## Haftpflicht für Vertragsärzte ist obligatorisch – was heißt das konkret?

Das 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 fünf Prozent angekündigt. 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

**Virchowbund**

Verband der niedergelassenen Ärztinnen und 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](mailto:info@virchowbund.de)

[www.virchowbund.de](http://www.virchowbund.de)