



Jahresbericht  
2024

# Qualifizierte MFAs für Ihre Praxis

## Auf MFA mal anders.

Das Stellen- & Karriereportal nur für MFA

### 100% Ihre Zielgruppe

68.000+ MFAs informieren sich monatlich über Jobs und Karriere auf mfa-mal-anders.de.

### Freie MFAs kontaktieren

Nehmen Sie **direkt Kontakt** zu freien und wechselwilligen MFAs aus unseren Stellengesuchen auf.

### Reichweite mit Social Media

Mehr Reichweite über unseren Facebook-Kanal, spezielle MFA Facebook-Job-Gruppen und weitere...

Stellenanzeige schalten & Rabatt sichern



[www.mfa-mal-anders.de](http://www.mfa-mal-anders.de)

**Die Legislaturperiode der Ampel-Koalition neigt sich dem Ende zu. Seit Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) im Amt ist, hat er viele Reformen und Verbesserungen angekündigt, aber wenig geliefert.**

**Für finanziell sichere Grundlagen zu sorgen, ist dem Bundesgesundheitsminister nicht gelungen: Obwohl die ausreichende Finanzierung der Beiträge von Versicherten im Bürgergeld im Koalitionsvertrag fixiert wurde, hat es Lauterbach nicht geschafft, diese jährlich 20 Mrd. Euro vom Bundesfinanzminister „locker zu machen“. Ein eindeutiges Bild der Kräfteverteilung in der Ampelkoalition.**

Selbst wenn die Entbudgetierung der Hausarzt-Medizin noch kommen sollte, nützt dies nichts, wenn die Fachärzte budgetiert bleiben. Das Transparenzregister für MVZ-Eigentümerstrukturen ist immer noch nicht mehr als ein oft wiederholtes Schlagwort.

Mit seiner vollmundig als „Revolution“ angekündigten Krankenhausreform (siehe Seite 32) trat der Minister über viele Monate hinweg auf der Stelle, nachdem er so gut wie alle Akteure gegen sich aufgebracht hatte. Und die Bundestagswahl im September 2025 wirft ihre Schatten auf dem politischen Parkett bereits voraus.

Gleichzeitig treibt der Minister den Umbau des Gesundheitswesens in Richtung „Staatsmedizin“ voran, wie der Virchowbund auf der Bundeshauptversammlung 2023 eindrücklich gezeigt hat (siehe Seite 35).

In der Konsequenz bedeutet das: Fachärzte sollen in Zukunft als Angestellte an den Krankenhäusern und möglicherweise einigen großen MVZ in Kliniknähe tätig sein; die wenigen verbliebenen Hausarztpraxen sollen größtenteils in interdisziplinäre Zentren umgewandelt werden, Delegation und auch Substitution inklusive.

Die heute rund 100.000 dezentral organisierten Haus- und Facharztpraxen mit wirtschaftlich selbstständigen Ärzten sollen dann



Dr. Dirk Heinrich,  
Bundesvorsitzender  
des Virchowbundes

Vergangenheit sein. Obwohl auch angestellte Ärzte einem Freien Beruf angehören – und damit per Definition nur ihren Patienten, der Allgemeinheit und ihrem Gewissen verpflichtet sind –, wären sie de facto einfacher zu steuern und zu gängeln. In der Logik eines Karl Lauterbachs und des GKV-Spitzenverbandes ist das ein durchaus erstrebenswertes Konstrukt.

Nicht umsonst sind die letzten Monate davon geprägt gewesen, die Niederlassung und selbstständige Tätigkeit in Einzel- und Gemeinschaftspraxen unattraktiver zu machen. Die Abschaffung der Neupatientenregelung hat ein Finanzloch hinterlassen, das viele Praxen schmerzlich spüren.

Statt die gleichzeitig mit der Neupatientenregelung eingeführte Anhebung der Mindestsprechstunden auf 25 Stunden zurückzunehmen, wird über neue Verpflichtungen z. B. zu Videosprechstunden oder Online-Terminvergabe über ein zentrales Terminbuchungstool nachgedacht. Beim eRezept und der ePA liegt der Schwarze Peter ebenfalls bei den Ärzten. Sie haben den bürokratischen Aufwand, ohne deutliche Vorteile im Arbeitsalltag.

Dazu kommt die Blockadehaltung des Ministers bei der GOÄ, die seit bald 40 Jahren nicht an die Preisentwicklung und den medizinischen Fortschritt angepasst wurde. Die seit mehreren Jahren verheerend

## VORWORT

niedrigen Abschlüsse bei den Verhandlungen zum Orientierungspunktwert (siehe Seite 34) gehen zwar nicht auf Lauterbachs Kappe, sind aber ein wichtiger Teil der schwierigen Gemengelage.

Das alles hat uns im Virchowbund dazu bewogen, Fortbildungsveranstaltungen u. a. zum Thema „Wirtschaftlich überleben unter der aktuellen Gesundheitspolitik“ anzubieten. Denn die Niederlassung in eigener Praxis oder in Gemeinschaften ist für uns Ärzte nach wie vor der „Goldstandard ärztlicher Berufsausübung“. Dies zu fördern, ist die DNA des Verbandes. Das Interesse und Feedback unserer Mitglieder gibt uns recht.

Erfreulich ist, dass wir nun bereits seit mehreren Jahren einen ungebremsten Mitgliederzuwachs verzeichnen. Eine Kurzumfrage im Frühjahr 2024 hat außerdem ergeben, dass unsere Mitglieder mit unserem Service für ihren Praxisalltag – persönliche Rechts- und Praxisberatung, Webinare, Musterverträge, Vorlagen und mehr – höchst zufrieden sind. 93 Prozent würden uns weiterempfehlen. Dafür danken wir!

Im Kontakt mit den Virchowbund-Mitgliedern stellen wir aber auch fest, dass das, wovon wir lange Zeit gewarnt haben, bereits Realität wird: Praxisärzte beginnen, sich aus der GKV-Versorgung zurückzuziehen. Die einen, indem sie ihren Versorgungsauftrag einschränken und sich alternative Standbeine suchen. Die anderen, indem sie lieber früher als später in Rente gehen. Angesichts des demografischen Wandels sollte die Politik alles tun, um die verbleibenden Ärztinnen und Ärzte zu motivieren.

Wir organisieren den Widerstand gegen den Lauterbach'schen Kurs Richtung Staatsmedizin aber auch konkret: Die Praxisschließungen im Oktober und Dezember 2023 haben erfolgreich medialen Druck auf den Minister aufgebaut (siehe Seite 24). Der Virchowbund hat sich einmal mehr als Kampfverband bewiesen. Denn am Ende gilt es die Patienten vor den Auswirkungen einer der staatlichen Lenkung und Willkür ausgesetzten Medizin zu schützen.

Damit stehen wir in der guten Tradition von Rudolf Virchow, unserem Namensgeber. Im Jahr 2024 feiert der Virchowbund sein 75-jähriges Gründungsjubiläum (siehe Seite 6). Wenn wir auf die letzten 75 Jahre zurückblicken, dann tun wir das nicht aus Nostalgie, sondern um Kraft zu schöpfen für das, was noch vor uns liegt. Besonders mit Blick auf die Folgen der Bundestagswahl 2025.

Mit kollegialen Grüßen

**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 2024.

### **Virchowbund**

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

# AUS DEM INHALT

<b>75 Jahre Virchowbund</b>	<b>6</b>	<b>Organisation</b>	<b>46</b>
Wie alles begann: 1949 und danach	6	Bundesausschuss	46
Ein Ort der Erinnerung	7	Landesgruppen	47
Die soziale Verantwortung des Arztes	11	Geschäftsstelle	48
Fotogalerie	18	Brendan-Schmittmann-Stiftung	49
<b>Gesundheitspolitik</b>	<b>24</b>	<b>Aus den Landesgruppen</b>	<b>50</b>
Das neue Normal: Wartelisten – Lauterbach will es so!	24	Baden-Württemberg	50
Protestkampagne „Praxis in Not“	25	Bayern	51
Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz	30	Mitteldeutschland	52
Krankenhausreform	32	Hamburg	52
Notfallreform	33	<b>Service</b>	<b>53</b>
Honorarverhandlungen	34	<b>Kommunikation</b>	<b>62</b>
<b>Bundeshauptversammlung</b>	<b>35</b>	<b>Nachruf</b>	<b>66</b>
Entschließungen	37		
Kaspar-Roos-Medaille	44		

# 75 JAHRE VIRCHOWBUND

## Wie alles begann: 1949 und danach

**Nach dem Zusammenbruch des Deutschen Reiches im Jahre 1945 zerfielen auch die beiden zentralen ärztlichen Organisationen, die Reichsärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD). Sie wurden per Dekret von den jeweiligen Militärverwaltungen aufgelöst. In den drei alliierten Westzonen wurden die jeweiligen Ärztekammern aber bis 1947 für die Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung und Abrechnungsfragen wiedererrichtet.**

Diese Kammern trafen sich im Juli 1947 in Bad Nauheim, um die „Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern“ zu gründen, die spätere Bundesärztekammer. Im weiteren Verlauf gründeten sich der Marburger Bund (als Verband der angestellten Ärzte) neu und der Hartmannbund (als Verband der Ärzte) wieder.

Weil eine kassenärztliche Vereinigung fehlte, versuchten die niedergelassenen Nicht-Kassenärzte ihre Interessen zu bündeln und diese zunächst insbesondere innerhalb der Ärztekammern zu stärken. 1949 wurde auf Initiative eines Düsseldorfer Augenarztes der „Landesverband Nordrhein-Westfalen der niedergelassenen Nicht-Kassenärzte“ gegründet. Zeitgleich gründete sich ein Landesverband in Hamburg. Beide Verbände beschlossen im Herbst 1949 auf dem Ärztetag in Hannover, sich zum „Verband der Nicht-Kassenärzte (NKV)“ zusammenzuschließen. Unter Führung des ersten Bundesvorsitzenden, Dr. Hans-Wolf Muschallik, konstituierte sich dann 1950 der erste Bundesvorstand. Zu seinem Geschäftsführer ernannte Muschallik den Kölner Arzt Dr. Kaspar Roos.

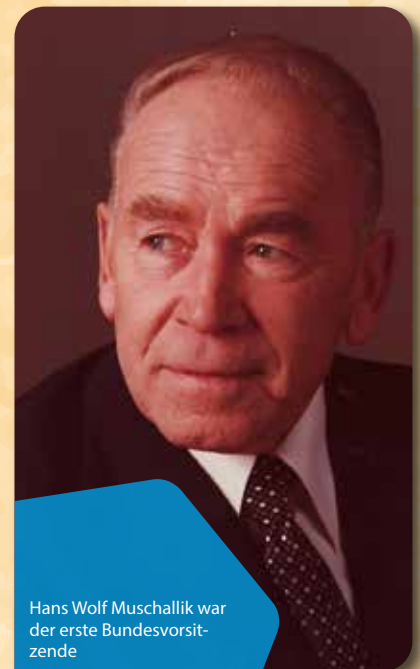
Im weiteren Verlauf entstanden bundesweit Landesverbände und Bezirksgruppen. Das erste Ziel bestand in der

Neuregelung des Kassenarztrechtes, die es allen niedergelassenen Ärzten ermöglichen sollte, Patienten jeder Kassenzugehörigkeit behandeln zu können. 1957 wurde zwischen NKV und dem Marburger Bund eine intensive Zusammenarbeit vereinbart, mit der man insbesondere die Interessen der jüngeren Ärzteschaft gemeinsam vertreten wollte.

Auf einer außerordentlichen Bundeshauptversammlung am 10. November 1957 wurde der Name des NKV in „Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e.V.“ geändert. Satzungsmäßige Ziele waren fortan die uneingeschränkte freie Arztwahl für alle Versicherten sowie die Aufrechterhaltung der freiberuflichen Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte in Deutschland.

Der Marburger Bund klagte bereits im Jahr 1951 vor dem Bundesverfassungsgericht gegen die beschränkte Zulassung von Kassenärzten als Verstoß gegen die freie Berufswahl. Diese Klage wurde 1957 aber vom Bundesverfassungsgericht zurückgewiesen.

Als ein Apotheker sich aber 1958 vor dem Bundesverfassungsgericht die Errichtung einer Apotheke mit Bezug auf die grundgesetzlich garantierte Berufsfreiheit



Hans Wolf Muschallik war der erste Bundesvorsitzende

erstritten hatte, änderten sich die Gründe des BVerfG für die Auslegung des Artikels 12 GG (Berufsfreiheit) derart, dass auch der Marburger Bund und der NAV für weitere anstehende Verfassungsklagen neue Hoffnung schöpften.

So sprach das Bundesverfassungsgericht am 23. März 1960 das richtungweisende Urteil, dass eine Beschränkung der Zulassung eines Arztes auf 500 Versicherte nichtig ist. Das Zulassungsverfahren, das an sich rechtskonform blieb, musste im Sinne der Berufsfreiheit und Niederlassungsfreiheit verändert werden.

*Quelle: Rodegra, Roos, Maiwald, Lange, Henke: „Der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e.V.“, Köln 1981.*

1949

**Gründung**

Der Verband wird in Köln gegründet. Zum ersten Mal treten niedergelassene Haus- und Fachärzte gemeinsam und fachübergreifend für ihre Interessen ein. Die niedergelassene Ärzteschaft gewinnt massiv an Bedeutung.

1960

**Freier Zugang zum GKV-System**

Die Verfassungsklage des Virchowbundes kippt die Zulassungsbeschränkungen: Nun können alle Ärzte die Kassenzulassung erhalten.

1974

**Europaweit vernetzt**

Der Virchowbund gründet mit Partnerverbänden aus ganz Europa die Interessenvertretung der in freier Praxis niedergelassenen europäischen Ärzte (E.A.N.A.). Die E.A.N.A. ist seit 1989 Beobachter im europäischen Forum der WHO und der nationalen europäischen Ärzteverbände. Seit 2002 ist sie in der Steuerungsgruppe des CPME (Ständiger Ausschuss der Europäischen Ärzte) vertreten.

**Ein Ort der Erinnerung**

**Begrüßungsansprache von Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des Virchowbundes, anlässlich der 75-Jahr-Feier des Virchowbundes am 12. Juni 2024 in der Liebermann-Villa am Wannsee.**

*Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich begrüße Sie alle sehr herzlich an einem der schönsten Orte, an dem man einen Berliner Sommerabend verbringen kann: Herzlich willkommen in der Liebermann-Villa am Wannsee!*

*Ebenso herzlich begrüße ich Sie zur 75-Jahr-Feier unseres Virchowbundes, des Verbandes der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte.*

*Wir haben diesen Ort hier ganz bewusst gewählt. Max Liebermann, einer der bedeutendsten Künstler der Moderne, erwarb 1909 eines der letzten Wassergrundstücke hier in der „Colonie Alsen“. Im Stil des Neoklassizismus nach dem Vorbild der Hamburger Patriziervilla Godeffroy aus dem Jahr 1790 plante er sowohl Haus als auch Garten mit viel Liebe zum Detail. Der Garten wurde dabei wesentlich von Alfred Lichtwark, dem Direktor der Hamburger Kunsthalle, gestaltet und diente Liebermann zur Inspiration in den Sommermonaten, die er mit seiner Familie hier regel-*

*mäßig verbrachte.*

*Haus und Garten wurden zum Rückzugsort für Max Liebermann. Hier war die Kraftquelle für das Wirken des bedeutendsten deutschen Impressionisten, das neben aller herausragenden Kunst immer auch politisch und gesellschaftskritisch war.*

*Er verbrachte hier insbesondere die letzten beiden Jahre seines Lebens, die Jahre 1933 bis zu seinem Tod 1935, im Angesicht der aufziehenden dunklen Wolken des Nationalsozialismus.*

*Leider ist es heute dringender notwendig als in den letzten Jahrzehnten, an diese Zeit zu erinnern. Der Jude Max Liebermann war 1933 Augenzeuge der Machtergreifung der Nationalsozialisten. Von seinem Stadthaus und Atelier am Brandenburger Tor aus sah er mit eigenen Augen die Aufmärsche und Fackelzüge der Nazis.*

*Wir leben heute in einer Zeit, in der Rassismus, Antisemitismus, Fremdenfeindlichkeit und Demokratieunverständnis um sich grei-*

“



*fen. Gerade wir Ärztinnen und Ärzte haben hier eine besondere Verantwortung. Gleich im ersten Satz des Genfer Gelöbnisses gehen wir eine klare Verpflichtung ein. Es heißt dort wörtlich:*

*„Als Mitglied der ärztlichen Profession gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.“*

*Menschlichkeit heißt für uns sowohl dem*

”

1983

### Geburtshelfer von Gemeinschaftspraxis und MVZ

Der Virchowbund erstreitet vor dem Bundessozialgericht, dass fachübergreifende Gemeinschaftspraxen möglich werden – gegen den jahrelangen und massiven Widerstand der ärztlichen Körperschaften. Dadurch legt er die Grundlage für heute selbstverständliche Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ).

1990

### Wiedervereinigung der Ärzte in Ost und West

Im Zuge der deutschen Einheit fusionieren der westdeutsche NAV und der in der Wendezeit gegründete ostdeutsche Virchow-Bund zum NAV-Virchow-Bund (seit 2019: Virchowbund). Diese Fusion gilt als der einzige Zusammenschluss ärztlicher Organisationen auf Augenhöhe.

2004

### Schutz der Patientendaten

Seit der gesetzlich vorgeschriebenen Einführung einer Elektronischen Gesundheitskarte setzt sich der Virchowbund für Patientengeheimnis, Schweigepflicht und technische Sicherheit ein. Er verhindert, dass zentrale Serverstrukturen entstehen, die mittlerweile undenkbar wären. Durch die Arbeit des Verbandes werden das vertrauensvolle Patienten-Arzt-Verhältnis und die ärztliche Schweigepflicht als besonders schutzwürdig anerkannt und nachhaltig in dem Projekt verankert.

*Menschen – und zwar jedem Menschen! – nach bestem Wissen und Gewissen zu helfen, als auch stets die Würde eines jeden Einzelnen zu achten, und zwar unabhängig von Religion, Herkunft, Geschlecht usw.*

*Deshalb glaube ich, dass dieses Haus heute der richtige Ort ist, um von hier aus ein klares Zeichen gegen die Feinde der Demokratie von rechts, von links und aus pseudoreligiöser Richtung zu setzen. Und um es noch einmal klar zu sagen:*

*In Deutschland ist kein Platz für Extremismus, Rassismus und Antisemitismus! Wir alle müssen uns für unsere Demokratie einsetzen und sie verteidigen. Und: Rassismus, Antisemitismus, Islamismus und Arztsein schließen sich gegenseitig aus.*

*Für Max Liebermann waren das berufliche Wirken und das politische Engagement immer zwei Seiten ein und derselben Medaille. Das hatte er mit seinem Zeitgenossen Rudolf Virchow gemeinsam.*

*Rudolf Virchow war Mitglied der deutschen Fortschrittspartei und ein politischer*

*Weggefährte von Max Liebermann, dem Mitglied der „Berliner Secession“. Ein Ergebnis dieser Verbindung können Sie auf unserer Einladungskarte bestaunen, denn mindestens zwei Mal portraitierte der große Maler Max Liebermann den großen Arzt und Politiker Rudolf Virchow.*

*Virchow studierte Medizin an der Militärakademie. Er war Arzt, Pathologe, Anatom, Anthropologe, Prähistoriker und Begründer der Zellpathologie und der modernen Sozialhygiene. Als praktizierender Arzt und Wissenschaftler erkannte*

*Virchow schnell, dass nicht die Medizin allein gesund macht, sondern, dass es not-*

*wendig ist, auch die Lebensbedingungen der Menschen zu verbessern.*

*„Die Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen, und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiktion“, so schlussfolgerte Virchow.*

*Als Konsequenz ging der Arzt Virchow in die Politik. Er nahm sogar am Barrikadenbau der Märzrevolution 1848 teil. Er war Abgeordneter im Berliner Stadtparlament, im preußischen Landtag und 13 Jahre lang im Reichstag.*

*Dieses Virchow'sche Berufsverständnis finden wir als ersten Satz in unserer heute geltenden Berufsordnung ohne, dass er dafür direkt verantwortlich wäre. Es ist ärztliche DNA:*

*„Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung“, heißt es da.*

*Das ärztliche Berufsrecht, das in seinen Grundzügen bereits seit der Antike gilt, definiert damit den Arztberuf immer auch als einen sozialen Beruf. Der Arzt behandelt nicht nur seine Patienten, er hat auch immer die Pflicht und den Anspruch die sozialen Lebensverhältnisse mitzugestalten.*

*Rudolf Virchow, Namensgeber und politischer Patron unseres Verbandes, kämpfte*

### Rassismus, Antisemitismus, Islamismus und Arztsein schließen sich gegenseitig aus.

### Der Arzt behandelt nicht nur seine Patienten, er hat auch immer die Pflicht und den Anspruch die sozialen Lebensverhältnisse mitzugestalten.





2007

### Abschaffung der 68er-Regelung

Vertragsärzte dürfen nun auch nach ihrem 68. Geburtstag praktizieren und verlieren nicht mehr automatisch ihre Zulassung. Der Virchowbund protestierte erfolgreich gegen diese altersdiskriminierende Regelung. Würde sie heute noch bestehen, wäre der Ärztemangel in Deutschland noch dramatischer.

### Mehr Flexibilität

Das ärztliche Berufsrecht wird liberalisiert und den sich ändernden Lebensumständen angepasst. Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz schafft mehr Flexibilität für Ärzte. Sie dürfen nun Kollegen anderer Fachrichtungen in ihrer Praxis anstellen, können leichter Zweigpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) errichten und halbe Zulassungen beantragen. Der Virchowbund hat diese Ideen über viele Jahre hinweg salonfähig gemacht.

2011

### Agentur deutscher Arztnetze

15 Ärztenetze und der Virchowbund gründen die Agentur deutscher Arztnetze. Das Ziel: die politische Interessenvertretung der rund 300 Ärztenetze und Gesundheitsverbände in Deutschland. Sie sollen Fördermöglichkeiten, wirtschaftliche Unterstützung bei der Schaffung von vernetzten Versorgungsstrukturen und den Status von Leistungserbringern im Sozialgesetzbuch erhalten.

“

- › für den Bau von Krankenhäusern, Markthallen und einem hygienischen Schlachthof,
- › für die Planung einer modernen Kanalisation,
- › für den Aufbau einer staatlichen medizinischen Grundversorgung.

Aber er war auch

- › Gegner der Kolonialpolitik des Kaiserreichs,
- › engagiert für die kommunale Selbstverwaltung und für Minderheitenrechte;
- › er erkannte die Möglichkeiten von Prävention, indem er z. B. das Turnwesen förderte,
- › und Virchow begriff Bildung als die Mutter von Freiheit und Wohlstand.

Heute noch leitet uns eine zentrale Idee Virchows, die er in dem bekannten Zitat auf den Punkt brachte: „Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen.“ Deshalb erfüllt es uns heute mit Stolz, dass wir den Namen Virchows in unserem Verband tragen. Sein Wirken ist uns aber auch eine große Verpflichtung.

*Doch was bedeutet diese soziale Verantwortung des Arztes heute?*

*Wir freuen uns ganz besonders, dass wir zu diesem Thema heute den vormaligen Vorsitzenden Richter am Bundessozialgericht, Prof. Dr. Ulrich Wenner, für den Festvortrag gewinnen konnten. Professor Wenner hatte über viele Jahre die schwere Aufgabe als führender deutscher Richter im Sozialrecht all das, was Politik plant und in Gesetze gießt,*

*an der realen Welt abzutüfteln und dann zu entscheiden, ob die gelebte Wirklichkeit dem Sinne des Gesetzgebers entspricht.*

*Er hat also einen umfassenden Überblick über viele Jahrzehnte im Gesundheitswesen, ist seit kurzem außer Dienst und damit nun völlig frei, uns einen Impuls zu geben, wie er die soziale Verantwortung des Arztes sieht.*

*Herzlich willkommen, Professor Wenner, und schön, dass Sie da sind.*



Prof. Wenner und Dr. Heinrich

2011

## Aufhebung der Residenzpflicht

Niedergelassene Ärzte dürfen nun ihren Praxissitz unabhängig vom Wohnort wählen und umgekehrt. Damit wird eine langjährige Forderung des Virchowbundes zur Realität. Der Paragraph zur Residenzpflicht wird aus der Zulassungsverordnung gestrichen. Ein wichtiger Schritt, um Praxen auf dem Land oder in städtischen Problembezirken wieder attraktiver für Ärzte zu machen.

2012

## Ärztestreik

Der Virchowbund ist Koordinator der ärztlichen Berufsverbände bei den Arztprotesten im Honorarstreit mit den Krankenkassen und initiiert eine Urabstimmung zu Praxisschließungen. In letzter Minute vereinbaren die unter Druck geratenen Kassen und die KBV statt einer Honorarsenkung ein mäßiges Honorarplus. Eine ganze Woche beschäftigen die Honorarproteste Medien und Öffentlichkeit.

## Abschaffung der Praxisgebühr

Die alte Form der Praxisgebühr setzte Fehlanreize, verfehlte ihre beabsichtigte Steuerungswirkung und sorgte für einen erheblichen Mehraufwand bei der Verwaltung von rund 360 Millionen Euro. Der Virchowbund entwickelt Ideen für effektivere Patientensteuerung, auch mit digitaler Unterstützung.

*Wir alle kennen Ärzte, die sich weit über ihren beruflichen Alltag hinaus engagieren, die in Organisationen wie Ärzte ohne Grenzen, Ärzte gegen den Atomkrieg oder bei den KlimaDocs tätig sind.*



Virchow vor der Liebermann-Villa

*Wir kennen unzählige Beispiele und haben viele davon in den eigenen Reihen: ehrenamtlich tätige Ärzte in der Kommunalpolitik oder in freien Verbänden, wie dem Virchowbund, oder in der Versorgung Obdachloser oder Drogenabhängiger.*

*Es sind häufig ärztliche Projekte, die unsere Gesundheitsversorgung in sozialer Verantwortung, also im Sinne des Gemeinwohls, voranbringen. Zwei Beispiele möchte ich exemplarisch nennen: Zunächst ARena (Antibiotika-Resistenzentwicklung nachhaltig abwenden), ein Projekt des Virchowbundes und der von ihm gegründeten Agentur deutscher Arztnetze mit dem Ziel, über leitliniengerechten Einsatz von Antibiotika die Zahl unnötiger Verordnungen zu senken und damit dem weltweiten Problem von Antibiotika-Resistenzen vorzubeugen.*

*Zum zweiten die Idee des Hamburger Gesundheitskiosk, der mit mehrsprachigen, wohnortnahen und besonders niedrigschwelligen Beratungs- und Lotsenangeboten zur Verbesserung der Lebens- und Gesundheitschancen von sozial benachteiligten Gruppen beiträgt. Diese Hamburger „Mutter aller Kioske“ hat mit den heute diskutierten 1.000 Kiosken nichts gemeinsam, weil das*

*„Original“ auf einem breiten Gesundheitsnetzwerk aufbaut, an dem neben Ärzten und Therapeuten unterschiedlichster Fachrichtungen ganz wesentlich sozial engagierte Krankenkassen und fast sämtliche Vereine des Quartiers beteiligt sind. Geleitet wird das Netzwerk vom lokalen Ärztenetz und vom Virchowbund.*

*Beide Projekte wurden vom Innovationsfonds gefördert und anschließend vom Gemeinsamen Bundesausschuss so und auch nur so für die Regelversorgung empfohlen.*

*Solche konstruktiven Impulse für die Herausforderungen der Zukunft zu entwickeln und auch umzusetzen – und ich nenne hier nur die vier Punkte: Ärztemangel und Fachkräftemangel, Demographie und Finanzierung, Digitalisierung und Künstliche Intelligenz sowie die personalisierte Medizin – diese Punkte sehen wir im Virchowbund auch als eine unserer Aufgaben. Lösungen und Impulse für die genannten Probleme müssen auch aus der Ärzteschaft selbst kommen.*

*Dafür braucht es engagierte und motivierte Ärzte, aber auch ärztliche Institutionen und Verbände, die diese Versorgungs Ideen konzipieren, formulieren und politisch durchsetzen.*

2013

### Erfolg für Praxisnetze

Dank dem Virchowbund und der Agentur deutscher Arztnetze wird die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V per Rahmenvorgabe möglich. Gemeinsam mit der Agentur erarbeitet die KBV Rahmenvorgaben für die Förderung von Arztnetzen.

2015

### Desaströse neue GOÄ abgewendet

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird zwischen Bundesärztekammer, Verband der Privaten Krankenversicherung und Beihilfeträger des Öffentlichen Dienstes verhandelt. Die Verhandlungen 2015/2016 verliefen ohne Beteiligung der Berufsverbände und vollkommen gegen die Interessen

2016

### Modellprojekt Billstedt/Horn

Der Virchowbund gründet mit lokalen Partnern die Gesundheit für Billstedt/Horn UG und startet ein Modellprojekt: vernetzte und niedrighschwellige Beratungsangebote für vulnerable Bevölkerungsgruppen in den Hamburger Problembezirken Billstedt und Horn. Es wird bis 2019 vom Innovationsfonds gefördert und anschließend für die Regelversorgung empfohlen.

“

*Engagierte Ärzte gibt es – noch – genug, bei der Motivation wird es aber angesichts des pausenlosen Kas-sen-Bashings mit Sozialneid und manipulativen Einkommens-diskussionen immer schwerer.*

*Die Lähmung der Selbstverwaltung durch immer mehr gesetzliche Eingriffe, der fast vollständige Rückzug der gesetzlichen Krankenkassen aus der gestaltenden Versorgungsverantwortung, das immer wieder gern praktizierte „divide et impera“ der Politik, die Überbürokratisierung durch Gesetze und hausgemachte komplizierte Umsetzungen*

### Engagierte Ärzte gibt es – noch – genug

*in den Körperschaften und der fehlende gesellschaftspolitische Diskurs über die Frage, welche Gesundheitsversorgung wollen wir denn und was darf sie kosten, all das behindert das notwendige*

*Engagement. Die konstruktiven ärztlichen Ideen und Strategien für die zukünftige Versorgung der Menschen kommen heute zunehmend nicht mehr aus den Körperschaften, sondern aus den Verbänden.*

*Das muss nicht immer schlecht sein: Die Niederlassungsfreiheit für alle Kassenärzte hat 1960 der Virchowbund erstritten. Die fachübergreifende Gemeinschaftspraxis hat*

*1983 ebenfalls der Virchowbund erstritten – seinerzeit gegen den massiven Widerstand der eigenen Körperschaften.*

*Insofern sehe ich einer Zukunft unter einer stärkeren Verantwortung der Verbände optimistisch und gelassen entgegen.*

*Der Virchowbund jedenfalls stellt sich als Verband dieser sozialen Verantwortung. Und er bleibt Heimat für Ärztinnen und Ärzte, die soziale Verantwortung als festen Bestandteil ihres Berufes sehen.*

*Der Name Rudolf Virchows ist dabei für uns Inspiration und Verpflichtung zugleich.*

## Die soziale Verantwortung des Arztes

**Festvortrag von Prof. Dr. Ulrich Wenner, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht a. D., anlässlich der 75-Jahr-Feier des Virchowbundes am 12. Juni 2024 in der Liebermann-Villa am Wannsee.**

*Max Liebermann, in dessen letzten Wohnsitz Ihr Verband heute eingeladen hat, malte in der letzten Phase seines langen*

*Lebens fast nur noch Bilder von diesem Haus und dem Garten, der das Haus umgibt. Immer wieder wechseln die Per-*

*spektiven, mal wird das Haus vor dem Hintergrund des Gartens gemalt, mal bildet das Haus nur den Fluchtpunkt für eine Gartenansicht. Immer gehört beides zusammen, kein Bild nur von dem einen oder dem anderen.*

2019

## Grundversorgende Fachärzte werden als Realität anerkannt

Bis dato wurden Fachärzte im Sozialgesetzbuch noch nicht einmal namentlich erwähnt. Der Virchowbund hat in jahrelanger Arbeit dafür gesorgt, dass die Bedeutung der Fachärzte bei der tagtäglichen Versorgung von Patienten nun anerkannt wird. Zudem sind die dazugehörigen Fachgruppen erstmals definiert.

2023

## Neue Ärzteproteste

Nachdem Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) die Neupatientenregelung (seit 2019) wieder abgeschafft hat, brodelte es in der Ärzteschaft. Der Virchowbund sammelt die vielen vereinzelt Proteste unter dem Dach „Praxis in Not“. Außerdem organisiert er bundesweite Praxisschließungen im Herbst und im Dezember 2023. Das Medienecho ist gewaltig. Als Reaktion beruft Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) Anfang Januar 2024 einen „Krisengipfel“ ein und verspricht Zugeständnisse.

2024

## Beginnende Entbudgetierung

Die Kinder- und Jugendärzte machen den Anfang, die Hausärzte sollen folgen und auch für Fachärzte ist ein Ende der leistungsfeindlichen Budgets in Sicht. Die Einsicht, dass die Budgetierung mittlerweile mehr schadet als nützt, setzt sich in der Politik immer weiter durch. Der Virchowbund hat jahrelang über die Folgen der Budgetierung aufgeklärt und das Thema immer wieder auf die politische Agenda gesetzt. Er hat auch konkrete Vorschläge gemacht, wie sich die Entbudgetierung schrittweise umsetzen lässt.

### 1. Patientenwohl und Gemeinschaftsbezug

*Dieser Dualismus kam mir in den Sinn, als ich mir überlegt habe, was Sie aus Anlass Ihres großen Jubiläums an der sozialen Verantwortung des Arztes interessieren könnte. In der grundlegenden Bestimmung der Bundesärzterordnung über den ärztlichen Beruf ist ein ähnlicher Dualismus seit Jahrzehnten angelegt. Der Arzt dient danach der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.*

*Beide Vorgaben finden sich im selben Satz der Norm. Man kann spekulieren, ob die Reihenfolge eine Rangfolge markiert, also die Erhaltung der Gesundheit des einzelnen Patienten Vorrang vor der Mitwirkung am Schutz der Gesundheit des gesamten Volkes hat. Sieht man das so und ist zugleich der sicher zutreffenden Ansicht, ein Haus zum Leben sei wichtiger als ein Garten, könnte man die patientenbezogene Ausrichtung Ihrer Tätigkeit mit Liebermanns Haus und die – vereinfacht gesagt – gemeinschaftsbezogene mit Liebermanns Garten vergleichen.*

*Aber auch bei dieser abwägenden Gewichtung gibt es das eine nicht ohne das andere, niemand kann den Beruf als Ärztin oder Arzt ohne bejahten und gelebten Bezug*

*zur Gesellschaft, in der er tätig ist, in vollem Sinne ausüben.*

### 2. Böckenförde und der freiheitliche Staat

*Beginnen mit der Reflexion über die soziale Dimension des Arztberufs möchte ich mit einem Zitat, das Sie vielleicht kennen oder von dem Sie zumindest gehört haben. Es lautet: „Der freiheitliche, säkulare Staat lebt von Voraussetzungen, die er nicht garantieren kann. Das ist das große Wagnis, das er, um der Freiheit willen, eingegangen ist.“*

*Das Zitat ist in diesem Sommer 60 Jahre alt, also etwas jünger als Ihr Verband, aber auch schon historisch. Es stammt von Ernst-Wolfgang Böckenförde, dem langjährigen Richter des BVerfG und Hochschullehrer in Heidelberg, Münster und Freiburg. Wie Rudolf Virchow auf dem Gebiet der Medizin und der Gesundheitsfürsorge die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts geprägt hat, ist die Entwicklung des Verfassungsrechts und der Staatsphilosophie der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ohne die Beiträge von Böckenförde schwer denkbar.*

*Ursprünglich zielte der Satz auf die Integration der Katholiken in die säkulare Bundesrepublik. Ihnen sollte zumindest der*

*Eindruck vermittelt werden, Christentum und Kirche hätten eine wichtige, unverzichtbare Aufgabe im Vorfeld der staatlichen Willensbildung, auch wenn es den von vielen Katholiken gewünschten explizit christlichen Staat nicht (mehr) geben könne. Von diesem Kontext hat sich das berühmte gewordene Zitat schnell gelöst.*

*Es wird heute in dem Sinne verstanden, dass weder staatliche Normen noch Verwaltung, Polizei und Justiz allein eine lebenswerte Gesellschaft garantieren können. In eher kleiner Münze wird der Satz ausgegeben, wenn auf die Notwendigkeit von Rücksichtnahme und Höflichkeit im öffentlichen Raum rekurriert wird. Wichtiger ist der Aspekt der mehr oder weniger freiwilligen Befolgung der wichtigsten geschriebenen und ungeschriebenen Regeln für das Zusammenleben; die so genannten Bauernproteste zu Beginn des Jahres haben das ziemlich brutal deutlich gemacht: Wenn die Bauern ihre Traktoren nicht von sich aus wieder auf die Bauernhöfe zurückgefahren hätten, wäre es kaum möglich gewesen, die Straßen und Ausfahrten der Autobahnen freizubekommen. Ohne Hilfe gepanzerter Fahrzeuge läuft da nichts, so dass es vermutlich die Hilfe der Bundeswehr gebraucht hätte, einen rechtskonformen Zustand wieder herzustellen. Oder banaler:*





Einzelne Schwarzfahrer können ermittelt und sanktioniert werden; wenn alle ohne Ticket fahren, ist das System am Ende.

### 3. Sicherung der gesundheitlichen Versorgung im ganzen Bundesgebiet

Ich schlage Ihnen nun vor, das Böckenförde-Zitat ein wenig abzuwandeln. Es lautet dann: „Die Gesundheitsversorgung in der freiheitlich verfassten Gesellschaft der Bundesrepublik lebt von Voraussetzungen, die der Gesetzgeber selbst nicht garantieren kann.“ Das genau zielt auf die soziale Dimension des ärztlichen Berufs, also in unserem Eingangsbild auf Liebermanns Garten. Gemeint sind ungeschriebene und ausdrücklich geregelte Anforderungen an die ärztliche Tätigkeit, die nur auf den ersten Blick als selbstverständlich erscheinen.

Die Bundesärzteordnung wie die Heilberufsgesetze der Länder und vor allem das Sozialgesetzbuch V setzen voraus, dass auf jedem ärztlichen Fachgebiet in hinreichender Anzahl Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung der Patienten zur Verfügung stehen. Das gilt nicht nur für Berlin-Zehlendorf, für Hamburg-Othmarschen und Freiburg, sondern auch für die Uckermark, für Köln-Chorweiler und den Hunsrück. Das Grundgesetz erwähnt in Art. 72 Abs. 2 eine gewisse Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in allen Teilen des Bundesgebietes, und die ärztliche Versorgung ist eine unverzichtbare Bedingung für das Leben und Wohnen außerhalb der Metropolen.

Der einzelne Arzt kann – die Bedarfsplanung lasse ich hier mal außer Betracht – den Ort seiner Niederlassung nach eigenen Präferenzen wählen, bisweilen natürlich in enger Abstimmung mit der ApoBank. Die Summe dieser individuellen Entscheidungen muss aber so gezogen werden können, dass auch weniger attraktive Regionen zumindest angemessen ärztlich versorgt sind. Das kann der Gesetzgeber nicht garantieren, zumindest mit den derzeitigen Instrumenten der Bedarfsplanung kaum. Selbst die neuen Regelungen in den sog. Landarztgesetzen der Länder stoßen hier an Grenzen.

Die Gesetzgeber erwarten, dass die jungen Ärztinnen und Ärzte, die über die entsprechenden Programme einen Studienplatz erhalten haben, sich auch tatsächlich nach der Approbation und der Weiterbildung in unterversorgten Regionen niederlassen. Erzwingen kann er es nicht. Im Sinne von Böckenförde muss der Staat erwarten, dass die Betroffenen aus Überzeugung dort ihre berufliche Perspektive realisieren und nicht bundesweit nach einem MVZ suchen, das ihnen zum Einstieg den Betrag von 250.000 Euro zur Verfügung stellt, mit dem sie sich von der übernommenen Verpflichtung zur Mitwirkung an der Versorgung in strukturschwachen Regionen freikaufen können.

Sie wissen besser als ich, dass künftig im ländlichen Raum nicht nur im hausärztlichen Bereich, sondern gerade in den patientennahen Fachgebieten HNO, Gynäkologie und Urologie Versorgungsengpässe drohen. Diesen kann durch die Gründung und den Betrieb von Zweigpraxen in gewissem Umfang entgegengewirkt werden.

Jetzt schaut aber wieder Böckenförde um die Ecke: Der Gesetzgeber stellt im Berufs- und Vertragsarztrecht dafür die Rechtsgrundlagen zur Verfügung, kann aber nicht garantieren, dass die Ärztinnen und Ärzte davon auch Gebrauch machen, wenn es für sie finanziell keinen Mehrwert bietet. Ein Zwang zum Betrieb einer Zweigpraxis in einer auf dem jeweiligen Fachgebiet sonst unversorgten Kleinstadt wäre ein Fremdkörper in einem zwar regulierten, aber doch im Kern freiheit-

lichen System der Niederlassung.

Mit der Option für diese freiheitliche Komponente verbindet der Staat jedoch – wiederum im Sinne von Böckenförde – die Erwartung, dass den Ärztinnen und Ärzten eines Fachgebietes als Gruppe die Gewährleistung der angemessenen flächendeckenden Versorgung nicht gleichgültig ist. Die Unterhaltung von Zweigpraxen – unter Umständen in kollegialer Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten verschiedener Praxen – könnte im Sinne des berühmten Zitats zu den Voraussetzungen gehören, die nicht garantiert werden können, die aber gleichwohl unverzichtbar sind. Sich dem zu stellen, ist eine wichtige Entfaltung der sozialen Dimension des ärztlichen Berufs.

### 4. Professionalität und Integrität des ärztlichen Berufsstandes

Zu den soeben angesprochenen Voraussetzungen gehört weiterhin die absolute Integrität und Professionalität der ärztlichen Tätigkeit, auch und gerade soweit sie sich nicht in der Beziehung zum einzelnen Patienten erschöpft. Ärztinnen und Ärzten werden in der Rechtsordnung eine Stellung und ein Einfluss eingeräumt, wie sie in dieser Form kein anderer nicht dem öffentlichen Dienst zugeordneter Beruf kennt. Die institutionelle Sicherung dieses Einflusses über die ärztliche Selbstverwaltung in den Kammern, die nur einer Rechtsaufsicht unterliegen und ansonsten weitreichende Gestaltungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten haben, flankieren diese besondere Stellung der Ärzteschaft.

Die Kehrseite dieses weit reichenden Einflusses ist die Erwartung von Staat und Gesellschaft, dass die Ärztinnen und Ärzte ihre Möglichkeiten nicht missbrauchen. Das wird zwar auch rechtlich durchgesetzt, aber das gesamte System funktioniert nur, wenn die Ärztinnen und Ärzte sich von sich aus an ihre fachlichen Standards halten, schon weil die Kontrollmöglichkeiten von Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Staatsanwaltschaften begrenzt sind.

#### a. Anspruch auf Krankengeld

Mit „Einfluss“ meine ich an dieser Stelle, dass



Prof. Wenner sinniert über die Freiberuflichkeit

von ärztlichen Beurteilungen Rechtsansprüche in den unterschiedlichsten Lebensbereichen abhängen. Ein erstes Beispiel dafür ist das Krankengeld, das eine zentrale Lohnersatzleistung in der Arbeitswelt darstellt. Anspruchsvoraussetzung ist die Arbeitsunfähigkeit, aber der Anspruch entsteht erst mit „dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit (§ 46 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Ohne diese „ärztliche Feststellung“ kann der Anspruch auf Krankengeld nicht begründet werden, insoweit ist das ärztliche Urteil im weiteren Sinne eine Anspruchsvoraussetzung.

Sie wissen alle, dass der Arbeitgeber und die Krankenkasse im Einzelfall die Richtigkeit der ärztlichen Feststellung von AU durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen können, aber Sie wissen auch, wie selten das tatsächlich geschieht. Wenn im Jahr 2022 die Krankenquote bei 5,8 % der Beschäftigten lag, und die Krankenkassen knapp 18 Mrd. Euro für Krankengeld ausgegeben haben, ist sofort klar, dass in der Praxis die Ärztinnen und Ärzte mehr oder weniger allein über diesen Anspruch entscheiden.

Die besondere Erwartung des Gesetzgebers an die Ärztinnen und Ärzte und zugleich das große Vertrauen in deren Integrität liegt darin begründet, dass die Ärztinnen und Ärzte ethisch, rechtlich und vertraglich auf die Wahrung des Wohls ihrer Patienten verpflichtet sind. Obwohl deren gesundheitliche Lage der Bezugspunkt der ärztlichen Tätigkeit ist, wird von Ärztinnen und Ärzten eine objektive, medizinisch-fachlich abgesicherte Beurteilung gefordert, die durchaus im Widerspruch zum geäußerten Wunsch des Patienten stehen kann. Obwohl der Gesetzgeber natürlich weiß, dass der Arzt – juristisch gesprochen – im Lager seines Patienten steht, traut er ihm eine Differenzierung zwischen dem Wohl bzw. der tatsächlichen gesundheitlichen Lage des Patienten und dessen Wünschen zu, ja er vertraut darauf, dass der Arzt den Konflikt täglich bewältigt, der sich ergibt, wenn beides nicht übereinstimmt.

Das geht weit über die staatliche Indienstnahme anderer freiberuflich tätiger Personen hinaus. Nur ein Bauingenieur, der der Architektenkammer angehört, kann wirk-

sam einen Antrag auf eine Baugenehmigung stellen. Aber auf die Idee, dass die Versicherung dieses Bauingenieurs, das Vorhaben sei so wie beantragt genehmigungsfähig, die Prüfung der unteren Bauaufsichtsbehörde entbehrlich machen könnte, ist wohl noch niemand gekommen. Der Kaufvertrag über ein Grundstück bedarf notarieller Beurkundung. Das ist aber nur formal gemeint, die Beteiligung des Notars begrenzt die Prüfung, ob der Kaufvertrag wirksam ist, tatsächlich nicht.

### **b. Außergewöhnliche Belastungen im Steuerrecht**

Die extrem weitreichende Wirkung ärztlicher Stellungnahmen, Zeugnisse oder Beurteilungen ist nicht auf die vertragsärztliche Tätigkeit beschränkt. Im Einkommensteuerrecht können „medizinisch notwendige“ Aufwendungen für ärztliche Behandlungen und vor allem für Arznei- und Heilmittel als außergewöhnliche Belastungen vom zu versteuernden Einkommen abgezogen werden. Das setzt zwar voraus, dass eine einkommensabhängige sogenannte Obergrenze überschritten wird – maximal 7 % des Einkommens bei uns allen hier im Raum – ist dann aber ohne summenmäßige Begrenzung möglich. Einzige Voraussetzung für den Sonderausgabenabzug wegen einer medizinischen Notwendigkeit ist eine „ärztliche Verordnung“. Hier wird die Erwartung des Gesetzgebers an die Integrität des Arztes noch deutlicher als beim Krankengeld.

Kann man da noch sagen, es liege möglicherweise auch im gesundheitlichen Interesse des Patienten, nicht zu lange „krank zu feiern“, lässt sich dieser Gedanke auf das Steuerzahlen kaum übertragen. Obwohl also die Interessen des Patienten vollständig in die Richtung einer ärztlichen Verordnung etwa eines nur in den USA zugelassenen Medikaments oder einer nur dort angebotenen Behandlung weisen, vertraut selbst der Steuergesetzgeber darauf, dass der behandelnde Arzt diese Leistungen nur „verordnet“, wenn er von ihrem medizinischen Nutzen überzeugt ist. Eine nachträgliche Kontrolle ist – von extremen Fällen kollusiven Zusam-

menwirkens von Arzt und Patient abgesehen, etwa wenn klar wird, dass diese sich gar nicht gekannt haben können – nicht möglich und von der Abgabenordnung auch nicht vorgesehen.

### **c. Leistungen der Eingliederungshilfe**

Weniger im Fokus als das Steuerrecht, aber wirtschaftlich für den Staat vermutlich von noch größerer Bedeutung, ist der Anspruch von Kindern und Jugendlichen mit seelischen Behinderungen auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Die „Abweichung des seelischen Zustands von der alterstypischen Situation“ wird allein durch eine „Stellungnahme“ belegt, die Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder- und jugendlichen-Psychotherapeuten abgeben können.

Interessenkonflikte sieht der Gesetzgeber hier nur in Bezug auf die Einrichtung, die später die Hilfe für das Kind erbringen soll: Die bei dieser Einrichtung angestellten Ärzte sollen diese „Stellungnahme“ nicht abgeben. Hinsichtlich der Leistungserbringer, die das Kind behandeln, gilt keine solche Einschränkung. Auch hier vertraut der Staat auf die Objektivität des ärztlichen Urteils, selbst wenn die Ärzte ganz offenkundig dem Wohl des Kindes, das ihr Patient ist, verpflichtet sind.

### **d. Masern-Impfpflicht**

Zuletzt will ich diesem Kontext die neuen Regelungen zur Masern-Impfpflicht erwähnen, die ja auch das BVerfG beschäftigt haben. Von der Verpflichtung, vor dem Besuch einer Kita oder der Arbeit dort oder in einer ärztlichen Praxis eine Bescheinigung über die Immunität gegen Masern infolge einer Impfung nachzuweisen, sind nur Personen befreit, die nach einem „ärztlichen Zeugnis“ im Hinblick auf eine medizinische Kontraindikation nicht geimpft werden können.

Dieses „ärztliche Zeugnis“ soll mehr als eine kurze Bescheinigung sein, aber weniger als ein medizinisches Gutachten. Es muss nicht einmal Diagnosen oder Befunde enthalten, sondern nur ganz allgemein „plausibel“ sein. Anders als bei der Prüfungsunfähigkeit in den juristischen Staatsprüfungen ist





eine amtsärztliche Überprüfung in § 20 Abs. 9 IfSG ausdrücklich nicht vorgesehen.

In Kenntnis der Auseinandersetzungen um den Sinn der Masern-Impfpflicht auch in der Ärzteschaft vertraut der Gesetzgeber weiterhin darauf, dass die erwähnten Impfunfähigkeitsbescheinigungen nach fachlichen Kriterien und nicht nach der persönlichen Präferenz des einzelnen Arztes erstellt werden. Mehr Vertrauen in die korrekte Ausübung der ärztlichen Tätigkeit auch in ihrer auf die Gesellschaft bezogenen Dimension ist schwerlich denkbar.

## 5. „Supergrundrecht“ für die ärztliche Tätigkeit?

In der Verfassungsrechtswissenschaft ist in diesem Kontext im letzten Jahr der Vorschlag gemacht worden, die grundrechtlich über Art. 12 Abs. 1 GG geschützte Berufsausübungsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte um eine aus Art. 4 Abs. 1 GG abgeleitete Komponente anzureichern. Diese Vorschrift schützt die Gewissensfreiheit, und davon sei auch die Entscheidung für einen bestimmten Therapiepfad in einer konkreten Behandlungssituation erfasst. Dieses neue Grundrechtskonzept ist Gegenstand der Begründung einer auch von der Bundesärztekammer unterstützten Verfassungsbeschwerde gegen die Neuregelung der Triage in § 5c des Infektionsschutzgesetzes. Betroffen ist vor allem das strikte Verbot der Ex-post-Triage.

Das BVerfG hat noch nicht entschieden, und ich habe Zweifel, ob es dieses ärztliche „Supergrundrecht“ tatsächlich gibt. Gerade bei intensivmedizinischen Behandlungen im Zuge eines gesundheitlichen Notstands – etwa während einer Pandemie – entscheiden Ärzte im Rahmen einer Triage doch auch und vor allem über den Einsatz von Behandlungskapazitäten, die von der Allgemeinheit geschaffen und finanziert worden sind.

Ob das um die Komponente der spezifisch ärztlichen Gewissensfreiheit „aufgeladene“ Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten den Gesetzgeber tatsächlich hindern kann, normative Vorgaben für die Priorisierung beim Einsatz solcher Ka-



pacitäten zu erlassen – etwa Rettungswagen und Intensivbetten in Kliniken –, scheint mir zumindest nicht evident. Spannend ist diese Grundsatzfrage aber auf jeden Fall; für den ärztlichen Berufsstand wäre die Anerkennung einer grundrechtlichen geschützten Berufsfreiheit unter explizitem Einschluss einer weitgefassten Therapiefreiheit in den Schutzbereich des Grundrechts ein Durchbruch.

Ganz vorsichtig möchte ich andeuten, dass dieses Ziel vielleicht für die Ärzteorganisationen, die nach Karlsruhe gezogen sind, noch etwas wichtiger ist als das Obsiegen in der Sache selbst, nämlich im Hinblick auf die aktuelle Triageregelung.

## 6. Sanktion und Kontrolle bei enttäuschem Vertrauen

Das soeben skizzierte nahezu unbegrenzte Vertrauen in die fachliche Objektivität der ärztlichen Berufsausübung hat die Kehrseite, dass relativ scharf auf krasses Fehlverhalten von Ärzten bei der Ausstellung von falschen ärztlichen Bescheinigungen reagiert wird. Die Vorschrift über bewusst unrichtige ärztliche Zeugnisse (§ 278 StGB) ist im Zuge der Pandemiegesetzgebung verschärft worden. Der Strafrahmen ist deutlich erhöht und die Bindung der Strafbarkeit an den Zweck des Zeugnisses nur gegenüber Behörden ist aufgegeben worden.

Da sind die Ärztinnen und Ärzte in guter Gesellschaft mit den Angehörigen meines langjährigen Berufstandes. Eine Richterin, die zu Beginn der Pandemie im Frühjahr 2020 rechtswidrig für ihren Vater, einen evangelischen Pfarrer, einen Beschluss erlassen hat, der ihm Zugang zu einem Pflegeheim gewährt hat, wird wohl mit Zustimmung des BVerfG aus dem Richterdienst entlassen. Das Vertrauen in die Neutralität der richterlichen Tätigkeit ist ein so hohes Gut, dass ein bewusster Verstoß dagegen zum Ausscheiden aus dem Amt zwingt.

Die Neutralität von Richtern gehört ebenso wie die Objektivität von Ärzten zu den Voraussetzungen, von denen eine freiheitliche Gesellschaft lebt. Weil nicht im Einzelfall vorab kontrolliert werden kann, ob Anlass zu Zweifeln besteht, bleibt nur dieses Vertrauen und – in den wenigen Fällen, in denen nachträglich festgestellt worden ist, dass es nicht gerechtfertigt war – die scharfe Sanktion. Ärztinnen und Ärzte wie Richterinnen und Richter müssen alles dafür tun, dass es zu solchen Fällen nicht kommt. Der unseren beiden Berufsgruppen selbstverständliche Hinweis, es handele sich nur um Einzelfälle und schwarze Schafe gebe es immer, hilft nur sehr wenig. Vertrauen ist eine sehr volatile Währung und kann schneller erschüttert werden, als man leichthin annimmt.

### 7. Wirtschaftliche Beziehungen zwischen Arzt und Patient

Der letzte Aspekt, den ich unter dem Aspekt der sozialen Verantwortung der Ärzte ansprechen will, ist die wirtschaftliche Seite der Beziehung zu den Patienten, unmittelbar im Rahmen privatärztlicher Behandlungen und mittelbar im GKV-System.

#### a. Privatärztliche Behandlungen

Die Vorstellung, dass die Bezahlung der ärztlichen Leistung nicht dem freien Markt überlassen bleiben dürfe, wie wir das beim Güterkauf und im Dienstvertragsrecht kennen, ist sehr alt. Schon 1693 hat der brandenburgische Regent eine 30 Positionen umfassende Gebührentaxe erlassen und sich dabei von zwei Zielrichtungen leiten lassen. Es sollte sichergestellt werden, dass die Doctores angemessen honoriert werden und dass die Patienten nicht übervorteilt würden. Die „Modicorum“ sollten, so der erlauchte Herrscher, die Patienten nicht mit vielen Visiten gegen deren Begehren „incommodieren“.

Eine eindeutig soziale Komponente enthielt die 1815 in Kraft getretene preußische Taxe mit ihren doppelten Gebührensätzen, mit denen der unterschiedlichen Vermögenslage der Patienten Rechnung getragen werden konnte. Dieser Aspekt spielt heute in der Anwendung der GOÄ jedenfalls in dem bis zum 3,5-fachen Gebührenwert reichenden Rahmen keine Rolle mehr, doch eine grundlegende Liberalisierung des privatärztlichen Gebührenrechts hat es nicht gegeben. Darin liegt ein wesentlicher Unterschied zur Vergütung der Rechtsanwälte, die immer mehr von der Vereinbarung von Stundensätzen an Stelle der Orientierung am Streitwert als dem klassischen Kriterium geprägt wird und inzwischen auch Erfolgshonorare zulässt (§ 4a Abs. 1 RVG). Ob Sie letzteres auch für den ärztlichen Bereich wünschen sollten, möchte ich Ihnen überlassen.

Eine der zentralen Vorschriften zur ärztlichen Vergütung findet sich seit dem Patientenrechtegesetz aus dem Jahr 2013 nicht mehr in der GOÄ, sondern im BGB. Nach §

630c Absatz 3 muss der Arzt den Patienten über die voraussichtlichen Kosten einer Behandlung informieren, wenn er weiß oder wissen muss, dass die Kosten von der privaten Krankenkasse und oder der Beihilfe nicht in vollem Umfang übernommen werden. Damit ist der Gedanke angesprochen, der dem erlauchten Kurfürst im Jahr 1693 völlig absurd erschienen wäre, dass nämlich Dritte die Kosten einer ärztlichen Behandlung übernehmen könnten und dass sich Menschen ärztlich behandeln lassen, die die notwendigen finanziellen Mittel dafür nicht zur Verfügung haben.

Deshalb ist die These, den Arzt müsse es nichts angehen, wie sein Patient versichert oder gegen die finanziellen Risiken der Krankheit anderweitig abgesichert ist, nicht richtig. Natürlich muss sich eine Ärztin oder ein Arzt nicht in den Tarifschungel der verschiedenen Unternehmen der PKV einarbeiten und hat auch nichts damit zu tun, ob ein Patient einen hohen Selbstbehalt vereinbart hat. Die Überschreitung der Schwellenwerte der GOÄ, also Liquidationen zum fünf- oder sechsfachen des Gebührenwertes, sind aber unter sozialen Gesichtspunkten höchst problematisch.

Dasselbe gilt nach meiner Auffassung für die Ablehnung der Behandlung von Versicherten in den bundeseinheitlichen Standard- oder Basisstarifen der PKV. Die kleine Gruppe von Patienten, die vor allem wegen der stark steigenden Kosten der privaten Krankenversicherung im Alter die PKV-Beiträge nicht mehr aufbringen kann, wählt diese Tarife nicht freiwillig. Die Betroffenen können nicht in die GKV (zurück), wo sie „nur“ einkommensabhängige Beiträge entrichten müssten.

Deshalb wird es der sozialen Verantwortung der Ärzte nicht gerecht, dieser Patientengruppe das Recht der freien Wahl unter den Vertragsärzten dadurch faktisch zu beschneiden, dass die KV, der insoweit die Sicherstellung obliegt (§ 75 Abs. 3a SGB V), nur einzelne Vertragsärzte benennt, die sich zur Behandlung von Versicherten im Basis- oder Standardtarif bereit erklären. Es sollte für jeden niedergelassenen Arzt eine selbst-

verständliche soziale Verpflichtung sein, sich an der Versorgung dieses Personenkreises zu beteiligen. Dass dazu in besonderen Fällen auch Ärzte gehören können und werden, sei hier nur am Rande erwähnt.

#### b. Honorierung im System der GKV

Im System der GKV bedeutet das „Nicht-Übervorteilen“ des Patienten, auf das der Kurfürst schon 1693 hingewiesen hatte, dass Auseinandersetzungen über die Höhe der Vergütung seitens der KV und mittelbar der Krankenkassen nicht auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden sollen. Das hat im Ausgangspunkt das BSG mit seiner Entscheidung gegen das sog. Streikrecht von Vertragsärzten geklärt, und die meisten von Ihnen wissen, dass ich an diesem Urteil mitgewirkt habe.

Das Vergütungssystem des SGB V ist hochkomplex und schwer durchschaubar. Vor allem ist es aber gesetzlich bis in alle Verästelungen determiniert. Deshalb ist die bisweilen von Teilen der Ärzteschaft propagierte Idee, die Versicherten sollten bei ihrer Krankenkasse „Druck machen“ im Sinne einer besseren Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen, auf etwas rechtlich Unmögliches gerichtet.

Im Gesetz ist genau geregelt, wann Erhöhungen im Vergütungsbereich trotz ihrer Auswirkungen auf die Beitragssätze zulässig sind und wann nicht. Damit ist nicht gesagt, dass die Ärztinnen und Ärzte nicht auch gegenüber ihren Patienten auf ihre beruflichen Belange hinweisen dürfen. Wenn eine bestimmte Leistung etwa wegen einer fehlenden positiven Empfehlung des G-BA keine Kassenleistung ist, kann der Arzt das selbstverständlich auch kritisch gegenüber dem Patienten kommunizieren. Das Problem ist die Ablehnung von Behandlungen allein wegen der als unzureichend angesehenen Höhe der Vergütung, die in dem gesetzlich vorgesehenen Verfahren vereinbart worden ist und auf die kein Versicherter Einfluss hat.

Ganz bewusst komme ich an dieser Stelle auf Böckenförde und seine berühmten „Voraussetzungen“ einer freiheitlichen Ordnung zurück. Die niedergelassenen Ärzte weisen







mit Recht darauf hin, dass sie das Rückgrat der medizinischen Versorgung bilden und sie ein Vielfaches mehr an Patienten behandeln als die Krankenhäuser. Das betrifft nicht nur – wie schon seit Beginn des 20. Jahrhunderts – die hausärztliche Versorgung, sondern auch den fachärztlichen Bereich.

Wenn die niedergelassenen Ärzte von heute auf morgen keine Katarakte mehr operieren würden, keine Kernspintomographien mehr durchführen und bei den kleinen Kindern keine Mandeln mehr entfernen würden, entstünde eine echte Notstandslage. Dabei kommt es hier nicht darauf an, ob der einzelne Arzt, der sich an solchen Weigerungsaktionen beteiligt, sanktioniert werden könnte. Kurz- und mittelfristig würde das jedenfalls nichts an der Misere ändern.

Genau darauf zielt Böckenförde, auch in der von mir hier vorgenommenen Übertragung seiner These auf das Gesundheitswesen: Nicht Zwang und Sanktionen, sondern das berufliche Ethos und das Wissen um die soziale Verantwortung des ärztlichen Be-

rufs sind der eigentliche Garant einer hochwertigen gesundheitlichen Versorgung der Menschen in Deutschland. Ob die Rahmenbedingungen dafür aus der Sicht der Ärzte verbessert werden können und müssen, ist damit ausdrücklich nicht entschieden.

## 8. Einheit von Haus und Garten bei Max Liebermann

Wir wissen heute nicht mehr, ob Max Liebermanns Garten, der auf seinen Bildern oft ein wenig unscharf gemalt ist, bei ganz genauem Hinsehen so idyllisch war, wie er uns heute in den Gemälden erscheint. Vermutlich hat es dort auch Unkraut, schiefe Bodenplatten und lästige Mitbewohner in Gestalt von Schädlingen gegeben.

Wie der Meister dürfen auch Sie sich aus meiner Sicht über solche „Unkräuter“ im Garten ärgern, die Sie vielleicht eher gematik, Konnektoren, E-Rezept, Vordruckvereinbarung oder Budgetdeckel nennen werden. Wenn Sie in der Gefahr sind, sich über die

Misstände im Garten so sehr zu ärgern, dass es Ihnen auch in dem schönen Haus nicht mehr gefällt, halten Sie vielleicht inne und erinnern sich daran, dass Haus und Garten auf den Bildern von Max Liebermann stets eine Einheit bilden.

Je nach wirtschaftlicher Lage der Praxis und der Fachgruppe könnten Sie ein Original oder einen Druck von einem der letzten Haus-und-Garten-Bilder Liebermanns erwerben und über der IT-Anlage der Praxis so aufhängen, dass die Idylle immer dann in den Blick kommt, wenn ein fieses kleines Lämpchen der Anlage mal wieder eine Störung bei Ausstellung von e-Rezepten meldet.

Davon abgesehen hoffe ich, dass wir jetzt einen schönen Abend in Haus und Garten der Villa Liebermann genießen können und danke für Ihr Interesse an meinen Überlegungen.

Dieser Vortrag ist auch in der Fachzeitschrift *MedizinRecht* erschienen.



Gedankenaustausch nach dem Vortrag



Das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung (ZI), 1973 gegründet in der Amtszeit des KBV-Vorstandes und ersten Virchowbundvorsitzenden Dr. Hans-Wolf Muschallik, ist heute eines der bedeutendsten Institute für die wissenschaftliche Datenaufbereitung in der vertragsärztlichen Versorgung: Dr. Dominik Graf von Stillfried, Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts im Gespräch mit Virchowbund-Chef Dr. Dirk Heinrich.



Gesundheitsausschuss meets Ärzteschaft:  
Die Bundestagsabgeordneten Stephan Pilsinger und Nicole Westig (Mitte) eingerahmt von den Vertretern der Ärzteschaft: Rudolf Henke, Ärztekammerpräsident in Nordrhein und Virchowbund-Vorsitzender Dr. Dirk Heinrich.



Der Vorstandsvorsitzende der KV Berlin, Dr. med. Burkhard Ruppert, die parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Sabine Dittmar, MdB und vom Virchowbund Dr. Christiane Wessel und Dr. Dirk Heinrich, stellvertretende Bundesvorsitzende und der Bundesvorsitzende (von links).



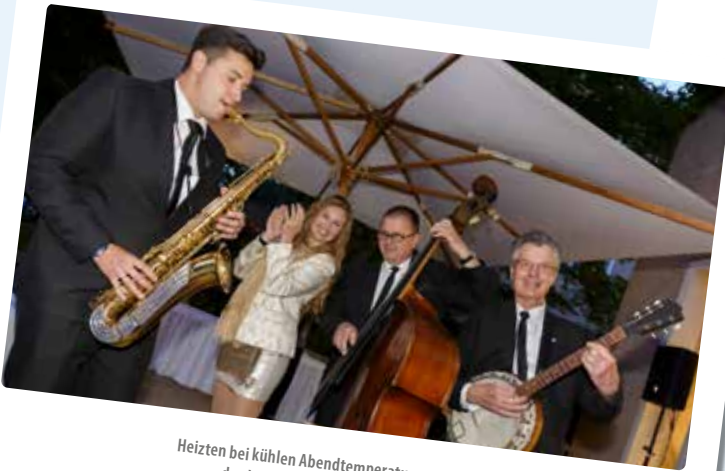
Terrasse mit Ausblick:  
Bekocht vom Chefkoch des Hauses Sanssouci schweift der Blick über Max Liebermanns Garten.



Auf dem Anlegesteg der Liebermann-Villa: Dr. Andreas Lipécz (links) und Dr. Ulrich Pechstein (Landesgruppe Bayern) im Gespräch mit dem FDP-Abgeordneten Christian Barthelt.



Der Vorsitzende des Verbandes der Privaten Verrechnungsstellen Dr. Christof Mittmann (Mitte), begrüßt vom Bundesvorsitzenden und dem Hauptgeschäftsführer Klaus Greppmeir (rechts).



Heizten bei kühlen Abendtemperaturen mächtig ein: das Jazztrio Schuhmann mit Sängerin.



Startklar für die Feier zum 75-jährigen Bestehen des Virchowbundes: Bundesvorsitzender Dr. Dirk Heinrich, sein Stellvertreter Dr. Veit Wambach und Hauptgeschäftsführer Klaus Greppmeir.



Geballte Frauenpower aus Niedersachsen: Dr. Sabine Arndt und Dr. Frauke Wulf-Homilius aus der Landesgruppe des Virchowbundes mit dem Bundesvorsitzenden (von links).



Immer wieder gern gesehener Gast beim Virchowbund und seinem Vorsitzenden:  
Der Sinologe und Medizinhistoriker Prof. Dr. Paul U. Unschuld, Träger der Kaspar-Roos-Medaille 2017.



Das "Gesicht" der Kinderärzte, Jakob Maske, Vorstandsmitglied und  
Pressesprecher im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ)  
mit dem Bundesvorsitzenden.



Als Vertreter des ärztlichen Leitmediums natürlich am Ort des Geschehens:  
Michael Schmedt, Chefredakteur des Deutschen Ärzteblatts (links).



Die "gesundheitspolitische Ampel" im Gespräch: Zahnarzt Christian Barthelt (FDP) und Sabine Dittmar (SPD), beide Mitglieder des Bundestages.



Der "oberste Arzt" der Republik:  
Der Präsident der Bundesärztekammer Dr. (I) Klaus Reinhardt (links).



Ohne MFA keine Ärzte: Daher sind die Präsidentin des Verbandes der Medizinischen Fachangestellten Hannelore König (Mitte) und Patricia Ley immer gern gesehene Gäste.



Verschlaufpause inmitten der Organisation und Durchführung der 75-Jahr-Feier: Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Virchowbundes Dr. Diana Michl, Petra Schröter, Margaret Plückhahn, Andrea Schannath, Christiane Hoffmann, Adrian Zagler und Stefanie Hoffmann (von links).

## 75 JAHRE VIRCHOWBUND



Die Vizepräsidentin der Bundesärztekammer Dr. Ellen Lundershausen und Dr. Sylvia Krug, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Sachsen umrahmen den Gastgeber des Abends.



Sichtlich gut unterhalten von der kurzweiligen Festrede von Professor Wenner: Sabine Dittmar (BMG), Dr. Christiane Wessel und Dr. Dirk Heinrich (Virchowbund), Dr. Ellen Lundershausen und Dr. (I) Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer) und Conny Heinrich.



Der ärztliche Nachwuchs der Bundesvertretung der Medizinstudierenden (bvmed): Pascal Lemmer, Hanna Kurz, Amelie Koch, Adrian Döring, Lilly Aepfelbach (von links).



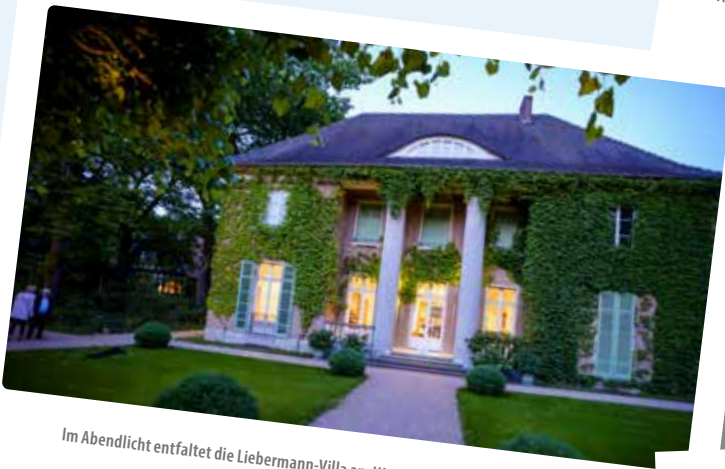
Klartext auch in gemütlicher Runde: Bundesvorsitzender Dr. Dirk Heinrich mit CDU-Abgeordnetem Tino Sorge.



Krankenhäuser und Praxen sind immer in gutem und konstruktivem Dialog:  
Der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Krankenhausgesellschaft Dr. Gerald Gaß.



Auch in der Liebermann-Villa wurde der Austausch unter den Virchowbund-Altvorheren fortgesetzt:  
Matthias Seusing (Schleswig-Holstein), Dr. Klaus-Otto Allmeling (Hamburg),  
Dr. Volker Frey (Schleswig-Holstein) und Ulrich Voit (Bayern)



Im Abendlicht entfaltet die Liebermann-Villa am Wannsee ein ganz besonderen Zauber.



Je später der Abend, desto intensiver der Austausch:  
CDU-MdB Tino Sorge (Mitte) bei nicht näher bekannten Ausführungen.



## Das neue Normal: Wartelisten – Lauterbach will es so!

**Erinnert sich noch jemand, wie Karl Lauterbach in sein Amt als Bundesgesundheitsminister gekommen ist? Als Experte in der Corona-Pandemie hörte ganz Deutschland auf seinen Rat als Wissenschaftler von vermeintlich exzellentem Renommee. Dass er eine über 20-jährige gesundheitspolitische Vergangenheit hat, als Berater von Ulla Schmidt und als Spin-Doctor der SPD für die staatliche Einheitskasse „Bürgerversicherung“, daran will sich heute keiner mehr erinnern. Aber es lohnt sich, weil dieser rote Faden in der Politik von Karl Lauterbach jetzt zum Muster wird.**

*Dieser Text erschien als Gastbeitrag von Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des Virchowbundes, am 2.10.2024 in der Frankfurter Allgemeine Zeitung.*

**Frankfurter Allgemeine**  
ZEITUNG FÜR DEUTSCHLAND

Der Bundesgesundheitsminister hat sich Großes vorgenommen: eine „revolutionäre“ Krankenhausreform, 1.000 Gesundheitskioske in Deutschland, je einen für 80.000 Einwohner, Primärversorgungszentren, die ambulante Erbringung vieler bislang noch stationär erbrachter Leistungen und die Stärkung des Einflusses von Kommunen in Entscheidungsgremien.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte stehen nicht auf der Agenda des Ministers. In den Praxen merken dagegen seit dem Amtsantritt des Ministers alle, dass es viele Probleme gibt, aber nichts geschieht. Wer nicht vor kommt in der Politik, hat auch nicht Gutes zu erwarten. Krankenhäuser erhalten Milliarden zur Bewältigung von Pandemie, Inflation und Energiekosten. Den Praxen hingegen

werden erstmals konkret Mittel entzogen: mit der Abschaffung der Neupatientenregelung, die die schnellere Behandlung neu Erkrankter erreicht hatte. Das ist aber kein Zufall, sondern folgt einem Plan.

Und hier kommen die Gesundheitskioske als Kronzeuge ins Spiel. Erfunden in Hamburg unter anderen vom Autor dieses Artikels, sind diese Einrichtungen ausschließlich für die bessere Steuerung und Gesundheitsbildung in prekären Stadtteilen mit Mitbürgern mit Migrationshintergrund gedacht und auch nur hierfür wissenschaftlich evaluiert und empfohlen. Liest man jedoch das Kleingedruckte in den Gesetzesentwürfen, dann geht es bei den Lauterbach'schen Kiosken um etwas anderes: Es geht um den Ersatz, die Substitution ärztlicher Tätigkeit durch so genannte Community Health Nurses, früher auch Gemeindegewesche, genannt. Nur hatten diese damals kein Bachelorstudium.

Denn warum soll es Kioske nicht nur dort, wo der Mangel an Hausärzten langsam offensichtlich wird, geben? Warum überall? Ganz einfach: Es ist die Gelegenheit, auf die Lauterbach seit 20 Jahren wartet. Entstandene Versorgungslücken sind das Feigenblatt, das ambulante Gesundheitswesen gleich komplett umzubauen, faktisch zu

verstaatlichen. Dazu passt es, dem Staat Mitspracherecht in den Zulassungsausschüssen zu geben und Kommunen als Träger und Betreiber von MVZ zu ermächtigen. Jetzt müssen nur noch die lästigen ärztlichen Praxisinhaber peu à peu ausgehungert werden und dann gibt es in der Primärversorgung viele Hausärzte weniger und viele Community Health Nurses mehr.

Doch was geschieht mit den niedergelassenen Fachärzten? Diese sollen – so war es schon früher Lauterbachs Idee – zurück ans Krankenhaus, man erinnere sich nur an das von ihm oft wiederholte Mantra der „doppelten Facharztschiene“. Die „revolutionäre“ Krankenhausreform soll es richten.

Eigentlich müsste dieser Reform eine Ambulantisierung vieler heute noch stationär erbrachter Leistungen mit Zugang für beide – Praxen und Krankenhäuser – vorausgehen. Gutachter und Verbände haben hierfür ca. 2.500 Leistungen identifiziert. Das Bundesgesundheitsministerium wird wohl aber mit nur 30 Leistungen starten. Mit diesem Schutzzaun für das Krankenhaus, der absichtlich durch den Wegfall der Neupatientenregelung verschärfte wirtschaftliche Lage der Fachärztinnen und Fachärzte und dem Aussitzen der seit 30 Jahren überfälligen Reform der Gebührenordnung für Ärzte durch Lauterbach werden die Praxen systematisch ausgehungert. Den Rest erledigt eine mit Zwang eingeführte, für Ärzte weitgehend nutzenfreie, teure Digitalisierung. Ein flächendeckendes Sterben von Facharztpraxen durch frühe Pensionierungen und abgeschreckten Nachwuchs wird die Folge sein.







*Je dünner dann die Facharztpraxisdichte wird, umso leichter können nach und nach Krankenhäuser zur kompletten ambulanten fachärztlichen Versorgung ermächtigt wer-*

*den. Ist das erstmal geschafft, richtet die schiefe Ebene des Wettbewerbs, der durch die duale Finanzierung der Krankenhäuser entsteht, den Rest. Dann ist die Welt des Karl*

*Lauterbach wieder im Lot: Primärversorgung in kommunalen Primärversorgungszentren durch Gemeindefachärztinnen und den Restbestand an Hausärzten; fachärztliche Versorgung ambulant und stationär am Krankenhaus.*

*Faktisch wäre das Gesundheitswesen in wenigen Jahren dann zu 70 – 80 % in staatlicher Hand. Den Grundstein legt Karl Lauterbach gerade jetzt und der Rest der Ampel merkt es nicht oder will es so.*

*Welche Folgen hat das für Patienten und Patientinnen? Alles wird weniger werden. Weniger Ärzte, weniger Medizin, weniger Termine sind die absehbaren Folgen. Zu mehr Gesundheit jedenfalls führt das nicht.*

*Dieser Umbau hat bereits begonnen und monatelange Wartezeiten sind das neue Normal. Stellen Sie sich darauf ein.*



Langes Warten auf den Arzttermin: das neue Normal?

## Protestkampagne „Praxis in Not“

2023 erreichte die Unzufriedenheit bei den Hausärzten und Fachärzten noch nie dagewesene Ausmaße. Zum ersten Mal seit mehr als einem Jahrzehnt gab es wieder deutschlandweite Ärzteproteste – gebündelt vom Virchowbund, unterstützt von über 25 weiteren Verbänden, unter dem Claim „Praxis in Not“.

### Die wichtigsten Forderungen von Praxis in Not

- › 15 % höherer Orientierungspunktwert
- › Neupatientenregelung wieder einführen
- › Schluss mit der Budgetierung
- › Ambulantisierungspotential voll ausschöpfen – Kliniken nicht einseitig bevorzugen

- › mindestens 5.000 Medizinstudienplätze mehr
- › Klares Bekenntnis von Politik und Kassen zur Freiberuflichkeit der Ärzte in Wort und Tat!

Auf [www.praxisinnot.de](http://www.praxisinnot.de) wurden seit Kampagnenstart rund 40 regionale und überregionale Protestveranstaltungen eingetragen – Tendenz steigend.



## Erstmals Praxisschließungen

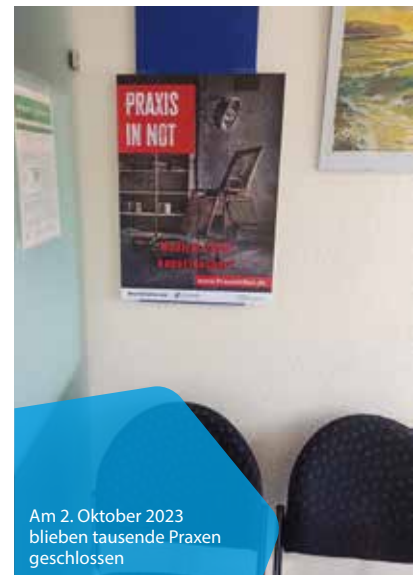
Im Herbst 2023 hielten viele Ärztinnen und Ärzte mit ihren Honorarabrechnungen die Quittung der praxis-feindlichen Politik in den Händen. Im September protestierten MFA und ZFA vor dem Brandenburger Tor u. a. für eine bessere Finanzierung der Versorgung und mehr Wertschätzung. Wenige Tage danach folgte eine Protestveranstaltung des KV-Systems in Lahnstein, gegen die Folgen von 30 Jahren Budgetierung und Bedarfsplanung (Lahnstein-Kompromiss).

Der Höhepunkt des Protestherbstes: der 2. Oktober 2023. Deutschlandweit schlossen auf Initiative des Virchowbundes Arztpraxen an einem ersten Warntag, um sich gegen Spar-Gesetze und Bürokratie-Wahnsinn und für eine gute Patienten-Versorgung stark zu machen.

Kritik von Kassen- und Patientenvertretern ließ nicht auf sich warten. Doch der Virchowbund konterte: Wenn bald immer mehr Praxen wegen akutem Fachkräf-

temangel oder auch Unwirtschaftlichkeit schließen müssen – wer versorgt die Patienten dann?

Dr. Dirk Heinrich appellierte an den Zusammenhalt von Haus- und Fachärzten: „Pflichtgefühl darf uns nicht abhalten: Wir müssen alles daransetzen die Versorgung unserer Patienten und unseren Berufsstand auch langfristig zu sichern. Daher ist Protest notwendig. Und Protest muss wehtun, wenn er wirken soll. In einem budgetierten



System werden Leistungswille und Selbstaufopferung nicht belohnt.“



## Der Protest weitet sich aus

Das folgende Interview mit Dr. Dirk Heinrich erschien im Hamburger Abendblatt im November 2023.

**Hamburger Abendblatt: Herr Dr. Heinrich, der Protest von Ärzten, Apothekern und Krankenhäusern gegen die Gesundheitspolitik von Minister Karl Lauterbach (SPD) war noch nie so laut. Was kommt auf Patienten zu, die einen Termin in einer Praxis brauchen?**

Heinrich: Karl Lauterbach hat zu Jahresbeginn Geldmittel für die ambulante Versorgung gekürzt, indem er die Neupatientenregelung abgeschafft hat. Wenn weniger Geld da ist, heißt das im Umkehrschluss: Es gibt weniger Leistungen für die Patienten. Entgegen seinem oft wiederholten Versprechen gibt es also Leistungskürzungen. Die drücken sich aktuell in immer länger werdenden Wartelisten aus. Die Wartezeiten auf Termine in den Arztpraxen steigen.

Wir Fachärzte und Hausärzte sind damit überhaupt nicht glücklich. Wir möchten unsere Patienten versorgen können, dafür sind wir Ärzte geworden. Aber die aktuelle Politik macht es uns immer schwerer. Das ist der Grund, warum wir seit über einem Jahr in ganz Deutschland protestieren.

Die nächsten Proteste sind schon geplant, zwischen Weihnachten und Neujahr werden in ganz Deutschland Praxen für 10 Tage geschlossen bleiben. Unsere Medizinischen Fachangestellten benötigen dringend Entlastung. Von der Politik kommt keine Hilfe, darum müssen die Praxen sich selbst helfen. Immer mehr Praxen denken auch über eine Viertageweche nach.

**Halten Sie eine Viertageweche in den Praxen für geeignet, der Überlastung und dem Personalmangel zu begegnen?**

Ja. Die Viertageweche ist eine Notmaßnahme, um den Beruf der Medizinischen Fachangestellten wieder attraktiver zu ma-

chen. Aktuell leiden unsere MFA unter den Arbeitsbedingungen. Erstens die starke Arbeitsverdichtung, zweitens die ausufernde Bürokratie. Drittens der Zusatzaufwand durch die digitalen Anwendungen. Diese wurden vom Staat mit Zwang in die Praxen gepresst, obwohl sie schlecht umgesetzt sind und mehr Zeit kosten als sie einsparen. Viertens treten immer mehr Patienten aggressiv auf und wollen ihre Ansprüche durchsetzen – zuallererst am Tresen bei den MFA. Und last but not least der hohe Aufwand, Termine zu koordinieren, weil viele davon von den Patienten einfach ohne Absage geschwänzt werden und damit die Praxisorganisation gestört wird ...

Die Belastungen sind hoch, die Arbeitszeiten vielfach nicht mehr attraktiv und beim Gehalt können Arztpraxen mittlerweile nicht mehr mit der Konkurrenz durch Krankenhäuser und durch die Krankenkassen selbst mithalten.

Daher muss man andere Wege finden, um den Beruf attraktiv zu machen, und die





Protestmarsch von Ärztinnen und Ärzten in Berlin

Viertagewoche bei vollem Lohnausgleich ist so einer. Das heißt, vier Tage die Woche werden Patienten behandelt. Am fünften Tag ist die Praxis für Patienten geschlossen, die Ärzte kümmern sich an diesem Tag um die Bürokratie. Dafür bleibt an den anderen Tagen mehr Zeit für die Patienten und Sprechstunden können dort z. B. auch bis abends angeboten werden.

Ich persönlich finde es eine Schande, dass die MFA bis heute keinen staatlichen Coronabonus erhalten haben. Den Coronabonus mussten die Praxen alleine stemmen, was viele auch gerne getan haben. Aber beim Gehalt der MFA sind aktuell keine großen Sprünge mehr drin, da die Arztpraxen ja ihre Einnahmen nicht erhöhen können. Das ist besonders bitter, da die Krankenkassen sich einerseits weigern, mehr Geld für die MFA in den Arztpraxen bereitzustellen, aber andererseits MFA aus den Arztpraxen mit höheren Gehältern und Prämien abwerben. Ob das Geld der Versicherten auf diese Weise tatsächlich besser eingesetzt ist, darüber kann sich jeder selbst seine Gedanken machen.

**Wenn man zum Beispiel die Budgets, also die nach oben begrenzten Ausgaben für Kinderärzte und Hausärzte komplett abschafft, drohen dann nicht die Kosten für die gesetzlichen Krankenkassen so zu steigen, dass erhebliche Beitragserhöhungen die Folge wären?**

Die Krankenkassen stemmen sich gegen die Abschaffung der Budgets, weil sie fürchten,

dass die Ärzte dann ihre Leistungen ausweiten und die Kosten explodieren. Das war ein Argument während der Ärzteschwemme vor 30 Jahren, aber heutzutage haben wir einen Ärzte- und Fachkräftemangel.

Ich kenne keine Praxis, die nicht eher zu viele als zu wenige Patienten hat. Natürlich kann mit Mehrarbeit noch der eine oder andere zusätzliche Patient versorgt werden, aber das ist angesichts der Wartelisten ja notwendig. Für eine Ausweitung von Leistungen am einzelnen Patienten hat niemand Zeit, also wird es diese nicht geben. Das ist eines der vielen Märchen, mit dem die Krankenkassen versuchen, die Mittel zu begrenzen.

Dass die Budgets entfallen, führt letztlich nur dazu, dass die Arbeit, die Ärzte tagtäglich erbringen, endlich vollständig bezahlt wird. Bisher behandeln wir viele Patienten gratis

und sehen keinen Cent dafür, haben aber natürlich die Kosten. In meiner Hamburger Praxis z. B. erhalte ich für jeden dritten Patienten gar kein Geld, das muss man sich einmal vorstellen!

**Die geplante Krankenhausreform von Bund und Ländern wird Auswirkungen auf die gesamte medizinische Versorgung in Deutschland haben. Wenn die Kliniken sich für ambulante Behandlungen öffnen, werden dann nicht auch in Hamburg die niedergelassenen Ärzte entlastet?**

Nein, an Entlastung zu glauben wäre ein Missverständnis. Denn die Krankenhäuser werden ja keine Leistungen erbringen, die vorher die niedergelassenen Ärzte erbracht haben. Stattdessen gibt es Leistungen, die bislang stationär erbracht wurden und jetzt ambulant gemacht werden können. Für die Patienten ist das ein großer Vorteil. Für die Krankenhäuser ändert sich nur die Art, wie sie diese Leistung erbringen. Und auch niedergelassene Ärzte dürfen dann ebenfalls dieselben Leistungen erbringen, allerdings sind die Bedingungen dafür aktuell eher so gestrickt, dass die Krankenhäuser einen immensen Wettbewerbsvorteil erhalten.

Regelungen für eine echte Verzahnung von niedergelassen Ärztinnen und Ärzten mit den Krankenhäusern haben wir angemahnt, aber bislang fehlen diese in den Plänen.



Vor dem Bundesgesundheitsministerium werden Arztkittel niedergelegt; die Türen blieben verschlossen

## Weitere Praxisschließungen im Dezember

**Zum Jahresende 2023 riefen der Virchowbund und die Unterstützer der Kampagne „Praxis in Not“ erneut zu Praxisschließungen auf. Inklusive der Feiertage sperrten die Praxen zwischen Weihnachten und Neujahr in Summe ganze 10 Tage zu. Damit erreichte der seit über 15 Monaten anhaltende Protest der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte eine neue Dimension.**

„Diese Protesttage stehen im Zeichen der Medizinischen Fachangestellten“, erklärte Dr. Dirk Heinrich, Bundesvorsitzender des Virchowbundes. „Sie hätten für ihren aufopfernden Einsatz während der vergangenen Jahre einen staatlichen Corona-Bonus mehr als verdient. Leider unterstützt die Politik lieber Beamte und Verwaltungsangestellte als jene, die direkt die Bürgerinnen und Bürger versorgt haben.“ Die freie Zeit zwischen den Feiertagen solle ein Trostpflaster sein und die Attraktivität des Arbeitsplatzes Arztpraxis erhalten.

„Andere Boni, wie Prämien, Inflationsausgleiche und deutliche Gehaltserhöhungen, kann sich kaum noch eine Praxis leisten. Die Vertretung der medizinischen Fachberufe kritisiert zurecht, dass der Mindestlohn für Pflegehilfskräfte mittlerweile höher liegt als der Tariflohn gelernter MFA. Beiden Seiten – Arbeitgebern und Arbeit-

nehmern – ist aber auch schmerzlich bewusst, dass die politisch gewollte Budgetknappheit der Praxen das Haupthindernis auf dem Weg zu fairer Entlohnung der MFA ist“, bedauert Dr. Heinrich. „Fakt ist: Ein

Arzt allein ist noch keine Praxis. Wenn wir weiterhin MFA aus politischer Untätigkeit heraus verlieren, werden sich die Praxen in Zukunft noch stärker einschränken müssen. Wir brauchen so ein Signal, damit auch der letzte Schreibtischtäter in den Ministerien und Kassenbüros versteht, was auf dem Spiel steht, wenn wir die ambulante Versorgung weiter so ausbluten lassen wie bisher.“



## Bevölkerung unterstützt Ärzteproteste, Krisengipfel angekündigt

**Gesundheitsminister Lauterbach reagierte auf die Proteste mit einer Einladung zu einem Krisengipfel am 9. Januar 2024.**

Laut einer Repräsentativbefragung, mitten während der zweiten Welle der Ärzteproteste, unterstützten 60 % der Bevölkerung die Praxisschließungen. Den Menschen in Deutschland war bewusst, dass es bei den Protesten nicht um die Steigerung von Arzteinkommen ging – wie sowohl der Gesundheitsminister als auch Kassenvertreter unermüdlich suggerierten –, sondern um eine ausreichende und nachhaltige Finanzierung der bestehenden ambulanten Strukturen.

Diese Strukturen sind in akuter Gefahr, weil der ambulante Bereich durch die seit inzwischen 30 Jahren andauernde Budgetierung der am meisten unterfinanzierte Sektor im Gesundheitswesen ist. „Es ist niemandem zu erklären, warum ein Facharzt in Bayern 96 % seiner Leistung bezahlt bekommt, in Thüringen oder Hamburg aber nur 70 % und warum ein Hausarzt in Hamburg nur 70 % und in Thüringen 106 % seiner Leistungen erhält. Das ist weder wirtschaftlich noch logisch zu begrün-

den, das ist einfach nur ungerecht“, stellt Dr. Heinrich fest.



## Krisengipfel auf halbem Weg stehen geblieben, Lauterbach versucht Ärzteschaft zu spalten

**Der Krisengipfel der ärztlichen Verbände mit Bundesgesundheitsminister Lauterbach zur Zukunft der ambulanten Versorgung ist auf halbem Weg stehen geblieben: „Sein Versuch, einseitig die hausärztliche Versorgung zu fördern und die Fachärzte weiterhin zu ignorieren, ist ein Versuch, die Ärzteschaft zu spalten und das Gesundheitssystem komplett umzubauen“, so der Virchowbund-Vorsitzende Dr. Dirk Heinrich nach dem Gespräch in Berlin. Die vorgelegten Vorschläge sind daher unvollständig und viel zu vage.**

Für einen fachübergreifenden Verband wie den Virchowbund, der gut zur Hälfte hausärztliche Mitglieder hat, besteht die ambulante Versorgung im Wesentlichen durch das Miteinander aus hausärztlicher und fachärztlicher Grundversorgung (beispielsweise durch Gynäkologen, Internisten, Augenärzte, oder HNO-Ärzte). Seit dem Krisengipfel Anfang Januar 2024 liegt auf der Hand, dass der Minister die Fachärzte auf mittlere Sicht in den Krankenhäusern statt in deren Praxen sieht. Eine fachärztliche Grundversorgung wird es dann im bisherigen Umfang nicht mehr geben. Damit wird Lauterbach zum Vater

der Wartelistenmedizin und des Endes der freien Arztwahl in Deutschland. Und er wird damit auch zum Vater der Zwei-Klassen-Medizin, weil sich Patienten aus dieser Wartelistenmedizin herauskaufen werden.

Der Virchowbund hat gegenüber dem Bundesgesundheitsminister drei Vorschläge gemacht, wie kurzfristig auf die bestehenden Probleme reagiert werden kann: Zunächst sollte ein unterer Budgetdeckel eingeführt werden, der die Quotierung der Leistungen auf minimal 90 % begrenzt. Dies kann aber nur ein Einstieg in eine vollständige Entbudgetierung sein. Alle Leistungen, die auf eine Überweisung hin

erfolgen, sollen vollständig von Budgets befreit werden. Dadurch soll die hausärztliche Koordinationsleistung gestärkt werden. Zudem sollen alle Ärzte, die ihre Praxis in sozialen Brennpunkten betreiben, entbudgetiert werden. Hierfür gibt es bereits etablierte Sozialindizes, die Faktoren wie Arbeitslosenquote, Migrantanteil oder Einkommensverhältnisse abbilden.

„Mit dem Gesprächsergebnis sind wir jedenfalls völlig unzufrieden. Wir beobachten, dass die Wut an der Basis weiter steigt. Daher ist für uns klar, dass die Proteste weitergehen müssen, wenn nicht die gesamte ambulante Versorgung durch Haus- und Fachärzte in den Blick genommen wird“, erklärte Dr. Heinrich.



Gesundheitsminister Karl Lauterbach (l.) signalisiert Entgegenkommen auch für Fachärzte

## Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz

### Zentrale Herausforderungen bleiben unbeantwortet

**Mit dem Referentenentwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) bleiben die dringenden Fragen unbeantwortet: Wie die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung bleiben und wie die Praxen wirtschaftlich am Laufen gehalten werden. Nur so kann den bestehenden und kommenden Herausforderungen der Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung begegnet werden.**

#### Hausärzte und Fachärzte versorgen gemeinsam

Der Gesetzgeber nimmt im Vorhaben einer Stärkung der Versorgung ausschließlich den hausärztlichen Bereich in den Fokus. Die ambulante ärztliche Versorgung umfasst tatsächlich aber neben der hausärztlichen auch die fachärztliche Versorgung. Bei einigen Krankheitsbildern findet die ambulante Versorgung sogar ausschließlich durch niedergelassene Fachärzte statt.

Die Entbudgetierung der Hausärzte ist ein erster und überfälliger Schritt, reicht aber allein noch nicht aus, weil schlichtweg die Hausärzte fehlen werden. Versorgung wird heute schon von Haus- und Fachärzten gemeinsam gestemmt. Deshalb müssen zeitgleich mit den Hausärzten zumindest die grundversorgenden Fachärzte in einem ersten Schritt ebenfalls entbudgetiert werden.

Daher fordert der Virchowbund:

- › eine zumindest vorläufige Deckelung der Budgetierung bei mindestens 90 % der Leistungsvergütung,
- › eine vollständige Entbudgetierung bei einer qualifizierten Überweisung zum Facharzt sowie
- › die vollständige Entbudgetierung der Fachärzte bei Versorgung in sozialen Brennpunkten, die nach bereits etablierten Sozialindizes bestimmbar sind.

Alle Maßnahmen zur Entbudgetierung müssen von den Gesetzlichen Krankenkassen voll refinanziert werden.

#### Gesundheitskioske ja – aber nur im Original

Ursprünglich sollte im GVSG die im Koalitionsvertrag vereinbarte Einführung von Gesundheitskiosken umgesetzt werden. Im Referentenentwurf vom März 2024 ist dieses Vorhaben – im Gegensatz zu den vorangegangenen Entwürfen – nicht mehr enthalten.

Der Virchowbund ist als Initiator und Gesellschafter des Ursprungsmodells Gesundheitskiosk Billstedt-Horn ein Befürworter dieser Präventions- und Versorgungsidee. Dieses Vorhaben war ein gefördertes Projekt des Innovationsfonds nach § 92a SGB V, ist als solches wissenschaftlich evaluiert und wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die Regelversorgung empfohlen. Daher kann die Umsetzung des Koalitionsvertrages hinsichtlich der Einführung von Gesundheitskiosken auch nur für Gebiete mit sozial schwierigen Strukturen und nur mit regelhafter Anbindung an die medizinische Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte vor Ort gelten.

Insofern bietet sich die Implementierung von Gesundheitskiosken nach dem Vorbild des Innovationsfondsprojektes Billstedt-Horn derzeit bundesweit für etwa 40 bis 50 Standorte an. Dann kann sie ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung und der Stärkung von Prävention in sozial prekären Stadtteilen sein. Die Finanzierung kann sich dabei ebenfalls an der Konstruktion des Gesundheitskiosk Billstedt-Horn

unter Beteiligung von Krankenkassen und Kommune gleichermaßen ausrichten.

#### Bonus für HzV-Teilnahme auch für anerkannte Praxisnetze

Der Gesetzgeber begründet einen obligatorischen Bonus für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in Höhe von mindestens 30 Euro pro Jahr durch eine Förderung der HzV auf Grund von Einsparungen und Effizienzsteigerungen in diesem Versorgungsbereich.

Anerkannte Praxisnetze nach § 87b Abs. 4 SGB V haben durch das gesetzlich geregelte Anerkennungsverfahren Kriterien hinsichtlich Versorgungszielen, Patientenzentrierung, kooperativer Berufsausübung und Effizienz/Prozessoptimierung bereits erfüllt und nachgewiesen. Sie sollten daher bei der Förderungsfähigkeit einer Versorgungsform der HzV gleichgestellt werden.

#### Einvernehmen mit den Landesbehörden im Zulassungsausschuss

Der Zulassungsausschuss ist ein zentrales Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und repräsentiert im Kern den Sicherstellungsauftrag, der den Ärzten und den Krankenkassen im Zuge des staatlichen Subsidiaritätsprinzips vom Staat übertragen wurde.

Die verpflichtende zustimmende Einbindung der für die Sozialversicherung („im Einvernehmen“) zuständigen obersten Landesbehörden stellt einen schweren Eingriff dar und setzt die subsidiäre Verantwortung von Ärzten und Krankenkassen für die Sicherstellung außer Kraft.

Der direkte Einfluss des Staates – mit in der Regel eigenen Interessen, aber keiner direkten Finanzverantwortung – auf die Organisation der Versorgung stellt einen erheblichen Eingriff und Wandel zu staatsmedizinischen Strukturen dar. Letztendlich

werden in den Zulassungsausschüssen künftig Entscheidungen des Staates zu Lasten Dritter (Ärzte und Krankenkassen) an der Tagesordnung sein. Der Virchowbund fordert, diese Regelung ersatzlos zu streichen.

### „Bagatellgrenze“ für Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Prüfungen einzelner Arznei- oder Heilmittelverordnungen erfolgen entsprechend regionaler Vereinbarungen auf einen Arzt (LANR) und nicht auf die Betriebsstätte bezogen – auch ausweislich §106 Abs. 2.

Die von einer bundeseinheitlichen Bagatellgrenze überhaupt nur betroffene Prüfmethode „Einzelfallprüfung auf Antrag“ erfolgt also in aller Regel arztbezogen. Mit der vorliegenden Regelung wird eine Bagatellgrenze in Höhe von 300 Euro dagegen betriebsstättenbezogen bei Einzelfallprüfungen eingeführt.

Anträge für Einzelverordnungen, die bisher aufgrund der arztbezogenen regional vereinbarten Bagatellgrenze nicht gestellt werden durften, werden nun durch das Sammeln und Zusammenführen der einzelnen arztbezogenen Fehler innerhalb einer Betriebsstätte gestellt werden.

Die bisherigen Einzelfallprüfungen, die nicht auf Antrag, sondern von Amts we-



Karl Lauterbach inszeniert sich gerne als Retter der Praxen

gen erfolgen, bleiben von der geplanten Neuregelung unberührt. Für diese Prüfmethode bleibt es weiterhin den regionalen Vertragspartnern überlassen, eine (zukünftig ggf. weitere) Bagatellgrenze zu vereinbaren.

Durch die geplante gesetzliche Regelung findet ein „Bürokratieabbau“ bei den Krankenkassen dahingehend statt, dass die (arzt- oder betriebsstättenbezogenen) Anträge quartalsweise zusammengefasst und „gesammelt“ gestellt werden.

Digitale Analysen zur Rezeptprüfung erleichtern den Kassen diesen Vorgang und werden zu einer Ausweitung des „Prüfgeschäftes“ durch die Krankenkassen führen.

Die geplante Regelung ist demnach eine Regelung zur Ausweitung der Regresse durch die Gesetzlichen Krankenkassen mit entsprechenden Mehreinnahmen auf Krankenkassen-Seite zu Lasten der Ärzteschaft.

Der Gesetzgeber könnte Abhilfe schaffen, indem eine Einzelfallprüfung bzw. die Prüfung eines sonstigen Schadens bei einem vermuteten Schaden von bis zu 300 Euro ausgeschlossen wird und indem „Beratung vor Regress“ auch für die Einzelfallprüfung (und nicht nur für die statistische Vergleichsprüfung) eingeführt wird.

## Virchowbund ruft zu Leistungskürzungen auf

**Angesichts des wirtschaftlichen Drucks, der chronischen Unterfinanzierung des ambulanten Bereiches und des Fachkräftemangels stehen die Praxisärzte vor einer Zeitenwende. Unbegrenzte Leistungen bei budgetierten Mitteln kann es nicht weiter geben. Der Virchowbund fordert die niedergelassenen Ärzte auf, das Praxisangebot den wirtschaftlichen Realitäten anzupassen und gibt seinen Mitgliedern konkrete Maßnahmen für die Praxisorganisation an die Hand.**

Seit Ende 2023 veranstaltet der Virchowbund regelmäßig Online-Seminare, in denen unternehmerische Handlungsoptionen und Strategien für die krisengebeutelten Praxen vorgestellt werden. Diese reichen von der Reduktion von Sprechzeiten auf das

gesetzliche Mindestmaß bis zur teilweisen Rückgabe der Zulassung und Ausweitung der Selbstzahler-Leistungen.

Zugleich werden die Kassenärztlichen Vereinigungen aufgefordert, ihre Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) flächen-

deckend dem Budget anzupassen. Solche HVM-Anpassungen sind u. a. bereits in Hamburg und Berlin erfolgt.



Ohne Geld keine Leistung

## Krankenhausreform

### Startschuss für Arbeit an Details

**Mit dem Referentenentwurf zur Krankenhausreform ist nun erstmals eine Diskussionsgrundlage auf dem Tisch. Es liegt auf der Hand, dass eine umfassende Krankenhausreform mit einer deutlichen Ambulantisierung und einer Notfallreform einhergehen muss. Dies hat grundlegende strukturelle Veränderungen im stationären wie ambulanten Bereich zur Folge.**

Die dafür in Aussicht gestellten 50 Milliarden Euro Transformationskosten-Zuschuss sind ein erster Schritt; sie müssen aber die strukturellen Veränderungen in beiden Bereichen abfedern. Da durch die duale Finanzierung der Krankenhäuser die Kosten hälftig von den Ländern getragen wer-

den, muss zusätzlich zur Förderung aus dem Gesundheitsfonds ein ebenso großer Anteil für den ambulanten Bereich aus Steuermitteln folgen.

Die entstehenden sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen – vormals ‚Level 1i-Kliniken‘ – als allgemein-

medizinische Institutsambulanzen haben bereits einen gravierenden Geburtsfehler: Versorgungslücken bestehen und entstehen zunehmend in der hausärztlichen Versorgung. Vorrangig ist diese zu stärken, einzelne allgemeinmedizinische Leistungen reichen hier sicher nicht aus. Hier sehen wir dringenden Verbesserungsbedarf. Nur in unterversorgten Regionen, wenn die hausärztliche Versorgung nicht anders gewährleistet werden kann, dürfen andere Versorgungseinrichtungen tätig werden. Hausärztliche Versorgung ist weit mehr als nur einzelne allgemeinmedizinische Leistungen anzubieten. Rosinenpickerei muss verhindert werden.

Damit keine Konkurrenz zu bestehenden Praxisstrukturen entsteht, muss die Einrichtung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen strikt auf unterversorgte Gebiete begrenzt und regelmäßig überprüft werden. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ darf nicht ausgehebelt werden. Deswegen darf eine Ermächtigung der Institutsambulanzen nicht mit Ewigkeitsgarantie entstehen. Stattdessen müssen Niederlassungen weiter gefördert werden. Sollten sich genügend Praxisärzte für die Niederlassung finden, sind diese Ermächtigungen zu beenden.



Noch zeigt die Krankenhausreform nicht in die richtige Richtung

### Referentenentwurf vergisst ambulante Versorgung

**Der Referentenentwurf adressiert die aktuellen strukturellen Herausforderungen der Krankenhäuser in Deutschland, insbesondere den dringend erforderlichen Strukturwandel zur Verbesserung der Versorgung bei einer hinreichenden Finanzierung der dafür erforderlichen Strukturen im Krankenhausbereich, inklusive deren Transformationskosten.**

Leider versäumt das Gesetzesvorhaben dabei die Hebung der Potentiale der bestehenden ambulanten Versorgung und

bedroht diese durch verschiedene Vorhaben. Die Krankenhäuser für ambulante Versorgung zu öffnen, ignoriert weitge-

hend die dort vorherrschenden Strukturen und deren Möglichkeiten, während die Perspektiven von Praxisärzten, ihre Versorgung auszuweiten, teilweise weiter eingeschränkt bleibt. Die Summe aller gesetzlichen Vorhaben schwächt die Attraktivität der Niederlassung und führt zur Erosion bestehender ambulanter Strukturen.



Zentrales Manko des vorliegenden Gesetzesvorhabens ist die fehlende Einbindung in eine Notdienst- und Notfallreform, die eigentlich integraler Bestandteil einer Krankenhausreform ist.

Als Vorbereitung einer umfassenden Krankenhausreform ist es aus Sicht des Virchowbundes erforderlich, zunächst die Anzahl der bestehenden Hybrid-DRG auszuweiten und damit die Voraussetzungen einer weiteren Ambulantisierung der Versorgung (politisches Postulat: „ambulant vor stationär“) zu schaffen. Zudem steht die Etablierung eines echten Belegarztwesens aus. Für die sektorenübergreifende ärztliche Tätigkeit ist endlich ein rechtssicherer Status eines Vertragsarztes in der stationären Versorgung im bestehenden sozial- und strafrechtlichen Kontext notwendig.



## Notfallreform

**Auch für das „Gesetz zur Reform der Notfallversorgung“ (Notfallgesetz – NotfallG) liegt seit Juni 2024 ein Referentenentwurf vor.**

Der Virchowbund sieht die grundsätzliche Notwendigkeit einer Reform der Notfallversorgung. Hierfür hat das Sachverständigenratsgutachten zur Notfallversorgung (2018) wesentliche Leitplanken formuliert, die in der aktuellen Reform leider nicht hinreichend berücksichtigt werden.

Es ist auch zwingend erforderlich, eine Notfallreform mit der zeitgleich stattfindenden Krankenhausreform zu verknüpfen. Noch ist nicht absehbar, welche Folgen die Krankenhausreform auf eine neu entstehende Kliniklandschaft und deren Versorgungsmöglichkeiten haben wird. Daher ist insbesondere die Stützung der ambulanten Versorgung bei einer Notfallreform zwingende Voraussetzung. Die Notfallreform muss folglich auch mit den anstehenden Versorgungsgesetzen (u. a. GVSG) synchronisiert werden.

Der Virchowbund unterstützt das zentrale Ziel des Referentenentwurfes, jeden Notfallpatienten in die richtige Versorgungsebene zu steuern.

Die Zusammenlegung der Notrufnummern 116 117 und 112 ist eine richtige Maßnahme. Die Einrichtung einer Akutleitstelle, die die Terminservicestelle ablöst, der Austausch von Patientendaten ohne Medienbrüche („digitale Fallübergabe mit medienbruchfreier Übermittlung“) und eine Erreichbarkeit 24 Stunden täglich („spätestens innerhalb von drei Minuten in 75 % der Anrufe und zehn Minuten in 95 % der Anrufe“) sind sinnvolle Ansätze. Bislang tragen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die alleinigen Kosten für den Betrieb der Terminservicestellen. Die Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) haben dafür die Kosten vollumfänglich zu tragen.

Der Referentenentwurf sieht eine permanente Erreichbarkeit einer medizinisch notwendigen Erstversorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem Handlungsbedarf vor. Hierzu sollen die KVen verpflichtet werden, sowohl telemedizinische als auch aufsuchende Versorgung (24/7) sicherzustellen. Damit soll

immobilen Patienten ein besserer Zugang zur Versorgung ermöglicht werden. Diese Erreichbarkeit ist durch Vertragsärzte heute und in der Zukunft mit den bestehenden personellen Ressourcen nicht möglich. Daher ist hierfür zwingend ein Delegationsverfahren mit entsprechend ausgebildeten Medizinberufen (Physician Assistants, PA oder nurse practitioners, NP) erforderlich. Eine Voll-Finanzierung durch die Gesetzlichen Krankenkassen ist sicherzustellen.

Die Schaffung von Integrierten Notfallzentren (INZ) an bestimmten Krankenhäusern folgt den Empfehlungen des Sachverständigenrates. Dieser empfiehlt jedoch, im Gegensatz zum Referentenentwurf, die Federführung durch die KVen, die den Sicherstellungsauftrag innehaben. Die fachliche Leitung von INZ allein durch Krankenhäuser lehnt der Virchowbund kategorisch ab.

Eine gemeinsame Ersteinschätzung muss dabei verpflichtend durch das etablierte Verfahren SmED Plus erfolgen. Die daraus abgeleitete Steuerung in die richtige Versorgungsebene ist zwingend. Krankenhäuser, die kein gemeinsames INZ

haben, dürfen folgerichtig dann auch keine Notfallaufnahme mehr betreiben. Entsprechende Leistungen dürfen dann auch nicht mehr vergütet werden. Andernfalls entstehen Fehlanreize und die Steuerungsfunktion der INZ wäre untergraben. Hierzu sind die Kontrollen des Medizinischen Dienstes (MD) auszuweiten.

- › Die vorgesehene Änderung der Zulassungsverordnung, dass bei der Festsetzung der offenen Sprechstunden das Bedürfnis einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung in Akutfällen innerhalb einer Arztgruppe im jeweiligen Planungsbereich zu berücksichtigen sei und
- › die Änderung im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 zur Schaffung

bundeseinheitlicher Regelungen zur Umsetzung einer möglichst gleichmäßigen zeitlichen Verteilung der Sprechstunden nach Satz 3 innerhalb der verpflichteten Arztgruppen im jeweiligen Planungsbereich lehnt der Virchowbund als unverhältnismäßigen Eingriff in die Berufsfreiheit ab.

Die ambulante Versorgung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte basiert auf der autonomen Berufsausübung (Freiberuflichkeit). Hierzu zählt insbesondere die freie Gestaltung der Sprechstundenzeiten auf Basis von bundesmanteltarifvertraglich von den Partnern der Selbstverwaltung vereinbarten Mindestsprechstundenzeiten. Mit der Streichung der



Neupatientenregelung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, 2022) ist zu der zuvor (durch den Gesetzgeber) eingeführten Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten von 20 auf 25 Stunden pro Woche die Grundlage entfallen. Daher fordert der Virchowbund die Rücknahme der Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten.

## Honorarverhandlungen

**Die Finanzierungsverhandlungen für das Jahr 2024 zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und den Gesetzlichen Krankenkassen verliefen mehr als unbefriedigend. Das Ergebnis von unter 4 % deckt weder die Inflation noch den Kostendruck in den Praxen durch die seit Jahren andauernde Unterfinanzierung.**



Der Virchowbund hatte als ersten Ausgleich für Inflation und Kostenexplosion in diesem Jahr ein notwendiges Plus von 15 % errechnet.

„Mit diesem Abschluss wird die Finanzierungsgrundlage für die ambulante

Versorgung nicht mehr in ausreichendem Maße zur Verfügung gestellt. Die finanzielle Schiefelage wird den Verfall der ambulanten Versorgung in einer Art beschleunigen, wie wir sie noch nicht erlebt haben: Die schon jetzt massive Unzufriedenheit der

Praxisärzte wird weiter steigen, vorzeitige Praxisabgaben werden zunehmen, noch mehr Arztstühle unbesetzt sein“, stellte der Virchowbund-Bundesvorsitzende fest.

Er forderte auch ein Eskalations-Szenario von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen. „Die KVen haben dafür die Mittel und die Wege. Sie benötigen nur den entsprechenden Mut, gegebenenfalls in Konflikt mit der Aufsicht zu gehen. Wir Praxisärzte stehen am Scheideweg, ob das KV-System noch Interessenvertretung der Ärzte oder bereits Exekutiv-Organ staatlicher Gesundheitspolitik ist“, betonte Dr. Heinrich.

Auch für 2025 einigten sich KBV und GKV-Spitzenverband auf eine OPW-Erhöhung von 3,85 %. „Die Kosten fressen das magere Plus auf, das Arzteinkommen selbst geht sogar zurück. Anstatt die Generation der Baby-Boomer möglichst lange in den Praxen zu halten, führt dieses demotivierende Ergebnis zu einem Frühverrentungsprogramm für Praxisärzte“, kritisierte Dr. Heinrich.

# BUNDESHAUPTVERSAMMLUNG

## Krankenhausreform: Nach der Reform ist vor der Reform

**Kann die Krankenhausreform Impulse zur Weiterentwicklung der ambulant-stationären Versorgung liefern? Auf der Bundeshauptversammlung 2023 diskutierten Ärzte, Politiker und Gesundheitsökonom hitzig darüber.**

„Nach der Reform ist vor der Reform“ lautete der Titel der Veranstaltung. Er lässt sich in 2 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.

### Krankenhausreform steckt fest

Die wissenschaftliche Krankenhauskommission, ebenso wie die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung

sowie weite Teile der Gesundheitspolitik sind sich einig: Am Ende muss es deutlich weniger Krankenhaus-Standorte geben als vor der Reform. Dadurch soll die Qualität steigen, weil Kompetenzen gebündelt und aufeinander abgestimmt werden.

Gegenwind kommt allerdings aus den Kommunen und von manchen Bundesländern. Der Ökonom Dr. Reinhard Busse und der CDU-Politiker Tino Sorge berichteten davon, wie schwierig es sei, Akzeptanz bei Landräten, Bürgermeistern und Bürgern für Krankenhausschließungen und -umwidmungen zu erhalten.

### Ärztliche Weiterbildung in Zukunft an mehreren Kliniken

Ein Thema, das bislang im Zusammenhang mit der Krankenhausreform kaum eine Rolle spielt, ist die ärztliche Weiterbildung. Die Einteilung der Kliniken in Level ändert das Leistungsspektrum. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung könnten in Zukunft gezwungen sein, ihre Weiterbildung in Kliniken aller 3 Level zu leisten, da sie ansonsten nicht alle im Curriculum geforderten Weiterbildungsinhalte abdecken.

Der Bundesärztekammer-Präsident sieht das nicht unbedingt als Problem. „In der Schweiz ist das schon immer so.“ Durch Weiterbildungsabschnitte in einem Krankenhaus des Levels 1 könnten die jungen



Dr. Klaus Reinhardt blickt auf die Risiken für die Weiterbildung

Ärztinnen und Ärzte lernen, mit weniger Mitteln zurechtzukommen als z. B. in einer gut ausgestatteten Universitätsklinik. „Ich finde sogar, das hat einen gewissen Charme“, sagte Reinhardt.

Für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung können sich allerdings durch notwendige Wechsel von Wohnsitz oder Schule der Kinder praktische Schwierigkeiten ergeben. Weiterbildungs-Verbünde werden eine stärkere Rolle spielen, betonte auch Dr. Kirsten Kappert-Gonther von den Grünen.

### Qualität hängt am Personal

„Die Personalausstattung ist der Dreh- und Angelpunkt für die Versorgungsqualität“, sagte Reinhardt. Er verwies auf die Vorarbeit, die die Bundesärztekammer bei der ärztlichen Personalbemessung geleistet hat: Anhand von Sachkriterien wird ermittelt,



Dr. Dirk Heinrich provoziert mit der These: Karl Lauterbach will die Staatsmedizin



Dr. Reinhard Busse ist überzeugt: Viele Kliniken müssen schließen

wieviel Personal in einem Fachbereich zur Verfügung stehen muss. Mindestvorgaben reichen dafür nicht aus. Reinhardt: „Wenn man als Patient in eine Gesundheitseinrichtung geht, ist es eben nicht egal, wer da sitzt.“

Beim Thema Qualität sprach der BÄK-Präsident auch über die Tendenz, im ambulanten Sektor Parallelstrukturen wie Gesundheitskioske und Lotsen zu etablieren und dadurch neue Schnittstellen zu schaffen. Sinnvoller wäre es, die Praxen selbst zu stärken und zu mehr Kooperation zu befähigen. Dass sich Patienten über Jahre hinweg von denselben Ärzten ihres Vertrauens behandeln lassen können, ist ein ebenfalls wichtiger Qualitätsaspekt.

Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin, pflichtete ihm bei: Die Politik muss die ambulante Versorgung weiter stärken und sie auch im Zuge der Krankenhausreform mitdenken. „Das ist ein bisschen auf der Strecke geblieben.“ Busse kündigte als Mitglied der Krankenhauskommission in Kürze eine Stellungnahme zur intersektoralen Versorgung an.

### Weiterbildungsstellen könnten wegfallen

Sorgen macht den niedergelassenen Ärzten, dass die Krankenhäuser derzeit im Zuge der Ambulantisierung deutlich bevorzugt werden. „Wenn eine Klinik eine ambulante Operation in dem Operationssaal erbringt, der vom Land gerade renoviert worden ist,

dann hat sie im Vergleich zum ambulanten OP-Zentrum, das seine Räumlichkeiten allein finanzieren muss, einen Vorteil“, kritisiert Dr. Dirk Heinrich, der Bundesvorsitzende des Virchowbundes.

Auch die Weiterbildung wird bei den Krankenhäusern aktuell refinanziert, bei den Praxen dagegen nicht. Dabei muss in Zukunft mehr Weiterbildung ambulant stattfinden, wenn bisherige stationäre Leistungen in Zukunft ambulant erbracht werden.

Ein Beispiel, wie es nicht laufen sollte, liefert der augenärztliche Bereich. Die Katarakt-OP wurde vor einigen Jahren von einer stationären zur ambulanten Leistung. In der Folge wurden viele Augenabteilungen an Kliniken geschlossen. Innerhalb weniger Jahre gab es einen massiven Mangel an Augenärzten in Weiterbildung.

Bei der Krankenhausreform könnte sich dieser Fehler wiederholen: „Was an Weiterbildungsstellen in den Krankenhäusern wegfällt, muss im ambulanten Sektor neu geschaffen und auch finanziert werden“, fordert der Virchowbund-Vorsitzende.

### Lauterbach will die Staatsmedizin

„Wir haben 18 Tatbestände, wo die Kliniken für die ambulante Versorgung geöffnet wurden, aber null Tatbestände, wo die Praxen für die stationäre Versorgung geöffnet wurden“, stellte Dr. Dirk Heinrich fest.

Die einseitige Benachteiligung der Arztpraxen zeigt sich seit vielen Monaten im politischen Handeln:

- › Coronabonus: Angestellte in Krankenhäusern erhielten ihn, MFA in Arztpraxen nicht
- › Digitalisierung: unausgereifte Anwendungen werden mit Zwang (Honorarabzüge) durchgesetzt
- › Energiekosten: Kliniken werden mit Milliarden unterstützt, Praxen nur in Ausnahmefällen
- › Intersektorale Leistungen: Praxen und Krankenhäuser erhalten für dieselbe Leistung unterschiedlich viel Geld nach EBM bzw. DRG
- › Vergütung: Karl Lauterbach entzieht den Praxen mit der Abschaffung der

Neupatientenregelung Geld, verweigert die GOÄ-Reform und ergreift in den Finanzierungsverhandlungen die Partei der Krankenkassen

Dazu kommen Gesetze, die die Selbstverwaltung beschneiden und den Zugriff des Staates ausbauen, etwa in G-BA und Zulassungsausschüssen.

„Das ist alles kein Zufall. Karl Lauterbach verfolgt eine Agenda“, urteilte der Virchowbund-Chef. Niedergelassene Ärzte werden vorzeitig aus der ambulanten Versorgung vertrieben, der Nachwuchs abgeschreckt – und Krankenhäuser und para-medizinische Angebote wie Gesundheitskioske in Stellung gebracht, um die absichtlich geschaffene Lücke zu füllen.

Am Ende steht eine weitgehend arztfreie Primärversorgung, mit wenigen verbliebenen Hausärzten. Fachärzte praktizieren im Lauterbach-Modell nur noch am Krankenhaus. Dort angestellte Ärzte lassen sich für den Staat leichter verwalten und kontrollieren als zehntausende eigenständige Praxen. „Diese Staatsmedizin wird zu langen Wartelisten und einer echten Zwei-Klassen-Medizin führen“, warnte Heinrich.



Heike Baehrens (SPD) ist erbost über die Proteste der Ärzteschaft

### Ärzte buhen Politiker aus

Die Politikerinnen Dr. Kirsten Kappert-Gonther (Grüne, MdB) und Heike Baehrens (SPD, MdB) bekamen den Frust und die Empörung der niedergelassenen Ärzte während der Podiumsdiskussion besonders

stark zu spüren. Sie ließen allerdings keinen Zweifel daran, dass sie in Zukunft nicht nur Delegation sondern auch Substitution betreiben wollen. „Die Ärzteschaft muss Verantwortung abgeben“, forderten sie.

„Die einzige Agenda des Gesundheitschusses heißt: Patienten in den Vordergrund“, erklärte Kappert-Gonther. Der Fokus liege aktuell auf den Krankenhäusern, da dort durch ungesteuertes Kliniksterben eine dramatische Verschlechterung zu Ungunsten der Patienten drohe. „Meiner Meinung nach haben wir jetzt die Chance, ernsthaft sektorübergreifende Versorgung zu implementieren.“

SPD-Sprecherin Baehrens beschwerte sich, die Ärzteschaft solle konstruktiv an Lösungen arbeiten statt zu protestieren. Dr. Andreas Gassen von der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung (KBV) konterte: „Sprechen kann man immer mit Karl Lauterbach. Dann nimmt er das mit, und macht etwas ganz anderes.“

Hannelore König vom Verband der medizinischen Fachberufe konterte: „Wir werden nicht gehört, unsere E-Mails werden von Karl Lauterbach und Frau Baehrens nicht gelesen.“ Auch Dr. Christiane Wessel (Virchowbund, KV Berlin) und Dipl.-Med. Angelika von Schütz (Virchowbund, KV Mecklenburg-Vorpommern) teilten diese Einschätzung.

### Video-Aufzeichnung

Die Aufzeichnung der Bundeshauptversammlung 2023 ist auf dem Youtube-Kanal des Virchowbundes zu finden:

#### Lauterbach auf dem Weg in die Staatsmedizin:

[youtu.be/5MzRL4-7-Es](https://youtu.be/5MzRL4-7-Es)

#### Ärztliche Weiterbildung:

[youtu.be/RTn0a\\_E9s2M](https://youtu.be/RTn0a_E9s2M)

#### Podiumsdiskussion:

[youtu.be/SA\\_9A2t8HA1](https://youtu.be/SA_9A2t8HA1)

#### Kaspar-Roos-Medaille:

[youtu.be/RtS01vDMBW0](https://youtu.be/RtS01vDMBW0)

## Entschleunigungen

### Eine Auswahl der wichtigsten Einschließungen der Bundeshauptversammlung 2023:

#### Aktives Handeln unter einer destruktiven Gesundheitspolitik: Praxisangebot an neue politische und wirtschaftliche Realitäten anpassen

Die ambulante Versorgung ist in schwerem Fahrwasser: Der enorm gestiegene Kostendruck durch Energiepreis-, Miet- und die Tarifsteigerungen für die Medizinischen Fachangestellten (MFA) verschärft die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Die versprochene Entbudgetierung bleibt aus und durch die kontinuierlich zu geringen Honorarabschlüsse in der Vergangenheit ist ein enormer Nachholbedarf in den Praxen entstanden. Durch den Wegfall der Neupatientenregelung wird dem ambulanten System erstmals seit Jahren wieder Geld real entzogen. Die längst überfällige, reformierte GOÄ wird vom Bundesgesundheitsminister weiter abgelehnt.

Dazu spüren die Praxen den Fachkräftemangel und die Auswirkungen der in-

suffizienten Digitalisierungsstrategie. Als Folge ist ein Anstieg an vorzeitigen Praxisabgaben, Verkäufen an Praxisketten und Investoren sowie eine innere Emigration aus dem Beruf zu verzeichnen.

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

Da auf Seite der Politik derzeit von keiner der Parteien Unterstützung zu erwarten ist, muss die niedergelassene Ärzteschaft sich selbst helfen. Daher fordert der Virchowbund alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auf, ihr Praxisangebot an die neuen politischen und wirtschaftlichen Realitäten anzupassen. Dazu wird der Virchowbund seine Mitglieder dahingehend unterstützen, Organisation und Leistungsangebot angesichts fehlender Mittel anzugleichen. Weiterhin soll der Einsatz von Telemedizin, Videosprechstunden und Angeboten sinnvoller Digitalisierung ausgebaut werden. Ebenfalls ausgebaut werden sollen Privateinnahmen und Selbstzahlerleistungen.

Der Virchowbund fordert die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen zudem auf, ihre Honorarverteilungsmaßstäbe flächendeckend dem Budget anzupassen.

#### Umbau des Gesundheitswesens: weniger Arzt, mehr Wartezeit!

Der Umbau des Gesundheitswesens ist im vollen Gange: Einerseits stehen die Praxen unter einem enormen wirtschaftlichen Druck, der durch staatliche Eingriffe – beispielsweise durch den Wegfall der Neupatientenregelung, die Fortschreibung der Budgetierung und eine weitgehend nutzenfreie, teure Digitalisierung – kontinuierlich verschärft wird. Zudem wird durch politisches Ignorieren der ambulanten Versorgung – durch die Verweigerung der Coronaprämie für MFA, durch eine verschleppte Ambulantisierung der Krankenhausversorgung und dem Aussitzen der seit 30 Jahren überfälligen Reform der Gebührenordnung für Ärzte – die ambulante Medizin sowohl für langjährige

Praxisinhaber als auch für den Nachwuchs immer unattraktiver.

Andererseits wird die Substitution der niedergelassenen Haus- und Fachärzte in freier Praxis bereits vorbereitet: Drohende Versorgungslücken sind das Feigenblatt, das ambulante Gesundheitswesen komplett umzubauen und faktisch zu verstaatlichen. Deshalb soll der Staat Mitspracherecht in den Zulassungsausschüssen erhalten und Kommunen als Träger und Betreiber von MVZ ermächtigt werden. Gesundheitskioske sollen in der Primärversorgung ärztliche Tätigkeit durch sogenannte Community Health Nurses, früher auch Gemeindegewestern, ersetzen. In der Krankenhausreform wirkt ein bewusst gering gehaltenes Leistungsverzeichnis von ambulant zu erbringenden, bisher stationären Leistungen, wie ein Schutzzaun für die Krankenhäuser.

Verbunden mit einem weiteren Ausbau von ambulanten Leistungen durch das Krankenhaus wird sich die Fachärztdichte in freier Praxis weiter ausdünnen. Durch die duale Krankenhausfinanzierung, also die wettbewerbsverzerrende staatliche Investitionsfinanzierung im Klinikbereich, entsteht eine schiefe Ebene des Wettbewerbs zu Lasten der Praxisfachärzte.

Am Ende entsteht so eine Primärversorgung in kommunalen Primärversorgungszentren durch Gemeindegewestern und den Restbestand an Hausärzten, während fachärztliche Versorgung ambulant und stationär am Krankenhaus stattfindet.

Die Politik muss endlich gegenüber den Menschen ehrlich sein und aufzeigen, was die Folge dieses Umbaus im Gesundheitswesen für Patientinnen und Patienten ist: weniger Medizin und weniger Arzttermine, also Wartezeiten und Wartelistenmedizin!

## Entbudgetierung jetzt – über alle Fachgruppen und Regionen

Der Virchowbund fordert die umgehende und nachhaltige Entbudgetierung aller ärztlichen Fachgruppen. Die heutige Budgetierung verfehlt ihren ursprünglichen Zweck und sorgt sowohl unter den Bundesländern als auch unter den Fachgrup-

pen zu großen Verwerfungen und damit zu nicht zu rechtfertigenden Ungerechtigkeiten. So liegt die Auszahlungsquote der Hausärzte je nach Bundesland zwischen 74 % und 104,6 %. Innerhalb der Fachärzte liegen die bundesweiten Auszahlungsquoten zwischen 77 % und 94,9 %. Auch die Quotierung zwischen den Regionen sorgt für große Verwerfungen: So ist die Überzahlung des Honorars im reicheren Süden gegenüber einer hohen Quotierung im ärmeren Norden und Osten Deutschlands eine soziale und gesellschaftliche Ungerechtigkeit. Dies sollten insbesondere die Regierungsparteien mit einem betont sozialen Anspruch umgehend beenden.

## Effektive Krankenhausreform, umfassende Ambulantisierung und einschneidende Notfallreform

Eine Krankenhausreform mit Ausschöpfung aller Potentiale der Ambulantisierung kann nur Hand in Hand mit einer einschneidenden Notfallreform umgesetzt werden. Für die ambulante Erbringung von Leistungen, die heute noch stationär erbracht werden, sind von den ärztlichen Verbänden entsprechende Kataloge erarbeitet worden, die Politik und Selbstverwaltung vorliegen. Diese neuen ambulanten Leistungen müssen sowohl von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten als auch von Krankenhäusern, vorzugsweise in einer Kooperation, erbracht werden können.

Gleichzeitig muss eine Notfallversorgungsreform durchgeführt werden, die mithilfe von integrierten Notfallzentren und einem Ersteinschätzungsverfahren – beispielsweise das etablierte SMED – an einem gemeinsamen Tresen von KV und Krankenhaus dafür sorgt, dass sich die Anzahl der heute noch aus Notaufnahmen stationär aufgenommenen Patienten deutlich reduziert. Dieser gemeinsame Tresen muss unter Leitung der Kassenärztlichen Vereinigungen stehen, so wie es der Sachverständigenrat in dem entsprechenden Gutachten vorgeschlagen hat.

Beides zusammen führt nicht nur zu fi-

nanziellen Einsparungen, sondern bewirkt eine Strukturreform der Krankenhäuser, die zwar einschneidend, aber effektiv, wirtschaftlich und nachhaltig ist. Der Krankenhaussektor ist der größte Kostenfaktor im Gesundheitswesen. Mittel- bis langfristige Einsparungen sind hier am effektivsten und unerlässlich, um das Gesamtsystem zu stabilisieren. Es ist eine Krankenhausreform nötig, die auch diesen Namen verdient. Dazu müssen alle Hebel in Bewegung gesetzt werden.

## Weiterbildung weiterentwickeln

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 eine demographisch tendenziell überalterte Bevölkerung zu versorgen.

Da die ärztliche Weiterbildung bislang ein „Nebenprodukt“ der ärztlichen Leistungen im Krankenhaus ist und diese im ambulanten Bereich im Wesentlichen aus dem laufenden Praxisbetrieb finanziert wird, hat die Ambulantisierung des Gesundheitswesens immer auch Auswirkungen auf die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten.

Durch die Einführung von tagesstationärer Behandlung und einer speziellen sektorengleichen Vergütung sowie durch die weiteren Entwicklungen einer Krankenhausreform wird sich das ärztliche Leistungsgeschehen im Krankenhaus massiv verändern. Zeit- und aufwandsintensive Weiterbildung wird in dem bisherigen Umfang dort nicht mehr möglich sein, da sich die ärztliche Tätigkeit in hohem Maße verdichten wird. Zudem wird der Kostendruck in den Krankenhäusern dazu führen, dass ausschließlich „Facharzt-Medizin“, also Behandlung durch bereits vollständig weitergebildete Fachärzte erbracht werden wird, weil dies schnellere Mehrerlöse generiert. Dies hat zur Folge, dass die Anzahl der Weiterbildungsstellen und die Weiterbildungsinhalte in den Krankenhäusern sukzessive ausgedünnt werden.

Als weitere Folge des Ausbaus der tagesstationären Behandlung wird es auch

bei den Universitätsklinik zu einem Bettenabbau kommen. Dies wird sich auf die Mediziner Ausbildung auswirken, die nicht mehr im bisherigen Ausmaß aufrechterhalten werden kann. Denn die Zahl der Medizinstudienplätze richtet sich nach der Bettenzahl in Universitätsklinik. An eine dringend erforderliche Erhöhung der Zahl an Medizinstudienplätzen ist in diesem Zusammenhang gar nicht mehr zu denken.

Daher sind in nächster Zeit dringend die strukturellen und finanziellen Bedingungen der ärztlichen Weiterbildung politisch neu zu entscheiden. Beispiele aus einigen Fachgruppen zeigen, dass in der Vergangenheit eine Verlagerung von operativem Behandlungsgeschehen in den ambulanten Bereich ohne eine Folgeregelung für Strukturen und Finanzierung der fachärztlichen Weiterbildung unmittelbar in einen eklatanten Ärztemangel in dieser Berufsgruppe führte (z. B. Augenärzte). In Folge verschlechtert sich dann die konservative Versorgung durch diese Fachgruppe, auch im Krankenhaus.

Daher fordert der Virchowbund von der Politik, die Rahmenbedingungen der ärztlichen Weiterbildung wie folgt zu verändern:

- › Quantifizierung der Ausbildungsleistung in der Facharztweiterbildung durch den Weiterbilder. Dies sollte durch die entsprechenden Fachverbände und Fachgesellschaften sowie durch die ärztliche Selbstverwaltung erfolgen. Dieser dann quantifizierte Weiterbildungsanteil muss in die Finanzierung der jeweiligen Versorgungsebene einfließen. Dies muss der Gesetzgeber in den jeweiligen Bereichen regeln.
- › Neuregelung der Finanzierung von ärztlicher Weiterbildung unabhängig von der Weiterbildungsstelle. Dabei müssen Förderanreize für ärztliche Weiterbildung unter Versorgungsaspekten berücksichtigt werden.
- › Sicherstellung von Struktur und Finanzierung einer ausreichenden Zahl von Medizinstudienplätzen, wobei nach wie vor von einer Erhöhung um

mindestens 6.000 Studienplätze auszugehen ist.

## Voraussetzungen für MVZ-Gründung reformieren

Renditegetriebene Investoren ohne Versorgungsverantwortung sind die größte Bedrohung der ambulanten Versorgung. Kapitaleinsatz ist grundsätzlich sinnvoll, jedoch nicht mit dem Ziel, medizinische Leistungen zu rationalisieren und das Angebot selektiv zu optimieren, um über einen dadurch erzielten Wertzuwachs Einrichtungen später mit Gewinn zu veräußern. Investitionen von Praxisinhabern mit einer in der Regel über Jahrzehnte andauernden Perspektive sind hingegen ebenso nachhaltig wie die persönliche Verantwortung des Freiberuflers Arzt in einer regionalen wie sozialen Verflechtung vor Ort.

Der Virchowbund fordert daher vom Gesetzgeber folgende Voraussetzungen bei der Gründung von MVZ zu regeln:

- › Es muss für jedes MVZ transparent und einfach zugänglich der letztendlich wirtschaftlich Berechtigte sichtbar sein. Da dies bei GmbH-Konstruktionen oftmals nur schwer möglich ist, ist die bevorzugte Rechtsform die AG mit der Offenlegung aller Aktionäre.
- › Andernfalls sollen MVZ-Neugründungen anstatt als GmbH nur noch als gGmbH möglich sein.
- › Der Ärztliche Leiter muss Vertragsarzt sein und ab drei Ärzten in voller Zulassung arbeiten.
- › Der Ärztliche Leiter muss Mitglied der Geschäftsführung sein.
- › Die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmen muss bei Vertragsärzten liegen.
- › Die Regelungen zur maximalen Anzahl angestellter Ärzte für Vertragsärzte sowie der maximalen Anzahl der Tätigkeitsorte müssen begrenzt werden. Es muss eine Maximalzahl von Vertragsärzten („Obergrenze“) festgelegt werden.
- › Die Gründung von Klinik-MVZ ist ausschließlich im räumlichen Zusammen-

hang mit dem Versorgungsbereich des gründenden Krankenhauses möglich. Hierbei darf ein Abstand von 50 Kilometern nicht überschritten werden. Zudem dürfen Arztsitze nur für die Fachbereiche durch Kliniken erworben werden, die auch im Klinikbereich über jene Hauptabteilungen vorgehalten werden.

Darüber hinaus muss der Gesetzgeber prüfen, ob nach einer Krankenhausreform die MVZ-Gründungsberechtigung für Krankenhäuser, insbesondere die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen definierte Kliniken, noch erforderlich ist. Andernfalls muss die Gründungseigenschaft für Krankenhäuser entfallen, da auch die Notwendigkeit für Krankenhäuser, zur Sicherstellung der Versorgung MVZ zu gründen, entfällt.

## Sicherstellung und Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit

Die Bundeshauptversammlung 2023 des Virchowbundes, Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V., appelliert an die verantwortlichen Entscheidungsträger und die Gesellschaft als Ganzes, die Freiberuflichkeit der ärztlichen Profession zu schützen und zu stärken durch:

- › frühzeitigen Einbezug des ärztlichen Sachverständigen in alle gesundheitspolitischen Reformvorhaben und deren Umsetzung
- › Abbau von überbordender Bürokratie
- › politische und gesellschaftliche Wertschätzung des ambulanten Systems
- › Reformierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)
- › Beendigung der Budgetierung
- › Förderung von unabhängiger medizinischer Forschung
- › Regulierung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) zur Begrenzung der Übernahme durch Finanzinvestoren

- › effektive Maßnahmen gegen Personal-mangel bei MFA sowie Ärztinnen und Ärzten

### Wertschätzung für Medizini-sche Fachangestellte

Die Bundeshauptversammlung 2023 des Virchowbundes, Verband der niedergelas-senen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V., fordert von allen Verantwortlichen mehr Wertschätzung der Leistungen der Medizinischen Fachangestellten (MFA) und eine Aufwertung des Berufs der MFA. Durch

- › Herstellen einer vollständigen, kom-pensatorischen Gegenfinanzierung der Tarifsteigerungen durch adäquate An-passung des Orientierungswertes,
- › Darstellung mindestens eines In-flationsausgleichs in den nächsten Tarifverhandlungen,
- › einen staatlichen Bonus für MFA,
- › mehr Berücksichtigung der Kompe-tenzen (z. B. durch Einbindung bei der Entwicklung digitaler Lösungen und Bürokratieabbau),
- › Verbesserung der beruflichen Aufstiegsperspektiven,
- › Reduktion der Stressbelastung (ein-schließlich dem Schutz vor Gewalt am Arbeitsplatz)

kann die Attraktivität des Berufsbildes deutlich gesteigert und dem bestehenden Fachkräftemangel effizient entgegenge-wirkt werden.

### Weitere Themen

- › Gemeinsames Handeln mit Apothekerinnen und Apothekern zum Erhalt der Freiberuflichkeit
- › Erhöhung des Orientierungspunktwertes (OPW) um mindestens 15 %
- › GOÄ-Novelle mit Inflationsausgleich unverzüglich umsetzen
- › Sicherstellung einer funktionierenden Telematikinfrastruktur
- › Praxisverwaltungssysteme: Pflicht zur Daten-Migration
- › E-Rezept: Regress-Verbot aus formalen Gründen
- › Aufarbeitung der Corona Pandemie
- › Verfügbarkeit von COVID-Impfstoffen in Einzeldosen
- › Rauchverbot in Autos
- › Gesundheitserziehung für Schulkinder zur Entlastung des Gesundheitssystems
- › Maßnahmen gegen Ärztemangel forcieren
- › Zulassung von Ärztinnen und Ärzten aus Nicht-EU-Ländern optimieren
- › Förderung der ambulanten Operationen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte
- › Keine Unterstützung pseudomedizinischer Einrichtungen
- › Tagesstationäre Behandlungen ermöglichen
- › Potential der TSS durch KV-interne Terminvermittlung unterstützen
- › Begleitung im ambulanten Bereitschaftsdienst etablieren
- › Verbindlichkeit und Transparenz bei der Umweltverträglichkeitsprüfung von Arzneimitteln









COPYRIGHT VIRCHOWBUND / LOPATA



COPYRIGHT: VIRCHOWBUND / LOPATA

## URKUNDE

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

### Herrn Matthias Seusing

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

Matthias Johannes Joachim Wolfgang Seusing wurde am 22.01.1951 im thüringischen Hildburghausen geboren. 1957 floh die Familie aus der damaligen DDR nach Schleswig-Holstein. Dort legte er 1969 in Kiel sein Abitur ab und begann das Medizinstudium an der dortigen Christian-Albrechts-Universität.

Nach seiner Zeit als Medizinalassistent an der Universität Kiel und seinem Wehrdienst war Matthias Seusing Zeitsoldat am Bundeswehrkrankenhaus Kiel. 1982 ließ er sich schließlich in Kiel-Elmschenhagen als Hausarzt nieder und war von 1994 bis 2003 Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Christian-Albrechts-Universität Kiel.

Schon früh begann Matthias Seusing sich berufspolitisch zu engagieren, war zunächst im Hartmannbund und dann im damaligen NAV-Virchow-Bund. Er war viele Jahre Mitglied der Kammerversammlung in der Ärztekammer Schleswig-Holstein und stellvertretender Abgeordneter zur Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein.

Matthias Seusing ist seit 2018 Notdienstbeauftragter für Kiel und war während der Pandemie der stellvertretende medizinische Leiter des Impfzentrums in Kiel.

Im Virchowbund ist er seit 2005 als Vorsitzender der Landesgruppe Schleswig-Holstein und als regionaler Delegierter für die Bundeshauptversammlung aktiv. Seit dem letzten Jahr ist er Mitglied im Finanzausschuss des Verbandes.

Sein ärztliches Lebensthema ist die Kooperation. So war er 1997 Gründungsmitglied eines der ersten deutschen Ärztenetze, dem heute noch erfolgreich existierenden „Praxisnetz Kiel“. Dort war er von der Gründung an bis 2016 der hausärztliche Vorstandsvorsitzende.

Als Mitglied im Virchowbund und im Hartmannbund pflegte er

auch hier jahrelang die Zusammenarbeit der beiden Verbände auf Landesebene, um Synergien zu nutzen und die Schlagkraft zu erhöhen. Matthias Seusing ist zudem der Initiator einer verbändeübergreifenden Zusammenarbeit mit den jeweiligen Nachbar-Landesgruppen in Mecklenburg-Vorpommern.

Matthias Seusing ist in seiner berufspolitischen Tätigkeit ein eher untypischer Vertreter der leisen Töne. Er überzeugt lieber mit seiner ausgleichenden Art, seiner norddeutschen Ruhe und Beständigkeit und seiner großen integrativen Kraft. Dabei zählt am Ende nur eines: die Ergebnisse, etwa als langjähriger Netzvorstand, Notdienstbeauftragter, Verbandsfunktionsträger oder auch als Familienvater: Er ist in diesem Jahr 50 Jahre verheiratet, hat sechs Kinder und inzwischen elf Enkelkinder.

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

Berlin, den 20. Oktober 2023



Als wir das  
**Outsourcing** erfanden,  
gab es den **Begriff**  
noch gar nicht.

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



**Von Ärzten. Für Ärzte.**



# BUNDESVORSTAND

gemäß Wahl vom 15.10.2022

## Bundsvorsitzender

### Dr. Dirk Heinrich

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

## Stellv. Bundsvorsitzende

### Dr. Veit Wambach

Facharzt für Allgemeinmedizin  
info@drwambach.de

### Dr. Christiane Wessel

Fachärztin für Gynäkologie  
Markgrafenstraße 20, 10969 Berlin  
Tel: (030) 61 43 040  
wessel@virchowbund.de

## Beisitzer

### Dr. André Bergmann

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

### Dr. Andreas Lipécz

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

### Prof. Dr. Jan Löhler

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

### Dr. Kerstin Jäger

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

### Dr. Brigitte Szaszi

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

### Dr. Frauke Wulf-Homilius

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

Stand: September 2024

# LANDESGRUPPEN



**Hamburg**  
Dr. Dirk Heinrich  
Rennbahnstraße 32c  
22111 Hamburg  
Tel: (0 40) 6 51 78 70  
Fax: (0 40) 65 90 15 51  
heinrich@virchowbund.de

**Schleswig-Holstein**  
Matthias Seusing  
Werdenfelser Straße 2  
24146 Kiel  
Tel: (04 31) 78 92 29  
info.schleswig-holstein@virchowbund.de

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

**Berlin/Brandenburg**  
Dr. Christiane Wessel  
Markgrafenstraße 20  
10969 Berlin  
Tel: (0 30) 6 14 30 40  
Fax: (0 30) 6 15 91 36  
wessel@virchowbund.de

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

**Bayern**  
Dr. Ulrich Pechstein  
Am Stadtpark 2  
90409 Nürnberg  
Tel: (09 11) 93 77 80  
Fax: (09 11) 93 77 81 0  
u.pechstein@parcside.info

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

**Hessen**  
Dr. Franziska Gladisch  
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**  
Gert Buchner  
Adenauerstraße 16  
59759 Arnsberg  
Tel: (0 29 32) 3 12 50  
Fax: (0 29 32) 5 49 87  
gert.buchner@gmx.de

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

Stand: September 2024

# 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 2024



# 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 2024

# AUS DEN LANDESGRUPPEN

## BADEN-WÜRTTEMBERG

### Politik lässt ärztlichen Bereitschaftsdienst in Baden-Württemberg kollabieren

**Das Urteil des Bundessozialgerichts zur Sozialversicherungspflicht von Poolärzten im Oktober 2023 bedrohte den ärztlichen Notdienst. Dr. Brigitte Szaszi, Vorsitzende der Landesgruppe Baden-Württemberg im Virchowbund, zeigte sich erschüttert: „Der Entscheid des Bundessozialgerichts hat mit sofortiger Wirkung eine bewährte Versorgungsstruktur unserer Notfalldienstversorgung faktisch außer Kraft gesetzt. Heute ist ein schwarzer Tag für die ärztliche Versorgung unserer Patientinnen und Patienten. Das Urteil – und die explizite Weigerung der Politik eine Sonderregelung zu treffen – ist ein erneuter Schlag gegen die Ärzteschaft.“**



Dr. Brigitte Szaszi

Seit Monaten warnten ärztliche Verbände, Kassenärztliche Vereinigungen (KVen), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), sowie die Bundesärztekammer davor, welche einschneidenden Folgen eine mögliche Sozialversicherungspflicht im ärztlichen Bereitschaftsdienst für die ambulante Versorgung hätte. Initiativen, über den Bundesrat zu einer Sonderregelung für

Ärzte zu kommen, scheiterten offenbar am Widerstand aus dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Der Anteil der Poolärzte am Bereitschaftsdienst in Baden-Württemberg machte bislang im Schnitt rund 40 % aus, in manchen Regionen sogar 80 %. „Ich befürchte ernsthaft, dass der Notdienst in Baden-Württemberg mit den Ärzten nicht mehr aufrechterhalten werden kann“, sagt Dr. Szaszi. Die KV Baden-Württemberg hatte unmittelbar nach dem Urteil angekündigt, Notfallpraxen zu schließen bzw. die Öffnungszeiten stark einzuschränken.

Diese durch politische Untätigkeit verursachte Krise reiht sich in eine lange Liste von Nadelstichen gegen Arztpraxen und die ärztliche Selbstverwaltung, kritisierte Dr. Szaszi. Sie erwartet, dass sich der Ärztemangel im ambulanten Sektor weiter verschärfen wird. „Es ist wohl gewollt, das System vollends an die Wand zu fahren.“

Im August 2024, also beinahe ein Jahr später, verkündeten die Deutsche Rentenversicherung Bund und der GKV-Spitzenverband endlich eine Einigung. Demnach bleibt es dabei, dass die Sozialversicherungsträger zukünftig von einer

Selbstständigkeit von Poolärztinnen und -ärzten sowie von Vertragsärztinnen und -ärzten ausgehen, wenn diese

- › ihre tatsächlich erbrachten Leistungen mit eigener Abrechnungsnummer abrechnen,
- › im Falle der Nutzung von KV-Einrichtungen (bspw. Praxen, Fahrzeuge, Material oder Personal) ein fixes Nutzungsentgelt zahlen (das nicht kostendeckend sein muss, aber auch nicht nur symbolisch sein darf) und
- › sich im Vertretungsfall an von der KV vorgegebene Qualifikationsvorgaben halten.

## BAYERN

### Plädoyer für klimasensible Beratung

In Deutschland entfallen rund 5 % des CO<sub>2</sub>-Ausstoßes auf das Gesundheitswesen. Aber welche Herausforderungen stellt der Klimawandel konkret an das Gesundheitssystem? Welche Rolle können Arztpraxen, das Pflegewesen, die Pharmaindustrie und Technologie-Entwickler dabei spielen? Diese Fragen standen beim 18. Kongress der Gesundheitsnetzwerker im Mai 2024 in Berlin auf der Agenda.

Auf dem Podium „(Klima-)Wandel im Gesundheitswesen: Welches (Um-)Denken braucht es für die Zukunft?“ diskutierte Dr. Ulrich Pechstein, Vorsitzender der Landesgruppe Bayern u. a. mit TV-Wettermoderatorin Claudia Kleinert und Vertretern von Pharmabranche, Pflege und Krankenkassen.

Dr. Pechstein berichtete u. a. davon, wie klimasensible Beratung bereits in seinem

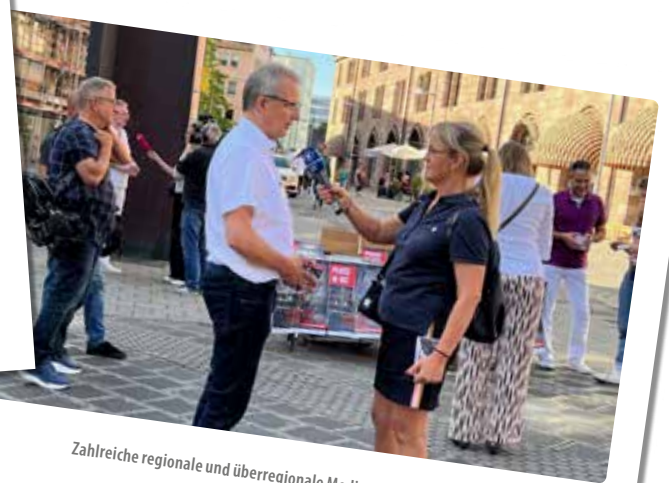
Arztnetz in die Tat umgesetzt wird, indem z. B. vulnerable Patienten ein „Klimarezept“ erhalten. Außerdem plädierte er für eine Umweltverträglichkeitsprüfung vor der Zulassung neuer Medikamente. Viele Medikamente gelangten über Ausscheidungen in die Umwelt, ohne dass dies bisher ausreichend kontrolliert werde.



Dr. Ulrich Pechstein



Der Ärzteprotest geht auf die Straße:  
Im Zuge der Praxisschließungen unter dem Motto „Praxis in Not“ eröffnete die Landesgruppe Bayern einen Informationsstand in der Fußgängerzone von Nürnberg. Die Mitglieder des Landesvorstandes klärten die Passanten über die Hintergründe und Forderungen des Protestes auf.



Zahlreiche regionale und überregionale Medien berichteten.

## MITTELDEUTSCHLAND

### Dr. Petra Bubel bleibt Vorsitzende im Osten

**Dr. Petra Bubel wird für weitere vier Jahre die Landesgruppe Mitteldeutschland im Virchowbund führen. Die HNO-Ärztin aus Sachsen-Anhalt wurde im Sommer 2024 einstimmig wiedergewählt. Sie leitet die Landesgruppe seit 2020.**

„Wir müssen alles daran setzen, dass die Praxis ein attraktiver Arbeitsplatz sowohl für Ärzte als auch für MFA bleibt“, sagt Dr. Bubel. „Die Ressourcen werden knapper, aber die Anspruchshaltung der Patienten steigt.“

Ebenfalls im Vorstand sind die beiden Stellvertreter Nadja Achtert und Dipl.-Med. Ralf-Peter Wirth sowie die Beisitzer Dr. Kerstin Jäger, Dr. Holger Jäger und Sven

Kotzur. Als Delegierte zur Bundeshauptversammlung fungieren Dr. Kerstin Jäger, Nadja Achtert und Ralf-Peter Wirth.



Dr. Petra Bubel

## HAMBURG

### Hamburger Ärzte fordern mehr ambulante Versorgung

**Die Landesgruppe Hamburg fordert mehr ambulante Versorgung: „Vieles, was ambulant gemacht werden könnte, wird in Deutschland noch stationär diagnostiziert und behandelt. Dabei ist der stationäre Sektor die ineffizienteste, teuerste Struktur in unserem Gesundheitswesen“, erklärt Dr. Dirk Heinrich, der Vorsitzende der Landesgruppe Hamburg im Virchowbund.**

Unbestritten sei, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ in der Patientenversorgung zu mehr Effizienz führe und damit Kosten senke. Diesen Grundsatz im Zuge der aktuellen Krankenhausreform auch umzusetzen, gelinge aber nur, wenn die ambulante Versorgung gestärkt werde. Das bedeute unter anderem, den Katalog der Hybrid-DRG zu vergrößern. „Zur Unterstützung der Arztpraxen müssen wir aber auch Bürokratie abbauen, ambulante Leistungen fair bezahlen, sodass sie kostendeckend erbracht werden können,

und Patienten besser in die richtige Versorgungsebene steuern“, fordert auch der Stellvertretende Landesgruppen-Vorsitzende, Dr. Maximilian Lange.

Deshalb müssten Medizinische Fachangestellte mindestens so gut bezahlt sein wie Sachbearbeiter bei den Krankenkassen. Für junge Ärztinnen und Ärzte müsse es sich wieder lohnen, eine eigene Praxis zu eröffnen, wünscht sich Dr. Heinrich. „Nichtstun ist mittelfristig teurer als diese Maßnahmen umzusetzen.“



Dr. Maximilian Lange

# #KURZ UND KOMPAKT

Nachrichten für Mitglieder des Virchowbunds



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

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

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

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

## **Langfristig Sicherheit schaffen**

Risiken verändern sich mit der Zeit und werden zunehmend an Relevanz gewinnen. Umso wichtiger ist es demnach, kurzfristig zu reagieren und laufende Verträge an neue Bedingungen anzupassen.

Wir stehen Ihnen als verlässlicher Partner zur Seite – bei der Vertragsbetreuung und insbesondere im Schadenfall.

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

## **KOMPETENT. PERSÖNLICH. ZUVERLÄSSIG.**

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



**Ecclesia med GmbH –  
Ein Unternehmen der Ecclesia Gruppe**  
Ecclesiastraße 1 – 4  
32758 Detmold

Telefon +49 5231 603-0  
Fax +49 5231 603-197  
info@ecclesiaMED.de  
www.ecclesiaMED.de



## 9 von 10 niedergelassenen Ärzten würden den Virchowbund weiterempfehlen

**93 % der Hausärztinnen und Fachärzte im Virchowbund würden den Verband an Kolleginnen und Kollegen weiterempfehlen. Das zeigt eine anonyme Online-Umfrage aus dem Frühjahr 2024.**

Als besonders wertvoll empfanden die Mitglieder die persönliche Rechtsberatung, Niederlassungsberatung und Praxisberatung sowie die umfangreichen Vorlagen, Musterverträge und Praxisinfos, die den Arbeitsalltag der Praxisteams erleichtern sollen.

35 % der Mitglieder nutzen die Services des Virchowbundes mindestens einmal im Monat, 55 % mindestens einmal im Quartal. Zudem begleitet der Verband jedes Jahr rund 500 Ärztinnen und Ärzte auf dem Weg zur eigenen Praxis und während der ersten Jahre bei der Optimierung

und Absicherung gegen wirtschaftliche Schwierigkeiten.

**93 %**  
würden den Virchowbund  
weiterempfehlen

## Die häufigsten Fragen zu Sprechstunden

**Die Virchowbund-Praxisberaterin Margaret Plückhahn beantwortet häufige Fragen rund um die Sprechstundenorganisation.**

### Wie viele Sprechstunden muss ich in meiner Praxis anbieten?

Bei einem vollen Versorgungsauftrag müssen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte seit 2022 verpflichtend 25 Sprechstunden pro Woche für gesetzlich versicherte Patienten anbieten.

Haben Sie als Arzt oder Ärztin dagegen nur eine dreiviertel oder halbe Zulassung inne, reduziert sich auch die Anzahl der Pflichtsprechstunden auf 18,75 bzw. 12,5. Wenn Sie sich einen Sitz mit einer anderen Ärztin oder einem Arzt teilen, muss also jeder von Ihnen 12,5 Sprechstunden anbieten.

### Sind Operationen und Hausbesuche Teil der Sprechstunden?

Ja, Operationszeiten für GKV-Patienten zählen zu dieser Zeit, Hausbesuche ebenso.

### Muss ich an jedem Wochentag Sprechstunden für GKV-Patienten anbieten?

Wann und an welchem Tag Sie Sprechstunden anbieten, richtet sich nach den Besonderheiten des Praxisbereiches. Laut Bundesmantelvertrag Ärzte (§17 BMV-Ä) müssen Sie aber auch die Bedürfnisse der Versicherten berücksichtigen (z. B.



Der Virchowbund berät auch bei Fragen zur Praxisorganisation

durch Sprechstunden am Abend oder an Samstagen).

Der Bundesmantelvertrag verpflichtet Sie aber nicht dazu, an jedem Tag Sprechstunden abzuhalten. Falls Ihre Kassen-

ärztliche Vereinigung (KV) etwas anderes behauptet, wenden Sie sich an unsere Praxis- und Rechtsberatung.

Auch andere Faktoren können Einfluss auf die Zeiten Ihrer Sprechstunden haben. Bei speziellen Abrechnungsgenehmigungen (z. B. Substitutionsbehandlung) oder Verpflichtung zum Notdienst müssen Sie unter Umständen ebenfalls bestimmte Vorgaben erfüllen.

### Muss ich während der Sprechstunde per Telefon erreichbar sein?

Nein. Sie müssen zu Ihren Sprechstunden erreichbar sein, aber nicht unbedingt telefonisch. Überspitzt gesagt, müssen Sie im Rahmen der 25 Pflichtsprechstunden gar nicht per Telefon erreichbar sein

Nur im Rahmen besonderer Versorgungsaufträge kann eine verpflichtende Erreichbarkeit definiert sein. Einige Kassenärztliche Vereinigungen haben in ihren Satzungen außerdem Regeln zur Verpflichtung, grundsätzlich erreichbar zu sein. Lesen Sie deshalb die Satzung Ihrer KV.

### Welche Fachgruppen müssen offene Sprechstunden anbieten?

Die offene Sprechstunde ist eine spezielle Form der Sprechstunde. Sie soll bewirken, dass GKV-Patienten auch ohne Termin bei Fachärzten behandelt werden können.

Diese Fachgruppen müssen laut Gesetz 5 offene Sprechstunden pro Woche anbieten (in den 25 Sprechstunden enthalten):

- › Augenärzte
- › Chirurgen
- › Gynäkologen
- › HNO-Ärzte
- › Hautärzte
- › Kinder- und Jugendpsychiater
- › Nervenärzte
- › Neurologen
- › Neurochirurgen
- › Orthopäden
- › Psychiater
- › Urologen

### Wie wird die offene Sprechstunde vergütet?

Bis zu 17,5 % der Fälle in der offenen Sprechstunde werden extrabudgetär vergütet. Genauer erklären wir im Blogbeitrag zur Abrechnung der Zuschläge in der offenen Sprechstunde und in der Praxisinfo Nr. 27 „Terminvermittlung“.

### Muss ich eine Vertretung organisieren, wenn ich die Praxis nur für einen Tag schließe? Muss ich die Vertretung der KV melden?

Wenn Sie an einem Tag mit Sprechstunde die Praxis schließen, müssen Sie eine Vertretung benennen. Der Arzt bzw. die Praxis, der oder die sie vertritt, muss mit der Vertretung einverstanden sein. Nutzen Sie am besten unseren Mustervertrag zur Vertretung und laden Sie die Praxisinfo „Vertretung des Vertragsarztes“ herunter.

Außerhalb Ihrer Sprechstundenzeiten benötigen Sie keine Vertretung. Eine Meldepflicht gegenüber der KV besteht ab einer Woche Abwesenheit.

### Darf ich in der Mittagspause die Praxis schließen?

Wenn die Pause außerhalb der Sprechstundenzeit liegt, dürfen Sie schließen.

### Darf ich bei Abwesenheit auf den Notdienst verweisen?

Nein, ein Verweis auf den Notdienst genügt nicht.

## Qualitätsgesicherte Leistungen lohnen sich nicht für jede Praxis

**Rund 70-80 % aller ärztlichen Leistungen, die gesetzlich Versicherte in Deutschlands Arztpraxen in Anspruch nehmen, sind sogenannte qualitätsgesicherte Leistungen. Dazu zählen beispielsweise Ultraschall- oder Röntgendiagnostik, aber auch ambulante Operationen und die Hautkrebsfrüherkennung.**

Um solche QS-Leistungen anbieten und abrechnen zu können, müssen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte häufig teure Medizingeräte anschaffen, eine Abrechnungsgenehmigung beantragen, Fortbildungen absolvieren, sowie Kontrollen und Re-Zertifizierungen über sich ergehen lassen. Dieser Aufwand will refinanziert werden. Unter den aktuellen Finanzierungsbedingungen für die ambulante

Versorgung ist das jedoch teilweise nicht mehr möglich.

„Dass sich mit qualitätsgesicherten Leistungen Geld verdienen lässt, ist leider ein Mythos“, warnt Virchowbund-Praxisberaterin Margaret Plüchhahn. „Man muss da sehr genau hinsehen. Je nach Fachgruppe,

KV-Bezirk und Zusatzvolumen rate ich unseren Mitgliedern im Beratungsgespräch teilweise auch davon ab, QS-Leistungen anzubieten, wenn sie nicht am Ende draufzahlen wollen.“

Welche Alternativen es zu QS-Leistungen gibt und für welche Praxen sich diese eignen, dazu informiert der Virchowbund im Rahmen der Praxis- und Rechtsberatung sowie im Online-Seminar „Qualitätsgesicherte Leistungen anbieten und abrechnen“.

**Termine für künftige Onlineseminare:** [www.virchowbund.de/veranstaltungen](http://www.virchowbund.de/veranstaltungen)

## Praxissoftware: Jede zweite Praxis ist unzufrieden

Eine Umfrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) ergab: **47,7 % aller Praxen sind unzufrieden mit ihrer aktuellen Praxissoftware. Besonders belastend für Ärzte und MFA waren die häufigen Fehler und Softwareausfälle. Jede zweite Praxis hat damit beinahe täglich zu kämpfen.**

Das Zi befragte im Frühjahr 2024 über 10.000 Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten zur Zufriedenheit mit der eingesetzten Praxis-EDV. Insgesamt wurden 85 Praxisverwaltungssysteme (PVS) bewertet. Von jenen, die insgesamt mindestens 20 Bewertungen erhielten, wurden 15 positiv und 23 negativ beurteilt.

Die Zufriedenheit mit der EDV der Arztpraxis war dort am höchsten, wo die Nutzer auch von weniger Software-Problemen berichteten. Zum Beispiel sagte jeder zweite User der bestbewerteten PVS, dass die Arztsoftware (größtenteils) fehlerfrei funktioniere.

### Verlierer im Praxissoftware-Vergleich verursachen häufiger Fehler

Dagegen erlebte nur jeder 77. User von schlecht bewerteter Arztsoftware fehlerfreien Betrieb. Im Gegenteil: Knapp 85 % berichteten etwa von Fehlern nach einem Update des PVS.

Weitere häufige Fehlerquellen in der EDV sind:

- › Fehler beim Verbindungsaufbau des Konnektors mit der Telematik-Infrastruktur (TI)
- › Fehler beim Ausstellen von elektronischen Rezepten (eRezept)
- › Fehler bei der Signatur von eRezepten
- › Fehler beim Auslesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
- › Fehler beim Ausstellen der eAU via KIM

Probleme in anderen Bereichen außerhalb der Telematik-Infrastruktur – z. B. bei der Online-Terminvergabe, beim Verarbeiten von Scans oder bei der Quartalsabrechnung – traten seltener auf. Doch auch hier laufen die besser bewerteten PVS stabiler.

### Praxisprogramm wechseln

Viele Praxisinhaber scheuen sich trotz aller Probleme, die Praxissoftware zu wechseln. Laut der Umfrage 2024 haben bislang nur 8,5 % der Praxen tatsächlich die Software gewechselt. Ein Wechsel zu einem anderen PVS-Anbieter verursacht Kosten, verschlingt Zeit, und kann unter Umständen zu Datenverlust führen.

Andererseits kann ein Wechsel des Praxisprogramms die Prozesse vereinfachen, die Stimmung im Team verbessern und Ressourcen freisetzen. Das zeigt auch der Software-Vergleich 2024. Mehr als die Hälfte der Praxen war nach dem PVS-Wechsel zufriedener. In einer anderen Umfrage des Ärzte Nachrichtendienstes würden 9 von 10 Praxen, die ihre Software gewechselt haben, dies auch Kollegen und Kolleginnen empfehlen.

**Die Liste der 15 besten Praxissoftwares finden Sie im Praxisärzteblog:**

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



Das PVS ist für jede zweite Praxis mehr Fluch als Segen



## Tipps für die Videosprechstunde

In der Videosprechstunde kann das Gespräch zwischen Arzt und Patient anders verlaufen oder wahrgenommen werden als live. Schon eine überlegte Einrichtung der Videosprechstunde kann Zeit für später sparen, und Vertrauen und Professionalität vermitteln.



Die Nutzung der Videosprechstunde ist seit einiger Zeit rückläufig

1. Ein Fenster hinter Ihnen erscheint oft unangenehm hell beim Gegenüber, während Ihr Gesicht im Dunkel verschwindet. Ist das Fenster direkt vor Ihnen, kann Ihr Gesicht unnatürlich hell und maskenhaft wirken. Ein Fenster seitlich zur Kamera oder nicht zu dunkle Vorhänge sind besser.
2. Ob Sie einen fiktiven Hintergrund einstellen können, hängt von Ihrem Videodienstleister ab. Falls Sie einen anderen Hintergrund wählen als Ihr Sprechzimmer, sollte dieser möglichst ruhig und neutral sein. Wenn möglich, bietet es sich stets an, den Hintergrund unscharf zu stellen.
3. Ungünstige Kamerawinkel wirken sich negativ auf die Gesprächsatmosphäre aus. Am positivsten wirkt das Gefühl von Augenhöhe – wie in der direkten Kommunikation.
4. Angenehm sollte es sein, wenn Ihr Gegenüber Sie mindestens bis zur Brust sieht. Dann können auch Ihre Hände noch sichtbar sein. Denn die Gestik ist ein großer Teil von Körpersprache, über die wir maßgeblich kommunizieren.
5. Testen Sie die Lautstärke von Lautsprechern und Mikrofon in einer Probesitzung und bleiben Sie bei diesen Einstellungen.
6. Schalten Sie die Selbstansicht ab oder schieben Sie Ihr eigenes Bild an den Rand und verkleinern es. Am besten schalten Sie die Ansicht des Patienten auf Vollbild.
7. Präsenz, Aufmerksamkeit und Vertrauen vermitteln Sie wirkungsvoll durch Blickkontakt. Schauen Sie also zwischendurch immer wieder für einige Sekunden direkt in die Kamera statt auf den Bildschirm. Das kann für Sie zunächst irritierend sein, da niemand zu Ihnen zurückblickt. Aber nur so fühlt sich der Patient oder die Patientin direkt angesehen.
8. Wiederholen Sie in eigenen Worten, was der Patient oder die Patientin gesagt hat. Das hat mehrere Vorteile: Es kann Ihnen bei der Konzentration helfen. Sie können sich den Inhalt für die spätere Dokumentation besser merken. Sie zeigen Aufmerksamkeit. Und wenn die Verbindung einseitig „wackelt“, gleichen Sie ab, dass Sie alles Relevante mitbekommen haben.
9. Sie sehen nur einen Ausschnitt Ihres Gegenübers. Wenn es für Sie hilfreich ist, bitten Sie Ihr Gegenüber, den Abstand zur Kamera zu ändern.
10. Lassen Sie Ihr Gegenüber das Videogespräch zuerst verlassen. Seien Sie zugewandt, bis Ihr Gegenüber die Videoplattform verlassen hat.

## Medikamente richtig verordnen

**Entspricht die Verordnung eines Medikaments nicht den Richtlinien oder Vorgaben, stellt die Krankenkasse gerne in Frage, ob sie die Kosten übernehmen muss. Dann kann ein Regress erfolgen. Doch das Risiko können Ärzte reduzieren.**

So vermeiden Sie einen Regressbescheid bei der Verordnung von Arzneien:

### 1. PVS prüfen: Ist das Medikament verordnungsfähig?

Bevor Sie ein Medikament verschreiben, prüfen Sie, ob es verordnungsfähig ist. Stellen Sie sicher, dass die GKV ihr Medikament überhaupt erstatten darf, und zwar in Bezug auf die beim Patienten individuell vorliegende Indikation. Denn wenn die Arznei grundsätzlich ausgeschlossen ist oder Sie indikationsspezifische Einschränkungen nicht beachtet haben, ist später ein Regress wahrscheinlich. Dann ist auch Ihr Widerspruch bei unzulässigen Verordnungen in der Regel aussichtslos.

Zur Verordnungsfähigkeit gibt Ihnen Ihr PVS aktuelle Informationen. Dort ist auch die verbindliche Arzneimittel-Richtlinie des G-BA hinterlegt.

### 2. Off-Label-Use: Besser vorher bei der Krankenkasse beantragen

Der Off-Label-Use ist die Verwendung eines Medikaments außerhalb seiner zugelassenen Anwendungsgebiete. Beachtlichen Sie einen Off-Label-Use, sollten Sie die Krankenkasse schon vorher darüber mit Begründung informieren und um Genehmigung bitten. An Auflagen und

Bedingungen der Genehmigung müssen Sie sich halten.

Generell wird häufig aufgrund von Off-Label-Verordnungen geprüft. Seien Sie sehr aufmerksam bei jeder entsprechenden Verordnung.

**Tipp:** Eine Reihe zulässiger Off-Label-Verordnungen lassen sich auch dann noch rechtfertigen, wenn der Prüfantrag der Krankenkasse schon gestellt ist. Sicherer und viel weniger aufwändig ist es jedoch, vorab um Genehmigung zu bitten.

### 3. Wirtschaftlichste Alternative bevorzugen

Wenn es mehrere gleichwertige Therapieoptionen gibt, entscheiden Sie sich für die wirtschaftlichste. Indem Sie die kosteneffizienteste Option wählen, handeln Sie im Sinne der Krankenkasse und minimieren das Risiko eines Regresses.

### 4. Aut-idem-Kreuz nur bei medizinischer Notwendigkeit setzen

Das Aut-idem-Kreuz („kein Austausch“) auf einem Rezept bedeutet, dass der Apotheker anstelle des verschriebenen Medikaments kein anderes, günstigeres, abgeben darf. Setzen Sie das Aut-idem-Kreuz nur dann, wenn es medizinisch notwendig ist. Andernfalls haften Sie für die Kosten. No-

tieren Sie in der Patientenakte unbedingt, welcher medizinische Grund vorliegt.

### 5. Erfahrungen aus Einzelfallprüfungen nutzen

Einige Kassenärztliche Vereinigungen veröffentlichen Listen mit Präparaten oder Indikationen, bei denen es bereits viele Einzelfallprüfungen gegeben hat. Informieren Sie sich über die Antragsgründe und beachten Sie diese.

### 6. Umfassende Dokumentation

Gerade im langen und stressigen Alltag in der Arztpraxis wird manchmal die Dokumentation vernachlässigt. Das birgt die Gefahr, keine Rechtfertigungsgründe mehr vorlegen zu können.

Halten Sie also alle relevanten Informationen fest: zumindest Diagnose, vorherige Behandlungen, das Ansprechen auf die aktuelle Therapie, individuelle Therapieumstände, das Versagen anderer Therapien und Angaben zur Patientenadhärenz.

Schreiben Sie Wichtiges gleich in die Patientenakte. Nachträgliche Änderungen sind nur in wenigen Ausnahmefällen in Ordnung und müssen begründet werden. Wenn Sie hier unsicher sind oder Beratung benötigen, steht Ihnen als Mitglied auch unsere Rechtsberatung zur Verfügung.

#### Tipp

Laden Sie auch unsere Praxisinfo „Wirtschaftlichkeitsprüfung, Plausibilitätsprüfung & Co.“ herunter.



Regress wegen Medikamentenverordnungen sind vermeidbar

## Webinare



Das Webinar-Programm des Virchowbundes:

### JANUAR

**24.01.2024**

Telematik-Infrastruktur, E-Rezept und Co. – was bedeutet das für mich?

### FEBRUAR

**21.02.2024**

Wirtschaftlich überleben unter der aktuellen Gesundheitspolitik

### MÄRZ

**20.03.2024**

Praxisstart ohne Behördenstress: So melden Sie sich an, ab und um

**13.03.2024**

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

### APRIL

**10.04.2024**

Die Spielregeln für Vertragsärzte: Welche Verträge verpflichten Sie wozu?

**17.04.2024**

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

**24.04.2024**

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

### MAI

**15.05.2024**

Von der Vision zu Zahlen: Ihr Businessplan für die Praxis

**29.05.2024**

Die digitale Transformation in der ambulanten Versorgung: Auswirkungen der Telematik-Infrastruktur (TI) auf Ihren Praxisalltag

### JUNI

**07.06.2024**

Wirtschaftlich und korrekt verordnen (I): Arznei- und Verbandmittel

**08.06.2024**

Wirtschaftlich und korrekt verordnen (II): Heil- & Hilfsmittel, Krankentransport, Hauskrankenpflege

**19.06.2024**

Wirtschaftlich überleben unter der aktuellen Gesundheitspolitik

### JULI

**24.07.2024**

Abrechnungsprüfung, Plausibilitätsprüfung und Co.

### AUGUST



### SEPTEMBER

**11.09.2024**

Qualitätsgesicherte Leistungen anbieten und abrechnen

**18.09.2024**

Rezept gegen Fachkräftemangel: MFA finden und binden

### OKTOBER

**16.10.2024**

Vorsorgen und versichern: Rente, Familienabsicherung und wichtige Policen

**23.10.2024**

Abrechnung in der Arztpraxis (III): GOÄ, IGeL, Selbstzahler

**30.10.2024**

Telemedizin und Netzwerk – Wie für meine Praxis gemacht!

### NOVEMBER

**06.11.2024**

Mein Weg in die eigene Praxis: Optionen im Überblick

**13.11.2024**

Die Arztpraxis als Unternehmen

**20.11.2024**

Psychohygiene und Stressabbau für Ärztinnen und Ärzte

### DEZEMBER

**04.12.2024**

Wirtschaftlichkeitsprüfung überstehen und in Zukunft vermeiden

**11.12.2024**

Die Big Five des Arbeitsrechts: Kündigung, Abmahnung, Krankheit, Schwangerschaft, Urlaub

AUSBLICK 2025



## Bereits in Planung für 2025:

- › Abrechnung in der Arztpraxis (I): So wenden Sie den EBM an
- › Abrechnung in der Arztpraxis (II): Bescheide, Vergütung und Honorar erklärt
- › Wirtschaftlich und korrekt verordnen (I): Arznei- und Verbandmittel
- › Wirtschaftlich und korrekt verordnen (II): Heil- & Hilfsmittel, Krankentransport, Hauskrankenpflege
- › Von der Vision zu Zahlen: Ihr Businessplan für die Praxis
- › Wirtschaftlich überleben unter der aktuellen Gesundheitspolitik
- › IT-Sicherheit: So schützen Sie Ihre Praxis vor Hackern
- › Kompass Gesundheitswesen: Was machen KV, Kammer, Verbände & Co.?



## Praxisberatung

Seit 2022 bietet der Virchowbund seinen Mitgliedern neben der Rechtsberatung auch eine persönliche Niederlassungs- und Praxisberatung.

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

Das Beratungsspektrum deckt die gesamte Bandbreite des Praxisalltags ab:

- › Eine Praxis eröffnen
- › Praxismodell wählen: MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft, Jobsharing
- › Praxismanagement optimieren
- › Praxis abgeben

- › Abrechnung: EBM, GOÄ, Selektivverträge
- › Regress und Honorarrückforderung vermeiden
- › Ein Team erfolgreich aufbauen und führen

### Weitere Informationen:

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

## Rechtsberatung

Die Rechtsberatung im Virchowbund umfasst die Bereiche

- › Arbeitsrecht
- › Berufsrecht
- › Mietrecht
- › Vertragsarztrecht
- › Mediation / Streitschlichtung

und alle anderen Rechtsfragen aus dem Praxisalltag.

Nicht nur Leitlinien und Behandlungsrichtlinien ändern sich laufend und führen dazu, dass Ärzte und Praxisinhaber immer wieder ihr Praxismanagement anpassen müssen.

Auch das Arbeitsrecht ändert sich kontinuierlich – sowohl durch Gesetze und Verordnungen, als auch durch die Rechtsprechung. Manchmal müssen sogar Arbeitsverträge nach Jahren angepasst werden.

Der Virchowbund hilft dabei, den Überblick zu behalten. Unsere Praxisinfos und Musterverträge passen wir zeitnah an rechtliche Änderungen an. So haben Praxisinhaber immer die Sicherheit, auf dem aktuellen Stand zu sein.

**Der monatlich erscheinende Rechts-Newsletter hält über aktuelle relevante Neuerungen auf dem Laufenden.**

### Hier anmelden:

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

## Sonderzahlungen im Arbeitsvertrag

**Sei es das 13. Monatsgehalt, Weihnachtsgeld und andere zusätzliche Leistungen, die Sie Ihren Mitarbeitenden gewähren: In der Regel möchten Sie die Sonderzahlung auszahlen, wenn es wirtschaftlich möglich ist und sich rechtlich nicht so binden, dass Ihre Angestellten darauf klagen können.**

Im Arbeitsvertrag können Sie dies unmissverständlich festlegen, indem Sie Freiwilligkeitsvorbehalte wirksam und korrekt einsetzen.

### Was ist ein Freiwilligkeitsvorbehalt?

Ein Freiwilligkeitsvorbehalt ist eine Absprache im Arbeitsvertrag oder eine einseitige Erklärung des Arbeitgebers gegenüber Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmerin. Diese besagt, dass der Arbeitnehmer keinen festen Anspruch auf eine bestimmte Leistung des Arbeitgebers hat. Sonderleistungen, die Sie Ihren Mitarbeitern gewähren, erfolgen also aus freiem Willen und werden nicht dauerhaft garantiert.

### Das ist der rechtliche Hintergrund

Arbeitsvertragliche Freiwilligkeitsvorbehalte finden sich oft in vorformulierten Arbeitsverträgen. Diese werden als Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB) betrachtet und können im Streitfall von Gerichten auf ihre Verständlichkeit und inhaltliche Angemessenheit hin überprüft werden. AGB sind dann unwirksam, wenn sie den Arbeitnehmer unangemessen benachteiligen – sei es aufgrund mangelnder Klarheit oder Intransparenz.

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat klargestellt, dass ein Freiwilligkeitsvorbehalt in Bezug auf Sonderleistungen stets eine Ausnahme für spätere Individualvereinbarungen enthalten muss.

### Praxisbeispiel

Ein Arbeitgeber hatte in den AGB seines Arbeitsvertrags folgenden Freiwilligkeitsvorbehalt formuliert:

*„Die Zahlung von Sonderzuwendungen insbesondere von Weihnachts- und/ oder Urlaubsgeld liegt im freien Ermessen des Arbeitgebers und begründet keinen Rechtsanspruch für die Zukunft, auch wenn die Zahlung mehrfach und ohne ausdrücklichen Vorbehalt der Freiwilligkeit erfolgt.“*

Der Haken an der Klausel: Sie lässt keine Ausnahme für mögliche Ansprüche zu, die durch spätere Individualvereinbarungen entstehen – und damit auch keine künftigen Ansprüche auf jegliche Sonderzahlungen, unabhängig von deren Ursprung.

Die Gerichte sahen die Klausel deshalb als unwirksam an: Der Freiwilligkeitsvorbehalt hätte klarstellen müssen, dass er nicht für spätere Individualvereinbarungen gilt. Spätere individuelle Vertragsabreden haben nämlich Vorrang vor Allgemeinen Geschäftsbedingungen – das besagt § 305 BGB.

Im Beispiel hier stand in den AGB des Arbeitsvertrags außerdem noch folgende Schriftformklausel:

*„Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Änderung und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.“*

Dies verstärkte den Eindruck, dass sämtliche späteren, nicht schriftlich getroffenen Individualabreden unwirksam sein sollten – was wiederum § 305 BGB widerspricht.

Um solche rechtlichen Fallstricke zu vermeiden, sollten Sie bei Freiwilligkeitsvorbehalten immer darauf hinweisen, dass der Vorbehalt nicht für spätere Individualvereinbarungen gelten soll, die vor dem Vorbehalt rechtlich Vorrang haben.

Zusätzlich ist es ratsam, allen Sonderzahlungen ein Begleitschreiben beizulegen, in denen Sie die Freiwilligkeit der Zahlung betonen und klarstellen, dass dies keinen Anspruch für die Zukunft begründet.



Weihnachtsgeld kann vom freiwilligen Bonus zur Pflicht werden

**Wenn Sie Aussagen zu Sonderzahlungen in bestehenden Arbeitsverträgen ändern möchten, laden Sie das Muster „Änderungsvertrag“ im Mitgliederbereich herunter.**

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

# KOMMUNIKATION

**Virchowbund** · 19. Juli

In nur 1 Minute ein Arbeitszeugnis für MFA erstellen!

Mit unserer Word-Vorlage kein Problem. Das ist Service, der sich lohnt!

Mehr Infos und Download: [virchowbund.de/personal/wordba](https://www.virchowbund.de/personal/wordba)



## Arbeitszeugnis erstellen

schnell und einfach

0:00 / 0:44

**Virchowbund** · 14. März

Liebe Krankenkassen, seien Sie doch so fair und finanzieren Sie die Medizinischen Fachgesellschaften genauso gut wie Ihre eigenen Selbstverwaltungsfachgesellschaften!

#VirchowbundMFA ruft BGG/SV auf den #Fachärztag zu fairer Bezahlung für MFA auf!

@BfArM @vfmforfaw @BfArM



„Wir bezahlen die Verwaltung besser als jene, die direkt am Patienten arbeiten.“

16. Juli 2022 · 10:00

**Virchowbund** · 2. Okt. 2023

In #Berlin ziehen gerade Ärztinnen und Ärzte Richtung Bundesgesundheitsministerium #PraxisInNot




**Virchowbund** · 19. Dez. 2023

Was die Ärzteschaft während #Corona geleistet haben, hat die Politik nie anerkannt.

Wenn die Praxen zwischen #Weihnachten und #Silvester geschlossen bleiben, merkt auch @Karl\_Lauterbach: Praxis weg, Gesundheit weg.

#PraxisInNot #PraxenKollaps @vfmforfaw

praxisinnot.de




**Virchowbund** · 18. Juli

#IKV und #Kassenärzten fordern Honorar von Ihren nurack? Ärgerlich - aber das können Sie vermeiden!

In unserem Webinar #PraxisInfo nehmen Sie Tipps zum Schutz vor Honorarrückforderungen mit - und sparen so Geld & Nerven.

Jetzt kostenlos anmelden: [virchowbund.de/veranstaltungen](https://www.virchowbund.de/veranstaltungen)




24.07.2024  
18:00 Uhr

## Abrechnungsprüfung, Plausibilitätsprüfung & Co.

2022 · 10:00



**Virchowbund** · 20. Juli

Der Virchowbund wird 75 Jahre alt. Seit 1949 haben wir mehrfach unseren Namen geändert.

Zum Beispiel 1960. Würden Sie, warum damals die Umbenennung notwendig wurde?

Tipp: Es hat auch IHR Leben verändert.

Die Lösung gibt es hier: [virchowbund.de/veranstaltungen](https://www.virchowbund.de/veranstaltungen)




# 75 JAHRE



VirchowBund

**Virchowbund** · 26. Juni

3 aktuelle Leitlinien für die #Mitteltalferm

- BNZ unter Führung der KVen (wie im SVR - Gutachten vom 11.06.2023)
- keine Notfallversorgung durch Krankenkassen ohne BNZ
- wegfallende Erstambulanz via DED Plus (keine Honorare!)

Arbeitsblatt

**Virchowbund** · 3. Okt. 2023

Jeder einzelne niedergelagte Kittel, jede einzelne geschlossene Praxis reißt eine Lücke. Diese Ärztinnen und Ärzte fehlen.

Für Patienten heißt das: noch weniger Termine, noch weniger Zeit.

Das sind die Folgen von #Mitteltalferm & #PraxenKollaps @Karl\_Lauterbach

#PraxisInNot

Madlen Schäfer @maedlensch - 3. Okt. 2023

Ärztinnen und Ärzte legen symbolisch vor dem Bundesgesundheitsministerium ihre Kittel nieder #PraxisInNot #Berlin @virchowbund





**Virchowbund** · 25. Juli

70-80 % aller Arzt-Leistungen, die gesetzlich Versicherte in Anspruch nehmen, sind qualitativ mangelhaft (z. B. Fehldiagnose, @Röntgen, ambulante #Operationen, #Hautarzt, #Hörgeräte).

Viele davon sind nicht profitabel - Praxen zahlen sogar noch drauf.

[virchowbund.de/personal/stop](https://www.virchowbund.de/personal/stop)





## QS-Leistungen lohnen sich oft nicht

ILLUSTRATION: SOLOMON7, RVLISOFT, LUDMYLA KHARLAMOVA - SHUTTERSTOCK





**apotheke adhoc**

**Virchowbund fordert „Praxiszukunftsgesetz“**

**änd**

Virchowbund  
Budgets für Arztpraxen schnellstmöglich abschaffen

**Süddeutsche Zeitung**

**Ärzte drohen mit weiterem Streik**

**ÄrzteZeitung**

Virchowbund: Pläne zur neuen Bagatellgrenze könnten für Ärzte nach hinten losgehen

**Bild**

**Zehntausende Arztpraxen zwischen den Feiertagen dicht**

10 Min.

Diese Praxis bleibt heute geschlossen

02.10.2023  
Ärzteverband: "Sorgen der Ärzte ernstnehmen"  
WDR 5 Mittagsecho · WDR 5

zdf heute

Diese Praxis bleibt heute geschlossen

**ZEITUNG ONLINE**

**Virchowbund droht mit Praxisschließungen im Januar**

**tagesschau**

Personal in Arztpraxen zum Warnstreik aufgerufen

**Augsburger Allgemeine**

**Virchowbund sieht Bereitschaftsdienst in Gefahr**

6 Min.

DIE POLITIK WACHT ERST AUF, WENN DIE LETZTE PRAXIS ZU IST

02.10.2023

**Virchowbund zur Lage der Ärzte: "Das Geld reicht schlicht nicht"**

Politik · rbb24 Inforadio



Frankfurter Allgemeine  
„Ausgehungert“ und „ausgeblutet“ – Ärzte machen ihrem Unmut Luft

ÄrzteZeitung  
Virchowbund stellt sich hinter Forderungen der MFA



Handelsblatt  
Streit über die Zukunfts-ePA

Deutschlandfunk  
Virchowbund fordert Ende der Budgetierung

WELT  
Tausende Arztpraxen bleiben Montag geschlossen



ntv  
Tausende Praxen sollen zwischen den Jahren geschlossen bleiben

stern  
Warnung vor Praxenkollaps: Ärzte protestieren gegen Gesundheitspolitik

DAZ.online  
Ärzte-Krisengipfel: Virchowbund kritisiert „Spaltungsversuche“ Lauterbachs



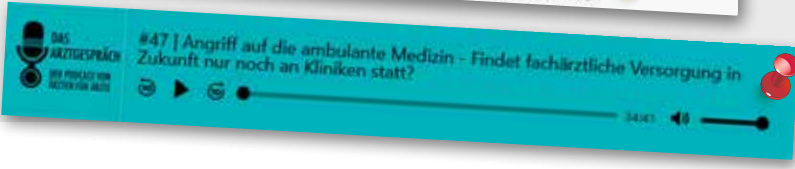
Geschlossene Praxen: Fach- und Hausärzte protestieren landesweit

aerzteblatt.de  
Kritik an Krankenhausreform: Ärzteverband droht mit Systemausstieg



TAGESSPIEGEL BACKGROUND  
Virchowbund will GÖÄ-Reform nach Schwarzes IGeL-Kritik

SPIEGEL Politik  
Vor Gipfel mit Lauterbach  
Ärzteverband droht mit längeren Praxisschließungen im Januar



# NACHRUF



Hartwig Lange  
(1941 – 2024)

## Hartwig Lange (1941 – 2024)

**Der Virchowbund trauert um den langjährigen Hauptgeschäftsführer des einstigen NAV und NAV-Virchowbundes, Hartwig Lange, der im Alter von 83 Jahren verstarb.**

Hartwig Lange wurde am 15. September 1941 im vogtländischen Plauen geboren. Seine Familie floh 1945 in die damalige westliche Besatzungszone. Nach Abschluss der Kaufmannsschule Aachen und einer kaufmännischen Lehre studierte er Betriebswirtschaft in Mönchengladbach und schloss als graduerter Betriebswirt ab. Nach Stationen im Verband der Druckindustrie Nordrhein, dem Zentralverband der Augenoptiker und dem Extrakte-Verlag für Unternehmerbriefe stellte ihn der damalige Bundesvorsitzende Dr. Kaspar Roos 1975 als Assistenten der Hauptgeschäftsführung ein. Nach dem Ausscheiden des amtierenden Hauptgeschäftsführers Dr. Walter Hemmer ernannte der Bundesvorstand Lange mit 36 Jahren einstimmig zum Hauptgeschäftsführer.

In den folgenden Jahren diente er unter den drei Bundesvorsitzenden Dr. Kaspar Roos, Dr. Erwin Hirschmann und Dr. Maximilian Zollner. In diese Zeit fielen richtungweisende berufspolitische Urteile und Entscheidungen, so zum Beispiel das Urteil des Bundessozialgerichts zur grundsätzlichen Zulässigkeit fachübergreifender Gemeinschaftspraxen 1983, das auf Betreiben des damaligen NAV zustande kam. Zudem spielte der Verband eine wichtige, aktive Rolle beim Entstehen des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes. Insgesamt war Lange 31 Jahre in Diensten des Verbandes.

Ein weiterer wichtiger Meilenstein in seiner Zeit als Hauptgeschäftsführer war im Herbst 1990, knapp ein Jahr nach dem Fall der Mauer, die Fusion mit dem Rudolf-

Virchow-Bund, dem ersten freien Ärzteverband der damaligen DDR.

Zu seiner Verabschiedung in den Ruhestand im Oktober 2006 würdigte ihn der damalige Bundesvorsitzende Dr. Maximilian Zollner als einen „stets bestinformierten Mitarbeiter mit jahrelanger berufspolitischer Erfahrung, der alle Zusammenhänge des Gesundheitswesens erfassen und bewerten konnte“. Zollner betonte dabei besonders Langes ausgleichende und zurückhaltende Art der Amtsführung.

Hartwig Lange verstarb am 09.09.2024 kurz vor Vollendung seines 84. Lebensjahres in seiner langjährigen Heimatstadt Düsseldorf. Der Virchowbund trauert mit den Angehörigen und wird Hartwig Lange ein ehrendes Gedenken bewahren.



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

## Gründen mit einem guten Gefühl.

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

**Virchowbund**

Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte  
Deutschlands e.V.

Chausseestraße 119b

10115 Berlin

Tel: (0 30) 28 87 74-0

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

[info@virchowbund.de](mailto:info@virchowbund.de)

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