

Jahresbericht
2025



Wir freuen
uns auf **Ihren
Besuch!**

Zeit für Sie – und Ihre Ziele

Pläne verwirklichen und Freiräume schaffen – auf dem Weg zu Ihren eigenen Zielen, braucht es einen Partner, der diese Herausforderungen kennt.

Seit über 120 Jahren unterstützt die apoBank Heilberuflerinnen und Heilberufler dabei, ihrer Berufung zu folgen um das zu erreichen, was für sie wirklich zählt.

Was auch immer Sie bewegt – sprechen Sie mit uns!

Filiale Berlin | Kantstr. 129 | 10625 Berlin

➤ apobank.de/berlin



Bank der Gesundheit

VORWORT

Ziellos. So könnte man getrost große Teile der Reformvorhaben in der Gesundheitspolitik der letzten Jahre beschreiben. Dieses Urteil passt aber auch auf die Art und Weise, wie Patienten sich bislang innerhalb der Versorgung bewegen.

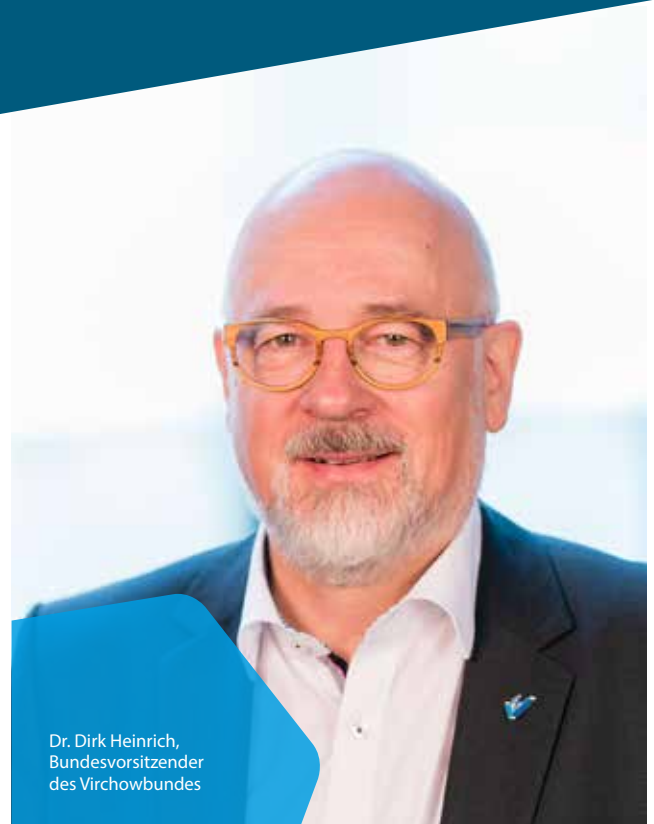
Steuerung? Fehlanzeige. Klar definierte Versorgungspfade? Schön wäre es. Sinnvolle Begrenzung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen? Nicht mehr als ein frommer Wunsch.

Immerhin: Spätestens seit der Virchowbund das Thema Patientensteuerung auf der Bundeshauptversammlung 2024 (siehe Seite 30) zum Fokus gemacht und im Grundsatzprogramm „Versorgung 2040“ (siehe Seite 18) konkrete Vorschläge gemacht hat, wie ein Koordinationsarztmodell aussehen könnte, diskutiert Deutschland über das Ob, Wie und Wer.

Die Steuerung über Hausärztinnen und Hausärzte ist in vielen Fällen sinnvoll, aber nicht in allen. Der Virchowbund plädiert deshalb für ein offeneres System, in dem in bestimmten Konstellationen auch Fachärztinnen und -ärzte die Koordination übernehmen können.

Vor allem aber muss es für die Patienten Vorteile geben, sich steuern zu lassen. Der unbeschränkte Zugang zu allen Haus- und Fachärzten ohne steuernden Koordinationsarzt kann in Zukunft nur noch als Wahltarif möglich sein, mit Aufpreis.

Digitale Ersteinschätzung (z. B. SmED) sollte standardisiert in Notaufnahmen und INZ sowie bei Anruf der 112 und 116 117 zum Einsatz kommen und helfen, die Patienten in die richtige Versorgungsebene zu steuern. Das könnte auch bei jedem Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem Standard werden, nicht nur in Notfällen. Und in den Praxen könnte ein digitaler „Check-in“ vor oder beim Betreten



Dr. Dirk Heinrich,
Bundesvorsitzender
des Virchowbundes

der Arztpraxis (ähnlich wie am Flughafen) vorgeschaltet werden, um die Stammdaten abzugleichen und die Anamnese vorzubereiten. Per Schnittstelle zur ePA könnte das System dann auch erkennen, ob der Patient den Koordinationsarzt aufgesucht hat bzw. eine Überweisung vorliegt.

Wenn wir es schaffen, auf diese Weise das Ärztehopping zu verhindern und die unnötige Inanspruchnahme einzudämmen, haben wir bereits viel gewonnen. Wir entlasten Praxen, Notaufnahmen, Rettungsdienst und Kliniken. Für die Patienten mit tatsächlichem Bedarf bleibt wieder mehr Zeit. Und Termine werden frei, vorausgesetzt, die Budgetierung wird auch für die Fachärzte beendet – die neu aufgebrandete Wartezeiten-Debatte wäre erledigt.

Die Digitalisierung allein wird es jedenfalls nicht richten. Auch wenn das eRezept sich langsam von seinen Kinderkrankheiten befreit – noch immer ist die Digitalisierung des Gesundheitswesens eher behäbig und fehleranfällig. Analoge Prozesse werden in die digitale Welt kopiert, anstatt sie komplett neu zu denken. Mit der TI haben wir ein überkomplexes System, das im Wochentakt Störungen und Ausfälle produziert, digitale Ersatzprozesse fehlen. Die oft beschworenen Effizienzgewinne durch die Digitalisierung lösen sich damit in Luft auf.

Das deutsche Gesundheitswesen in seiner Behäbigkeit tut sich auch schwer mit dem Wandel durch Künstliche Intelligenz (KI), der in einer noch nie gekannten Schnelligkeit abläuft. Fest steht, dass KI

VORWORT

das Potenzial hat, nicht nur die Versorgung, sondern auch das Bild des Arztberufes zu verändern. Unsere neue Arbeitsgruppe „KI und Arztberuf“ wird sich genau damit auseinandersetzen, den Wandel auf die Realität eines Praxisarztes herunterbrechen und den Blick dafür schärfen, wie der Praxisalltag im Jahr 2030 oder 2040 aussehen könnte. Im besten Fall sorgt auch KI dafür, die sprechende Medizin zu stärken und mehr menschliche Zuwendung zu ermöglichen.

Hoffentlich nicht mehr bis 2030 dauert es, endlich die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu reformieren. Schließlich hat der Deutsche Ärztetag nach langem Ringen endlich den Weg dafür frei gemacht (siehe Seite 27). Sowohl die Union als auch die SPD hatten vor der Wahl zugesagt, die GOÄ bei einer Einigung zwischen Ärzteschaft und PKV rasch umzusetzen (siehe Seite 12).

Ebenfalls bis 2030 abgeschlossen sollte die Krankenhausreform sein – neben der Cannabisfreigabe das einzige Großprojekt, das Karl Lauterbach über die Ziellinie gebracht hat, wenn auch mit großen Abstrichen.

Trotz unserer Warnungen ist dabei bislang ein Aspekt unberücksichtigt geblieben: Die Auswirkung der Krankenhausreform auf die ärztliche Aus- und Weiterbildung. Denn die Zahl der Medizinstudi- enplätze bemisst sich aktuell an den Bettenzahlen der Universitäts- klinika. Durch die Umstellung auf tagesstationäre Behandlungen und den Kostendruck wird es zudem zu einer Reduzierung der Weiterbildungsstellen und -inhalte in den Krankenhäusern kommen.

Mit der zunehmenden Ambulantisierung werden auch immer mehr Weiterbildungsinhalte kaum oder gar nicht mehr in den Kliniken er- bracht. Die ambulante Weiterbildung muss daher gestärkt werden. Das bedeutet auch: Sie muss tragfähig finanziert werden. Ärztliche Weiterbildung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Aus der Augenheilkunde wissen wir, was passiert, wenn man das operative Behandlungsgeschehen in den ambulanten Bereich ver- legt, ohne eine Folge- regelung für Strukturen und Finanzierung der fachärztlichen Weiterbildung. So ein Versäumnis führt geradewegs in einen eklatanten Ärztemangel, der mittelfristig auch die Kranken- hausversorgung schwächt.

Wo die Versorgung erodiert, wo die Freiberuflichkeit der Staatsme- dizin geopfert wird, wo die Wartezeiten auf und Wartelisten für Arzt- termine und Behandlungen immer länger werden – dort wird auch die Basis unserer demokratischen Gesellschaftsordnung zerstört. Das spielt jenen politischen Kräften in die Hände, die unsere einst hart erkämpfte Demokratie abschaffen wollen.

Lassen Sie uns das gemeinsam verhindern.

Ihr

Dr. Dirk Heinrich
Bundesvorsitzender des Virchowbundes

IMPRESSUM



Klaus Greppmeir,
Hauptgeschäftsführer

Vorgelegt von der Hauptgeschäftsführung des Virchowbundes, Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V., zur Bundeshauptversammlung 2025.

Virchowbund

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

Redaktionsschluss: August 2025

AUS DEM INHALT

Gesundheitspolitik 6

Krankenhausreform: Ampel macht Wartelistenmedizin zum Alltag	6
Patientensteuerung: Behandeln wir die Falschen?	7
Der Kampf um die Arzttermine	8
Wahlkampf im Winter: kurz, kalt und knapp daneben ...	12
Grundsatzprogramm skizziert notwendige Reformen	18
100-Tage-Sofortprogramm	25
Finanzierung	27

Bundeshauptversammlung 30

Patientensteuerung und Koalitionsbruch	30
Entschließungen	32
Kaspar-Roos-Medaille	36

Organisation 37

Bundesvorstand	37
Landesgruppen	38
Geschäftsstelle	39
Brendan-Schmittmann-Stiftung	40

Aus den Landesgruppen 41

Baden-Württemberg	41
Berlin / Brandenburg	41
Hessen	43
Mitteldeutschland	44
Schleswig-Holstein	45
Westfalen-Lippe	45

Service 46

Webinare werden immer beliebter	46
Wie Praxen mit der Anfrageflut umgehen können	48
Hygiene in Ihrer Arztpraxis: Bauvorgaben für die Räume	50
„Praxiswahnsinn“: Virchowbund zeigt absurde Zustände im Gesundheitswesen auf	52

Kommunikation 54

Nachruf 58

Jenny De la Torre (1954 – 2025)	58
---------------------------------	----

Krankenhausreform: Ampel macht Wartelistenmedizin zum Alltag

Am 7. Dezember 2021 startete die selbst ernannte „Fortschritts-Koalition“ aus SPD, Bündnis90/Die Grünen und der FDP, forthin besser als „Ampel“ bekannt“. 1.065 Tage später, am 6. November 2024, war sie am Ende. Bis dahin hatte sie sich zur unbeliebtesten Nachkriegsregierung entwickelt.

Trotz alledem wurden von der „Ampel“ zahlreiche Projekte und Reformen angegangen. Im Bereich der Gesundheitspolitik wird dabei wohl die Krankenhausreform im Gedächtnis bleiben. Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte keine gute Nachricht, denn die Ergebnisse dieses Reformvorhabens waren nicht nach dem Geschmack der Praxisärzte.

„Statt Doppel-Wumms geht es mit Vollgas in die Wartelistenmedizin“, kommentierte der Virchowbund. Mit den Beschlüssen, die Krankenhäuser für die haus- und fachärztliche ambulante Versorgung zu öffnen, zugleich die Möglichkeiten für ambulante Operationen zu begrenzen, und den niedergelassenen Haus- und Fachärzten die Entbudgetierung zu verweigern, sind alle Chancen für eine notwendige Reform und Umstrukturierung des Gesundheitswesens verspielt worden.

Schutzzäune für die Krankenhäuser

Um die Krankenhausreform als einziges vermeintlich zentrales Vorhaben der Ampel-Koalition durchzuboxen, wurden der Krankenhausgesellschaft und den Bundesländern weitreichende Zugeständnisse bei der ambulanten Öffnung der Kranken-

häuser für die haus- und fachärztliche Versorgung gemacht. Zugleich wurden die Potenziale bei der Weiterentwicklung der Hybrid-DRG eingeschränkt und dadurch die Schutzzäune für die Krankenhäuser erhöht.

Dass diese Entscheidungen zu Lasten der ambulanten Strukturen gehen, liegt auf der Hand: Dieser Bereich ist und bleibt unterfinanziert und budgetiert. Nun konkurrieren niedergelassene Haus- und Fachärzte mit Krankenhausstrukturen, die zudem mit der staatlichen Investitionskostenfinanzierung einen wirtschaftlichen Vorteil genießen.

Schon heute ist klar, dass in Gegenden, wo zu wenige Ärzte niedergelassen sind, auch im Krankenhaus Ärzte fehlen und stationäre Behandlungskapazitäten nicht

ausreichen werden. So werden noch mehr Patienten in eine weiter ausgedünnte und unterfinanzierte ambulante Versorgung wechseln. Die Folge wird eine gravierende Wartelistenmedizin sein, die heute schon in vielen Bereichen und Gegenden zu beobachten ist.

Chance vertan

Das Gesundheitswesen steht an einem Wendepunkt: Die Herausforderungen durch Demografie, Fachkräftemangel, medizinischen Fortschritt und nicht nachhaltige Finanzierung sind groß. Die Ampel hat aber alle Chancen vertan, in den zurückliegenden drei Jahren die notwendigen und richtigen Entscheidungen für Strukturveränderungen einzuleiten.

Diese lagen von Anfang an in einer echten Ambulantisierung, also der Stärkung der bestehenden ambulanten Strukturen, der Reform von teuren und überkapazitären Krankenhausstrukturen und der



COPYRIGHT: ADOBESTOCK

Schaffung einer ausreichenden und nachhaltigen Finanzierung.

Für den Scheinerfolg einer vermurksten Krankenhausreform nehmen der Gesund-

heitsminister und die Ampel-Koalitionäre den weiteren Verfall des ambulanten Gesundheitswesens in Kauf. Die Folgen sind heute schon spürbar und sie werden im

Zeitraffer zunehmen: lange Wartezeiten auf Haus- und Facharzttermine sowie eine Wartelistenmedizin, wie man sie heute aus Großbritannien kennt.

Patientensteuerung: Behandeln wir die Falschen?

Nur zwei Tage nach dem Ampel-Aus traf sich das gesundheitspolitische Berlin bei der Bundeshauptversammlung des Virchowbundes. Neben der Aufarbeitung der gescheiterten Koalition ging es vor allem um die Frage, wie Patienten besser durch die Versorgung gesteuert werden können. Ein „Facharzt für Koordination“ könnte die Lösung sein. Auch Zuzahlungen könnten nötig werden.

Gesundheitswesen sichert die Demokratie

Mehr Menschen, die Versorgung benötigen und weniger finanzielle Mittel dafür pro Kopf – das geht nicht mehr lange gut. Dazu die anrollende Ruhestandswelle bei den Ärzten der Babyboomer-Generation, befeuert durch großen Frust über die Gesetzgebung der letzten Jahre.

Das ist für die Demokratie in Deutschland gefährlich. Denn Gesundheitsversorgung ist Daseinsfürsorge. Wo sie wegbreicht, haben es demokratiefeindliche Kräfte leichter, ihr Gift zu verbreiten.

Aber wie bringt man Patienten im Dschungel des Gesundheitswesens dorthin, wo ihnen zielgerichtet geholfen wird? Wie verhindert man, dass Patienten mit ihrem Problem von Arzt zu Arzt wandern, überall Kosten auslösen und Ressourcen binden, während andere lange auf Termine warten? Wie kriegt man das Problem mit „no shows“ in den Griff, also Termine, die die Patienten nicht wahrnehmen, aber auch nicht absagen, sondern einfach verfallen lassen?

„Koordinationsarzt-Modell“ bringt Vorteile für Patienten

In der Regelversorgung plädieren die Hausärzte und Fachärzte im Virchowbund

für ein „Koordinationsarzt-Modell“ (siehe Grundsatzprogramm, Seite 18). Jeder Patient hat darin einen koordinierenden Arzt, der den Patienten bei Bedarf an weitere Ärzte überweist. In den meisten Fällen, speziell bei multimorbiden Patienten, übernimmt der Hausarzt die Koordination. Doch auch Fachärzte können als Primärarzt in Frage kommen, z. B. Gynäkologen bei grundsätzlich gesunden jungen Frauen oder ein Augenarzt bei einer singulären Augenerkrankung.

Patienten, die sich steuern lassen, haben davon einen Mehrwert. Sie sind zufriedener und die medizinische Versorgung ist besser, berichtete Prof. Josef Hecken, der Unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in seinem Impulsvortrag „Behandeln wir die Richtigen?“ auf der Bundeshauptversammlung des Virchowbundes.

Freie Arztwahl in Zukunft nur mit Zuzahlung

Damit Patienten bei der Steuerung mitmachen, müssen sie auch einen finanziellen Vorteil davon haben. Der Virchowbund schlägt vor, die Einsparungen durch die Patientensteuerung an die Patienten weiterzugeben: Nämlich, indem diese einen geringeren Beitrag zahlen als ungesteuerte Patienten.

Oder anders gesagt: Wer die Steuerung ablehnt, muss einen teureren Wahltarif bei seiner Krankenkasse buchen. Das Recht auf freie Arztwahl bleibt bestehen, kostet aber etwas mehr. So wird die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten gestärkt.

Steuerung funktioniert nur mit Haus- und Fachärzten gemeinsam

Die Erfahrung mit primärärztlichen Einschreibemodellen aus Baden-Württemberg und anderen Regionen zeigt: Erfolgreich waren die Projekte dort, wo die Hausarztverträge mit Facharztverträgen für Überweisungen und ähnliches kombiniert wurden. Die unangemeldeten, unkontrollierten Facharztbesuche gingen deutlich zurück, auch die Zahl der Arzneimittelverordnungen, Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustage sank. Der Chef des G-BA ist begeistert: „Unterm Strich hat sich die Mehrvergütung, die wir hier an die Primärärzte und die weiterbehandelnden Fachärzte bezahlt haben, mehr als amortisiert.“

Eine hausarztzentrierte Versorgung (HzV) als reines Hausarztmodell würde scheitern, ist auch der Bundesvorsitzende des Virchowbundes, Dr. Dirk Heinrich, überzeugt. „Das können Hausärzte gar nicht mehr leisten, dafür gibt es mittlerweile einfach zu wenige.“ Nur die Kombination mit Facharztverträgen machte die HzV in Baden-Württemberg erfolgreich. „Das ist auch DNA des Virchowbundes: Haus- und Fachärzte arbeiten zusammen, und dann fluppt's!“

Über Zuzahlungen nachdenken

Mit einem Primärarztmodell allein ist es aber noch nicht getan. Weitere Strukturveränderungen müssen her, auch in der Notfall- und stationären Versorgung bzw. am Sektorenübergang.

Prof. Josef Hecken brachte im Gespräch mit Heinrich als Maßnahme auch Zuzahlungen für Patienten ins Spiel. Hecken, der sich selbst als starken Raucher bezeichnet, sagte: „Wenn man Tabak mit einer Sonderabgabe in Höhe von 10 Euro belegen würde, hätte man im Jahr 8 Mrd. Euro mehr; beim Schnaps hätte man noch einmal 5 Mrd. Euro. Das ist ein Beitragssatzpunkt. Für einen Beitragssatzpunkt kann ich viele Patienten versorgen!“



Prof. Josef Hecken (G-BA)

Der Kampf um die Arzttermine

Im Zusammenhang mit der Patientensteuerung entstand 2025 eine Diskussion um Arzttermine, die teils absurde Züge annahm.

So stach der GKV-Spitzenverband zu Jahresbeginn mit einer Forderung hervor, alle Praxisärzte zu einer digitalen Terminvergabe zu verpflichten. Darauf konterte der Virchowbund umgehend: „populistisch und wirklichkeitsfremd!“ Denn auch das beste digitale Terminbuchungstool kann in einem budgetierten System nicht mehr Arzttermine produzieren als vorhanden sind.

„Es ist erschreckend, dass die Krankenkassen mit ihrem Vorschlag am liebsten direkt in die Terminvergabe jeder einzelnen Praxis eingreifen möchten. Kein Arzt hat dann mehr die Hoheit, welche Termine er vergibt. Am Ende kann ein Arzt nicht einmal mehr seinen eigenen Patienten in der Praxis genug Termine anbieten, weil sie schon von Dritten vergeben wurden“, kritisierte Dr. Heinrich, Bundesvorsitzender des Virchowbundes und niedergelassener HNO-Arzt, den Vorschlag. „Das macht aus

dem Vertragsarzt einen Staatsmediziner.“

Der Virchowbund lehnt Eingriffe in die berufliche Freiheit als Arzt und in die Eigentumsverhältnisse von Praxisinhabern kategorisch ab.

Technische Verbesserungen bei der Art der Terminvergabe sind nice to have, lösen aber nicht die grundsätzlichen Probleme. Gerade digital vereinbarte Termine haben die höchste No-Show-Rate. Rund 20 bis 30 Prozent dieser Termine verfallen, ohne von Patienten im Vorfeld abgesagt worden zu sein.

Wahre Ursachen für Terminknappheit beseitigen

Die Kassen haben die Stellschrauben für schnelle und direkte Behandlungstermine selbst in der Hand, indem sie die Ursachen für die Terminknappheit bei Fachärzten wie auch Hausärzten beseitigen:

1. Budgets abschaffen: Werden alle Termine von GKV-Versicherten endlich zu 100 Prozent bezahlt, können Arztpraxen auch wieder ihre Kapazitäten für mehr Terminangebote ausbauen. Ärzte über 60 Jahren würden so motiviert, länger berufstätig zu bleiben; angestellte Ärzte hätten einen finanziellen Anreiz, neue Praxen zu gründen und als Selbstständige mehr als 40 Wochenstunden zu arbeiten.
2. Patienten steuern: Ärztehopping und unnötige Arzttermine müssen vermieden werden; steuernde Maßnahmen wie Primärarzt-Boni, Terminsperren und Ausfallgebühren würden dazu führen, dass ohnehin knappe Termine nicht leichtfertig verschwendet werden.
3. Praxisteamen entlasten: Bagatellogrenzen bei Krankenkassen-Anfragen und andere Maßnahmen zum Bürokratieabbau würden mehr Arztzeit für die Versorgung statt für die Verwaltung freimachen.

Kassen wollen Ärzte faktisch enteignen

Doch das Kassenlager lässt nicht locker: Wenige Monate später forderten die Kassen verpflichtende Mindestkontingente an Terminen, die sie idealerweise selbst vergeben möchten. Dies offenbart ein völlig falsches Verständnis über Eingriffsmöglichkeiten in unternehmerisch organisierte Arztpraxen:

Arztpraxen in Deutschland sind wirtschaftliche Unternehmungen. Sie werden in der Regel von einem Arzt oder einer Ärztin betrieben, die u. a. einen Vertrag mit dem System der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) haben und deshalb Vertragsärzte sind. Die Vertragsarztpraxis gehört den Eigentümern und nicht den Krankenkassen oder dem Staat.

Die Pflichten einer Vertragsarztpraxis beinhalten 25 Stunden Tätigkeit für GKV-

Versicherte als Sprechzeiten und Hausbesuche. Bis zu 13 Stunden Nebentätigkeit bei einem vollen Kassenarztsitz und 26 Stunden bei einem halben sind nach höchststrichterlichen Entscheidungen möglich. Diese werden häufig zur Behandlung von Selbstzahlern (z. B. Privatpatienten) genutzt. Die Art der Nebentätigkeit ist für den Praxisarzt frei. Wer Kontingente für GKV-Versicherte zwangsweise vorschreiben will und damit faktisch jede andere berufliche Tätigkeit einschränkt, will die Vertragsärzte enteignen und macht aus dem Praxisarzt einen Staatsmediziner.

Virchowbund prüft Verfassungswidrigkeit

Deshalb sind Zwangseingriffe in die Terminorganisation und gesetzlich vorgegebene Kontingente für GKV-Versicherte ein Angriff auf die selbst verantwortete,

freie unternehmerisch-wirtschaftliche Tätigkeit des Vertragsarztes und daher allem Anschein nach verfassungswidrig. Der Virchowbund wird derartige Vorhaben deshalb auch verfassungsrechtlich prüfen und nötigenfalls vor das Verfassungsgericht in Karlsruhe ziehen.

Um auf dieses eklatante Missverständnis von Politik und Krankenkassen hinzuweisen, hat der Virchowbund ein Factsheet erstellt (siehe S. 10), das Hintergründe und Erläuterungen zum Thema Wartezeiten auf Arzttermine, die tatsächlichen Ursachen und die Folgen von weiteren Eingriffen in die Terminorganisation von Arztpraxen zusammenfasst.



Für Patienten wird es immer schwerer, an Arzttermine zu kommen

FACTSHEET:**Die Wahrheit zur angeblichen Bevorzugung von Privatpatienten bei Arztterminen****FAKT 1****Eigentumsverhältnisse und Berufsfreiheit**

Arztpraxen in Deutschland sind **wirtschaftliche Unternehmungen**. Sie werden in der Regel von einem Arzt oder einer Ärztin oder einer unternehmerischen Gemeinschaft von Ärztinnen und Ärzten in unterschiedlichen Rechtsformen (z. B. BAG in Form einer GbR, GmbH, PartG) verantwortet und sind in deren Eigentum. Zur Gründung einer Praxis nimmt der Eigentümer Kredite auf, finanziert Personal und betreibt die Praxis auf sein eigenes **persönliches und wirtschaftliches Risiko**. Diese **Praxen gehören weder den Gesetzlichen Krankenkassen noch dem Staat**.

Viele Ärzte bemühen sich gleichzeitig mit der Gründung einer Praxis um einen sogenannten Kassenarztsitz, um Zugang zu den Kassenpatienten zu erhalten. Sie werden **Vertragsarzt**. Damit übernehmen sie bestimmte Verpflichtungen, die sich aus diesem Vertrag mit den Gesetzlichen Krankenkassen ergeben. Dazu gehört unter anderem die Abhaltung von 25 Wochenstunden Sprechstunden, einschließlich Hausbesuche. Bei Übernahme eines Kassenarztsitzes akzeptieren Vertragsärzte auch die Tätigkeit in Vollzeit. Allerdings ist auch Teilzeit möglich (d. h. dreiviertel oder halbe Kassenarztsitze).

Das Bundessozialgericht hat klar definiert, dass **13 Wochenstunden Nebentätigkeit** bei Vollzeittätigkeit als Kassenarzt und 26 Stunden bei Teilzeittätigkeit (halber Kassenarztsitz) als Arzt **erlaubt** sind.

Der Arzt oder die Ärztin ist also frei, nach Erfüllung der kassenärztlichen Verpflichtungen, in der Praxis 13 Wochenstunden für die ärztliche Berufsausübung zu gestalten. In dieser Zeit kann der Arzt oder die Ärztin auch Privatpatienten in der Praxis behandeln.

FAKT 2**Verhältnis von Privat- zu Kassenpatienten**

Typischerweise haben Kassenarztpraxen maximal 10 % Privatpatienten. Rechenbeispiel: 25 Wochenstunden Sprechstunde für Kassenpatienten und 13 Wochenstunden Sprechstunde für Privatpatienten würde bedeuten: 65 % der Termine stehen für Kassenpatienten und 35 % Termine für Privatpatienten zur Verfügung. Hat man aber nur 10 % Privattermine, bleiben 90 % Termine für die Kassenpatienten. **Damit stellen Praxisärzte Kassenpatienten in der Regel mehr Termine zur Verfügung, als ihnen in der Vertragsarzttätigkeit eigentlich zusteht.** Es ist aber auch mathematisch logisch, dass Privatpatienten schneller Termine bekommen als Kassenpatienten.

Ein Arzt oder eine Ärztin kann in Deutschland auch eine Praxis aufmachen, ohne eine Kassenarztzulassung anzustreben. Das sind dann **reine Privatpraxen**. Hier bekommen Kassenpatienten überhaupt keine Termine. Betrachtet man das gesamte Gesundheitssystem, führt das dazu, dass Privatpatienten auch hierdurch insgesamt schneller Termine erhalten.

FAKT 3 Budgetierung

Krankenkassen und Politik wollen die Leistungen von Fachärzten mit dem Instrument der **Budgetierung** begrenzen. Diese Politik hat Erfolg. Im Durchschnitt werden 10-25 % der fachärztlichen Leistung derzeit nicht bezahlt. Diese Leistungen werden jetzt zunehmend auch nicht mehr erbracht, weil sich kein Arzt mehr leisten kann, Leistungen zu erbringen, die nicht bezahlt werden.

Das bedeutet, dass auch 10-25 % der Kassenpatiententermine frei bleiben. Auf diese können dann Privatpatienten zugreifen. Auch das führt dazu, dass schneller Termine für Privatpatienten zur Verfügung stehen.

FAKT 4 Politische Heuchelei

Privatpatienten und ihre Termine sind immer nur bei Kassenarztpraxen ein Thema. Da wittern manche Politiker Ungerechtigkeiten. Die gleichen Politiker finden es aber völlig in Ordnung, dass **in staatlichen Krankenhäusern Chefärzte Privatsprechstunden abhalten** dürfen, obwohl sie doch ihre volle Arbeitskraft dem Krankenhaus schulden. Da die Krankenhäuser kräftig mitverdienen, blenden diese Politiker hier ihre Gerechtigkeitsbedenken plötzlich aus.

Zusammenfassung

Wartezeiten sind ökonomische Kennzeichen einer **Verknappung** des Angebots bei gleichzeitigem Anstieg der Nachfrage. Die Ursachen:

- › Abschlüge bei der Vergütung in den Praxen, die so genannte Budgetierung. Dadurch sind die Praxen gezwungen, ihr Angebot einzuschränken
- › Eine überhöhte und ungesteuerte Nachfrage durch den freien Zugang zu allen Haus- und Facharztpraxen sowie durch das politische Versprechen einer Rundum-Sorglos-Versorgung
- › Nachfragezuwachs durch digitale Terminvergabe und dadurch verursachte Doppel- und Mehrfachbuchung von Terminen sowie rapide Abnahme der Termintreue („Terminschwänzer“)
- › Eine hohe Nachfrage durch eine Zunahme der GKV-Versicherten bei gleichzeitiger Steigerung der Krankheitslast (Morbidität) durch Überalterung
- › Reduktion des Angebotes (Zahl der Praxisärzte) durch rund 6.000 freie Arztsitze, die wiederum nicht besetzt werden, weil die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (Budgetierung) verunsichern



Kassenpatienten erhalten bereits mehr Termine als ihnen rechnerisch zustehen

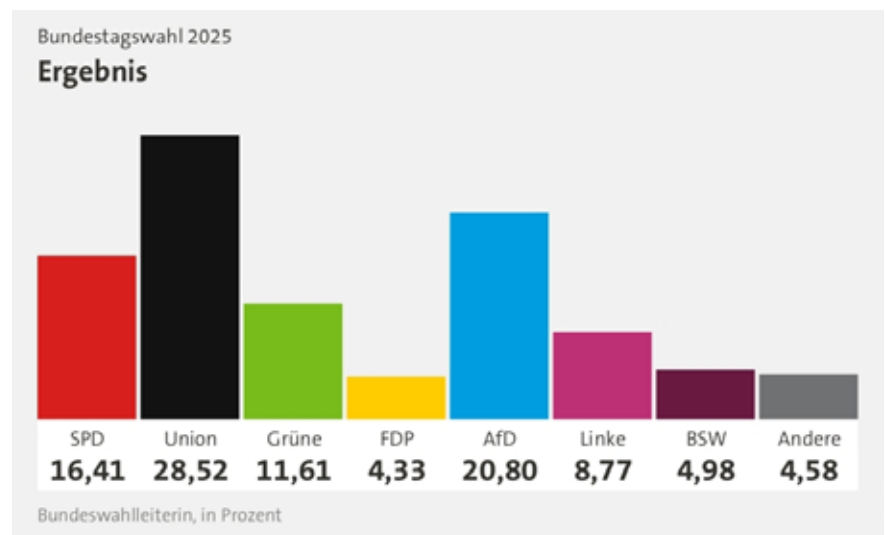
Wahlkampf im Winter: kurz, kalt und knapp daneben ...

Nach dem Ampel-Aus im November 2024 folgte einer der kürzesten Wahlkämpfe in der Bundesrepublik – ausgerechnet im Winter. Die Gesundheitspolitik spielte dabei nur eine Nebenrolle, außer bei den Parteien, deren Profilschärfung sich rund um soziale Gerechtigkeit dreht.

Mitte Dezember stellten SPD und Bündnis90/Die Grünen ihre Wahlprogramme mit deutlichen Überschneidungen vor. Die Reaktion des Virchowbundes ließ nicht lange auf sich warten: „Die Wahlprogramme von SPD und Grünen zur ambulanten Gesundheitsversorgung gehen in erschreckender Weise an der Realität vorbei. Keines der echten Probleme der ambulanten Versorgung wird darin aufgegriffen, stattdessen wird vollmundig eine Termingarantie versprochen, sollen Sprechzeiten ausgeweitet und den Praxen Vorschriften bei der Behandlung von Privatpatienten gemacht werden. Die echten Probleme – Steuerung des Patienten, Budgetierung, Fachkräftemangel in den Praxen und die unzulängliche Digitalisierung – werden mit keiner Silbe erwähnt. Dies ist politische Realitätsverweigerung und eine Abschreckung sowohl für den ärztlichen Nachwuchs als auch für die Praxisärzte von heute. Es wird deutlich, was von einer Gesundheitspolitik von SPD und

Grünen zu erwarten ist: Ein reines ‚Wünsch dir was‘ ohne entsprechende Finanzierung und ein Praxis-Gängelungs-Gesetz mit der Entmündigung von Praxisärzten bei deren Terminvergabe. Aus selbstständigen, freiberuflichen Ärztinnen und Ärzten sollen künftig gelenkte Staatsmediziner werden.

Stattdessen ist ein Praxisstärkungsgesetz überfällig, das den missglückten Reformen im Krankenhausbereich einen starken ambulanten Bereich zur Seite stellt. Wenn ambulant vor stationär ernst gemeint ist, müssen die Potentiale der Praxen ausgeschöpft und dieser Bereich gestärkt werden. Dazu gehört die überfällige Entbudgetierung der Haus- und Fachärzte, eine bessere Steuerung des Patienten und eine entsprechende Notfallreform.“



Ärzte als Politiker: 4 Kandidaten, 5 Fragen

Die Kinderärztin Nezhahat Baradari (SPD), der Zahnarzt Christian Bartelt (FDP), der ehemalige Klinikchef und Neurologe Prof. Dr. Armin Grau (Bündnis 90/Die Grünen) sowie der Hausarzt Dr. Stephan Pilsinger (CDU/CSU) waren Mitglieder des 20. Bundestages und des Gesundheitsausschusses unter Gesundheitsminister Karl Lauterbach. Sie alle hofften, nach der Wahl erneut in den Bundestag einziehen zu dürfen.

Zu Beginn des Wahlkampfes stellte der Virchowbund 5 Fragen an sie:



Freiberuflichkeit

Der Arztberuf ist nach Definition ein Freier Beruf. Darauf hat nicht zuletzt auch der Patient ein Anrecht. Wo sehen Sie aktuell die Freiberuflichkeit bedroht und was muss geschehen, dass diese Freiberuflichkeit geschützt wird?



Patientensteuerung

Die gesundheitspolitische Diskussion geht gerade viel um die

Steuerung der Patienten. Was wären aus Ihrer ärztlichen Sicht die drei wichtigsten, neu einzuführenden Elemente, die zu einer besseren Steuerung der Patienten und damit zu einer besseren Versorgung führen?



Digitalisierung

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens hakt noch immer. Mit welchen Anwendungen hoffen Sie, alle Praxisärzte zu Fans der Digitalisierung zu machen?



Investoren

Das Treiben von Investoren im Gesundheitswesen steht in der Kritik. Welche Regelungen halten Sie für notwendig, damit Kapitalinvestoren nicht durch Rosinenpickerei die Versorgung verschlechtern?



Gebührenordnung für Ärzte

Die Gebührenordnung für Ärzte ist 30 Jahre alt und reformbedürftig. Jetzt haben sich Bundesärztekammer, Privatversicherungen und die Beihilfe auf eine neue GOÄ geeinigt. Würden Sie die Umsetzung einer GOÄ-Novelle in der nächsten Regierung in die Koalitionsvereinbarung schreiben?



Dr. Stephan Pilsinger (CDU/CSU)

- Geboren am 17. Februar 1987 (Alter 37 Jahre) in München
- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Seit 2018 in Teilzeit als angestellter Arzt in einer Hausarztpraxis
- Im Bundestag seit Oktober 2017 für die CSU



Die Freiberuflichkeit unserer Ärzte in Deutschland ist ein hohes Gut, von dem schlussendlich die Patienten profitieren und um das wir international beneidet werden.

Leider hat die noch amtierende Bundesregierung nichts getan, um die Freiberuflichkeit zu stärken – vielmehr waren insbesondere bei der SPD und bei Teilen der Grünen Bestrebungen festzustellen, dieses elementare Modell in der ambulanten Versorgung zu schwächen. Wenn es nach Karl Lauterbach ginge, wären alle Ärzte angestellt an staatlich betriebenen Krankenhäusern.

Diese Vorstellung spiegelt sich in der von der Alt-Ampel-Mehrheit gerade noch beschlossenen **Krankenhausreform**, bei der kleinere Häuser der Grund- und Regelversorgung verschwinden und von sogenannten „sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“ ersetzt werden sollen,

in denen nach Lauterbachs Vorstellungen nur dort angestellte Ärzte arbeiten.

Diese vormaligen Level I-Krankenhäuser können durchaus unnötige Doppelstrukturen bilden und den niedergelassenen Arztpraxen in der Nähe Konkurrenz machen. Wir müssen genau beobachten, wie sich das nun entwickelt.



Eine effiziente Steuerung der Patienten durch unser doch recht unübersichtliches Gesundheitssystem ist für mich eine der Prioritäten der Gesundheitspolitik in der kommenden Wahlperiode.

Um dies zu erreichen, schlage ich vor, die schon bestehende und erfolgreich laufende, aber noch zu wenig bekannte **Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) zu bonifizieren**. Heißt: Jede Krankenkasse muss gesetzlich verpflichtet werden, künftig

zwei Tarife anzubieten, bei denen die Versicherten freie Wahl haben:

Erstens einen etwas **günstigeren HZV-Tarif**, in dem sich der Versicherte verpflichtet, bei allen neuen gesundheitlichen Problemen grundsätzlich zunächst seinen Hausarzt aufzusuchen, der dann in die richtige Versorgungsebene überweist. Ausgenommen werden sollten chronische Erkrankungen und solche, bei denen klar ist, welche Arztgruppe zuständig ist, also z. B. Augenarzt, Gynäkologe und Orthopäde.

Zweitens müssen die Kassen einen etwas teureren „**Free Choice**“-Tarif anbieten, mit dem der Versicherte weiterhin völlig freie Arztwahl hat und im System frei von Praxis zu Praxis springen kann, wie es heute ja allgemein Realität ist.

Ich bin überzeugt, dass wir so ein paar Millionen Versicherte in die HZV bekommen, wenn sich z. B. 60 Euro im Monat an Beiträgen sparen lässt. Systemrelevant sind die hohen Einsparkosten, die wir generieren, wenn Doppeluntersuchungen oder Besuche bei mehreren Ärzten derselben Fachgruppe vermieden werden. Damit entlasten wir die angespannte Finanzsituation der GKV immens.



Als Bundestagsabgeordneter und relativ junger Arzt, als der ich nebenberuflich weiterhin in einer Landarztpraxis praktiziere, sehe ich eher die Vorteile einer weitgehenden Digitalisierung als die Nachteile: Von der digitalen Terminvergabe, die vor allem die MFAs entlastet, über die eAU und das E-Rezept, womit wir die alte Zettelwirtschaft endlich loswerden, bis hin zur bald ausrollenden ePA, womit wir Ärzte eine gute und vollständige Übersicht über die Krankheitsgenese des jeweiligen Patienten bekommen (ebenso wie die Patienten selbst natürlich).

Natürlich muss das technisch sofort funktionieren und in der **Anwendung leicht verständlich** sein. Alles andere sorgt bei den Ärzten und MFAs nur für Frust, vgl. das Debakel um die Praxis-Konnektoren.

Das trifft besonders auch für die PVS zu. Wenn die veraltet ist und nur schwerlich läuft, muss ein **reibungsloser Wechsel** hin zu einer anderen, modernen Software möglich sein. Dazu müssen entsprechende **Schnittstellen verpflichtend** gemacht werden, damit der Wechsel überhaupt möglich wird. Das war in der Vergangenheit oft ein Problem, das so viel Ärger verursacht hat, dass die Praxisinhaber dann doch lieber bei der alten PVS geblieben sind. Das darf nicht mehr passieren.

Jede Praxis soll den Standard von 2025 anwenden können, nicht den von 1999, weil der Wechsel einfach zu schwierig und umständlich ist.



Dass so einige MVZ, die womöglich noch von nicht nachverfolgten Investoren aus dem Ausland geführt werden, die den angestellten Ärzten Vorgaben über zu erreichende Quartalszahlen machen und die nur lukrative Leistungen wie Augenlasern anbieten, unser System missbrauchen, ist nicht weiter hinnehmbar.

Ich habe per se nichts gegen MVZ. Sie können eine sinnvolle Ergänzung der Versorgung vor allem in ländlichen Regionen sein. Ich habe aber klar etwas dagegen, wenn MVZ **faktisch klar bessere Wettbewerbsbedingungen** haben und diese auch ausnutzen.

Als gesetzliche Maßnahmen zur Regulierung der MVZ schwebt mir u.a. vor, dass

1. MVZ zukünftig nur noch dann eine Zulassung erteilt werden darf, wenn und solange die **Betreiberschaft mehrheitlich in der Hand von Ärzten** liegt,
2. ein **regionaler Bezug des Betreibers zu seinem MVZ** zwingend gegeben sein muss – ein Wald-und-Wiesen-Krankenhaus also nicht bundesweit Praxisketten aufbauen darf –, oder
3. alle an einem MVZ beteiligten **natürlichen und juristischen Personen**

öffentlich erkennbar sein müssen.

Jedem Patienten muss klar und transparent gemacht werden, in welche Hand er eigentlich seine Gesundheit legt.

Diese und weitere Maßnahmen würden einen fairen Wettbewerb zwischen den niedergelassenen Praxen und den MVZ schaffen und Missbrauch sowie überbordende Marktmacht verhindern.



Für die längst überfällige Novellierung der GOÄ spreche ich mich schon seit Jahren aus. Als zuständiger Berichterstatter meiner Fraktion habe ich in dieser Wahlperiode einen Antrag eingebracht (siehe Bundestagsdrucksache 20/7586), in dem wir die Bundesregierung dazu auffordern, dies endlich in Zusammenarbeit mit den relevanten Akteuren zu tun.

Dass die damalige Ampel (im Übrigen auch die FDP!) den Antrag abgelehnt hat und von sich aus rein gar nichts vorangebracht hat, zeigt, wie fremd vor allem Rot-Grün die Freiberuflichkeit unserer Ärzte und die Private Krankenversicherung sind.

Ich bin der BÄK, dem PKV-Verband und der Beihilfe sehr dankbar, dass sie in Eigenregie und mit viel Energie und Detailfokusierung eine neue GOÄ erarbeitet haben, die die Versorgungsrealität der heutigen Zeit widerspiegelt. So zeigt sich doch, dass die freien Berufe in Deutschland funktionieren und effizient arbeiten.

An dieser Stelle möchte ich **an alle Ärztegruppen appellieren**, nun zusammenzustehen und den Entwurf der GOÄ mitzutragen. Wenn sich jetzt einzelne Arztgruppen über den einen oder anderen Abstrich beschwerten und deswegen öffentlichkeitswirksam den gesamten GOÄ-Entwurf verteufeln, so spielt das nur in die Hände derer, die die GOÄ aus ideologischen Gründen am liebsten sowieso abschaffen wollten.



Nezahat Baradari (SPD)

- Geboren am 15. August 1965 (Alter 59 Jahre) in Ankara-Bogazköy, Türkei
- Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
- Seit 2008 niedergelassen in eigener Praxis
- Im Bundestag seit Januar 2019 für die SPD



Ich sehe die Freiberuflichkeit an sich nicht in Gefahr.

Natürlich müssen wir dafür sorgen, dass die Freiberuflichkeit attraktiv bleibt. Aber wir müssen auch erkennen, dass, egal wie **attraktiv** wir sie gestalten, manche Kolleginnen und Kollegen heute andere Lebensmodelle anstreben, Stichwort Work-Life-Balance. **Teilzeitmodelle**, gerade für Frauen und Erziehende, halte ich für ebenso wichtig wie **sprachlich breit aufgestellte Praxen**, um auch in Zukunft erfolgreich zu sein.

Ich glaube, dass wir mit der **Entbudgetierung der Kinderärzte** und hoffentlich bald auch der Hausärzte schon einiges für die Freiberuflichkeit getan haben. Wir brauchen **Selektivverträge**, damit die Hausärzte die ersten Ansprechpartner sind. Sie sehen übrigens: Es ist nicht so, dass wir als SPD die ambulante Medizin vergessen hätten.

Die Entbudgetierung der Fachärzte muss aus meiner Sicht auch kommen, **sonst wird es ungerecht**.



Ganz einfach:

1. Wir müssen die **hausarztzentrierte Versorgung** stärken. Hausärzte sind oft der erste Kontakt der Patienten mit dem Gesundheitssystem. Sie sind erfahrene Lotsen.
2. Wir brauchen endlich eine **Reform der Notfall- und Rettungsdienste**. Sie ist so gut wie ausverhandelt. Sie sollte noch in diesem Jahr verabschiedet werden.
3. Generell eine **stärkere Vernetzung** zwischen stationär und ambulant, Hausärzten und Fachärzten bzw. Krankenhäusern. Da kommen verschiedene Dinge zusammen: Einiges ist in der Notfallreform enthalten (man denke an den Bereitschaftsdienst und die Stärkung der 116 117), anderes wird hoffentlich bald die ePA leisten. Es gibt auch Elemente in der Krankenhausreform.



Ich glaube, dass immer mehr niedergelassene Kolleginnen und Kollegen die Vorteile erkennen. Das E-Rezept ist eine enorme Erleichterung und ein echter Erfolg. Wir alle wissen, welches **Potenzial die Digitalisierung für die Entbürokratisierung** hat.

Mit 15 Jahren Verspätung wird nun endlich die ePA eingeführt. Am Anfang wird es ruckeln. Es wird Beschwerden geben. Aber **auf lange Sicht ist es eine wahnsinnige Erleichterung**. Da bitte ich auch alle Beteiligten um etwas **Geduld**. Wenn wir, wie so oft in Deutschland, weiter nach der sofortigen Goldrandlösung gesucht hätten, dann würden wir immer noch diskutieren, aber keine Reformen schaffen.

Klar ist, dass die ePA auf Herz und Nieren geprüft werden muss. Deshalb die schrittweise Einführung. Klar ist: Bei der **Datensicherheit** darf es keine Abstriche geben!



Das ist eine schwierige Frage. In der zu Ende gehenden Legislaturperiode hat es dazu einige Überlegungen gegeben. Keine war wirklich für alle Seiten befriedigend.

Eine **Rosinenpickerei** darf es nicht geben.

Eine bloße Kennzeichnung der Eigentumsverhältnisse unter dem Praxisschild wird diesen Konflikt jedenfalls nicht lösen und ist für die Freiberuflichkeit in der Einzelpraxis schädlich und verzerrt den Wettbewerb.

Ich glaube, dass wir hier **strengere Regelungen** brauchen, wie z. B. eine starke **Begrenzung der Anzahl der MVZ** und dass dort Ärzte arbeiten müssen, die auch mit ihrem privaten Kapital dort investiert haben.



Sollte die SPD im Bereich Gesundheit „am Ruder“ bleiben, dann ist die Umsetzung einer GOÄ-Novelle **eines der ersten Projekte der neuen Legislatur**. Das ist unser Versprechen.



Prof. Dr. Armin Grau
(Bündnis 90/Die Grünen)

- Geboren am 18. März 1959 (Alter 65 Jahre) in Stuttgart
- Facharzt für Neurologie
- Bis 2014 Ärztlicher Direktor des Klinikums Ludwigshafen
- Im Bundestag seit Oktober 2021 für Bündnis 90/Die Grünen



Die Freiberuflichkeit des Arztberufs ist ein hohes Gut, das es zweifelsohne zu schützen gilt.

Gefahren bestehen in erster Linie in einer **Kommerzialisierung** der Medizin, die Anreize dafür schafft, dass Ärzt*innen nicht in erster Linie Entscheidungen nach ihrem beruflichen Ethos fällen, sondern vordergründig nach ökonomischen Interessen handeln.

Mit der **Krankenhausreform** hat die Ampelregierung wichtige Schritte gegen eine falsche Ökonomisierung im stationären Bereich eingeleitet.

Im ambulanten Bereich muss es bei den **MVZ** in Zukunft dringend Regelungen geben, die **Transparenz** schaffen bezüglich der Letzteigentümerschaft und die ärztlichen Leiter und angestellten Ärzte in der Freiheit ihrer medizinischen Berufsausübung schützen.



Ich halte die **hausarztzentrierte Versorgung (HZV)** für ein sehr wichtiges Element. Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, dass die HZV, was die Versorgungsqualität und die Wirtschaftlichkeit angeht, überlegene Ergebnisse aufweist. Für die Verbreitung der HZV muss es in Zukunft noch bessere Anreize geben.

Weiterhin müssen Hausärzt*innen gestärkt werden durch eine **Entbudgetierung**, durch **Vorhaltepauschalen** und durch eine teilweise Abkehr vom Quartalsprinzip bei Patientinnen und Patienten mit nicht-komplexem Behandlungsbedarf, so wie es das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz vorgesehen hat. Hausärzt*innen sind die entscheidenden Koordinatoren in unserem Gesundheitssystem.

Nicht zuletzt müssen wir dringend die **Notfallreform** umsetzen. Auch die Anhörung im Bundestag hat bestätigt – sie ist essenziell für eine effizientere Patientensteuerung.



Durch die Digitalisierung können wir unsere Gesundheitsversorgung nicht nur individueller an Patientenbedürfnisse anpassen, sie flexibilisiert auch unseren Zugang zu gesundheitlicher Beratung und Hilfe. Durch mehr Digitalisierung können wir unsere Versorgung effizienter gestalten und für noch mehr Qualität sorgen. Dafür muss die eingesetzte Technik pragmatisch und verlässlich sein und **nicht zu höherem Aufwand führen**.

Durch den Start der **ePA** wird die Digitalisierung noch mal einen guten Schritt nach vorne gehen und der größere Rollout letztlich auch zu reibungsloseren Abläufen führen. Wichtig ist, dass Anbieter und Nutzer kontinuierlich im konstruktiven Austausch stehen und die Praxen sich gehört fühlen. Für die Patientinnen und Patienten ist die ePA ein wichtiger Schritt zu mehr Transparenz und Autonomie.



In der ambulanten Versorgung ist es bei den **MVZ** zunächst wichtig, **Transparenz** zu schaffen. Auf Praxisschild, Briefkopf und Internet-Repräsentanz muss erkennbar sein, wer Letzteigentümer eines MVZ ist.

Weiterhin ist es wichtig, dass ein **räumlicher und fachlicher Bezug** zwischen einem Krankenhaus und den von ihm betriebenen MVZ besteht. Das würde die Handlungsspielräume von Investoren-MVZ bereits deutlich einschränken.

MVZ und andere Praxen sollten in den jeweiligen Fachgebieten auch ein **fachtypisches Spektrum** an Leistungen anbieten; eine besondere Spezialisierung sollte nur möglich sein, wenn ein besonderer Bedarf nachweisbar ist und die Grundversorgung im jeweiligen Fachgebiet ansonsten in der Region sichergestellt ist.



Wir Grüne präferieren eine sukzessive Zusammenführung der privaten und gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung hin zu einer solidarischen Versicherung, die sowohl von den gesetzlichen Krankenkassen als auch von privaten Versicherungsunternehmen angeboten werden können.

Langfristig wäre dann auch eine **einheitliche Gebührenordnung** anzustreben. **Auf dem Weg dahin** kann es aber durchaus sinnvoll sein, die **GOÄ-Novelle** zu verabschieden, da die derzeitige GOÄ schon lange nicht mehr aktuell ist.



Christian Bartelt (FDP)

- Geboren am 16. September 1976 (Alter 48 Jahre) in Neubrandenburg
- Facharzt für Zahnmedizin
- Seit 2004 niedergelassen in eigener Praxis
- Im Bundestag seit September 2023 für die FDP



Wenn wir uns das Einkommenssteuergesetz anschauen, kann man sehen, wo derzeit die Freiberuflichkeit unter Druck gerät: In § 18 (1) 1 EstG steht, dass „Voraussetzung ist, dass er auf Grund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird.“

Der Gesundheitssektor in Deutschland ist schon immer stark reglementiert. Zunehmende **Bürokratie**, gesetzliche **Vorschriften** und auch **Richtlinien der Krankenkassen** schränken unsere freiberufliche Tätigkeit immer weiter ein. Sowohl zeitlich als auch inhaltlich! Das muss sich wieder grundlegend ändern.

Wir brauchen einen massiven **Abbau bürokratischen Unsinns**, der meist nicht evidenzbasiert ist und nur auf primärem Misstrauen fußt. Konkrete Beispiele aus meinem beruflichen Umfeld sind das nun geltende Amalgamverbot oder die wahnwitzige Idee einer Validierung der Wischdesinfektion.

Außerdem bedarf es einer **Stärkung** und nicht einer weiteren Schwächung der **Selbstverwaltung**.



Ich möchte hier auf unseren Antrag zur Entbudgetierung aus der letzten Woche im vergangenen Jahr hinweisen, der neben der Aufhebung der Mengenbegrenzung auch ein **freiwilliges Primärarztmodell** zur Patientensteuerung fordert. Hausärzte und grundversorgende Fachärzte nehmen schon immer eine wichtige Lotsenfunktion ein, die wir damit stärken wollen.

Zudem wollen wir durch einen Abbau von Bürokratie wieder mehr Zeit für die Behandlung von Patienten freimachen. **Mehr Zeit für die sprechende Medizin**, denn nicht umsonst heißt es „Sprechstunde“, führt auch automatisch zur besseren Versorgung und besseren Steuerung.

Damit einher geht auch, wofür ich immer werbe: Der **Appell an die Eigenverantwortung** für die eigene Gesundheit.



Wir brauchen grundsätzlich auch bei den iMVZ eine **berufsrechtliche Kontrolle**. Wir müssen den Organen der Selbstverwaltung die dafür nötigen Werkzeuge an die Hand geben, damit sie diese Kontrolle auch ausüben können.



Ja! Und nicht nur die GOÄ, sondern auch die Novellierung der GOZ!



Das ist einfach: Sie muss funktionieren! Die nach wie vor bestehende Störanfälligkeit der Telematikinfrastruktur (TI) wie zuletzt beim E-Rezept ist ein Problem. Leider fehlt es der gematik oftmals an **direkter Einwirkungsmöglichkeit auf die Hersteller der Komponenten**, was sich eigentlich durch das Digitalagenturgesetz (GDAG) ändern sollte.

Auch ist die aktuelle TI wenig **nutzerfreundlich**. Die störanfälligen Konnektoren sind wartungsintensiv, teilweise nicht update-fähig, obwohl sie Updates brauchen. Kein gutes Verkaufsargument.

Es war auch lange absurd, dass wir die Konnektoren bereits hatten, aber nichts, um sie zu benutzen. Das ändert sich langsam beispielsweise mit der **ePA**, der **eAU** und dem **eHkp**. In diese Richtung müssen wir weitergehen.

Grundsatzprogramm benennt notwendige Reformen

Schon während der Ampel-Koalition, als sich die Kontroversen weiter verschärft hatten und ein vorzeitiges Ende möglich schien, ging der Virchowbund ans Werk: Es sollte ein Grundsatzprogramm entstehen, das die in den kommenden zwei Legislaturperioden erforderlichen Strukturveränderungen angeht und umsetzt.

Denn das Gesundheitswesen ist als Teil der Daseinsvorsorge elementarer Bestandteil unserer Gesellschaft. Die Menschen in diesem Land haben großes Vertrauen in die Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung. Eine Verschlechterung der Versorgung und der damit verbundene Vertrauensverlust in die Politik führen zu Verunsicherung, Ängsten und Wut, die die Demokratie als Ganzes bedrohen können. Daher ist eine verlässliche Gesundheitsversorgung für unser Zusammenleben, für das Fortbestehen des demokratischen Rechts- und Sozialstaates existenziell.

Aber das Gesundheitswesen steckt in einem notwendigen Transformationsprozess. Weil jeder Mensch davon betroffen ist und es eine Vielzahl von beteiligten Gruppen gibt, gelingen Veränderungen nur in einem langfristigen Prozess. Umso wichtiger ist es, die notwendigen Dis-

kussionen für die erforderlichen grundlegenden Veränderungen heute bereits zu beginnen, damit sie in zwei bis drei

Legislaturperioden vollständig umgesetzt werden und dann in zehn bis 20 Jahren ihre volle Wirkung entfalten.

Das Grundsatzprogramm „Versorgung 2040“ wurde das ganze Jahr 2024 diskutiert und schließlich von der Bundeshauptversammlung am 8. November 2024 einstimmig beschlossen.



Versorgung 2040 Entbudgetierung und Niederlassungsfreiheit

Das flächendeckende ambulante Gesundheitswesen, getragen durch Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, ist seit über 75 Jahren ein zentrales Element der medizinischen Daseinsvorsorge in Deutschland. Es ermöglicht allen Menschen den niedrigschwelligen Zutritt zu wohnortnaher Gesundheitsversorgung und den Eintritt in ein Gesundheitssystem bestehend aus Ärzten, Krankenhäusern, weiteren Gesundheitsberufen, Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln sowie allen Bereichen der Pflege und weiterer sozialer Dienste.

Die ambulante Versorgung wird durch den Arzt in Freiberuflichkeit verantwortet, der durch genau diese ärztliche Freiberuflichkeit den tagtäglichen Zielkonflikt zwischen individuellem Versorgungsbedarf und den hierfür gesellschaftlich bereitgestellten Mitteln patientengenaue auflöst. Denn für Praxisärzte steht immer der Patient im Mittelpunkt.

**Ein Klinikarzt, ein Praxisarzt,
ein Arzt in einer Behörde sind
immer Angehörige eines
Freien Berufes.**

Diese freiberuflich tätigen Ärzte praktizieren idealerweise in wirtschaftlicher Selbstständigkeit, unabhängig von Praxisgröße oder Organisationsform. Hierdurch sichern sie eine langfristige wirtschaftliche Existenz von Gesundheitseinrichtungen und tragen im Gegensatz zu vielen rein renditeorientierten, investorengetriebenen Unternehmungen zu echter Nachhaltigkeit bei.

“

”



Kurzinfo „Freiberuflichkeit und Selbstständigkeit“

Die **Freiberuflichkeit** beschreibt die Berufsausübung in fachlicher Unabhängigkeit: Der freiberuflich Tätige, dessen akademische Ausbildung mit einem Staatsexamen endet, übt seinen Beruf eigenständig und in gesellschaftlicher Verantwortung gleichermaßen aus. Auch ein angestellter Arzt ist Freiberufler, das heißt: Er übt seinen Beruf ohne fachliche Weisung fachfremder Dritter nur in Verantwortung dem Patienten und der Gesellschaft gegenüber aus. Er unterscheidet sich dadurch von einem „herkömmlichen“ Angestellten, der in einer weisungsgebundenen, fachlich-hierarchischen Ordnung tätig ist.

Die **Selbstständigkeit** beschreibt die Form der wirtschaftlichen Tätigkeit. Die Selbstständigkeit als Unternehmertum ist in verschiedensten Rechtsformen möglich, beinhaltet aber immer das eigenverantwortliche Wirtschaften. Sie unterscheidet sich von der Tätigkeit in Anstellung, die keine eigenständige wirtschaftende Tätigkeit ist.

Im Idealfall verbinden sich Freiberuflichkeit und Selbstständigkeit. Freiberufliche Tätigkeit ist aber insbesondere auch angestellt oder beamtet möglich.

Fazit: Ein Klinikarzt, ein Praxisarzt, ein Arzt in einer Behörde sind immer Angehörige eines Freien Berufes.

Ein zentrales Merkmal des Freien Berufes ist eine eigenständige Gebührenordnung. Diese, im konkreten Fall die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), regelt den Interessenausgleich zwischen einer angemessenen, betriebswirtschaftlich kalkulierten Honorierung einerseits und dem Schutz des Patienten vor Überforderungen andererseits. Daher wird diese Gebührenordnung für alle Freien Berufe von der Bundesregierung per Verordnung erlassen. Diese ist zudem dafür verantwortlich, dass eine Gebührenordnung den aktuellen Stand des Leistungsspektrums und der Preisentwicklung abbildet.

Das Verschleppen der Aktualisierung einer Gebührenordnung über 30 Jahre, wie bei der GOÄ, kommt einem Staatsversagen nahe. Daher ist die Bundesregierung in der Pflicht, eine von der Ärzteschaft und den betroffenen Kostenträgern gemeinsam entwickelte Gebührenordnung unverzüglich umzusetzen.

Das dezentral organisierte ambulante Gesundheitssystem ist besonders krisenresistent, insbesondere in Zeiten von Pandemien oder bei hybriden oder direkten Angriffen von Innen und Außen.

Diese ambulanten ärztlichen Strukturen benötigen Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, planungssicher und wirtschaftlich tragfähig tätig zu sein. Budgetierung und Niederlassungsbeschränkungen sind dabei pures

Gift, wie sich in den letzten 30 Jahren beobachten ließ.

Budgetierung und Niederlassungsbeschränkungen sind beides Teile des „Kompromisses von Lahnstein“ aus dem Jahre 1992, der dazu dienen sollte, eine befürchtete Ärzteschwemme abzufedern.

Die Zeiten haben sich geändert. Mittlerweile haben sowohl die Budgetierung als auch die Beplanung von Arztstühlen

jede Steuerungswirkung verfehlt und sind nur noch Kostendämpfungsmaßnahmen. Im Übrigen kann die Budgetierung auch nicht mehr sachlich-logisch erklärt werden, denn warum ein Facharzt oder Hausarzt in Hamburg nur 75 Prozent seiner Leistungen ausbezahlt bekommt, aber ein Hausarzt in Thüringen und Bayern 110 Prozent und ein Facharzt in Bayern zwischen 65 und 95 Prozent, entbehrt jeder Logik.

Seit 1993 hat allein die Budgetierung dem Gesundheitssystem rund 100 Mrd. Euro eingespart – zu Lasten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Diese haben inzwischen Auszahlungsquoten je nach Bundesland bei Hausärzten zwischen 70 und 110 Prozent und bei Fachärzten zwischen 60 und 90 Prozent.

Im Durchschnitt erhält ein niedergelassener Arzt nur mehr 80 Prozent seiner Leistungen für Kassenpatienten bezahlt. Dies ist weder gerecht noch logisch und daher seit Jahrzehnten Quelle größter Frustration und wirtschaftlicher Probleme bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten.

Die Bedarfsplanung aus dem Kompromiss von Lahnstein ist heute nur noch ein planwirtschaftliches Element, das über die Jahre immer komplexere Ausmaße angenommen hat. Immer weitere Planungselemente werden eingeführt, wie eine kleinräumigere Bedarfsplanung, die Beteiligung von Landesregierungen oder Kommunen in den Zulassungsausschüssen oder die teilweise Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für einzelne Fachgruppen ohne Beendigung der Budgetierung.

Doch keines dieser Elemente erreicht seinen eigentlichen Zweck: die erforderliche Allokation der benötigten Haus- und Fachärzte. Stattdessen stellen sie die Zulassungsausschüsse vor unlösbare Aufgaben und blähen die Bürokratie immer weiter auf. Bereits heute dauern Wiederbesetzungsverfahren mehrere Monate oder gar Jahre. In vielen Planungsbezirken besteht auf dem Papier aufgrund veralteter statistischer Zahlen eine Überversorgung, z. B. mit Kinderärzten, sodass keine Neuzulassungen möglich sind – de facto erleben die Patienten dort jedoch eine Unterversorgung mit überlasteten Pra-

Budgetierung und Niederlassungsbeschränkungen sind pures Gift

xen, die keine neuen Patienten aufnehmen können, bzw. langen Wartelisten.

Folglich ist die Abschaffung der Bedarfsplanung und die Wiedereinführung der Niederlassungsfreiheit für Ärzte überfällig. Die Versorgungsprobleme der Zukunft können nur durch den Dreiklang aus einer ausreichenden Anzahl an ausgebildetem Nachwuchs, einer leistungsgerechten, unbudgetierten Bezahlung und der Niederlassungsfreiheit bewältigt werden.

Der Virchowbund hat sich als Verband vor 75 Jahren (1949) mit dem Ziel gegründet, die Niederlassungsfreiheit für Ärztinnen und Ärzte einzuführen. Dafür zog der Verband auch vor das Bundesverfassungsgericht. 1960 wurde per Urteil allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten die Kassenzulassung ermöglicht. Die damals erstrittene Niederlassungsfreiheit wurde ab 1992 praktisch durch die Bedarfsplanung wieder eingegrenzt.

Patientenzentrierung und effektive Steuerung

Im Mittelpunkt steht der tatsächliche medizinische Bedarf des Patienten und dessen Ressourcen schonende und effektive Steuerung durch das Gesundheitssystem. Jeder Patient hat auf Grund seines Gesundheitszustandes, seiner sozialen und mentalen Situation tatsächliche, individuelle Bedürfnisse und Anforderungen an diese Steuerung in die jeweils richtige Versorgungsebene. Das Leitbild eines freien und selbstbestimmten Menschen gerät an seine Grenzen, wenn durch gesundheitliche, wirtschaftliche oder soziale Einflüsse eine Steuerung Zwang ausübt. Die erforderliche Fürsorge für den Patienten darf nicht in ein paternalistisches Verhältnis münden, das Selbstbestimmung und Eigenverantwortung des Patienten außer Acht lässt.

Der Patient hat derzeit die freie Arztwahl. Da diese uneingeschränkte freie Wahl bei begrenzten Ressourcen in Zukunft nicht mehr finanzierbar sein wird und eine ungesteuerte Inanspruchnahme auch medizinisch problematisch ist, wird die freie Arztwahl zukünftig medizinisch sinnvoll modifiziert werden müssen. Dies Patienten und Versicherten zu kommunizieren, ist die Aufgabe von Politik

und Kostenträgern, nicht der behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

Im Gesundheitswesen besteht zu Recht das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs.1 SGB V). Im Gegensatz dazu steht das allgemeine Leistungsversprechen von Politik und Krankenkassen, das zu einer „Vollkasko-Mentalität“ geführt hat. Der wirtschaftliche Einsatz begrenzter Mittel muss in das breite Bewusstsein der Bevölkerung einziehen. Auch Patienten sind am Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen ganz persönlich beteiligt. In Verbindung mit den Erfordernissen einer stärkeren Steuerung des Patienten durch die Versorgungsebenen hindurch, ist es sinnvoll und erforderlich, Elemente der Eigenbeteiligungen einzuführen. Diese Eigenbeteiligung muss zwar sozial verträglich, aber bei jeder Inanspruchnahme wirksam sein. Eine pauschale Befreiung aus sozialen Gründen konterkariert jede Steuerungswirkung.

Ambulant vor stationär

Die ambulante Versorgung ist der niedrigschwellige Erstzugang des Patienten in das Gesundheitswesen. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ muss zumindest beim Erstkontakt des Patienten mit dem Gesundheitssystem konstitutiv werden. Die weitere Versorgung erfolgt dann patientenorientiert und nicht mehr anhand der Sektoren „ambulant“ oder „stationär“. Diese verschmelzen entlang der Möglichkeiten nach dem Motto „Wer kann, der darf“, also wer seine Fähigkeiten hinsichtlich der qualitativen und wirtschaftlichen Leistungserbringung nachgewiesen hat, soll zum Zug kommen können.

Viele medizinische Behandlungen sind heute bereits rein ambulant möglich. Ein Katalog möglicher ambulant operativer Leistungen wurde von den ärztlichen Fachverbänden erarbeitet und wird regelmäßig aktualisiert. An diesem Katalog müssen sich

die Vereinbarungen mit den Kostenträgern zu ambulanten operativen Leistungen orientieren. Gegebenenfalls muss der Gesetz- oder Verordnungsgeber hier nachschärfen.

Neue Rollenverteilung für Haus- und Facharzt

Um eine bessere Koordination und Steuerung der Patienten im System zu erreichen, ist eine Diskussion um eine neue Rollen- und Aufgabenverteilung zwischen Haus- und Fachärzten erforderlich. Hierfür ist ein „Facharzt für Betreuung, Koordination, Information und Kommunikation“ erforderlich. Diese Aufgabe übernimmt in der Regel der Hausarzt, in einigen definierten

Situationen auch ein grundversorgender Facharzt, beispielsweise die Gynäkologin bei jungen Frauen oder der jeweilige Facharzt bei singulären Erkrankungen. Sobald weitere Krankheiten, insbesondere die großen Volkskrankheiten, hinzukommen, übernimmt stets der Hausarzt die Betreuung und Koordination des Patienten.

Diese betreuende Funktion ist eine Kernaufgabe des breit weitergebildeten Allgemeinmediziners/hausärztlichen Internisten/Kinder- und Jugendarztes. Bei definierten singulären, nur sein Fachgebiet betreffenden Erkrankungen kann dies auch ein Facharzt sein.

Der betreuende Arzt übernimmt die Koordination mit erforderlichen weiteren Fachärzten, Krankenhäusern und anderen Gesundheitsberufen. Für eine bessere Koordination müssen die Möglichkeiten der Digitalisierung genutzt werden (Direktterminvereinbarung Hausarzt–Facharzt, digitale Arztbriefe, elektronische Fallakte).

Eine alleinige Steuerung und Koordination durch Hausärzte würde schon rein zahlenmäßig nicht funktionieren. Es fehlen dafür schlicht Hausärzte. Zugleich wäre es eine Verschwendung der hausärztlichen Kompe-

Auch Patienten sind am Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen ganz persönlich beteiligt.

Eine alleinige Steuerung und Koordination durch Hausärzte würde schon rein zahlenmäßig nicht funktionieren.



tenzen, Patienten mit singulären, fachärztlich zu betreuenden Erkrankungen durch den Hausarzt zu steuern. Beispielhaft seien hier junge Patienten mit chronischen Ohrerkrankungen, einer unfallbedingten Verletzung des Kniegelenks oder chronischer Darmerkrankung genannt.

Die Koordination ist aufgrund ihrer Komplexität und der Relevanz für die Patientensicherheit eine ärztliche Aufgabe, erfordert aber zusätzlichen Aufwand und entsprechendes (Praxis-)Personal. Dieser Aufwand muss von den Kostenträgern entsprechend refinanziert werden. Hierfür sind Einschreibemodelle der Kostenträger denkbar, die dann eine hausärztliche bzw. gegebenenfalls fachärztliche Steuerung und eine Basisversorgung nach dem bestehenden Leistungskatalog und somit eine bessere Inanspruchnahme der erforderlichen Fachkräfte beinhaltet. So könnte eine Grundversorgung mit der Verpflichtung zur Erstbehandlung bei einem „Koordinationsarzt“ entstehen, die die Kostenvorteile durch wirtschaftliche Behandlung abbildet. Ein zusätzlicher Wahltarif mit „freier Haus- und Facharztwahl“ bildet die Mehrkosten durch unkoordinierte Inanspruchnahme mit entsprechend höheren Prämien ab. Damit können Widerstände bei der Einführung einer stringenten Steuerung durch Koordinationsärzte vermieden werden.

Die entstehenden Kostenvorteile durch den „Koordinationsarzt“ werden für die entsprechend höheren Koordinationsleistungen verwendet, die je nach Morbidität und sozialer Situation des Patienten in der koordinierenden Praxis verursacht werden. Dies eröffnet zudem die Möglichkeit einer erheblichen Gegenfinanzierung durch Einsparung von Doppeluntersuchungen und Aufsuchen mehrerer Hausärzte, verschiedener Fachärzte, Notaufnahmen etc.

Steuerung durch Transparenz und Kostenbeteiligung

Das Gesundheitswesen fußt auf Solidarität. Solidarität und Eigenverantwortung sind aber zwei Seiten ein und derselben Medaille. Bislang hat der Patient in der Regel keine Transparenz über das Behandlungsgeschehen und die entstandenen Kosten.

Daher wird das Prinzip einer sozial gestaffelten Eigenbeteiligung eingeführt. Hierfür wird der EBM in Richtung Einzelleistungen mit festen Preisen weiterentwickelt und regelmäßig aktualisiert. In einem solchen System bedarf es keiner Budgets mehr, da Einzelleistungen bereits mit dem budgetierenden Element der Zeit hinterlegt sind.

Übergang zwischen den Sektoren und Notfallversorgung

Der ambulante Sektor mit Sicherstellungsauftrag, monistischer Finanzierung und freiberuflichen Vertragsärzten steht dem stationären Sektor mit föderaler Sicherstellung und dualer Finanzierung in systemischer Unvereinbarkeit gegenüber. Die Verwerfungen auf beiden Seiten

– Unterfinanzierung, Budgetierung und Fachkräftemangel im ambulanten Bereich, fehlende Investitionsfinanzierung und Pflegenotstand im stationären Bereich – sind einzeln nicht mehr

auf lösbar. Dabei wäre die Überwindung der Sektoren ein dreifacher Gewinn: für die Patientenzentrierung, für mehr Wirtschaftlichkeit, und für einen gezielteren Einsatz von Fachkräften.

Als ein erster Schritt für eine Überwindung der Sektoren ist eine Ausweitung des Katalogs der Leistungen erforderlich, die heute noch stationär erbracht werden aber in Zukunft ambulant erbracht werden können bzw. sollen.

Diese neuen ambulanten Leistungen müssen sowohl von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als auch von Ärzten in Krankenhäusern erbracht werden können, wo immer möglich am besten in Kooperation.

Für zukünftiges hybrides Arbeiten als Vertragsarzt am Krankenhaus oder als Krankenhausarzt in der Praxis muss ein entsprechender rechtlicher Status geschaffen werden, der sowohl sozialrechtliche (Sozialversicherungspflicht) als auch strafrechtliche

Hindernisse (Korruptionsverdacht) aus dem Weg räumt.

Eine Krankenhausreform, die alle Potentiale der Ambulantisierung ausschöpft, kann nur Hand in Hand mit einer einschneidenden Notfallreform umgesetzt werden. Die Notfallversorgung besteht dabei neben dem bisherigen kassenärztlichen Bereitschaftsdienst aus integrierten Notfallzentren (INZ) und einem verpflichtenden, bundesweit einheitlichen Ersteinschätzungsverfahren (SmED-plus). Die INZ bilden dabei einen gemeinsamen Tresen von KV und Krankenhaus unter Federführung der KV (wie im Sachverständigenratsgutachten gefordert). Hierfür sind nach europäischen Vergleichsmaßstäben in großstädtischen Räumen ein INZ pro 400.000 Einwohner, in ländlichen Räumen ein INZ pro 100.000 Einwohner erforderlich.

Um Patienten in die richtige Versorgungsebene zu steuern, ist es erforderlich, sie bereits zuhause „abzuholen“. Ein Erstkontakt sollte ausschließlich über die vorgesehenen Zu-

gangswege – die vernetzten Notrufnummer 112 oder die Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116 117 – mit entsprechendem Ersteinschätzungsverfahren möglich sein. Dadurch wird ein ungesteuertes Überlaufen von Notaufnahmen vermieden. Krankenhäuser, die über kein INZ verfügen, können folglich auch keine Notfallpatienten mehr abrechnen. Dies ist vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu überwachen.

Digitalisierung

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens muss nutzerorientiert werden. Als Nutzer gelten sowohl Patientinnen und Patienten als auch Ärztinnen und Ärzte und andere Gesundheitsberufe.

Die Vorteile der Digitalisierung für Anwender sind u. a. transparentere und effizientere Prozesse sowie besserer Informationsfluss und -austausch. Dieser beginnt bereits zum Zeitpunkt der Terminvereinbarung. Künftig

Dabei wäre die Überwindung der Sektoren ein dreifacher Gewinn: für die Patientenzentrierung, für mehr Wirtschaftlichkeit, und für einen gezielteren Einsatz von Fachkräften.

ein INZ pro 100.000 Einwohner erforderlich.

Um Patienten in die richtige Versorgungsebene zu steuern, ist es erforderlich, sie bereits zuhause „abzuholen“. Ein Erstkontakt sollte ausschließlich über die vorgesehenen Zu-

gangswege – die vernetzten Notrufnummer 112 oder die Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116 117 – mit entsprechendem Ersteinschätzungsverfahren möglich sein. Dadurch wird ein ungesteuertes Überlaufen von Notaufnahmen vermieden. Krankenhäuser, die über kein INZ verfügen, können folglich auch keine Notfallpatienten mehr abrechnen. Dies ist vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu überwachen.

Digitalisierung

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens muss nutzerorientiert werden. Als Nutzer gelten sowohl Patientinnen und Patienten als auch Ärztinnen und Ärzte und andere Gesundheitsberufe.

Die Vorteile der Digitalisierung für Anwender sind u. a. transparentere und effizientere Prozesse sowie besserer Informationsfluss und -austausch. Dieser beginnt bereits zum Zeitpunkt der Terminvereinbarung. Künftig

sollten sich Patientinnen und Patienten vor dem Praxisbesuch auf ihrem PC oder Smartphone einchecken, vergleichbar dem Check-In am Flughafen. Bei diesem online Praxis-Check-In vergleichbar mit jenem vor dem Fliegen können Patienten z. B. Daten aus Wearables, relevante Befunde oder Medikationspläne vor der Behandlung teilen, den Stammdatenabgleich durchführen und dadurch Medizinische Fachangestellte entlasten, oder Anamnesebögen ohne Stress und in einer von ihm gewünschten Umgebung ausfüllen.

Dabei kommen auch bewährte und erprobte Verfahren wie das Ersteinschätzungsverfahren SmED-plus in der ambulanten Versorgung zum Einsatz.

Digitale Anwendungen wie elektronische Rezepte, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen etc. müssen sicher und einfach in der Anwendung sein. Alternative analoge Prozesse müssen – wo erforderlich – etabliert und ebenso einfach durchführbar sein.

Die Anbieter von Praxisverwaltungssoftware (PVS) sind zu verpflichten, offene Schnittstellen zu ihren Systemen zu implementieren, ohne daraus wieder ein eigenes Geschäftsmodell zu entwickeln. Das Oligopol der Anbieter von Praxisverwaltungssoftware mit ihrer marktbeherrschenden Stellung und dem daraus folgenden Preisdiktat ist zu beenden.

Die Krankenkassen sind in der Verantwortung, ihre Versicherten bei digitalen Anwendungen zu unterstützen. Es ist nicht Aufgabe der Praxisärzte und deren Teams, digitale Anwendungen, wie das eRezept, die eAU oder die elektronische Patientenakte der Krankenkasse, den Versicherten zu erläutern und sie bei der Bedienung zu unterstützen.

Die elektronische Patientenakte ist in ihrer derzeitigen Form keine sinnvolle Versorgungslösung, da der Nutzerkreis durch das Opt-Out-Verfahren eingeschränkt ist und die Eingriffsmöglichkeiten des Patienten die Nutzungsmöglichkeiten für den Arzt zu stark einschränken (Ausblenden von Bereichen, Haftungsfragen). Daher muss die elektronische Patientenakte zu einer obligatorischen elektronischen Fallakte weiterentwickelt werden.

Videosprechstunden und Videokonsile

sind auszubauen. Sie werden Ärztinnen und Ärzten ermöglichen, flexibler zu arbeiten. Dies ist ein wichtiger Baustein zum Erhalt der Attraktivität des ärztlichen Berufsfeldes.

Die Einbindung von Künstlicher Intelligenz kann die medizinische Versorgung verbessern. Sie muss allerdings ärztlich erprobt sein. Zur Klärung der Haftungsfrage von Funktionalität und Ergebnissen von KI in Bezug auf den jeweiligen Algorithmus muss sich ein Expertengremium aus Juristen, Ärzten und Ethikern befassen.

Ausbildung und Weiterbildung

Medizinstudienplätze

Mit der Wiedervereinigung sank die Zahl der gesamtdeutschen Studienplätze für Humanmedizin um 5.000 pro Jahr. Seinerzeit unter anderem mit einem Überangebot („Ärzteschwemme“) begründet, zeigt sich heute, dass durch

- › sinkende Attraktivität der Berufsausübung in Klinik und Praxis
 - › die gestiegenen Anforderungen und zunehmende Spezialisierung
 - › den demographischen Wandel und den medizinischen Fortschritt
 - › neue Arbeitszeitmodelle und veränderte Anforderungen an die Arbeitswelt („Work-Life-Balance“ und die zukünftige gesellschaftliche Neubewertung von Arbeit)
- die Gesamtzahl der Arztstunden und Zahl der Arztköpfe insgesamt zu niedrig ist. Verbunden mit dem oftmals vorzeitigen Eintritt in den Ruhestand und der Ruhestandswelle durch die Babyboomer wird heute schon ein gravierender Ärztemangel festgestellt.

Da heutige Studienanfänger frühestens in rund zwölf Jahren in die Versorgung eintreten, muss so schnell wie möglich die Zahl der Medizinstudienplätze um mindestens 5.000 erhöht werden. Innerhalb des Studiums muss die Freiberuflichkeit

des Arztes und dessen Bedeutung für Versorgung und Gesellschaft vermittelt werden. Zudem müssen Famulaturen und das PJ im ambulanten Bereich verpflichtend werden.

Als weitere Maßnahme wird der Gesetzgeber aufgefordert, die Abiturnote als alleinige oder überwiegend maßgebliche Voraussetzung für die Zulassung zum Medizinstudium abzuschaffen. Statt dem Numerus Clausus soll ein bundesweit einheitlicher Mediziner-test als zentrale Zugangsvoraussetzung eingeführt werden. Zudem soll den medizinischen Fakultäten ermöglicht werden, eine feste Quote an Medizinstudienplätzen über Auswahlgespräche zu verteilen. Weitere Kriterien für eine bevorzugte Vergabe eines Medizinstudienplatzes können eine abgeschlossene fachrelevante Ausbildung oder eine ehrenamtliche Tätigkeit im Gesundheitswesen, wie beispielsweise Pflege- oder MFA-Ausbildung, Pflegehilfskraft, Rettungssanitäter, sein.

Neben der Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze ist die Auswahl der geeigneten Bewerber grundlegend für die zukünftige Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung in Deutschland. Die Abiturnote als alleiniges Kriterium für den Zugang zum Medizinstudium ist kein Mittel mehr, die geeigneten Bewerber zum Medizinstudium auszuwählen. Ein spezieller, bundesweiter und für alle Bewerber obligatorischer Mediziner-test kann die Eignung für das Studium besser nachweisen. Wichtige Aspekte wie geeignete Vorqualifikationen und die für den Arztberuf erforderliche Motivation werden durch die Abiturnote allein nicht berücksichtigt. Zudem muss den Fakultäten die Möglichkeit gegeben werden, einen bestimmten Anteil der Medizinstudenten in einem Bewerbungsgespräch auszuwählen. Die Erfahrungen in Österreich, wo seit 20 Jahren der NC entsprechend abgeschafft wurde, zeigen, dass hinsichtlich

Die Einbindung von Künstlicher Intelligenz kann die medizinische Versorgung verbessern.

Die Finanzierung von Medizinstudienplätzen ist Aufgabe der Bundesländer



der Qualität des Mediziner Nachwuchses, der Abbrecherquote und der Abwanderungsquote in andere Bereiche keine Nachteile zu befürchten sind.

Die Finanzierung von Medizinstudiengplätzen ist Aufgabe der Bundesländer im Sinne des „White Deals“.

Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten

Die ärztliche Weiterbildung ist die zwingende Voraussetzung dafür, dass mittel- und langfristig ausreichend Haus- und Fachärzte sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich zur Verfügung stehen, um den demographischen Bedingungen und dem medizinischen Fortschritt gerecht zu werden und die Bevölkerung zu versorgen.

Die ärztliche Weiterbildung ist bislang ein „Nebenprodukt“ von ärztlich erbrachter Leistung im Krankenhaus wie im ambulanten Bereich. Diese „Ausbildungskosten“ werden im Wesentlichen aus dem laufenden Klinik- bzw. Praxisbetrieb finanziert.

Durch die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (ambulant statt stationär) haben sich viele Weiterbildungsinhalte und -kapazitäten vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich verlagert. Um den geänderten Anforderungen an die ärztliche Weiterbildung in der Praxis gerecht zu werden, hat der Gesetzgeber Elemente von Weiterbildungsförderung im Sozialgesetzbuch aufgenommen. Hierbei wurden Fördermodelle für die haus-, später auch für die fachärztliche Weiterbildung entwickelt, die je zur Hälfte die Vertragsärzteschaft und die Gesetzlichen Krankenkassen tragen.

Was zunächst als schnelle Übergangslösung ärztlicherseits vorgeschlagen wurde, ist inzwischen zur Regel geworden. So waren diese Übergangslösungen aber nicht gedacht. Es ist nicht die Aufgabe niedergelassener Ärzte, die Weiterbildung des Nachwuchses aus ihren Honoraren zu finanzieren. Eine zukunftsfähige Regelung der Weiterbildungsfinanzierung erfordert eine ordnungspolitisch grundlegend andere und finanzlich nachhaltige Lösung für Haus- und Fachärzte.

Ärztliche Weiterbildung besteht aus ärztlicher Leistung des Weiterzubildenden und der Ausbildungsleistung des Weiterbilders.

Ärztliche Weiterbildung muss dort erfolgen, wo die Lehrinhalte erbracht werden. Insofern ist es erforderlich, dass der Wechsel des Weiterzubildenden in den jeweiligen Bereich möglich ist und ausreichend finanziert wird.

Die Regelung der Weiterbildung ist alleinige Angelegenheit der Ärztekammern. Insofern muss Einigkeit innerhalb derjenigen freien ärztlichen Verbände hergestellt werden, die die Kammern im Wesentlichen tragen. Dazu sind ernsthafte, offene und kompromissbereite Gespräche unter den Verbänden erforderlich. Diese müssen unter neutraler Moderation der Bundesärztekammer stehen.

Der Anteil ärztlicher Leistung in der Weiterbildung muss sowohl in Klinik als auch in Praxis von den entsprechenden Kostenträgern ausreichend gegenfinanziert sein.

- Der Anteil der Ausbildungsleistung durch den Weiterbilder kann über ein Stiftungsmodell, in das sowohl Kostenträger (GKV und PKV) als auch der Staat, wie auch die Ärzteschaft selbst (über deren Anteil an der „Weiterbildungsförderung für Haus- und Fachärzte“) eingebunden sind, finanziert werden. Hieraus werden die Weiterbildungsstellen anteilig finanziert, egal ob in Krankenhaus oder Praxis.
- Diese Finanzierungsanteile gehen als „Rucksackmodell“ mit dem einzelnen Weiterzubildenden an die jeweilige Weiterbildungsstelle. Die Koordination hierzu übernehmen die Landesärztekammern. Dazu kann das eLogbuch weiterentwickelt werden.
- Staatliche Vorgaben zur Steuerung von Weiterbildung in spezielle Fachgruppen lehnen wir ab.

Finanzierung, Wettbewerb und Dualität

Der Staat trägt die zentrale Verantwortung bei der ausreichenden Finanzierung des Gesundheitswesens, das an sich auf den Prinzipien der Selbstverwaltung steht. Gesundheitsversorgung ist staatliche Daseinsvorsorge und existenziell für den demokratischen Rechtsstaat.

Der Staat trägt die zentrale Verantwortung bei der ausreichenden Finanzierung des Gesundheitswesens, das an sich auf den Prinzipien der Selbstverwaltung steht. Gesundheitsversorgung ist staatliche Daseinsvorsorge und existenziell für den demokratischen Rechtsstaat.

Daher trägt der Gesetzgeber auch die Verantwortung dafür, dass politische Entscheidungen entsprechend finanziert werden. Deshalb sind alle versicherungsfremden Leistungen, sowie die kostendeckenden Beiträge für Bürgergeldempfänger vollumfänglich durch Steuern zu bezahlen. Die Deckungslücke beträgt hier über 20 Mrd. (!) Euro jährlich.

Einheitskasse und Staatsmedizin lehnen wir ab. Daher ist sowohl der Wettbewerb unter einer angemessenen Zahl von Krankenkassen als auch der Wettbewerb unter den subsidiären Systemen der Krankenversicherung konstitutiver Teil der gesellschaftlichen Ordnung. Die Dualität aus GKV und PKV muss erhalten bleiben, weil sie sowohl den System- als auch den Innovationswettbewerb fördert.

Umgang mit medizinischem Fortschritt und mit „Kostentreibern“ in der Medizin

Einige Bereiche der Medizin werden auch zukünftig eine sehr dynamische Kostenentwicklung verursachen. Beispielhaft genannt sind hier das Labor oder die Genetik. Auch der medizinische Fortschritt wird einen Beitrag zur Kostendynamik leisten. Hier ist beispielhaft die personalisierte Medizin zu nennen.

Ziel muss sein, einen Umgang mit diesen Entwicklungen zu finden, ohne eine Diskussion um Priorisierung oder Rationierung von neuen Leistungen zu beginnen.

Der richtige Ort für Diskussion und Entscheidung über die Bezahlung von medizinischem Fortschritt ist die autonome Selbstverwaltung aus Leistungserbringern und Kostenträgern, wie sie sich im Gemeinsamen Bundesausschuss seit Jahrzehnten bewährt hat. Hier wird rein auf Basis wissenschaftlicher Evidenz entschieden, welche neuen Leistungen aufgenommen werden

und welcher Preis dafür gezahlt wird. Fachfremde und nicht an der Finanzierung Beteiligte (wie Kommunen, Kreise, Politik, Patientenvertreter) müssen gehört werden,

Staatlich festgelegte Leistungen führen in ein System der Staatsmedizin.

sind aber an der Entscheidung nicht beteiligt.

Staatlich festgelegte Leistungen führen in ein System der Staatsmedizin. Dieses gilt es zu verhindern.

Fachkräftemangel: Arbeit am Patienten besser bezahlen

Der Fachkräftemangel ist eine der größten Herausforderungen der deutschen Wirtschaft. Insbesondere in den Arztpraxen schlägt sich der Fachkräftemangel inzwischen deutlich nieder. Der Fachkräftemangel ist heutzutage einer der Hauptgründe für vorzeitige Praxisabgaben oder für eine Einschränkung des Leistungsangebotes.

Die vormaligen „Arztshelferinnen“ sind längst hervorragend ausgebildete, hoch qualifizierte medizinische Fachkräfte, die deshalb zu Recht seit 2006 als „Medizinische Fachangestellte“ (MFA) bezeichnet werden. MFA sind das Rückgrat jeder Praxis.

Die Ausbildung zur MFA ist beliebt, sie liegt auf Platz 4 der beliebtesten Ausbildungsberufe im Jahr 2022, bei Frauen sogar auf Platz 1.

Aber durch Arbeitsbedingungen, ungleiche Verdienstmöglichkeiten und Abwerbung durch Krankenhäuser und Krankenkassen stehen die Praxen in einem harten Konkurrenzkampf im Ringen um Fachkräfte.

Kernpunkt ist die Bezahlung. Obwohl rund 58 Prozent der Praxen übertariflich bezahlen, ist der Unterschied zu anderen potenziellen Arbeitgebern eklatant:

- › Der mittlere Brutto-Stundenlohn einer MFA liegt derzeit bei 16 Euro pro Stunde.
- › MFA im Öffentlichen Dienst dagegen erhalten einen Bruttostundenlohn von 17,34 Euro.
- › Der Mindestlohn für qualifizierte Pflegehilfskräfte mit einer mindestens einjährigen Ausbildung liegt bei 16,50 Euro.
- › Die AOK bietet aktuell 17,26 Euro pro Stunde, die IKK 17,74 Euro als Einstiegsgehalt für MFA.
- › Der mittlere monatliche Bruttolohn von MFA, die bei gleicher Qualifikation statt in einer Arztpraxis als Sozialversicherungs-

fachangestellte in einer Krankenkasse arbeiten, liegt bei 24,70 Euro, also mehr als 50 Prozent höher als in der Arztpraxis.

Es ist ein unhaltbarer Zustand, dass die Arbeit am Patienten wesentlich schlechter bezahlt wird als für dessen Verwaltung durch die Krankenkassen.

Daher muss zunächst der Gehaltsabstand zu den Sozialversicherungsfachangestellten zugunsten der MFA verringert werden. Hierfür müssen die Krankenkassen das erforderliche Geld zur Verfügung stellen. Zudem muss bei den jährlichen Finanzierungsverhandlungen mit den Krankenkassen die Entwicklung der MFA-Gehälter prospektiv statt retrospektiv berücksichtigt werden.

MFA übernehmen heute schon viele Versorgungsaufgaben einer Praxis. Mehr Steuerungsverantwortung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte führt dazu, dass MFA in diesen Versorgungsmodellen neue Auf-

gaben übernehmen – Stichworte sind Agnes, VERAH oder Community Health Nurses. Die Qualifizierung hierfür

ist seit vielen Jahren im Gange, sie wird im Übrigen im Wesentlichen durch die Praxen selbst finanziert. Diese Aufgaben müssen bei der Finanzierung der Praxen zukünftig stärker berücksichtigt werden.

Zukünftige Zusammenarbeit mit anderen akademischen und nicht-akademischen medizinischen Fachberufen (Substitution und Delegation)

Der Virchowbund versteht sich seit jeher als der Verband jener Ärztinnen und Ärzte, die die Gesundheitsversorgung als eine Gemeinschaftsaufgabe von Ärzten und den Gesundheitsberufen sehen. Gerade die Freien Berufe verbindet ein gemeinsames Verständnis von eigenverantwortlicher, zumeist selbstständig tätiger Leistungserbringung und sozialer Verantwortung des Berufes. Schon heute bestehen viele Felder der Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Apothekern und Zahnärzten, zumeist in indikationsbezogenem oder regionalem Zusammenhang.

Insbesondere aufgrund der Notwendigkeit der Patientensteuerung und des zielgerichteten Einsatzes der verfügbaren Mittel, ist davon abzuraten, Teile der Labordiagnostik als Point-of-Care-Angebote in den Apotheken zu ermöglichen. Diese schrotschussartige Diagnostik führt zu Doppeluntersuchungen und unnötigem Zusatzaufwand an Beratung in den Arztpraxen. Auch Prävention muss zielgerichtet erfolgen.

Impfen ist Kernaufgabe aller Ärzte. Deshalb sind Apotheken der Ort für Impfaufklärung, aber nicht des Impfens.

Die nicht-akademischen Heilberufe sind niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in einem gemeinsamen Ziel verbunden: die bestmögliche Behandlung des Patienten. Arbeitsteilung in diesen Bereichen erfolgt in der Regel im Rahmen der Delegation, und die Anzahl der delegierten Leistungen steigt ständig.

Eine Substitution ärztlicher Leistungen ist jedoch ein automatischer Anachronismus: Eine ärztliche Leistung, die substituiert wird, ist fortan keine ärztliche Leistung mehr. Entscheidungen über Leistungen, die substituiert werden, müssen daher immer auch unter dem Aspekt von Haftung und wirtschaftlicher Verantwortung gesehen werden.

In den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte steigt sowohl die Zahl als auch die Qualifikation von medizinischen Fachangestellten. Praxiskonzepte mit mitversorgenden Fachberufen wie Agnes, VERAH, Community Health Nurses oder Physician Assistants sind Zukunftsmodelle und werden vom Virchowbund im Sinne einer Delegation ärztlicher Leistungen unterstützt.

Die Übertragung von Versorgungsverantwortung auf andere medizinische Fachberufe oder ein teilweiser oder vollständig freier Zugang zu ihnen birgt aber derzeit noch völlig unkalkulierbare Risiken. So ist im Bereich der Heilmittel, der

- › Podologie,
- › Physiotherapie,
- › Ergotherapie,
- › Stimm-, Sprech-, Sprach-, Schlucktherapie (Logopädie) und
- › Ernährungstherapie



umfasst, der potenzielle Versorgungsbedarf an Behandlung unendlich. Ein Direktzugang oder ein Zugang ohne ärztliche Überweisung muss dann zur Folge haben, dass das Haftungsrisiko für die Behandlung und die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit (Regressrisiko) vollständig auf den jeweiligen Leistungserbringer übergeht. Die Leistungserbringer müssen entsprechende Vorkehrungen treffen (Versicherungen). Diese Mehraufwendungen werden die Leistungen verteuern, sodass sich dann umso mehr die Frage nach der Wirtschaftlichkeit stellt.

Rolle von Kapital und Investoren in der Gesundheitsversorgung

Kapital und Investitionen sind bei jeder unternehmerischen Entscheidung wichtig. So ist es auch bei der Gründung einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis. Es macht jedoch einen Unterschied, ob der Investitionsentscheid auf eine langfristige Versorgung der Bevölkerung gerichtet ist oder ob dadurch eine bestehende Unternehmung wirtschaftlich – teils exzessiv – optimiert wird, mit dem Ziel, aus einem zeitnahen Verkauf der Unternehmung

Gewinne abzuschöpfen, die dann dem Gesundheitswesen entzogen werden und in unbekannte Kanäle verschwinden.

Diese Exzesse von in der Regel konstitutionellen Anlegern sind inzwischen Legion, die Auswirkungen der Unternehmensoptimierung auf die Versorgung der Bevölkerung und auf ein flächendeckendes medizinisches Angebot für jedermann bekannt und sichtbar.

Daher ist es erforderlich, in Bereichen der Daseinsvorsorge wie dem Gesundheitswesen ein Mindestmaß an Regulierung einzuführen, das die Interessen des Sozialstaates und die Bedeutung von Kapital und Kapitalrendite bei der Leistungserbringung in Einklang bringt.

Zur Eingrenzung von Renditen, die zu Lasten der Versorgung gehen, sind folgende Punkte essenziell:

- › Transparenz über die „Wirtschaftlich Berechtigten“
- › Stärkung und medizinische Alleinverantwortung durch den ärztlichen Leiter
- › Gründung von Versorgungseinheiten (MVZ, BAG, ÜBAG, ...) durch Krankenhäuser nur im räumlichen und fachlichen Zusammenhang.

Die Kernforderung bleibt: Der für die Fachgruppe typische Versorgungsauftrag muss erfüllt werden. Dies wird gegebenenfalls durch die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüft.

Grundsatzprogramm Versorgung 2040:



Grundsatzprogramm lesen:
virchowbund.de/verbandsarbeit



100-Tage-Sofortprogramm

Der Virchowbund hat ein Sofortprogramm für die ersten hundert Tage der neuen Bundesregierung erstellt. Es beinhaltet in vier ersten Gesetzesvorhaben die notwendigen Maßnahmen, dringende Strukturveränderungen einzuleiten und die ersten Schritte dafür vorzubereiten.

„Es ist vor allem erforderlich, den Akteuren und Leistungsträgern im System schnellstmöglich das Zeichen zu geben: Es geht voran! Mit vier ersten Gesetzesmaßnahmen muss die neue Bundesregierung rasch den Schalter umlegen und verhindern, dass noch mehr Praxisärzte vorzeitig in den Ruhestand gehen. Wir können auf keinen einzigen Arzt verzichten. Im Gegenteil: Es muss alles getan werden, damit möglichst viele länger arbeiten“, betonte der Virchowbund-Bundesvorsitzende.

1. Sicherung der Finanzierungsgrundlagen

Umfassender Kassensturz und nachhaltige Finanzstabilität

- › Bestandsaufnahme und Quantifizierung aller versicherungsfremden Leistungen
- › Volle Steuerfinanzierung oder Einschränkung von versicherungsfremden Leistungen

- › Vorschaltgesetz mit Sofortmaßnahmen:
- › Tabak- und Alkoholsteuer fließen direkt in den Gesundheitsfonds
- › Prüfung der beiden größten Ausgabenblöcke Krankenhaus und Arzneimittelversorgung
 - › Arzneimittel: Senkung oder Streichung der Umsatzsteuer
 - › Krankenhaus: Ermittlung der Investitionskosten-Lücke durch die Länder und Kompensation durch ein Sondervermögen

2. Praxisstärkungsgesetz

Ziel: Stärkung und Förderung des Ausbaus der bestehenden ambulanten Strukturen

› Wirtschaftliche Stärkung der Praxen

- › Entbudgetierung aller haus- und fachärztlichen Leistungen
- › Volle Refinanzierung der Tarifsteigerungen für MFA bei den jährlichen Vergütungsverhandlungen analog zu den Krankenhäusern
- › Verpflichtende Berücksichtigung der Entwicklung des Oberarztgehalts bei der jährlichen Weiterentwicklung des Orientierungspunktwertes
- › Entbürokratisierung durch Beendigung der Regresse und eine Bearbeitungsgebühr für Kassenanfragen

3. Versorgungs- und Digitalisierungsgesetz

› Steigerung der Wirtschaftlichkeit durch effektivere Patientensteuerung

- › Weiterentwicklung der Hausarztzentrierten Versorgung zu einem Koordinations-Arztmodell (koordinierender Haus- und Facharzt) mit Patienteneinschreibung und Beitragsvorteilen
- › Finanzierung der Koordinationsleistungen einer Koordinationsarzt-Praxis
- › Obligatorische Kontaktpauschale von 10 Euro in der vertragsärztlichen Versorgung (als soziale Kappung entfällt diese ab dem 3. Patienten-Arzt-Kontakt). Einzug über Krankenkassen
- › Einführung einer Säumnisgebühr von 25 Euro, die über die Krankenkassen vom Patienten eingezogen wird und vom Arzt über die KV abgerechnet wird

› Arzt- und praxisentlastende Versorgungsansätze

- › Errichtung von bundesweit etwa 80 Gesundheitskiosken in sozialen Brennpunkten entsprechend dem evaluierten Innovationsfondsprojekt Gesundheitskiosk Billstedt-Horn, enge Anbindung mit koordinierenden Arztpraxen im Umfeld (z. B. Arztnetze)
- › Weiterentwicklung von arztentlastenden Heilberufen (z. B. Medizinische Fachangestellte und Community Health Nurses) und Sicherstellung von deren Finanzierung

› Notfall- und Notdienstreform, Terminvergabe

- › Ausbau der Terminservicestelle 116 117 zur
 - zentralen deutschlandweiten Akuteleitstelle
 - zentralen Terminplattform, betrieben durch die KBV für die vertragsärztliche Versorgung
 - Integration eines Sanktionsmechanismus bei schuldhaft versäumten Terminen (Ausfallgebühr durch Krankenkassen erhoben)
- › Standardmäßige Ersteinschätzung durch SmED Plus
- › Schaffung von Integrierten Notfallzentren (INZ) unter Federführung

der KVen an bestimmten Krankenhäusern entsprechend den Empfehlungen des Sachverständigenrates

- Abschaffung von Abrechnungsmöglichkeiten durch Notaufnahmen, die keine INZ sind
- Steuerung der Patienten in die erforderliche Versorgungsebene durch Anbindung an die Terminservicestelle 116 117

› Ambulantisierung

Schöpfung der Ambulantisierungspotenziale und dadurch Freisetzung von Finanzmitteln zur Stärkung der Praxen (vgl. Praxisstärkungsgesetz)

- › Ambulantisierung (Ausweitung der Hybrid-DRG nach dem vom Spitzenverband Fachärzte entwickelten Katalog)

- › Wiederbelebung des Belegarztwesens durch Definition des niedergelassenen Arztes als Leistungserbringer im vollstationären Bereich einer Hauptabteilung im SGB V und damit Entkriminalisierung von Kooperationen zwischen Niedergelassenen und Krankenhäusern

› Einführung einer elektronischen Fallakte ausschließlich für Leistungserbringer

› Begrenzung von Kapitalinvestoren bei der Gründung von MVZ



Die neue Gesundheitsministerin Nina Warken (CDU) hat viele drängende Reformen vor sich

- › Transparenz über die „Wirtschaftlich Berechtigten“
- › Stärkung und medizinische Alleinverantwortung durch den ärztlichen Leiter
- › Gründung von Versorgungseinheiten (MVZ, BAG, ÜBAG, ...) durch Krankenhäuser nur im räumlichen (innerhalb von 50 km) und fachlichen Zusammenhang
- › Festlegung einer Obergrenze bei Anzahl der Arztsitze

4. Gesundheits-Zukunftsgesetz

- › **Ausbau der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten**
 - › Schaffung von zusätzlichen mindestens 5.000 Medizinstudienplätzen
 - › Dazu Bildung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Finanzierung, ggf. Kopplung an eine „Landarzt-Quote“

- › Ersatz des Numerus Clausus beim Medizinstudium durch ein Punktesystem (z. B. für Freiwilligendienst, Vorausbildungen im medizinischen Bereich) und persönliche Interviews

› Sinnvoller und verantwortlicher Einsatz von Künstlicher Intelligenz

- › Schaffung eines Kompetenzzentrums KI in der Gesundheitsversorgung, angesiedelt am G-BA
- › Klärung von medizinischen, ethischen und rechtlichen (insbesondere Haftungs-) Fragen mit verbindlichen Empfehlungen für die Selbstverwaltung

› Aufarbeitung der Corona-Pandemie mit der Zielsetzung einer stärkeren Resilienz bei kommenden Pandemien

- › **Stärkung der Prävention**
 - › Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung durch Einführung

von verpflichtender Gesundheitserziehung in der Schule

- › Werbeverbot von Tabak- und Alkohol-Produkten
- › Werbeverbot für überzuckerte Produkte im Kinderfernsehen
- › Einführung einer Ampel-Kennzeichnung für Lebensmittel

100-Tage-Sofortprogramm lesen:

virchowbund.de/verbandsarbeit



Finanzierung

GOÄ-Novelle beschlossen

Nach über zehn Jahren intensiven Verhandlungen und teils heftigen innerärztlichen Diskussionen hat der 129. Deutsche Ärztetag in Leipzig beschlossen: Das Verhandlungsergebnis mit PKV und Beihilfe zu einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄneu) soll dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt werden, damit dieses die GOÄneu per Rechtsverordnung in Kraft setzt. Die Delegierten in Leipzig quittierten die deutliche Mehrheitsentscheidung für die GOÄneu mit stehendem Applaus.

Noch im Vorfeld sprachen sich die größten Ärzteverbände (BDI, BVKJ, Hartmannbund, Hausärzteverband, SPIZ und Virchowbund) dafür aus, dem GOÄ-Entwurf zuzustimmen. Nach einem jahrelangen Erarbeitungs- und Gesprächsprozess läge nun ein tragfähiger Kompromiss mit PKV und Beihilfe vor.

Der neue Ansatz erkennt endlich die ärztliche Zuwendung zum Patienten in allen Fachgebieten wieder angemessen an und führt insgesamt zu einer besseren Honorierung. Vor allem aber ist es für die gesamte Ärzteschaft von immenssem Wert, durch den Entwurf nach zwei Jahrzehnten der Beratungen und Diskussionen endlich

die Voraussetzung für eine Novellierung der GOÄ durch den Ordnungsgeber zu schaffen. Denn eine zeitgemäße Honorarordnung ist ein Wesensmerkmal des freien ärztlichen Berufs. Dieser Funktion kann eine seit Jahrzehnten überalterte GOÄ nicht mehr gerecht werden. Angesichts der bevorstehenden politischen Diskussionen um die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme wäre ein Scheitern oder eine erneute Vertagung der Entscheidung über eine neue GOÄ ein fatales Signal für die Zukunft des dualen Versicherungssystems und den Erhalt einer eigenständigen ärztlichen Gebührenordnung gewesen. Positiv bewerteten der Virchowbund und die anderen Verbände auch, dass Bundesärztekammer und PKV-Verband



Applaus und Erleichterung beim Ja zur GOÄ

GOÄ ist letzte Chance für den Freien Beruf Arzt

Zuvor hatte der Virchowbund den Beschluss für eine GOÄ-Novelle als „letzte Chance für den Freien Beruf Arzt“ bezeichnet.

Denn die zwischen Bundesärztekammer, Privatversicherern und der Beihilfe konsentierende Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist ein Durchbruch für eine angemessene Honorierung vor allem in der patientennahen Behandlung.

Historische Fehlentscheidungen rächen sich

Nach über 30 Jahren Stillstand liegt mit der GOÄ zwar ein aktuelles Leistungsspektrum vor, das aber teils schwere Verwerfungen zwischen einzelnen Fachgruppen beinhaltet. Jetzt zeigten sich die vom Virchowbund vorhergesagten Folgen durch vorangegangene Fehlentscheidungen: Es war prinzipiell falsch, sich darauf einzulassen, dass zunächst eine konsentierende Fassung zwischen Ärzten und Kostenträgern erarbeitet werden sollte (sogenannte Verhandlungslösung). Vom Grundsatz her ist der Verordnungsgeber für den Erlass einer Gebührenordnung nach einem vorherigen Anhörungsverfahren zuständig. Das Vorschlagsrecht steht allein der Ärzteschaft

zu. Es stellt einen definitorischen Teil des Freien Berufes dar. Für alle anderen Freien Berufe, wie Tierärzte, Rechtsanwälte, Steuerberater und Ingenieure, ist das die verfassungsmäßige Vorgehensweise. Dass der Verordnungsgeber dies in der Humanmedizin seit inzwischen gut 30 Jahren versäumt hat, ist Staatsversagen.

Der zweite gravierende Fehler war die Übereinkunft über einen engen Zielkorridor hinsichtlich der notwendigen Preissteigerungen nach über 30 Jahren Stillstand. Damit wurde eine echte betriebswirtschaftliche Berechnung der Gebührenpositionen unmöglich gemacht. Dies führt zwangsläufig zu Verschiebungen unter den Fachgruppen und zu massiven Abwertungen in einzelnen Bereichen, mit der Folge, dass dort keine betriebswirtschaftlich kalkulierte Leistungserbringung mehr möglich ist. Auch die notwendige Betterbewertung der sprechenden Medizin mit einer Abwertung technischer Leistungen zu verknüpfen, um Kostenneutralität herzustellen, erweist sich, wie befürchtet, als Konstruktionsfehler. Im Ergebnis der novellierten GOÄ offenbaren

vereinbart haben, den GOÄ-Entwurf in Abstimmung mit den ärztlichen Verbänden und Fachgesellschaften innerhalb des jetzt beschriebenen Rahmens weiter zu verbessern. Schon im Clearingverfahren der letzten Monate konnten mit den Verbänden, die sich konstruktiv beteiligt haben, zahlreiche Anpassungen erreicht werden. Eine moderne GOÄ bedarf der kontinuierlichen Anpassung an den medizinischen Fortschritt und die Kostenentwicklung in Praxen und Krankenhäusern. Nach dem „Ja“ des Ärztetages steht die neue Bundesgesundheitsministerin Nina Warken in der Verantwortung, das Novellierungsverfahren zügig einzuleiten.

sich die schweren Fehler der Bundesärztekammer in der Vergangenheit, namentlich unter der Führung von Prof. Frank Ulrich Montgomery, die schließlich zu einem außerordentlichen Deutschen Ärztetag 2016 und zur erzwungenen Einbindung aller Fachverbände geführt haben.

Nicht ideal aber notwendig

Jetzt am Ende eines langwierigen Prozesses ist die vorliegende GOÄ zwar nicht ideal und mit Konstruktionsfehlern behaftet, aber gleichwohl notwendig und die letzte Chance für eine aktuelle ärztliche Gebührenordnung. Damit ist sie eine wesentliche Existenzgrundlage für den Freien Beruf des Arztes.



Eine lange Durststrecke bis zur GOÄ-Novelle

COPYRIGHT: VIRCHOWBUND COPYRIGHT: K-GENERIERT

Erster Schritt: Entbudgetierung der Hausärzte

Die Ampel war bereits zerbrochen, da hatten sich die noch amtierenden Ampel-Koalitionäre im Vorfeld des heraufziehenden Wahlkampfes darauf geeinigt, die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung im Gesetzgebungsverfahren umzusetzen. Damit geht ein Teil der Grundsatzforderungen des Virchowbundes nach sieben Jahren in Erfüllung.

Zur Erinnerung fassen wir noch einmal die Historie zusammen:

- Die Forderung nach einer Entbudgetierung der Vertragsärzte formulierte der Virchowbund als erster fachübergreifender und bundesweiter Verband bereits sieben Jahre zuvor. Damals war die grundsätzliche Forderung nach einer Entbudgetierung für alle Fachgruppen im Grundsatzprogramm zur Bundestagswahl im Mai 2017 aufgestellt und wurde im Rahmen der Koalitionsbildung, zunächst zu einer Jamaika-, dann zu einer Großen Koalition, erneuert.
- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) übernahm diese Forderung erstmals im November 2017.
- In den folgenden Jahren wurde diese Forderung bei allen Bundeshauptverhandlungen erneuert, bis die Entbudgetierung der Hausärzte erstmals in einem Koalitionsvertrag zur Ampel (2021) formuliert wurde.

„Dass jetzt die Entbudgetierung der Hausärzte kommt, ist ein Erfolg des Virchowbundes, auf den wir stolz sein können“, erklärte der Bundesvorsitzende, Dr. Dirk Heinrich.

Nächster Schritt: Fachärzte entbudgetieren

Dennoch ist jetzt der nächste logische Schritt zwingend, denn ein Großteil der Diagnosen im hausärztlichen Bereich werden unter Beteiligung und nach Überweisung zum Facharzt gestellt. Daher müssen auch die Fachärzte umgehend entbudgetiert werden. Geplant ist auch die Umsetzung von Teilen des „Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes“, speziell die Einführung einer Bagatellgrenze bei Regressen, aber auch die Einführung einer jährlichen Vorsorgepauschale für chronisch Kranke und damit die teilweise Abwendung von der Quartalslogik in den Hausarztpraxen.



Hausarzt-Pauschalen als vergiftetes Geschenk

Es bleibt abzuwarten, wie die Verhandlungen zwischen KBV und den Krankenkassen zu dieser Pauschale verlaufen. Zu befürchten ist, dass die Hausärzte den Kürzeren ziehen werden, weil die Jahrespauschale vermutlich geringer ausfallen wird als die vorigen vier Quartalspauschalen. Die Pauschale könnte sich als vergiftetes Geschenk erweisen.

Magerer OPW für 2026

Das Budget für die Patientenversorgung durch Haus- und Facharztpraxen soll 2026 um nur 2,8 Prozent steigen. Und das, obwohl Zahlen des statistischen Bundesamtes belegen, dass die Kosten der Arztpraxen deutlich stärker wachsen als die Einnahmen (5,79 Prozent gegenüber 1 Prozent). Dazu kommen die deutliche Anhebung der Tariflöhne für Medizinische Fachangestellte (6 Prozent) und die hohen Inflationsraten der letzten Jahre. Der Virchowbund hatte deshalb Anfang August errechnet, dass mindestens 7 Prozent zusätzlich nötig wären.

Somit ist der Abschluss schlicht zu wenig. Denn die Praxen müssen ihre Kosten im Blick behalten. Das bedeutet,

dass weniger neues Personal eingestellt, weniger in Infrastruktur investiert werden kann und dass ein Übererfüllen des

gesetzlichen Versorgungsauftrages sich schlicht nicht rechnet. Die Folge wird eine weitere Terminverknappung sein. Die notwendigen anstehenden Reformen werden dadurch noch schwieriger.

„Während man Milliarden in die Krankenhäuser steckt ohne klaren Transformationsplan, heißt es bei den Praxen: Es ist kein Geld da. Am Ende leiden darunter die Patienten, die länger auf Termine warten müssen, weil zu wenig Personal in den Praxen vorhanden ist“, kritisierte Dr. Heinrich das Verhandlungsergebnis.

BUNDESHAUPTVERSAMMLUNG

Patientensteuerung und Koalitionsbruch

Wie kann man es schaffen, Patienten so zu steuern, dass sie gut versorgt werden und dabei Ressourcen geschont und allen voran Ärzte und MFA entlastet werden? Das war das bestimmende Thema der Bundeshauptversammlung des Virchowbundes am 8. und 9. November 2024 in Berlin. Zusätzliche Brisanz brachte der nur zwei Tage zuvor verkündete Bruch der Ampel-Koalition.

„Nach der Reform ist vor der Reform“ lautete der Titel der Veranstaltung. Er lässt sich in zwei Richtungen interpretieren: Einerseits, dass die Krankenhausreform weitere Reformen notwendig macht, beispielsweise die Notdienstreform oder eine Reform der ärztlichen Weiterbildung. Andererseits aber auch, dass die von Lauterbach angekündigte „Revolution“ am Ende doch so lückenhaft ausfallen könnte, dass weitere Schritte folgen müssen.

„Der Karl glaubt, der Staat könne es besser als die Idioten in der Selbstverwaltung“

Josef Hecken ist bekannt dafür, kein Blatt vor den Mund zu nehmen. So auch bei der Bundeshauptversammlung des Virchowbundes. Als der Unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ans Rednerpult trat, holte er zum Rundumschlag aus. Das war nicht nur informativ, sondern auch höchst unterhaltsam.

Bei seiner Generalabrechnung mit der Gesundheitspolitik der Ampel und von Karl Lauterbach (SPD) im Besonderen, ließ er an dem Harvard-Professor kein gutes Haar. Er hielt eine Brandrede auf die Vorzüge der Selbstverwaltung und gab sich kämpferisch gegenüber den fortgesetzten Angriffen



Josef Hecken (G-BA) teilt verbal aus

durch die Politik. Die politischen Vorgaben zu den Öffnungszeiten von Bereitschaftsdienstpraxen an Integrierten Notfallzentren (INZ) seien absurd, gerade vor dem Hintergrund der immer länger werdenden Wartezeiten auf Facharzttermine.

Virchowbund schlägt Koordinationsarzt vor

Hecken, wohl einer der tiefsten Kenner des Systems, unterstrich er in seiner Keynote ebenfalls, dass an mehr Patientensteuerung kein Weg mehr vorbeiführt. Er echauffierte sich darüber, dass bis zu ein Drittel der Arztkontakte in Deutschland vollkommen unnötig wären. „In meiner offenen Sprechstunde ist die häufigste Diagnose Tubenmittelohrkatarrh. Von solchen Banalitäten müssen wir uns befreien“, stimmte ihm Dr. Heinrich, der Bundesvorsitzende des Virchowbundes, zu.



Dr. Dirk Heinrich (Virchowbund), Tino Sorge (CDU), Dr. Ellen Lundershausen (BÄK) und Dr. Veit Wambach (Virchowbund) amüsieren sich beim Vortrag von Prof. Hecken



FDP, CDU und SPD kritisieren einander scharf

Soll also der Hausarzt als Lotse durch das System fungieren? Dr. Heinrich und Prof. Hecken waren sich einig, dass das größtenteils sinnvoll wäre, aber nicht in allen Fällen. Man müsse dafür aber aufhören, die Hausarztpraxen mit Patienten zu verstopfen, die eine Krankmeldung, ein Wiederholungsrezept oder eine Überweisung brauchen.

In der Regelversorgung plädieren die Hausärzte und Fachärzte im Virchowbund für ein „Koordinationsarzt-Modell“. Anders als bei der hausarztzentrierten Versorgung können auch Fachärzte als koordinierende Ärzte in Frage kommen. Sowohl für Patienten als auch für Praxen hätte das Vorteile (siehe Seite 18ff).

CDU auf Angriff, SPD glorifiziert Lauterbach

Bei der anschließenden Podiumsdiskussion mit Mitgliedern des Gesundheitsausschusses wurden die Ideen weiter diskutiert. Der Zerfall der Koalition hatte allerdings auch andere Themen auf die Agenda gesetzt. Denn nur zwei Tage nach dem Ende der Ampel standen die Gesundheitspolitiker von SPD, CDU und FDP einander wieder gegenüber und bezogen Stellung: Wie geht es jetzt weiter? Sind die Entbudgetierung für Haus- und Fachärzte, die Krankenhausreform und die Notfallreform jetzt beerdigt? Und welche Projekte würden die Parteien in einer neuen Regierung zuerst angehen wollen?

SPD-Abgeordnete Nezahat Baradari etwa erklärte, es sei „keine Frage“, dass bei der

Krankenhausreform noch mehr gemacht werden müsse. Sie könne die Kritik der Niedergelassenen, dass diese sich von der Politik nicht gesehen, übergangen oder sogar gegängelt fühlten, „so nicht nachvollziehen“. Der CDU-Vertreter Tino Sorge (mittlerweile Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium) konterte, dass es bei zu vielen drängenden Themen zwar viele Diskussionen aber keinerlei Bewegung unter Lauterbach gegeben habe.

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Saal nutzten die Chance, die Bundestagsabgeordneten mit ihren Fragen und Sorgen zu konfrontieren. Herr Wirth aus der Landesgruppe Mitteldeutschland forderte ein klares Bekenntnis gegen die Staatsmedizin ein. Dr. Pechstein, Vorsitzender der Landesgruppe Bayern, forderte dazu auf, endlich ärztliche Arbeit vollständig zu bezahlen.



Dr. Pechstein fordert die Entbudgetierung

Prof. Löhler, Mitglied im Bundesvorstand, präsentierte Zahlen zum MFA-Mangel in den Praxen und zur Gehaltsschere zwischen MFA in Praxen und Kliniken. Immer mehr MFA würden aufgrund der Arbeitsbedingungen und Gehälter dem ambulanten Sektor den Rücken kehren. Eine Vertreterin des MFA-Verbandes berichtete, dass sämtliche Gesprächsanfragen an das Ministerium abgeblockt worden seien.

„Bei der GOÄ haben wir die Wahl zwischen Misthaufen 1 und Misthaufen 2“

Auch das Thema GOÄ-Reform trieb die Delegierten um. In seinem Lagebericht erklärte der Virchowbund-Bundesvorsitzende, Dr. Dirk Heinrich, welche Fehler aus der Ver-



Dr. Sohrab äußert sich kritisch zur neuen GOÄ

gangenheit sich im aktuellen Entwurf der GOÄ neu rächen würden.

Eine unrühmliche Rolle dabei spielten der langjährige Bundesärztekammer-Präsident Montgomery und der Marburger Bund. Denn dieser habe mit dem damaligen Gesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) die „Erbsünde“ vereinbart: dass es eine Verhandlungslösung mit PKV und Beihilfe geben müsse.

Diese Fehler hatte der Virchowbund im Rahmen eines Sonderärztetages 2016 kritisiert – doch die Delegierten des Ärztetages sprachen sich damals für das Vorgehen der Bundesärztekammer aus. Auch spätere Ärztetage bekräftigten das Votum. Deshalb

müsse man nun mit dieser Entscheidung leben, resümierte Dr. Heinrich.

Er argumentierte: Selbst wenn die vorliegende GOÄ weit hinter den Erwartungen und legitimen Wünschen der Ärzteschaft zurückbleibe, sei eine Ablehnung zum gegenwärtigen Zeitpunkt, am Ende dieses langen Prozesses noch schädlicher für die Ärzteschaft. Damit würde die GOÄ neu auf den Sankt-Nimmerleins-Tag verschoben und die Gefahr einer Einheitsversicherung deutlich verschärft (siehe Seite 27).

Virchowbund positioniert sich gegen Antisemitismus, Gewalt und Hass

Ein anderes unrühmliches Thema beschäftigte die Delegierten ebenfalls: die globale Zunahme von Gewalt, Hass, Krieg und Verfolgung. Auch in Deutschland sind die Auswirkungen davon zu spüren. Aktuell ist jüdisches Leben mehr denn je bedroht. Aber auch Hass und Gewalt gegen andere Personengruppen nehmen zu.

Zum 86. Jahrestag der Progromnacht am 9. November erklärte der Virchowbund seine Unterstützung für die Initiative Welcomeplaces der Kantorin der jüdischen Ge-

meinde zu Berlin, Avital Gerstetter, und des „Jewish Center for Arts and Culture“.

Welcomeplaces sind Orte, Institutionen, Unternehmen, Ladengeschäfte, Hotels oder Restaurants, die signalisieren, dass hier Menschen Zuflucht finden können, die in unmittelbarer akuter Bedrängnis sind. Künftig sollen auch Arztpraxen hinzukommen.

„Für uns niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ist es selbstverständlich, dass wir uns an dieser Initiative beteiligen. Arztpraxen sind ein Ort, wo Patienten Hilfe suchen und finden. Das muss in gleichem Maße auch für diejenigen gelten, die in akuter Gefahr sind. Dies gilt ausdrücklich nicht nur für jüdische Mitbürger, sondern auch für andere bedrohte Personengruppen“, erklärte der Bundesvorsitzende des Virchowbundes.

Ehrung für Josef Hecken

Im Rahmen der Bundeshauptversammlung 2024 zeichnet der Virchowbund schließlich Prof. Josef Hecken mit der Kaspar-Roos-Medaille aus. Der Verband würdigte seinen Einsatz, die ärztliche Freiberuflichkeit gegen Angriffe aus Politik und Selbstverwaltung zu verteidigen.

Nach dem spannenden Eröffnungs-

programm gingen die Delegierten des Virchowbundes zur Arbeitstagung über. 48 Anträge wurden beraten: von einem Werbeverbot für Alkohol, Tabak und Nikotinprodukte über Bedenken hinsichtlich der ePA bis zum Aufruf, sich kollektiv gegen Prüfanträge der Kassen zu wehren.

Video-Aufzeichnung

Die Aufzeichnung der Bundeshauptversammlung 2024 ist auf dem Youtube-Kanal des Virchowbundes zu finden:

Dr. Dirk Heinrich zur Versorgung 2040:

youtu.be/R_hnxXVyMG0

Prof. Josef Hecken zur Patientensteuerung:

youtu.be/_VtoquaQqkg

Podiumsdiskussion:

youtu.be/-4xudK0FbDA

Kaspar-Roos-Medaille:

youtu.be/bpJuU2M8f7M

Entschließungen

Eine Auswahl der wichtigsten Einschließungen der Bundeshauptversammlung 2024:

Honorarverteilungsmastabe bundesweit an Bezahlung anpassen

Die Bundeshauptversammlung 2024 des Virchowbundes, Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V., fordert alle Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland dazu auf, ihre Honorarverteilungsmastabe (HVM) an die Bezahlung der Gesetzlichen Krankenkassen anzupassen. Die fortschreitende Budgetierung und Unterfinanzierung der ambulanten

Versorgung macht es notwendig, dass auch die Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Beitrag leisten, dass Leistungserbringung auf das gezahlte Maß möglich wird. Nach 30 Jahren muss damit Schluss sein, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte einen Teil ihrer Arbeit immer noch umsonst erbringen.

Resilienz des Gesundheitswesens stärken

Die Bundeshauptversammlung 2024 fordert die Bundesregierung und die Ärzt-

liche Selbstverwaltung auf, die Resilienz der Gesundheitsversorgung angesichts drohender Krisen, Kriege und Pandemien im Sinne einer Health-Security-Strategie sicherzustellen.

Die hierfür erforderliche Finanzierung muss Teil der nationalen Sicherheitsstrategie sein. Dabei sind nicht nur die bestehenden Krankenhäuser von Bedeutung, sondern es müssen in Vorbereitung auf eventuelle Konflikte oder Krisensituationen dabei auch die ambulanten Kapazitäten von Haus- und Fachärzten einbezogen werden. Hierfür muss auch deren Resilienz gestärkt werden, beispielsweise über die Ausstattung von Generatoren bei Stromausfällen.

In einer Health-Security-Strategie darf der ambulante Bereich nicht wieder zu einem blinden Fleck werden, denn es hat sich in der Corona-Pandemie – wo 19 von 20 Infizierte behandelt und große Teile der Impfkampagne gestemmt wurden – gezeigt, dass gerade die ambulante Versorgung das Fundament des gesamten Gesundheitswesens ist.

Gewalt in Praxen – Schutzkonzept erforderlich

Die Bundeshauptversammlung 2024 sieht mit großer Sorge eine zunehmende Verrohung und Gewaltbereitschaft in der Gesellschaft, die leider auch vor Arztpraxen nicht Halt macht.

Dass der Gesetzgeber nun Krankenhäuser durch Änderung des Strafrechts besser schützen will, wird ausdrücklich begrüßt. Dass Arztpraxen hier hintanstellen sollen, stößt auf völliges Unverständnis. Andererseits reichen kleine Veränderungen im Strafrecht sicher nicht aus, um das Problem zu lösen. Da von einem sich zunehmend als inkompetent darstellenden Gesetzgeber hier keine Hilfe zu erwarten ist, fordert die Bundeshauptversammlung den Vorstand auf, Praxen Hinweise an die Hand zu geben, um sich selbst zu schützen. Hierzu könnte ein Mehr-Punkte-Plan erarbeitet werden, wie Praxen vorgehen können, um ein möglichst gutes Sicherheitskonzept zu erreichen.

Rechtsraum für KI-Anbindungen schaffen

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, einen Rechtsraum für KI-Anbindungen zu schaffen. Basierend auf dem Digitalisierungsgesetz wurde ein wichtiger Rahmen geschaffen für den Einsatz von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA). Ähnlich dem AMNOG-Prozess bei Medikamenten durchlaufen DiGA einen Zulassungsbeschluss beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

Es ist zu erwarten, dass künftig künstliche Intelligenz (KI) in einem umfassenden Rahmen zur Unterstützung von Therapieentscheidungen zum Einsatz kommen wird. Es muss sichergestellt sein, dass die Funktionsweise von KI-Algorithmen stets nachvollzogen werden kann, insbesondere, welche Entscheidungsparameter ein Algorithmus verwendet. Auch muss sichergestellt sein, dass eine solche Entscheidung ohne Einflussnahme von Dritten, wie die Pharmaindustrie, erfolgt, die bei den gängigen Praxis-Systemen schon Vorschläge für den Einsatz eines Medikamentes gibt. Die Delegation ärztlicher Entscheidungen an technische Systeme darf nicht zum schleichenden Verlust von ärztlichen Kompetenzen und Erfahrungswissen führen. Auch muss sichergestellt sein, dass ärztlicherseits nicht blind jeder Empfehlung gefolgt wird.

Sicherheit der ePA

Inhalte, die von Dritten in die ePA hochgeladen werden, sollen höchsten Sicherheitskriterien genügen, sodass Schäden in den Praxen vermieden werden. Zudem sind die Betreiber der ePA (Krankenkassen) für Schäden, die durch Inhalte der ePA verursacht werden, haftbar zu machen.

Aufruf an alle Ärztinnen und Ärzte, jedem Prüfantrag der Krankenkassen zu widersprechen

Die Delegierten rufen dazu auf, jedem Prüfantrag der Krankenkassen grundsätzlich zu widersprechen. Da dadurch das Erstellen und Verschicken von Prüfanträgen für die Krankenkassen kostspielig wird, kann mit dieser einfachen Maßnahme der Flut von Prüfanträgen Einhalt geboten werden.

Quartalsbezug für die Geringfügigkeitsgrenze bei Individualregress

Es soll eine Geringfügigkeitsgrenze von 300 Euro bei Individualregressen geben. Dabei muss bezüglich der Mindestgrenze Bezug auf das Abrechnungsquartal und auf den jeweiligen Arzt, nicht aber auf die Betriebsstätte, genommen werden.



Weitere Themen

- › Finanzierung der Krankenhausreform durch die Bundesländer
- › Erhalt niedergelassener Facharztmedizin
- › Weiterentwicklung der Hybrid-DRG
- › Befreiung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes von der Sozialversicherungspflicht
- › Etablierung und Legalisierung des Vertragsarztes im Krankenhaus
- › Gesundes-Herz-Gesetz ist Eingriff in die ärztliche Autonomie und Therapiefreiheit
- › Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Gesellschaft
- › Gesundheitsuntersuchungen zur Stärkung der Prävention
- › Werbeverbot für Alkohol, Tabak und Nikotinprodukte
- › Förderung der Nachhaltigkeit in den Praxen
- › Beherrschung von Krisensituationen durch Vorsorge
- › Schutzkleidung sinnvoll nutzen
- › Aufarbeitung der Corona-Pandemie
- › Gewalt gegen Praxisärzte und ihr Fachpersonal härter bestrafen
- › Überarbeitung der ePA und der Zuständigkeiten
- › Weiterentwicklung der eAU
- › Einführung der Gesundheitskarte für alle Geflüchteten
- › Off-Label-Use neu definieren
- › bundeseinheitliches DRV-Formularwesen aufbauen
- › Unsinnige Bürokratie in Praxisverwaltungssystemen und DMP abbauen
- › Generelle Besserstellung selbstständiger Arztpraxen gegenüber MVZ im Zulassungsausschuss
- › Keine neue GOÄ ohne Inflationsausgleich
- › Reform des Elterngeldes für Selbständige
- › Abschaffung des Numerus Clausus im Medizinstudium
- › Solidarität mit der Aktion „Praxenkollaps“





URKUNDE

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

Herrn Professor Josef Hecken

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

Professor Josef Hecken wurde am 2. August 1959 in Neuwied geboren. Nach seiner Schullaufbahn, Wehrdienst und Jurastudium trat er 1988 in den höheren Verwaltungsdienst des Landes Rheinland-Pfalz ein. 1991 übernahm er die Leitung des Ministerbüros von Bundesarbeitsminister Norbert Blüm. Nach dessen Ausscheiden trat er 1998 in die Privatwirtschaft ein, wechselte 1999 aber wieder in den Staatsdienst als Staatssekretär im Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes. Von 2004 bis 2008 wurde Hecken schließlich Landesminister für Justiz, Gesundheit und Soziales des Saarlandes.

Von 2008 bis 2009 war Prof. Josef Hecken Präsident des Bundesversicherungsamtes. Von 2009 bis 2012 Staatssekretär im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Im Juli 2012 wurde er zum Unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses berufen und seitdem drei Mal in diesem Amt bestätigt, zuletzt im vergangenen Jahr für die Amtszeit bis 2030.

Professor Josef Hecken ist ein Verfechter einer guten Gesundheitsversorgung, die auf zwei Säulen fußt: zum einen auf

Entscheidungen, die von einer unverzichtbaren Evidenzbasierung getragen sind, zum anderen auf dem Erhalt und der Stärkung einer möglichst breiten und pluralen, freiberuflichen Leistungserbringung. Diese medizinischen Versorgungsentscheidungen müssen seiner Überzeugung nach individuell am Bedarf der Patientinnen und Patienten getroffen werden und dabei auch die Eigenverantwortung einbeziehen. Dabei warnt Professor Josef Hecken gleichermaßen vor staatlichen Versorgungsmodellen mit staatlich alimentierten Leistungserbringern, aber auch vor einer Versorgung, die an Konzernvorgaben – wie etwa bei größeren Trägergesellschaften mit vielen Versorgungszentren, die letztlich den Kapitalgebern und damit primär der Renditemaximierung dienen – gebunden sind.

Als Schutzwall für eine gute, wohnortnahe und patientenorientierte Versorgung sieht er die ärztliche Leistungserbringung in Freiberuflichkeit, aber flankiert durch eine staatsferne Selbstverwaltung.

Als aufrechter Tribun für den Erhalt der Selbstverwaltung spricht er Klartext, und kompromisslos über die Parteigrenzen und Partikularinteressen hinweg. Seine oft kurzweiligen, unterhaltsamen, aber immer kenntnisreichen Ausführungen sind dabei stets von dem Ziel geprägt, komplexe Sachverhalte verständlich und dadurch deutlich zu machen, um ein breiteres Verständnis für die Bedeutung von Evidenz und Selbstverwaltung zu vermitteln. Professor Josef Hecken hat sich um den Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit und damit um die niedergelassene Ärzteschaft verdient gemacht.

Der Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V., zeichnet Professor Josef Hecken daher mit der Kaspar-Roos-Medaille aus.

Berlin, den 8. November 2024



BUNDESVORSTAND

gemäß Wahl vom 15.10.2022

Bundvorsitzender

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. Bundesvorsitzende

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

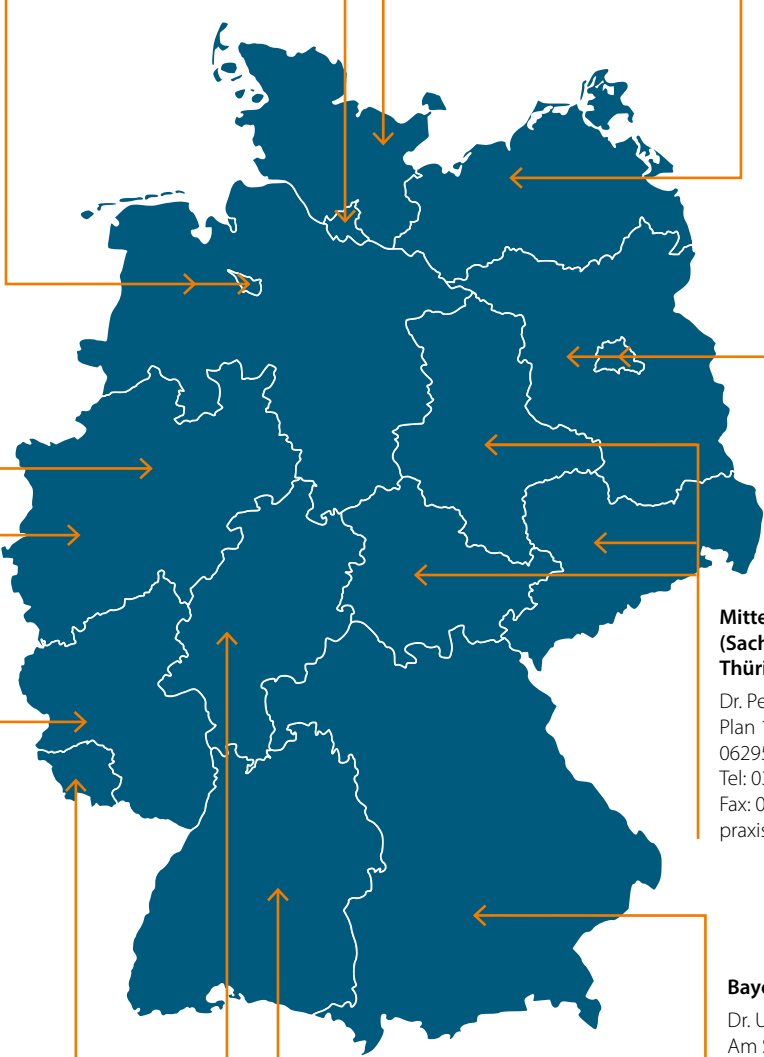
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Schäferstraße 3, 74343 Sachsenheim
Tel: (07 147) 92 11 20
Fax: (07 147) 92 11 222
info.bw@virchowbund.de

Dr. Frauke Wulf-Homilius

Fachärztin für Augenheilkunde
Hauptstraße 1, 31832 Springe
Tel: (0 50 45) 91 27 231
dr.homilius@t-online.de

Stand: September 2025

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
Prof. Dr. Jan Löhler
Maienbeeck 1
24576 Bad Bramstedt
Tel: (04 192) 81 92 754
Fax: (04 192) 81 92 756
loehler@hno-aerzte.de

Mecklenburg-Vorpommern
Dipl.-Med. Angelika von Schütz
c/o KV Mecklenburg-
Vorpommern
Neumühler Str. 22
19507 Schwerin
vonschuetz@gmx.de

Berlin/Brandenburg
Dr. Franziska Drephal
Sterndamm 76
12487 Berlin
Tel: (01 63) 63 11 33 6
franziska.drephal@gmx.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
Frankfurter Str. 12c
61462 Königstein
Tel: (0 61 26) 9 56 91 40
f.gladisch@schmerzszentrum-badcamberg.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
kraftstephan@gmx.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
Dr. Philipp de Temple
Bahnhofstr. 22
33378 Rheda-Wiedenbrück
Tel: (01 62) 52 76 00 5
philipp.detemple@t-online.de

Niedersachsen/Bremen
Dr. Frauke Wulf-Homilius
Steinstr. 17
30982 Pattensen
Tel: (0 50 45) 91 27 231
dr.homilius@t-online.de

Stand: September 2025

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

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 Plüchhahn

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 2025

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 2025

AUS DEN LANDESGRUPPEN

BADEN-WÜRTTEMBERG

Patienten in Baden-Württemberg droht schlechtere Versorgung

„Die Menschen in Baden-Württemberg müssen sich darauf einstellen, dass es immer weniger Arztzeit gibt. Das bedeutet zukünftig weniger Arzttermine und weniger Zeit pro Termin für Patienten.“ Mit diesen Worten kommentierte Dr. Brigitte Szaszi, Vorsitzende der Landesgruppe Baden-Württemberg, den im September 2024 erschienenen Versorgungsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Baden-Württemberg.

„Die Politik hat in den letzten Jahren zu wenig getan, um dem Trend ‚Anstellung statt Niederlassung‘ etwas entgegenzusetzen“, sagte Dr. Szaszi, die selbst eine hausärztliche Praxis führt. „Wenn immer mehr Praxen schließen und Arzttermine rar werden, verschlechtert sich die Grundversorgung der Menschen. Das führt zu Verunsicherung, Wut und Ängsten und gefährdet den sozialen Frieden und die Demokratie.“

Auf Bundesebene ließ die versprochene Entbudgetierung auf sich warten – und in Baden-Württemberg wurden erstmals seit Jahrzehnten auch die hausärztlichen Leistungen nicht mehr voll bezahlt. Für die Virchowbund-Landesgruppenvorsitzende war das ein Skandal: „Die Budgets müssen sofort abgeschafft werden, sie führen dazu, dass Ärzte bestraft werden, wenn sie mehr Patienten behandeln und mehr Termine



Dr. Brigitte Szaszi

vergeben. Das ist in der aktuellen Situation doch Irrsinn.“

BERLIN / BRANDENBURG

Dr. Franziska Drephal übernimmt Vorsitz

Im September 2025 wurde in der Landesgruppe Berlin/Brandenburg ein neuer Vorstand gewählt: Die hausärztliche Internistin Dr. Franziska Drephal leitet ab sofort die Landesgruppe. Die bisherige Vorsitzende, Dr. Christiane Wessel (Fachärztin für Gynäkologie), ist weiterhin als stellvertretende Vorsitzende an Bord – zusätzlich zu ihrem Engagement als stellvertretende Bundesvorsitzende. Als drittes Mitglied des Landesgruppenvorstandes engagiert sich erneut Dr. Heike Kunert (Fachärztin für Allgemeinmedizin).

Vier Beisitzende komplettieren den Vorstand: Dr. Konstant Miehe (Facharzt für Psychiatrie), Seda Yayla-Bozdog (Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankungen),

Nadine Goldau (Fachärztin für Allgemeinmedizin) und Dr. Waleed Zaki (Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde).



Dr. Franziska Drephal

„Mir ist schon immer das vernetzte Arbeiten von Haus- und Fachärzten wichtig und die Solidarisierung wird unter den aktuellen und zukünftigen gesundheitspolitischen Gegebenheiten immer wichtiger. Das sehen wir auch an unserem Mitgliederzuwachs in der Landesgruppe. Ich hoffe, mir gelingt es, mehr Mitglieder

zur Beteiligung zu mobilisieren“, sagt Dr. Drephal anlässlich ihrer Wahl.

„Des Weiteren liegen mir die strukturschwachen und unterversorgten Regionen insbesondere in Brandenburg am Herzen. Was wir benötigen, ist eine noch bessere und nachhaltige Unterstützung der Kollegen sowohl finanziell als auch strukturell“,

skizziert sie ihre berufspolitischen Schwerpunkte für die nächsten vier Jahre. „Nur durch Sicherung der Freiberuflichkeit und Stärkung der eigenen Niederlassung kann meines Erachtens auf Dauer eine hoch-effektive ambulante Versorgung erhalten bleiben.“

Frühlingsfest der Landesgruppe

Warmes Wetter, gute Laune, ein Restaurantschiff und spannende Gespräche gab es beim Frühlingsfest der Landesgruppe Berlin/Brandenburg.

Besonders erfreulich für den Landesgruppenvorstand war, dass gleich mehrere junge Ärztinnen und Ärzte dabei Lust

bekommen haben, sich in der Berufspolitik zu engagieren. „Uns ist wichtig, dass das Engagement auch gut vereinbar

mit Arbeit, Familie und Freizeit bleibt“, sagte die stellvertretende Landesgruppenvorsitzende, Dr. Franziska Drephal bei der Begrüßung. Auch der Bundesvorsitzende, Dr. Dirk Heinrich, bedankte sich persönlich für das Engagement.



HESSEN

Weniger MFA-Nachwuchs ist Grund zur Sorge

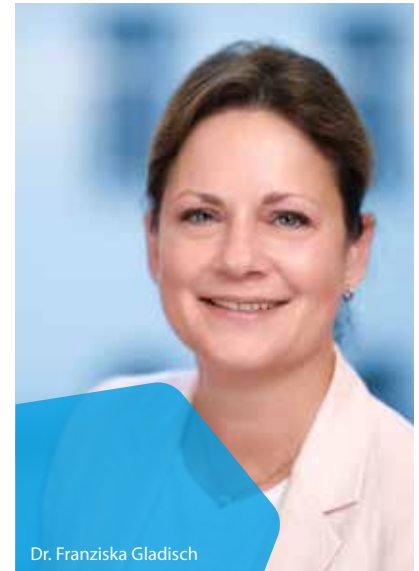
Dass die Zahl der auszubildenden Medizinischen Fachangestellten (MFA) in Arztpraxen zurückgeht, beobachtet man in der Landesgruppe Hessen mit Sorge. Aktuelle Zahlen hatte die Ärztekammer Hessen Anfang Januar publiziert.

„Seit mehreren Jahren schrumpfen die Ausbildungszahlen. Der Rückgang von Jahr zu Jahr ist zwar in absoluten Zahlen gering, in der Tendenz jedoch besorgniserregend“, sagte Dr. Franziska Gladisch, die Vorsitzende der Landesgruppe Hessen. Dass die Ausbildungsbereitschaft – vor allem bei Ausbildern – zurückzugehen scheine, müsse für die Politik ein Warnsignal sein.

„Viele Kolleginnen und Kollegen klagen darüber, dass sie drei Jahre lang mit großem Einsatz und hohen Kosten MFA-Nachwuchs ausbilden, der anschließend von Krankenhäusern oder oft sogar den Krankenkassen abgeworben wird“, be-

richtete Dr. Gladisch. Trotz der Tarifsteigerungen der letzten Jahre können Arztpraxen beim Gehalt nicht mit diesen Playern konkurrieren – weil die Krankenkassen die finanziellen Mittel verweigern, die sie für die eigenen Angestellten zur Verfügung stellen. Diese Ungleichheit kritisiert der Virchowbund, ebenso wie der Verband der medizinischen Fachberufe, seit mehreren Jahren.

„Ich wünsche mir, dass wir als Gesellschaft den medizinischen Fachangestellten mehr Wertschätzung entgegenbringen. Es ist ein herausfordernder Beruf, der hohe fachliche und soziale Kompetenz erfordert. Gut ausgebildete Medizinische



Dr. Franziska Gladisch

Fachangestellte sind essenziell für den Fortbestand der Haus- und Facharztpraxen in Hessen“, so Dr. Gladisch.

Ambulante Strukturen in Gefahr, Not-HVM kann Defizit nicht ausgleichen

Dass der Orientierungspunktwert (OPW) 2025 bloß um 3,85 Prozent steigen sollte, reiche nicht, um die ambulanten Strukturen in Hessen im nötigen Maß zu sichern, urteilte Dr. Franziska Gladisch, die Vorsitzende der Landesgruppe Hessen.

Die Haus- und Facharztpraxen in Hessen leiden seit vielen Jahren unter mangelnder Finanzierung. Im März 2024 hatte die Kassenärztliche Vereinigung (KV) einen neuen Honorarverteilungsmaßstab beschlossen (Not-HVM).

Die KV Hessen fordert Haus- und Fachärzte damit auf, Leistungen, die nach dem HVM nur anteilig bezahlt werden, nicht mehr zu erbringen. Das Ziel ist es, den Praxen eine Möglichkeit zu geben, ihre Leistungsmenge an das Budget anzupassen, um finanzielle Verluste zu vermeiden. Durch den HVM wird festgelegt, wie das zur Verfügung stehende Honorarvolumen

unter den Ärztinnen und Ärzten verteilt wird.

Dr. Gladisch, selbst niedergelassene Fachärztin für Schmerzmedizin, sah diese Maßnahme kritisch: „Die Vertreterversammlung versucht eine Finanzierungslücke durch ein Einnahmendefizit der niedergelassenen Ärzte mit fragwürdigem Ausgang zu schließen. Ob es einen Ersatz für dieses Defizit geben wird, bleibt offen.“

Der Not-HVM könne dagegen eine Reihe negativer Effekte haben:

- Eingeschränkte Patientenversorgung: Patienten könnten Schwierigkeiten haben, notwendige Behandlungen

zu erhalten, da Ärzte bestimmte Leistungen nicht mehr anbieten, die nicht vollständig vergütet werden.

- Ungleichheit in der Versorgung: In Regionen mit einem ohnehin begrenzten medizinischen Angebot könnten sich die Versorgungsunterschiede verschärfen, was zu einer ungleichen Gesundheitsversorgung führen kann.
- Überlastung anderer Gesundheitssektoren: Wenn bestimmte Leistungen in den Praxen nicht mehr angeboten werden, könnte dies zu einer Überlastung anderer Sektoren, wie z. B. Krankenhäusern, führen, die dann zusätzliche Kapazitäten aufbringen müssten.
- Wirtschaftliche Unsicherheit für Praxen: Für Praxen, die stark von den anteilig vergüteten Leistungen abhängen,

könnte dies wirtschaftliche Unsicherheiten bedeuten, da weniger Leistungen angeboten werden können, was zu geringeren Einnahmen führt.

- › Rückgang der Behandlungsqualität: Wenn Praxen gezwungen sind, ihre Leistungen aus wirtschaftlichen Gründen zu reduzieren, könnte dies langfristig die Qualität der Versorgung beeinträchtigen.

- › Belastung der Ärzte-Patienten-Beziehung: Patienten könnten das Gefühl haben, dass ihre Bedürfnisse hinter finanziellen Überlegungen zurückstehen, was das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient beeinträchtigen könnte.

„Auch wenn das zu knappe Budget anders verteilt wird, es ist und bleibt zu knapp“, erklärte die Virchowbund-Landes-

gruppenvorsitzende. „Die unzureichenden Abschlüsse der letzten Jahre haben einen Finanzierungsstau aufgebaut. Und bei Bahn, Straßen- und Brückenbau sehen wir gerade sehr eindrücklich, wohin das führt. Auch Arztpraxen gehören zur kritischen Infrastruktur. Es ist die Aufgabe der Landes- wie auch der Bundespolitik, diese zu schützen.“

MITTELDEUTSCHLAND

Thüringer Gesundheitsgipfel soll ambulante Medizin stärken

Die neue Thüringer Landesregierung plante innerhalb der ersten 100 Tage im Amt einen Gesundheitsgipfel abzuhalten. „Gute medizinische Versorgung stabilisiert den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Es scheint, dass die neue Regierung das verstanden hat“, freute sich Dr. Petra Bubel, Vorsitzende der Landesgruppe Mitteldeutschland, über die Prioritätensetzung.

Im Flächenland Thüringen auch in Zukunft eine gute medizinische Versorgung sicherzustellen, ist keine einfache Aufgabe. Dabei spielt der ambulante Sektor – speziell die rund 1.600 Hausärzte und 2.400 niedergelassenen Fachärzte – eine entscheidende Rolle. Knapp 18 Millionen Behandlungsfälle alleine von GKV-Patienten in Thüringen verzeichnen diese Praxen jedes Jahr; im Vergleich zu ca. 0,5 Mio. vollstationären Behandlungsfällen der Krankenhäuser.

„Der einzig gangbare Weg für Thüringens Gesundheitswesen heißt ‚ambulant vor stationär‘“, stellte Dr. Bubel fest. „Dafür

müssen alle Experten an einen Tisch, nicht nur die Krankenhäuser und Universitätsmedizin. Die Praxen sind der Grundstein für die Gesundheitsversorgung in Thüringen. Sie müssen eingebunden und gestärkt werden.“

Damit die Ambulantisierung auch konsequent umgesetzt werden kann, müssen nicht nur die Hausärzte, sondern vor allem auch die Fachärzte rasch entlastet werden. „Das bedeutet: Versorgung von Patienten voll bezahlen, bürokratische Zeitfresser beseitigen und Patienten gezielter steuern“, forderte die HNO-Ärztin.



Dr. Petra Bubel

COPYRIGHT: PETER THUN

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Löhler folgt auf Seusing

An der Spitze der Landesgruppe Schleswig-Holstein gab es im Dezember 2024 einen Wechsel. Der langjährige Vorsitzende, Matthias Seusing, trat den Vorsitz an seinen bisherigen Stellvertreter, Prof. Dr. Jan Löhler, ab. Prof. Dr. Löhler ist seit 2022 ebenfalls Mitglied des Virchowbund-Bundesvorstandes, sowie Präsident des HNO-Berufsverbandes. Er führt eine Praxis in Bad Bramstedt.



Prof. Dr. Jan Löhler

Der Kieler Allgemeinarzt Seusing bleibt der Landesgruppe als neuer stellvertretender Vorsitzender erhalten. Dr. Volker Frey, Facharzt für Chirurgie aus Eckernförde, komplettiert den Landesgruppenvorstand als weiterer Stellvertreter.

„Die Landesgruppe Schleswig-Holstein wächst und verjüngt sich. Deshalb haben wir uns für einen Generationswechsel an der Spitze entschieden. Die gute Zusammenarbeit der letzten Jahre werden wir fortführen“, erklärte Seusing.

Diese Zusammenarbeit vermisst der neue Landesgruppenvorsitzende, Prof. Löhler, dagegen in anderen Bereichen:

„Während der drei Jahre unter Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach sind die Haus- und Facharztpraxen finanziell ausgetrocknet worden. Für die im Koalitionsvertrag vereinbarte Entbudgetierung der Hausärzte hatte der Minister drei Jahre Zeit. Passiert ist nichts. Stattdessen wurde die erwiesenermaßen wirksame Neupatientenregelung für Fachärzte von ihm wieder eingestampft. Vor Ort müssen und wollen wir mit den Kommunen und der Landespolitik Lösungen finden, um die ambulante medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein zu sichern.“

Die Umwälzungen durch die Krankenhausreform werden sich auch auf die Arztpraxen auswirken. Diese müssen jetzt gestärkt werden! Und zwar beide Bereiche. Denn eine gute hausärztliche Versorgung ist ohne eine funktionierende, wohnortnahe fachärztliche Ebene nicht möglich.“

WESTFALEN-LIPPE

Neuer 5-köpfiger Vorstand gewählt

Die Landesgruppe Westfalen-Lippe hat im August 2025 ihren Vorstand erweitert. Dr. Philipp de Temple aus Rheda-Wiedenbrück wurde von den Mitgliedern der Landesgruppe zum neuen Vorsitzenden gewählt. De Temple ist Facharzt für Innere Medizin, Manuelle Medizin, Notfallmedizin, Palliativmedizin und Medizinische Begutachtung und seit 2022 als Hausarzt niedergelassen.

Ihm zur Seite stehen der Allgemeinmediziner Gert Buchner und der Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Dr. Ulrich Kolbe als stellvertretende Vorsitzende, sowie Dr. Marcus Nippesen, Facharzt für Dermatologie, und Dr. Sara Euteneuer, Fachärztin für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, als Beisitzer. Buchner hatte von 2012 bis 2025 die Landesgruppe geleitet.

„Mir ist es wichtig, dass Hausärzte und Fachärzte gegenüber der Politik und den Krankenkasse Einigkeit und Solidarität

beweisen. Ob das Themen wie Honorare, Niederlassungsförderung, Patientensteuerung oder die Auswirkungen der Krankenhausreform auf die Praxen sind. Die Fachgruppen mögen davon unterschiedlich betroffen sein, aber wir dürfen uns nicht in Grabenkämpfe verwickeln lassen. Dieser fachübergreifende Ansatz ist einer der Hauptgründe, weshalb ich mich im Virchowbund engagiere“, sagte Dr. de Temple.



Dr. Philipp de Temple

Webinare werden immer beliebter

Die Nachfrage ist groß: Mehrere tausend Teilnehmende haben im vergangenen Jahr die Virchowbund-Webinare besucht.

Beliebt ist auch das neue Kurzformat der „Lunchbreaks“: Sie finden dienstags oder donnerstags in der Mittagspause statt und informieren kurz und knapp in nur 30 Minuten über spezielle Fragen, von Abrechnungsziffern über Arbeitszeiterfassung bis Sprechstundenbedarf.

Zudem hat der Verband eine eigene Webinarreihe „Betriebswirtschaft für Arzt-

praxen“ gestartet. Sowohl Praxisgründerinnen als auch „alte Hasen“ lernen dort, ihre Einnahmen und Ausgaben zu überblicken, wichtige Kennzahlen zu verstehen und auszuwerten sowie betriebswirtschaftliche Fragen wie „Kann ich mir das neue Gerät leisten?“ fundiert zu beantworten.



Das Webinar-Programm des Virchowbundes



JANUAR

08.01.2025

Kompass Gesundheitswesen:
Was machen KV, Kammer, Verbände & Co.?

22.01.2025

Die Spielregeln für Vertragsärzte:
Welche Verträge verpflichten Sie wozu?

30.01.2025

LUNCHBREAK Praxisbedarf oder
Sprechstundenbedarf? Richtig einkau-
fen und Regress vermeiden

FEBRUAR

05.02.2025

Abrechnung in der Arztpraxis (I):
So wenden Sie den EBM an

MÄRZ

12.03.2025

Abrechnung in der Arztpraxis (II):
Bescheide, Vergütung und Honorar
erklärt

19.03.2025

Hygiene-Plan für die Arztpraxis:
eine Anleitung

27.03.2025

LUNCHBREAK Quereinsteiger im Praxi-
steam: Was dürfen sie (nicht)?

APRIL**09.04.2025**

Die Arztpraxis als Unternehmen

29.04.2025

LUNCHBREAK So erhalten Sie den Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus

MAI**07.05.2025**BWA für Ärztinnen und Ärzte:
So lesen Sie Ihre Praxiszahlen richtig**14.05.2025**Abrechnung in der Arztpraxis (III):
GOÄ, IGeL, Selbstzahler**22.05.2025**LUNCHBREAK Zeiterfassung:
Worauf sollte ich achten?**JUNI****04.06.2025**Von der Vision zu Zahlen:
Ihr Businessplan**17.06.2025**LUNCHBREAK Honorarverteilung:
RLV, QZV, Praxis-budgets verstehen und nutzen**18.06.2025**Das Steuer-1x1 für Ärztinnen und Ärzte:
Was Sie für den Praxisalltag wissen müssen**25.06.2025**IT-Sicherheit: So sichern Sie Ihre Praxis
gegen Hacker und Cybercrime**JULI****02.07.2025**BWA für Ärztinnen und Ärzte:
Ihre Basis zur betriebswirtschaftlichen
Steuerung**09.07.2025**Grundlagen des Arbeitsschutzes: So
sichern Sie sich und Ihr Praxisteam ab**16.07.2025**

Wirtschaftlich und korrekt verordnen

17.07.2025LUNCHBREAK Abrechnungsoptimie-
rung: Extrabudgetäres Geld – so holen
Sie es ab!**24.07.2025**LUNCHBREAK Hausbesuch: Wer muss,
wer kann und wie wird abgerechnet?**31.07.2025**LUNCHBREAK Atteste, Bescheinigun-
gen, Kassen-Anfragen: Besser umgehen
mit der Anfragenflut**SEPTEMBER****03.09.2025**Plötzlich Chef: Mitarbeiterkommunikati-
on und -führung lernen**09.09.2025**LUNCHBREAK Abrechnung der Leichen-
schau**10.09.2025**

KI in der Arztpraxis: Lohnt sich das?

24.09.2025Grundlagen des Arbeitsschutzes: So
sichern Sie sich und Ihr Praxisteam ab**30.09.2025**LUNCHBREAK Fördermittel für die Digita-
lisierung der Arztpraxis erhalten**AUGUST - SOMMERPAUSE** **OKTOBER****01.10.2025**Die Big Five des Arbeitsrechts:
Kündigung, Abmahnung, Krankheit,
Schwangerschaft, Urlaub**09.10.2025**GOÄ-Abrechnungstipps rund
um die sprechende Medizin**29.10.2025**So sichern Sie Ihre Liquidität
(und warum das wichtig ist)**NOVEMBER****04.11.2025**LUNCHBREAK Fallstricke der neuen
hausärztlichen Vorhaltepauschale**05.11.2025**Wirtschaftlichkeitsprüfung:
Warum wird wie geprüft?**12.11.2025**

Gewinnverteilung in der BAG

20.11.2025LUNCHBREAK Alles Wichtige zum
Mietvertrag für die Arztpraxis**26.11.2025**Abrechnungsprüfung:
Wie prüft die KV?**27.11.2025**LUNCHBREAK Verordnung und Prüfung
bei Krankentransport und Häuslicher
Krankenpflege**DEZEMBER****04.12.2025**LUNCHBREAK Sondertarife in der PKV:
Was sie für Sie in der Praxis bedeuten

Wie Praxen mit der Anfrageflut umgehen können

Anfragen von Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst, Behörden, Gerichten – der Schreibtisch in der Praxis bleibt selten leer. Hinzu kommen Patienten, die Atteste oder Bescheinigungen für die Schule oder Kita oder andere private Zwecke brauchen. Die Folgen: weniger Zeit für medizinische Versorgung, mehr Frust im Team und immer wieder die Frage: Muss ich das eigentlich alles bearbeiten? Margaret Plückhahn, Praxisberaterin beim Virchowbund, kennt das Problem aus unzähligen Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten. Mit ihr sprach der änd über gesetzliche Pflichten, häufige Irrtümer – und über Strategien, mit denen Praxen Ordnung in das Formular-Chaos bringen können.

Dieses Interview erschien am 11. August 2025 zuerst im Ärztlichen Nachrichtendienst (änd).

„Die Anfragen kommen aus allen Richtungen“, berichtet die erfahrene Praxisberaterin im Gespräch mit dem änd. Praxen sehen sich regelmäßig mit Schreiben von Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst oder Behörden konfrontiert. „Sie landen nicht immer auf dem Tisch der Ärztin oder des Arztes, aber sie können den Ablauf der ganzen Praxis stören“, weiß sie.

Besonders häufig und aufwändig seien Kassenanfragen. Dabei fordern gesetzliche Krankenkassen Informationen über die Arbeitsunfähigkeit von Patientinnen und Patienten, über Behandlungsverläufe, über Reha-Indikationen oder Verordnungen. Die Schreiben treffen fast immer per Post ein, oft mit einem förmlichen Ton, gelegentlich mit Fristen, die gar keine sind, aber dennoch Druck erzeugen. „Es entsteht das Gefühl: Wenn ich nicht sofort reagiere, gibt's Ärger“, beschreibt Plückhahn.

Nicht selten würden Informationen erfragt, die der Krankenkasse längst vorliegen müssten. Manches ließe sich mit einem einfachen Blick in die Versichertendaten klären – aber stattdessen wandere die Aufgabe in die Praxis. Das sorge für Unmut. Häufig liege es aber auch an mangelndem Wissen – auf beiden Seiten. So würden manche Kassen ei-

gene Formulare basteln oder Zusatzfragen hinzufügen, die gesetzlich gar nicht zulässig seien.

Besonders ärgerlich: Der erhebliche Aufwand wird kaum vergütet. „In vielen KV-Bezirken sind diese Leistungen budgetiert – das heißt, sie fallen irgendwann nicht mehr ins Gewicht, auch wenn sie Zeit kosten“, sagt Plückhahn. Die Ärztin oder der Arzt muss die Patientenakte durchgehen, relevante Informationen zusammenstellen, medizinische Einschätzungen formulieren – und das alles häufig quasi unbezahlt.

Rechtslage klar – trotzdem Stolperfallen

Doch was genau müssen Ärztinnen und Ärzte überhaupt beantworten? Die rechtliche Lage ist klarer, als viele glauben. Laut §294 SGB V sind Vertragsärzte verpflichtet, bestimmte Auskünfte zu erteilen – aber nur, wenn diese zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben der Krankenkasse nötig sind. Und auch nur dann, wenn die Anfrage in der vorgeschriebenen Form gestellt wurde. Es gibt verbindlich festgelegte Musterformulare – etwa Muster 11, 52, 53 oder 86. Sobald eine Kasse eigene Vordrucke nutze oder bestehende verändere, sei die Anfrage formal unzulässig, erläutert die Praxisberaterin.

Ebenso wichtig: Liegt dem Schreiben kein frankierter und adressierter Rückumschlag bei, kann der Arzt nicht sicherstellen, dass die sensiblen Informationen korrekt an den MD weitergeleitet werden. Auch dann könnte die Praxis die Anfrage unbeantwortet lassen.



Margaret Plückhahn berät zu Abrechnung und Praxisführung

Dennoch rät sie nicht dazu, solche Schreiben einfach unbeachtet zu lassen. Denn Mahnungen und Nachfragen folgten fast immer. Ärztinnen und Ärzte sollten stattdessen die Kasse über die Missstände informieren und Nachbesserungen – etwa Zusendung eines frankierten Rückumschlages – fordern. Zusatzfragen, die nichts mit dem Sachverhalt zu tun haben, sollten Ärztinnen und Ärzte allerdings nicht beantworten. „Da greift die Schweigepflicht – auch gegenüber der Krankenkasse“, erklärt Plückhahn.

Organisation statt Resignation

Um die Anfrageflut möglichst effektiv zu bewältigen, rät sie zu einem strukturierten Vorgehen. „Ohne Organisation bleibt zu viel an der Ärztin oder dem Arzt hängen. Wer Anfragen stattdessen klug organisiert, gewinnt Zeit“, weiß sie. So sollten Anfragen nicht einzeln, sondern gesammelt bearbeitet werden – das spare Zeit und Nerven. Gut geschulte MFA können die Unterlagen vorsortieren, Grunddaten eintragen und alles so vorbereiten, so dass der Arzt nur noch kontrollieren und ergänzen muss.

Ebenso wichtig: Die bearbeiteten Anfragen gehören vollständig in die Patientenakte. Wer das konsequent dokumentiert, kann bei späteren Rückfragen oder Folgeanträgen schnell reagieren und unter Umständen doppelte Ar-



beit vermeiden. Und obwohl die Vergütung häufig überschaubar bleibe, sollte jede Anfrage geprüft werden: Gibt es eine EBM-Ziffer? Lässt sich zumindest ein Auslagenersatz geltend machen?

Schule, Kita & Co: Klare Kommunikation lohnt sich

Neben den Krankenkassenanfragen sehen sich Praxen vor allem mit einer Vielzahl an Bescheinigungen und Attesten konfrontiert, die Patientinnen und Patienten im Alltag verlangen. Besonders in Kinderarzt- und Hausarztpraxen stehen Eltern regelmäßig an der Anmeldung und bitten um Schulent-schuldigungen, Sportbefreiungen, Gesundheitschreibungen oder ähnliche Bestätigungen. Viele dieser Wünsche beruhen nicht auf einer gesetzlichen Pflicht, sondern auf Vorgaben von Schulen oder Kitas, die im Zweifel nicht einmal verbindlich sind. So dürfen Schulen etwa keine Atteste verlangen, wenn dafür keine klare rechtliche Grundlage besteht. Und trotzdem erfüllen Ärztinnen und Ärzte sie – aus Kulanz, aus Beziehungspflege, aus

Angst vor Konflikten. „Die Realität ist, dass sich der Druck von Schulen über die Eltern in die Praxis verlagert“, so Plückhahn.

Sie rät deshalb zu einem pragmatischen Mittelweg: „Nicht alles mitmachen, aber vieles gut erklären – dann lassen sich viele Konflikte im Vorfeld entschärfen“, macht sie deutlich. „Ein Aushang im Wartezimmer mit Informationen zu Preisen und Zuständigkeiten kann viele Diskussionen verhindern.“

Wer häufig bestimmte Bescheinigungen ausstelle, sollte dafür eigene Formulare im Praxisverwaltungssystem hinterlegen – etwa für gängige Sportbefreiungen. Gleichzeitig rät Plückhahn dazu, das Praxisteam gut zu schulen. Die MFA an der Anmeldung sollten wissen, welche Bescheinigungen kostenpflichtig sind, welche rechtlichen Grundlagen gelten – und wie sie freundlich, aber bestimmt auf die Kosten hinweisen.

„Wenn ich eine Bescheinigung ausstelle, die nicht gesetzlich vorgeschrieben ist, dann ist das eine private Leistung – und die darf und muss nach GOÄ abgerechnet werden“, macht Plückhahn deutlich. Die Gebühren-

ordnung für Ärzte bietet dafür konkrete Ziffern, etwa die Nr. 70 für formlose, kurze Bescheinigungen. Der Preis variere je nach Steigerungssatz, liegt aber meist zwischen zwei und acht Euro. Und auch wenn das wenig erscheint: Wer diese Leistungen systematisch abrechne, schaffe Transparenz – und signalisiere, dass ärztliche Arbeit nicht kostenlos ist.

Ganz aus der Welt schaffen lasse sich die tägliche Papierflut nicht, bilanziert sie. Doch mit einem gut geschulten Team, klaren Prozessen und der richtigen Kommunikation lasse sich der Aufwand deutlich senken. „Ich empfehle allen Praxen: Sorgt für feste Abläufe. Macht deutlich, was ihr macht – und was nicht. Und stellt euch nicht die Frage, ob ihr abrechnet, sondern wie“, fasst Plückhahn zusammen. Denn der nächste Stapel Anfragen kommt bestimmt.

Weitere Informationen:

www.virchowbund.de/beratung



Hygiene in Ihrer Arztpraxis: Bauvorgaben für die Räume

Die wichtigsten Voraussetzungen für die notwendige Hygiene in der Arztpraxis sind die richtige Raumaufteilung und -gestaltung. Die Rechtsberatung des Virchowbundes verrät, welche baulichen Anforderungen für Praxisräume gelten.

Zwar wird Hygiene meist mit der Desinfektion von Händen und Flächen assoziiert, doch es gibt auch Anforderungen an den Bau und die Gliederung Ihrer Praxisräume. Erfüllen Sie die baulichen Hygienestandards, erleichtert Ihnen dies auch das Umsetzen weiterer Hygieneanforderungen.

Rechtlicher Rahmen

Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind oft länderspezifisch, wie die Hygieneverordnungen. Daneben gibt es einige Regelwerke, die bundesweit gelten. Diese sind unter anderem:

- Infektionsschutzgesetz (IfSG)
- Medizinproduktegesetz (MPG)
- MP-Betreiberverordnung
- Arbeitsschutzgesetz
- Biostoffverordnung

Einige dieser Regelwerke gehören zu den aushangspflichtigen Gesetzen.

Im Rahmen einer Praxisbegehung wird auch überprüft, ob die Praxis diese Anforderungen erfüllt. Dabei spielt auch die Gefährdungsbeurteilung eine Rolle.

Räumliche Trennung

Der Schlüssel zu baulich gewährleisteter Hygiene ist die Trennung verschiedener Bereiche in Ihrer Praxis bzw. die kluge Aufteilung Ihrer Räume. Hier sind die wichtigsten Aspekte:

Trennen Sie die Funktionsbereiche klar voneinander: Sterile und unsterile Bereiche dürfen sich nicht überschneiden. Nicht nur Behandlungsräume und Wartezimmer müssen getrennt sein, um die Verbreitung von Infektionen zu verhindern. Auch

Patienten mit ansteckenden Krankheiten benötigen separate Wartebereiche oder Isolationsräume.

Am besten teilen Sie Ihre Räume schon gedanklich nach Infektionsrisiko auf: Bereiche mit erhöhtem, Bereiche mit möglichem und Bereiche ohne erhöhtes Infektionsrisiko. So erkennen Sie deutlich, wo besondere Hygienemaßnahmen zu beachten sind.

- Bereiche ohne erhöhtes Infektionsrisiko sind zum Beispiel das Treppenhaus sowie normale Wartezimmer, Aufenthalts- und Lagerräume und Büros.
- Bereiche mit möglichem Infektionsrisiko, für Patienten oder nur für das Personal, sind Patientenuntersuchungs- und Behandlungszimmer, Räume für Labor-, Reinigungs- und Desinfektionsstätigkeiten und Räume, in denen Abfälle gelagert werden.
- Bereiche mit erhöhtem Infektionsrisiko sind hingegen Räume für Operationen und Eingriffe inkl. deren Nebenräume. Diese sind meist von der übrigen Praxis abgetrennt und hier sind strengere Hygienemaßnahmen notwendig.

In allen Bereichen außer denen ohne erhöhtes Infektionsrisiko müssen Übergänge zwischen Fußböden, Wänden und Arbeitsflächen fugendicht verschlossen sein. Alle Oberflächen müssen sich leicht reinigen und desinfizieren lassen. Das gilt auch für Türen, Fenster, Fensterbänke, Heizkörper, Lampen, Schrankoberflächen und Arbeitsflächen. Beschädigte Oberflächen müssen umgehend fachgerecht repariert oder ersetzt werden, zwecks sicherer Reinigung und Desinfektion.

Waschräume und Toiletten

Stellen Sie ausreichend Waschräume für Personal und Patienten bereit. Jeder Waschraum sollte mit Waschbecken, Seifen- und Desinfektionsmittelspendern ausgestattet sein. Barrierefreie Toiletten sind grundsätzlich bei Neupraxen Pflicht, um auch Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Mobilität hygienisch zu versorgen.

Bodenbeläge

Sie beziehen eine neue Praxis oder renovieren? Dann wählen Sie widerstandsfähige Bodenbeläge, die sich leicht reinigen lassen. Vinyl- oder Kautschukböden sind ideal. Achten Sie darauf, dass die Böden fugenlos sind und möglichst wenig Ritzen bieten, um die Ansammlung von Schmutz und Keimen zu verhindern.

Oberflächen und Materialien

Auch bei Tischen, Schränken, Stühlen oder Ablagen: Verwenden Sie leicht zu reinigende Materialien. Alle Oberflächen sollten glatt und fugenlos sein, damit sie sich gut reinigen lassen.

Ihre Praxiseinrichtung muss korrosionsbeständig sein, um langfristige Hygiene zu gewährleisten. So sorgen Sie nicht nur für Sicherheit, sondern sparen auf lange Sicht auch Geld.

Fenster, Vorhänge, Sicht- und Fliegenschutz

Ihre Praxisfenster haben Vorhänge, Rollos, Lamellen oder ähnliche Abdeckungen? Dann sollten diese glatt und abwischbar oder waschbar sein. Ein Sichtschutz sollte

aus lichtthemmender Folie oder Milchglas sein.

Fliegengitter können Sie in den meisten Bereichen nach Bedarf installieren. In OP- und Eingriffsräumen hingegen müssen Fenster, die geöffnet werden können, ein dichtes Fliegengitter haben.

Hygieneschleusen

Setzen Sie in Bereichen mit hoher Infektionsgefahr Hygieneschleusen ein. Diese ermöglichen das Betreten und Verlassen, ohne Keime zu übertragen. Umkleieräume mit Waschgelegenheiten sind wichtig, damit das Personal vor und nach dem Betreten dieser Bereiche entsprechende Hygienemaßnahmen durchführen kann.

Belüftung und Klimatisierung

Sorgen Sie für gute Belüftung. Behandlungsräume und Wartezimmer brauchen ausreichende Frischluftzufuhr. Dies kann durch Fensterlüftung oder mechanische Belüftungssysteme geschehen. Eine Klimaanlage sollte geeignete Filter haben, um Schadstoffe und Keime aus der Luft zu entfernen.

Abfallentsorgung

Entsorgen Sie medizinischen Abfall sicher und hygienisch. Grundsätzlich brauchen

Praxisräume spezielle Abfallbehälter für medizinischen Müll. Verwenden Sie verschließbare Behälter für scharfe und infektiöse Abfälle.

Instrumentenaufbereitung

Richten Sie separate Bereiche für die Reinigung, Desinfektion und Sterilisation von Instrumenten ein. Dies verhindert Kreuzkontaminationen. Autoklaven müssen in speziellen, leicht zu reinigenden Räumen stehen.

Lagerräume

Lagern Sie sterile Materialien getrennt von unsterilen. Lagerräume sollten klimatisiert sein, um Temperatur und Luftfeuchtigkeit zu kontrollieren und die Integrität der Materialien zu erhalten.

Pflanzen

Auf Topfpflanzen in Erde sollten Sie verzichten, da diese massiv mit Bakterien, Pilzen und bakteriellen Sporen belastet sind. Frische Schnittblumen können Sie hingegen in Bereichen ohne erhöhtes Infektionsrisiko aufstellen, ebenso wie Pflanzen in Hydrokultur – solange das Wasser regelmäßig gewechselt und die Pflanze entsprechend gepflegt wird.



Andrea Schannath bietet rechtliche Beratung

Mitglieder im Virchowbund können die **Checkliste „Praxisbegehung“** und eine **Vorlage für den Reinigungsplan** herunterladen:

www.virchowbund.de/praxisinfos



Weitere Hygienetipps unter:

www.virchowbund.de/blog



„Praxiswahnsinn“: Virchowbund zeigt absurde Zustände im Gesundheitswesen auf

Honorarfehler der Kassenärztlichen Vereinigung, Schikane bei der Abwendung von Heilmittelregressen, Streits über Formalien bei der Verordnung von Medizinalcannabis: In der neuen Rubrik „Praxiswahnsinn“ dokumentiert und veröffentlicht der Virchowbund teils schwerwiegende Missstände im deutschen Gesundheitssystem und Absurdes aus der Selbstverwaltung.

Unter www.virchowbund.de/praxiswahn-sinn werden reale Erlebnisse aus dem Berufs- und Praxisalltag von Ärztinnen und Ärzten vorgestellt, die sich an die Praxisberatung des Virchowbundes gewandt haben, um Unterstützung und Lösungen zu finden. Ein Beitrag etwa schildert den absurden Aufwand, den eine KV betreibt, um wegen einer Bagatellsumme gegen einen Arzt in Ruhestand vor Gericht zu ziehen.

„Mit ‚Praxiswahnsinn‘ möchten wir darauf aufmerksam machen, wie der Berufsalltag von Ärztinnen und Ärzten oft

von absurden bürokratischen Strukturen und Entscheidungen geprägt ist“, erklärt Margaret Plückhahn, Praxis- und Niederlassungsberaterin im Virchowbund. „Die Fälle sind oft tragisch, manchmal einfach zum Kopfschütteln – aber immer eine Einladung, sich über Lösungen auszutauschen. Die Leserinnen und Leser aus der Ärzteschaft werden zudem feststellen, dass sie mit ihren Erlebnissen nicht allein sind.“

Der Verband fordert die Niedergelassenen auf, eigene Beispiele von „Praxiswahnsinn“ zu teilen. Die Praxisberatung

steht zudem kostenfrei im Rahmen der Mitgliedschaft zur Verfügung.

Jetzt lesen:

www.virchowbund.de/praxiswahn-sinn



Jetzt mehr
Zeit gewinnen



www.pvs.de/beratung

PVS

Eine einfache Gleichung
Abrechnung + PVS
= Patientenzeit



KOMMUNIKATION

Vinchowbund - Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.
2.026 Followerinnen
1 Woche

🔔 In den „Top ten“ der Krankenkassen, die die meisten Regresse verhängen, ist die AOK gleich 3x vertreten

1. AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
2. DAK
3. DKK Südwest
4. Deutske BKK und BKK Pfalz
5. BKKmer
6. BKK BKK
7. VECTA
8. BKK Pfaff
9. AOK Hessen
10. AOK Rheinland/Hamburg

Quelle des Rankings sind die Daten aus der Abrechnungsprüfung und der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Kassendirektive Versorgung Rheinland-Pfalz (KV RLP) (<https://link.in/ab-rh-ry>)

Viele der Rückforderung betreffen Kleinbeträge. Da ist der bürokratische Aufwand zur Stellungnahme für Ärztinnen und Ärzte oft größer als der bösestandete Summe. Viele zahlen daher widerspruchslos, egal ob der Abzug berechtigt war oder nicht.

Eine #Kassengrenze wäre sinnvoll. Wie so oft, kommt es dabei auf die Details an. <https://link.in/ab-rh-ry>

Hier klären wir auf: <https://link.in/ab-rh-ry>

Die Kassen mit den meisten Regressen

1. AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
2. DAK
3. DKK Südwest
4. Deutske BKK und BKK Pfalz
5. BKKmer
6. BKK BKK
7. VECTA
8. BKK Pfaff
9. AOK Hessen
10. AOK Rheinland/Hamburg

Viele Arztpraxen orientieren sich beim Gehalt an den Tarifen der Krankenkassen und öffentlichen Arbeitgeber. Immer mehr nutzen aber auch Zusatzversicherungen.

Hier geht es zu den aktuellen Tarifverträgen: <https://link.in/ab-rh-ry>

Sie möchten eine Ärztin oder einen Arzt anstellen? Dann nutzen Sie unsere Muster-Anstellungsverträge mit wichtigen Spezial-Klauseln für die ambulante Praxis: <https://link.in/ab-rh-ry>

Bei allen Fragen rund um Ihre Vordräge beraten wir Sie gerne im Rahmen der Rechtsberatung für Vinchowbund-Mitglieder.

Gehaltswünsche ambulant angestellter Ärzte

Die Hälfte des Gehalts geht in die Kosten der ambulanten Versorgung. Die Hälfte des Gehalts geht in die Kosten der ambulanten Versorgung.

Vinchowbund - Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.
2.026 Followerinnen
1 Woche

🔔 In den „Top ten“ der Krankenkassen, die die meisten Regresse verhängen, ist die AOK gleich 3x vertreten

1. AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
2. DAK
3. DKK Südwest
4. Deutske BKK und BKK Pfalz
5. BKKmer
6. BKK BKK
7. VECTA
8. BKK Pfaff
9. AOK Hessen
10. AOK Rheinland/Hamburg

Quelle des Rankings sind die Daten aus der Abrechnungsprüfung und der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Kassendirektive Versorgung Rheinland-Pfalz (KV RLP) (<https://link.in/ab-rh-ry>)

Viele der Rückforderung betreffen Kleinbeträge. Da ist der bürokratische Aufwand zur Stellungnahme für Ärztinnen und Ärzte oft größer als der bösestandete Summe. Viele zahlen daher widerspruchslos, egal ob der Abzug berechtigt war oder nicht.

Eine #Kassengrenze wäre sinnvoll. Wie so oft, kommt es dabei auf die Details an. <https://link.in/ab-rh-ry>

Hier klären wir auf: <https://link.in/ab-rh-ry>

Die Kassen mit den meisten Regressen

1. AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
2. DAK
3. DKK Südwest
4. Deutske BKK und BKK Pfalz
5. BKKmer
6. BKK BKK
7. VECTA
8. BKK Pfaff
9. AOK Hessen
10. AOK Rheinland/Hamburg

Vinchowbund - Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.
2.026 Followerinnen
1 Woche

🔔 In den „Top ten“ der Krankenkassen, die die meisten Regresse verhängen, ist die AOK gleich 3x vertreten

1. AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
2. DAK
3. DKK Südwest
4. Deutske BKK und BKK Pfalz
5. BKKmer
6. BKK BKK
7. VECTA
8. BKK Pfaff
9. AOK Hessen
10. AOK Rheinland/Hamburg

Quelle des Rankings sind die Daten aus der Abrechnungsprüfung und der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Kassendirektive Versorgung Rheinland-Pfalz (KV RLP) (<https://link.in/ab-rh-ry>)

Viele der Rückforderung betreffen Kleinbeträge. Da ist der bürokratische Aufwand zur Stellungnahme für Ärztinnen und Ärzte oft größer als der bösestandete Summe. Viele zahlen daher widerspruchslos, egal ob der Abzug berechtigt war oder nicht.

Eine #Kassengrenze wäre sinnvoll. Wie so oft, kommt es dabei auf die Details an. <https://link.in/ab-rh-ry>

Hier klären wir auf: <https://link.in/ab-rh-ry>

Die Kassen mit den meisten Regressen

1. AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
2. DAK
3. DKK Südwest
4. Deutske BKK und BKK Pfalz
5. BKKmer
6. BKK BKK
7. VECTA
8. BKK Pfaff
9. AOK Hessen
10. AOK Rheinland/Hamburg

Vinchowbund - Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.
2.026 Followerinnen
4 Monate

🔔 77 % der neu niedergelassenen Ärzte würden sich erneut für eine Niederlassung entscheiden.

Lauf der Behauptung, dass „Ärztliche Karriere“ und „Existenzgründung“ zwei verschiedene (KWG) des Zentralismus für die kassenärztliche Versorgung schützen Ärzte an der Niederlassung vor allem 3 Aspekte:

- 1. Professionelle Autonomie und Therapiefreiheit: Die Möglichkeit, eigenständig zu entscheiden und zu handeln, motiviert. #FreiBeruflichkeit
- 2. Gute Finanzierung der Arbeitszeiten: Bund und Privaten lassen sich in der eigenen Praxis besser verwalten als im Krankenhaus.
- 3. Wertschätzung durch Patienten: Die direkte Anerkennung und Dankbarkeit der Patienten sorgt für hohe Zufriedenheit.

Es gibt aber auch Nachteile:

- 1. Hohe administrative Belastung
- 2. Hohe körperliche und psychische Beanspruchung
- 3. Digitalisierungsaufwand und finanzielles Risiko

Die Zahnärztin könnte also noch viel höher sein!

Wir hoffen, dass die neue Regierung endlich ernst macht mit Entlohnung, Entbürokratisierung und Patientenorientierung.

Sollen Sie die Niederlassung als Anlauf- oder Zukunftsmodell?

#Hausarzt #Facharzt #Kassenzugewinn

Vinchowbund - Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.
2.026 Followerinnen
1 Woche

🔔 77 % der neu niedergelassenen Ärzte würden sich erneut für eine Niederlassung entscheiden.

Lauf der Behauptung, dass „Ärztliche Karriere“ und „Existenzgründung“ zwei verschiedene (KWG) des Zentralismus für die kassenärztliche Versorgung schützen Ärzte an der Niederlassung vor allem 3 Aspekte:

- 1. Professionelle Autonomie und Therapiefreiheit: Die Möglichkeit, eigenständig zu entscheiden und zu handeln, motiviert. #FreiBeruflichkeit
- 2. Gute Finanzierung der Arbeitszeiten: Bund und Privaten lassen sich in der eigenen Praxis besser verwalten als im Krankenhaus.
- 3. Wertschätzung durch Patienten: Die direkte Anerkennung und Dankbarkeit der Patienten sorgt für hohe Zufriedenheit.

Es gibt aber auch Nachteile:

- 1. Hohe administrative Belastung
- 2. Hohe körperliche und psychische Beanspruchung
- 3. Digitalisierungsaufwand und finanzielles Risiko

Die Zahnärztin könnte also noch viel höher sein!

Wir hoffen, dass die neue Regierung endlich ernst macht mit Entlohnung, Entbürokratisierung und Patientenorientierung.

Sollen Sie die Niederlassung als Anlauf- oder Zukunftsmodell?

#Hausarzt #Facharzt #Kassenzugewinn

Vinchowbund - Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.
2.026 Followerinnen
1 Woche

🔔 Achtung! #Praxisneuen

Ein motivierter Arzt mit einem innovativen Angebot, um ihn herum ein ungeheures System mit Regeln für alles.

Das Ergebnis? Eine Multiplikation mit Null für Arzt und Patient. Keiner dabei jemals nichts heraus.

Unter anderem Fall zeigt, wie sehr gute Ideen gebremst werden, wenn in einem System jeder nur „seine“ macht.

Eine Heilung bleibt. Noch muss der Arzt seine Innovation nicht ganz begraben.

Der ganze Fall hier: <https://link.in/ab-rh-ry>

Ähnliches erlebt? Schreiben Sie uns Ihre Erfahrungen oder kommentieren Sie unten!

Weitere Praxisneuen mit aus unserer Rechtsberatung finden Sie hier: <https://link.in/ab-rh-ry>

Praxisneuen

Blockieren Innovation

Vinchowbund - Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.
2.026 Followerinnen
1 Woche

🔔 Die Kosten steigen, und die Einnahmen halten nicht Schritt

Die jüngsten Zahlen von Statistisches Bundesamt (Destatis) zeigen, dass die Praxen in den letzten Jahren immer weniger Einnahmen (und damit auch weniger Gewinn) erzielt haben.

Berücksichtigen muss man auch, dass besonders umsatzstarke Fachbereiche sowie große MVZ und SAG die Daten verzerren. Für eine gynäkologische Einzelpraxis ist die Gewinnmarge deutlich kleiner, und reduziert sich immer weiter.

Weniger Gewinn bedeutet nicht nur, dass für Praxisinhaber mit einer durchschnittlich 50-Stunden-Woche trotz aller der Arbeit immer weniger zum Leben bleibt. Es bedeutet auch, es bleibt oft nicht genug für Investitionen in neue Geräte, IT und vor allem das Personal.

Tipps wie Sie Ihre Arztpraxis wirtschaftlich besser aufstellen, erhalten Sie hier: <https://link.in/ab-rh-ry>

Mehr zu den Destatiszahlen u. a. hier: <https://link.in/ab-rh-ry>

Und warum der Rentenbeitrag keine valide Kennzahl für Arztpraxen ist, erklären wir hier: <https://link.in/ab-rh-ry>

Gehälter, SAG und MVZ: Einnahmen vs. Ausgaben

1.000.000 €

750.000 €

500.000 €

250.000 €

0 €

2019 2020 2021

■ Einnahmen - Ausgaben



Virchowbund mit Tino Sorge, MdB und 3 weiteren Personen
12. November 2024 · IG

Wenn Prof. Josef Hecken vom Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) ans Rednerpult tritt, kocht die Stimmung im Saal. 🍷

Zum Glück waren er und wir uns ziemlich einig, was **#Patientenvertretung** betrifft. Wir brauchen dringend mehr Kooperation, sonst ist der demografische Wandel für Ärztinnen und Ärzte nicht zu schaffen.

Bei unserer Bundeshauptversammlung (#Virchowbund24) haben wir aber auch mit Nezahat Barakat (SPD), Tino Sorge (CDU) und Christian Barter (BfD) darüber gesprochen, wie es jetzt nach dem Aus der Ampel in der **#Gesundheitspolitik** weitergeht.

Von **#Krankenhausreform** über **#Notfallreform** bis **#Budgetierung** sind ja viele Projekte unendlich getrieben.

Ein herzliches Dankeschön an alle Gäste, die gemeinsam mit uns diskutiert, gestritten, gelauscht und getacht haben. Und für den wertvollen Input für unser neues **#Grundsatzprogramm** 'Versorgung 2024'.

📸 Fotos und 📺 Videos zur Versammlung gibt es jetzt auf www.virchowbund.de/bhv24

Fotocredit: Virchowbund / Lopate

Virchowbund
17. September 2024 · IG

Die Gewalt gegen Präsenzarbeiter nimmt zu. Die jüngste repräsentative Umfrage der KfV unter Ärztinnen und Ärzten zeigt:

- 85 % machen die Erfahrung, dass Beschimpfungen, Beleidigungen und verbale Gewalt zunehmen
- 80 % haben im letzten Jahr selbst Beschimpfungen, Beleidigungen und verbale Gewalt erlebt
- 43 % sind in den letzten 5 Jahren mindestens einmal körperlich attackiert worden
- Ein Drittel der Praxen hat aufgrund der zunehmenden Gewalt Vorkehrungen getroffen und zum Beispiel ein Notrufsystem installiert lassen

Die „Anspruchshaltung“ ist eine der Hauptursachen für Unzufriedenheit von Patienten – die sich in verbale oder körperliche Gewalt entlädt. Diese Politiker, hört bitte auf die falsche Vorstellung zu nähern, dass Roberten Anspruch auf jegliche Behandlung, jederzeit und sofort haben würden.

75 Fälle von Gewalt täglich

Ärzte und MFA besser schützen!

Virchowbund
6. Januar · IG

Wir haben keine Zeit mehr zu verlieren bei den nötigen Reformen!

📅 Startprogramm für die ersten 100 Tage der neuen Bundesregierung für den Bereich **#Gesundheit**:

1. Sicherung der Finanzierungsgrundlagen
2. Praxisstärkungsgesetz
3. Versorgungs- und Digitalisierungsgesetz
4. Gesundheits-Zukunftsgesetz

Hier die Details: https://www.virchowbund.de/_virchowbund-sofortprogramm

Nach der Neuwahl:
4 Reformen in 100 Tagen

Virchowbund
@virchowbund

Seit ~15 Jahren ist bewiesen, dass die Entbudgetierung nicht zur Kostenexplosion führt.

Trotzdem argumentieren Kassen immer noch genau so, um zu verhindern, dass alle Haus- und Fachärzte endlich 100 % statt nur 80 % Honorar zu erhalten.

Die Folgen: Wartelisten für Patienten.

5:58 Minuten

Virchowbund
@virchowbund

3 von 4 Ärztinnen und Ärzten (77 %) haben schon einmal verbale und/oder körperliche **#Gewalt** durch Patienten oder ihre Angehörigen erfahren.

💡 Tipps zur Gewaltprävention und zum Umgang mit aggressiven Patienten:
[virchowbund.de/praxisentwicklung](https://www.virchowbund.de/praxisentwicklung)

Abb. 1: Haben Sie in Ihrem ärztlichen Alltag verbale und/oder körperliche Gewalt durch Patient:innen oder ihre Angehörigen erfahren?

Kategorie	Prozent
Ja	77
Nein	23

Quelle: Bundesärztinnen- und Bundesärztesurvey 2023

Virchowbund
@virchowbund

SPD und #Grüne haben ihr Programm zur **#Bundesärztagwahl** veröffentlicht.

In Sachen **#Gesundheitspolitik** enthalten sie erschreckende Ideen: Gängelung, Entmündigung, Substitution, Fehlerlizenz. Kurz: mehr **#Notarztmedizin**.

Unsere Einordnung: [virchowbund.de/pressemitteil](https://www.virchowbund.de/pressemitteil)

#pressemitteil

„Gesundheitspolitik von SPD und Grünen: Ein reines Wunsch dir was' ohne Finanzierung.“

Dr. Dirk Heinrich
Bundestag

Virchowbund
@virchowbund

📅 Nach 7 Jahren: Entbudgetierung für Hausärzte kommt!

Seit 2017 kämpfen wir. Mit dieser Forderung waren wir Viretref, @Bärteu und andere folgten uns. Mit dieser Forderung waren wir Viretref, @Bärteu und andere folgten uns. Mit dieser Forderung waren wir Viretref, @Bärteu und andere folgten uns.

Nur steps: Budgets für Fachärzte abschaffen, Jahrespauschale Hausärzte verhandeln
[virchowbund.de/pressemitteil](https://www.virchowbund.de/pressemitteil)

„Nach sieben Jahren ist ein Teil unserer Grundsatzforderungen endlich erfüllt: die Entbudgetierung.“

Dr. Dirk Heinrich
Bundestag

Virchowbund
@virchowbund

Der **#Bundestag** enthält: Mehrfach gegen Kassen-Lobbyisten im Gesetz, Bund, ein und aus.

Kurz darauf taucht ein Gesetzesvorhaben zur Terminvergabe bei Ärzten auf.

So haben die Kassen bei Lauterbach im Schatten interveniert:
[virchowbund.de/pressemitteil](https://www.virchowbund.de/pressemitteil)

GKV
Gesetzliche Krankenversicherung

Schluss mit Hinterzimmer-Lobbyismus





TAGESSPIEGEL
BACKGROUND

Ärzte-Umfrage zeigt: Niederlassung ist das beste Modell der Berufsausübung



Virchowbund präsentiert
Sofortprogramm für künftige neue
Regierung

6. Januar 2020

THE INDEPENDENT
junge Welt

Nullrunde für Ärzte

Techniker Krankenkasse will Honorare einfrieren. Branchenverbände protestieren gegen Kassenkurs des »Kaputtsparens«

ÄrzteZeitung

Virchowbund skizziert Fahrplan für neuen Bundesgesundheitsminister

PHARMAZEUTISCHE
PZ ZEITUNG
DIE ZEITSCHRIFT DER APOTHEKERN UND APOTHEKER

Kassen wollen Zugriff auf Terminvergabe

aerzteblatt.de

Virchowbund will zeitnah nach Wahl ein Praxisstärkungsgesetz

Thüringer Allgemeine

Praxiswahnsinn in Thüringen: Ärzte klagen über absurde Bürokratie

Frankfurter
Neue Presse

Bündnis Gesundheit / Appell an die Koalitionsunterhändler / Gesundheit im Koalitionsvertrag angemessen berücksichtigen!

aerzteblatt.de

Ambulante Versorgung steht bei Ärzten weiter hoch im Kurs

krankenkassen
direkt.de

"Praxiswahnsinn": Virchowbund zeigt absurde Zustände im Gesundheitswesen auf

änd dnä

Neue Rubrik

Virchowbund dokumentiert „Praxiswahnsinn“

ÄrzteZeitung

Heinrich kontert IGeL-Kritik der Verbraucherschützer: „Lenkt vom wahren Problem ab“

MEDICAL
TRIBUNE

Virchowbund und BÄK stellen konkrete Forderungen an die nächste Bundesregierung



Virchowbund: „Finger weg von unseren Terminen“

6. November 2020



Jenny De la Torre (1954 – 2025)

Der Virchowbund trauert um die bekannte Berliner Obdachlosen-Ärztin Dr. Jenny De la Torre. Sie starb am 10. Juni 2025 im Alter von 71 Jahren.

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 – Universitätsme-

dizin Berlin verliehen, sie erhielt 2013 die Louise-Schroeder-Medaille und 2015 den Deutschen Stifterpreis. De la Torre bezeichnete Obdachlosigkeit als „soziale Krankheit“ und begleitete Forschungsprojekte und Promotionsarbeiten der Berliner Charité zu diesem Thema.

2022 verlieh der Virchowbund ihr die Kaspar-Roos-Medaille für ihre Verdienste um das Ansehen der Ärzteschaft. Aus gesundheitlichen Gründen nahm ihr Sohn die Medaille in ihrem Namen entgegen.



Absicherung, die zur Praxis passt und ein Team, das an Ihrer Seite steht.

Spezielle Konzepte für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte – damit Managementverantwortung nicht zur Belastung wird.

Alles im Blick: Ihre Risiken. Unsere Lösungen.

Als Ärztin oder Arzt tragen Sie täglich Verantwortung – für Ihre Patientinnen und Patienten, Ihre Mitarbeitenden und Ihre Praxis. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an das Management: Ob gesetzliche Pflichten, wirtschaftliche Risiken oder digitale Angriffsflächen, die Herausforderungen sind vielfältig.

Damit Sie sich ganz auf Ihre medizinische Arbeit konzentrieren können, entwickeln wir individuelle Absicherungskonzepte, die Sie als Praxisinhaber oder Geschäftsführer zuverlässig entlasten – fachlich, organisatorisch und finanziell.



Kompetenz. Netzwerk. Verantwortung.

Die Ecclesia Gruppe ist mit über 60 Prozent Marktanteil der führende Versicherungsmakler im Gesundheitswesen. Mehr als 20.000 Ärztinnen und Ärzte vertrauen unserer Kompetenz bei Versicherungs- und Risikoberatung, bei Versicherungseinkauf und Vertragsbetreuung. Das Ziel: Ihre Prozesse zu sichern – präventiv, belastbar und zukunftsorientiert. Denn die beste Absicherung beginnt, bevor Risiken entstehen.

Unsere Lösungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte:

- 🛡️ Berufshaftpflicht- und Praxisinhaltsversicherung
- 🔒 Absicherung bei Cyber- und Datenschutzrisiken
- 📄 Rechtsschutz für Praxis & Privatbereich
- 👥 Versicherungskonzepte für Ihre Mitarbeitenden
- 🕒 Beratung zur Altersvorsorge & Vermögensschutz
- 🔄 Unterstützung von der Praxisgründung bis zur Nachfolge



Informieren Sie sich jetzt:

→ qr.ecclesia.de/r/virchowbund



Ecclesia Versicherungsdienst GmbH

Ecclesiastraße 1–4 • 32758 Detmold

☎ +49 5231 603-6363

✉ virchowbund@ecclesia-gruppe.de

www.ecclesia.de

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

www.virchowbund.de