

*Deutschland steht vor großen Herausforderungen und Veränderungen; demografisch, wirtschaftlich, gesellschaftlich und politisch. Als Teil der Daseinsvorsorge ist das Gesundheitswesen elementarer Bestandteil unserer Gesellschaft. Die Menschen in diesem Land haben großes Vertrauen in die Funktionsfähigkeit der Gesundheitsversorgung. Eine Verschlechterung der Versorgung und der damit verbundene Vertrauensverlust in die Politik führen zu Verunsicherung, Ängsten und Wut, die die Demokratie als Ganzes bedrohen können. Daher ist eine verlässliche Gesundheitsversorgung für unser Zusammenleben, für das Fortbestehen des demokratischen Rechts- und Sozialstaates existenziell. Aber das Gesundheitswesen steckt in einem notwendigen Transformationsprozess. Weil jeder Mensch davon betroffen ist und es eine Vielzahl von beteiligten Gruppen gibt, gelingen Veränderungen nur in einem langfristigen Prozess. Umso wichtiger ist es, die notwendigen Diskussionen für die erforderlichen grundlegenden Veränderungen heute bereits zu beginnen, damit sie in zwei bis drei Legislaturperioden vollständig umgesetzt werden und dann in zehn bis 20 Jahren ihre volle Wirkung entfalten. Dieses Positionspapier soll im Vorfeld der 2025 anstehenden Bundestagswahl dafür die Impulse der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte geben.*

---



## **Versorgung 2040: Eckpunkte für eine gute, gerechte und gemeinwohlorientierte Gesundheitsversorgung**

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung – Management Summary .....	3
Impressum .....	4
Prolog .....	5
Entbudgetierung und Niederlassungsfreiheit.....	6
Patientenzentrierung und effektive Steuerung .....	8
Ambulant vor stationär .....	9
Neue Rollenverteilung für Haus- und Facharzt .....	9
Steuerung durch Transparenz und Kostenbeteiligung.....	10
Übergang zwischen den Sektoren und Notfallversorgung .....	10
Digitalisierung .....	11
Ausbildung und Weiterbildung .....	12
Medizinstudienplätze .....	12
Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten.....	13
Finanzierung, Wettbewerb und Dualität .....	14
Umgang mit medizinischem Fortschritt und mit „Kostentreibern“ in der Medizin .....	14
Fachkräftemangel: Arbeit am Patienten besser bezahlen.....	15
Zukünftige Zusammenarbeit mit anderen akademischen und nicht-akademischen medizinischen Fachberufen (Substitution und Delegation) .....	16
Rolle von Kapital und Investoren in der Gesundheitsversorgung.....	17
Epilog:	
Was ist der Beitrag des Virchowbundes bei der Mitgestaltung des Gesundheitswesens?.....	17

## Zusammenfassung – Management Summary

- › Das Gesundheitswesen ist **zentrale Daseinsvorsorge** und deshalb elementarer Bestandteil des Sozialstaates. Ein fortschreitender Abbau des schnellen, direkten, wohnortnahen Zugangs führt zu Ängsten und Verunsicherung in der Bevölkerung und wirkt **demokratiegefährdend**. Dies ist in Teilen Deutschlands bereits evident.
- › Das Gesundheitswesen **ist einer der wichtigsten Wirtschaftszweige in Deutschland**. Statt als Kostenfaktor muss er als Wachstumsmotor und Fortschrittsimpuls gesehen werden.
- › Das Gesundheitswesen ist im Vergleich zu den Anforderungen und Möglichkeiten unterfinanziert. Versicherungsfremde Leistungen müssen über Steuern finanziert, steuerliche Belastungen abgebaut werden. Andere Sozialversicherungsbereiche zeigen: Mehr Steuermittel sind möglich. Diese **Neujustierung und Ausweitung der Finanzmittel** ist eine politische Entscheidung. Sie muss auf breiter Basis und sie muss schnell getroffen werden.
- › **Die ambulante Versorgung ist das Fundament des gesamten Gesundheitswesens**. Dieses Fundament bröckelt. Budgetierung, Unterfinanzierung und fehlende Wertschätzung der Leistungen durch den Freien Beruf Arzt führen zu einer Erosion der ambulanten Versorgung, zuerst sichtbar im ländlichen Raum. Ambulante Strukturen sind dezentral, wohnortnah und daher krisenresistent und unverzichtbar – wie in der Coronapandemie bewiesen. Dem Lippenbekenntnis „ambulant vor stationär“ müssen in allen Bereichen Taten folgen. Dem Ausbau der ambulanten Versorgung durch Praxen niedergelassener Ärzte muss auf allen Ebenen Vorrang gegeben werden. **Ambulante Operationen** und das **Belegarztwesen** sind auszubauen.
- › Im Zentrum der ärztlichen Versorgung steht die **Freiberuflichkeit** des Arztes. Diese Unabhängigkeit – egal ob selbstständig oder angestellt – sichert eine qualitativ hochwertige Versorgung ohne direkte Einflussnahme von Staat oder Kostenträgern und dient der Patientensicherheit.
- › Neben einer ausreichenden Finanzierung müssen auch die **Strukturen** grundlegend und nachhaltig verändert werden:
  - › Durch Patientenzentrierung und Patientensteuerung müssen die vorhandenen Ressourcen effektiv eingesetzt werden. Dazu gehört eine **neue Aufgabenverteilung** zwischen Haus- und Facharzt bei der Koordination des Patienten. Zur effektiven Steuerung gehört eine soziale **Eigenbeteiligung des Patienten**. Diese muss bei jedem Kontakt spürbar werden. Eine generelle Befreiung von Eigenbeteiligung ist kontraproduktiv.
  - › Praxen müssen mit Fachpersonal für Koordinierende Leistungen ausgestattet werden. Die Delegation an andere Gesundheitsberufe muss ausgebaut werden. Berufe am Patienten müssen deutlich besser bezahlt werden als die Arbeit an deren Verwaltung.
  - › Digitalisierung muss nutzenorientiert weiterentwickelt werden. Eine einheitliche verbindliche Ersteinschätzung in der Notfall- und Regelversorgung ist dazu ebenso erforderlich wie offene Schnittstellen sowie eine einheitliche Fallakte, anstelle einer optionalen Patientenakte. Videosprechstunden und Videokonsile müssen ausgebaut werden.
  - › In Zukunft fehlen Ärzte. Deshalb sind mehr Medizin-Studienplätze erforderlich. Der Numerus Clausus muss fallen. Zudem muss die Aus- und Weiterbildung von Ärzten ausgebaut und optimiert werden. **Deutschland braucht mehr Ärzte**.

Zu den genannten Punkten gibt dieses Papier Impulse. Sie kommen von Ärzten, die tagtäglich, vor Ort, in allen Fachrichtungen, **mit gut einer Milliarde Patientenkontakten** im Jahr die ambulante Versorgung in Deutschland stemmen.

## Impressum

Einstimmig beschlossen von der Bundeshauptversammlung am 8. November 2024

*Hinweis: In diesem Text wird wegen besserer Lesbarkeit auf die durchgehende Anwendung einer geschlechtergerechten Sprache verzichtet. Wenn das generische Maskulinum oder das Femininum verwendet wird, sind stets alle Geschlechter gemeint.*

Virchowbund  
Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.  
Chausseestraße 119b  
10115 Berlin  
Tel: 030 / 28 87 74 - 0  
Fax: 030 / 28 87 74 - 1 15  
info@virchowbund.de  
www.virchowbund.de

Vertretungsberechtigter Vorstand:  
Dr. Dirk Heinrich (Bundesvorsitzender)  
Dr. Christiane Wessel (stellvertretende Bundesvorsitzende)  
Dr. Veit Wambach (stellvertretender Bundesvorsitzender)

Sitz: Berlin, Amtsgericht Berlin-Charlottenburg VR 30085B

## Prolog

Das bundesdeutsche Gesundheitswesen ist wesentliches Element staatlicher Daseinsfürsorge und hat daher zentrale Bedeutung für den demokratischen Zusammenhalt in unserem Staat.

Daseinsvorsorge ist für einen Staat existenziell. Deshalb ist eine gute Gesundheitsversorgung staaterhaltend.

Die Gesamtausgaben des Gesundheitswesens sind mit in Höhe von jährlich 439,6 Mrd. Euro ungefähr so groß wie der gesamte Bundeshaushalt. Mit rund 8,1 Mio. Menschen sind hier mehr als zehn Mal so viele Menschen beschäftigt wie in der Automobilindustrie. Damit ist das Gesundheitswesen auch für die volkswirtschaftliche Wertschöpfung von größter Bedeutung.

Die Gesundheitsausgaben sind dabei seit Jahrzehnten im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt weitestgehend stabil. Selbst im internationalen Vergleich, unter Berücksichtigung von Leistungsumfang, schnellen und gleichberechtigten Zugangsmöglichkeiten, Wartezeiten und Wartelisten, den Eigenanteilen von Patienten und bereinigt von versicherungsfremden Leistungen sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland nicht gravierend höher als in anderen Industrienationen. Der Anteil der Ausgaben für den ambulanten Bereich an den Gesamtausgaben ist seit Jahren prozentual gesunken.

Eine immer wieder behauptete Kostenexplosion fand und findet bei genauerer Betrachtung nicht statt.

Staatliche Zuschüsse sind in den letzten Jahren eher rückläufig, und sie haben längst nicht die Dimensionen erreicht wie in der Gesetzlichen Rentenversicherung. Dort beträgt der Steuerzuschuss 31 Prozent der Gesamtausgaben (2022: 81,024 von 259,5 Mrd. Euro), während er im gleichen Zeitraum bei der Gesetzlichen Krankenversicherung nur 9,97 Prozent (28,8 von 289 Mrd. Euro) lag. Eine politische Entscheidung zur Zuordnung von Steuermitteln ist möglich und erforderlich.

Die versicherungsfremden Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung sind ebenso wenig gegenfinanziert wie etwa die kostendeckende Behandlung von Bürgergeldempfängern. Hierbei handelt es sich inzwischen um relevante Beträge in Höhe von mehr als 20 Mrd. Euro jährlich, die der Staat dem Gesundheitssystem vorenthält. Im Arzneimittelbereich schöpft der Fiskus den vollen Umsatzsteuersatz ab und bereichert sich mittelbar an der Krankheitslast seiner Bevölkerung.

Heute und in nächster Zukunft ist aus verschiedenen Gründen eine flächendeckende und ausreichende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Gefahr. In den Regionen, in denen die Gesundheitsversorgung besonders gefährdet ist, sind auch die demokratischen Strukturen in Gefahr. Deshalb ist die Prioritätensetzung der mittelbaren und unmittelbaren Staatsausgaben, also Sozialbeiträge und Steuermittel, Aufgabe der Staatlichkeit, und die staatlichen Zuschüsse für das Gesundheitswesen sind in diesem Zusammenhang zwingend neu zu justieren und zu allozieren.

Das Gesundheitswesen muss gemeinwohlorientiert und leistungsgerecht sein. Gute Arbeit muss gut bezahlt werden. Mit Gesundheit darf gut verdient, aber kein unangemessener Profit gemacht werden. Idealerweise muss ein Teil des Verdienstes in die Strukturen des Gesundheitswesens investiert werden.

Das Gesundheitswesen muss nachhaltig sein. Dies betrifft zum einen dessen Anteil am Klimawandel, zum anderen den wirtschaftlichen Horizont. Ein regional verankertes Krankenhaus oder eine örtliche Haus- oder Facharztpraxis hat einen Versorgungshorizont von mehreren Jahrzehnten und keine Investitionslaufzeit von wenigen Jahren. Dies schafft Nachhaltigkeit und

Vertrauen der Menschen in die jeweiligen Versorgungseinrichtungen und damit in das Gesundheitssystem insgesamt.

Im Zuge dieses Prozesses ist es erforderlich, Ansichten und Denkstile zu ändern: Gesundheit ist keine Ware, Ökonomie lässt sich nicht ohne weiteres auf die Gesundheitsversorgung übertragen und Ärztliche Leistung ist weder „Kostentreiber“ noch eine lästige Ausgabenposition, sondern zentraler Bestandteil der Lösung der Versorgungsprobleme von morgen. Der Freie Beruf des Arztes stellt kein überkommenes Privileg dieser Berufsgruppe dar, sondern ist der Garant für eine gemeinwohlorientierte, unabhängige medizinische Versorgung auf höchstem Niveau ohne staatliche Eingriffe in der Bundesrepublik Deutschland.

Ein gut funktionierendes Gesundheitswesen ist existenziell für den demokratischen, solidarischen Sozialstaat. Schlechte Versorgung geht zu Lasten des Vertrauens der Menschen und ist daher auf Dauer demokratiegefährdend.

Verglichen mit Subventionen in der Industriepolitik, der Verteidigung oder anderen Sozialbereichen ist das Gesundheitswesen das fiskalische Stiefkind der Politik.

Daher ist es erforderlich, dass die Gesundheitspolitik neue Prioritäten bei den Ausgaben in Bund und in den Ländern setzt: Jetzt müssen Gesundheitswesen und Gesundheitsberufe stärker gefördert werden, es braucht also einen „**White Deal**“.

## Entbudgetierung und Niederlassungsfreiheit

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

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

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

### Kurzinfo „Freiberuflichkeit und Selbstständigkeit“

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

„herkömmlichen“ Angestellten, der in einer weisungsgebundenen, fachlich-hierarchischen Ordnung tätig ist.

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

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

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

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

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

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

Diese ambulanten ärztlichen Strukturen benötigen Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, planungssicher und wirtschaftlich tragfähig tätig zu sein. Budgetierung und Niederlassungsbeschränkungen sind dabei pures Gift, wie sich in den letzten 30 Jahren beobachten ließ.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Patientenzentrierung und effektive Steuerung**

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

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

Im Gesundheitswesen besteht zu Recht das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs.1 SGB V). Im Gegensatz dazu steht das allgemeine Leistungsversprechen von Politik und Krankenkassen, das zu einer „Vollkasko mentalität“ geführt hat. Der wirtschaftliche Einsatz begrenzter Mittel muss in das

breite Bewusstsein der Bevölkerung einziehen. Auch Patienten sind am Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen ganz persönlich beteiligt. In Verbindung mit den Erfordernissen einer stärkeren Steuerung des Patienten durch die Versorgungsebenen hindurch, ist es sinnvoll und erforderlich, Elemente der Eigenbeteiligungen einzuführen. Diese Eigenbeteiligung muss zwar sozial verträglich, aber bei jeder Inanspruchnahme wirksam sein. Eine pauschale Befreiung aus sozialen Gründen konterkariert jede Steuerungswirkung.

### **Ambulant vor stationär**

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

Viele medizinische Behandlungen sind heute bereits rein ambulant möglich. Ein Katalog möglicher ambulant operativer Leistungen wurde von den ärztlichen Fachverbänden erarbeitet und wird regelmäßig aktualisiert. An diesem Katalog müssen sich die Vereinbarungen mit den Kostenträgern zu ambulanten operativen Leistungen orientieren. Gegebenenfalls muss der Gesetz- oder Verordnungsgeber hier nachschärfen.

### **Neue Rollenverteilung für Haus- und Facharzt**

Um eine bessere Koordination und Steuerung der Patienten im System zu erreichen, ist eine Diskussion um eine neue Rollen- und Aufgabenverteilung zwischen Haus- und Fachärzten erforderlich. Hierfür ist ein „Facharzt für Betreuung, Koordination, Information und Kommunikation“ erforderlich. Diese Aufgabe übernimmt in der Regel der Hausarzt, in einigen definierten Situationen auch ein grundversorgender Facharzt, beispielsweise die Gynäkologin bei jungen Frauen oder der jeweilige Facharzt bei singulären Erkrankungen. Sobald weitere Krankheiten, insbesondere die großen Volkskrankheiten, hinzukommen, übernimmt stets der Hausarzt die Betreuung und Koordination des Patienten.

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

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

Eine alleinige Steuerung und Koordination durch Hausärzte würde schon rein zahlenmäßig nicht funktionieren. Es fehlen dafür schlicht Hausärzte. Zugleich wäre es eine Verschwendung der hausärztlichen Kompetenzen, Patienten mit singulären, fachärztlich zu betreuenden Erkrankungen durch den Hausarzt zu steuern. Beispielhaft seien hier junge Patienten mit chronischen Ohrerkrankungen, einer unfallbedingten Verletzung des Kniegelenks oder chronischer Darmerkrankung genannt.

Die Koordination ist aufgrund ihrer Komplexität und der Relevanz für die Patientensicherheit eine ärztliche Aufgabe, erfordert aber zusätzlichen Aufwand und entsprechendes (Praxis-)Personal.

Dieser Aufwand muss von den Kostenträgern entsprechend refinanziert werden. Hierfür sind Einschreibemodelle der Kostenträger denkbar, die dann eine hausärztliche bzw. gegebenenfalls fachärztliche Steuerung und eine Basisversorgung nach dem bestehenden Leistungskatalog und somit eine bessere Inanspruchnahme der erforderlichen Fachärzte beinhaltet. So könnte eine Grundversorgung mit der Verpflichtung zur Erstbehandlung bei einem „Koordinationsarzt“ entstehen, die die Kostenvorteile durch wirtschaftliche Behandlung abbildet. Ein zusätzlicher Wahltarif mit „Freier Haus- und Facharztwahl“ bildet die Mehrkosten durch unkoordinierte Inanspruchnahme mit entsprechend höheren Prämien ab. Damit können Widerstände bei der Einführung einer stringenten Steuerung durch Koordinationsärzte vermieden werden.

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

### **Steuerung durch Transparenz und Kostenbeteiligung**

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

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

### **Übergang zwischen den Sektoren und Notfallversorgung**

Der ambulante Sektor mit Sicherstellungsauftrag, monistischer Finanzierung und freiberuflichen Vertragsärzten steht dem stationären Sektor mit föderaler Sicherstellung und dualer Finanzierung in systemischer Unvereinbarkeit gegenüber. Die Verwerfungen auf beiden Seiten – Unterfinanzierung, Budgetierung und Fachkräftemangel im ambulanten Bereich, fehlende Investitionsfinanzierung und Pflegenotstand im stationären Bereich – sind einzeln nicht mehr auflösbar. Dabei wäre die Überwindung der Sektoren ein dreifacher Gewinn: für die Patientenzentrierung, für mehr Wirtschaftlichkeit, und für einen gezielteren Einsatz von Fachkräften.

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

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

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

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

Um Patienten in die richtige Versorgungsebene zu steuern, ist es erforderlich, sie bereits zuhause „abzuholen“. Ein Erstkontakt sollte ausschließlich über die vorgesehenen Zugangswege – die vernetzten Notrufnummer 112 oder die Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116 117 – mit entsprechendem Ersteinschätzungsverfahren möglich sein. Dadurch wird ein ungesteuertes Überlaufen von Notaufnahmen vermieden. Krankenhäuser, die über kein INZ verfügen, können folglich auch keine Notfallpatienten mehr abrechnen. Dies ist vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu überwachen.

## Digitalisierung

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

Die Vorteile der Digitalisierung für Anwender sind u. a. transparentere und effizientere Prozesse sowie besserer Informationsfluss und -austausch. Dieser beginnt bereits zum Zeitpunkt der Terminvereinbarung. Künftig sollten sich Patientinnen und Patienten vor dem Praxisbesuch auf ihrem PC oder Smartphone einchecken, vergleichbar dem Check-In am Flughafen. Bei diesem online Praxis-Check-In vergleichbar mit jenem vor dem Fliegen können Patienten z. B. Daten aus Wearables, relevante Befunde oder Medikationspläne vor der Behandlung teilen, den Stammdatenabgleich durchführen und dadurch Medizinische Fachangestellte entlasten, oder Anamnesebögen ohne Stress und in einer von ihm gewünschten Umgebung ausfüllen.

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

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

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

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

Die elektronische Patientenakte ist in ihrer derzeitigen Form keine sinnvolle Versorgungslösung, da der Nutzerkreis durch das Opt-Out-Verfahren eingeschränkt ist und die Eingriffsmöglichkeiten des Patienten die Nutzungsmöglichkeiten für den Arzt zu stark einschränken (Ausblenden von

Bereichen, Haftungsfragen). Daher muss die elektronische Patientenakte zu einer obligatorischen elektronischen Fallakte weiterentwickelt werden.

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

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

## Ausbildung und Weiterbildung

### Medizinstudienplätze

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

- › sinkende Attraktivität der Berufsausübung in Klinik und Praxis
- › die gestiegenen Anforderungen und zunehmende Spezialisierung
- › den demographischen Wandel und den medizinischen Fortschritt
- › neue Arbeitszeitmodelle und veränderte Anforderungen an die Arbeitswelt („Work-Life-Balance“ und die zukünftige gesellschaftliche Neubewertung von Arbeit)

die Gesamtzahl der Arztstunden und Zahl der Arztköpfe insgesamt zu niedrig ist. Verbunden mit dem oftmals vorzeitigen Eintritt in den Ruhestand und der Ruhestandswelle durch die Babyboomer wird heute schon ein gravierender Ärztemangel festgestellt.

Da heutige Studienanfänger frühestens in rund zwölf Jahren in die Versorgung eintreten, muss so schnell wie möglich die Zahl der Medizinstudienplätze um mindestens 5.000 erhöht werden. Innerhalb des Studiums muss die Freiberuflichkeit des Arztes und dessen Bedeutung für Versorgung und Gesellschaft vermittelt werden. Zudem müssen Famulaturen und das PJ im ambulanten Bereich verpflichtend werden.

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

Neben der Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze ist die Auswahl der geeigneten Bewerber grundlegend für die zukünftige Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung in Deutschland. Die Abiturnote als alleiniges Kriterium für den Zugang zum Medizinstudium ist kein Mittel mehr, die geeigneten Bewerber zum Medizinstudium auszuwählen. Ein spezieller, bundesweiter und für alle Bewerber obligatorischer Medizinertest kann die Eignung für das Studium besser nachweisen. Wichtige Aspekte wie geeignete Vorqualifikationen und die für den Arztberuf erforderliche Motivation werden durch die Abiturnote allein nicht berücksichtigt. Zudem muss den Fakultäten

die Möglichkeiten gegeben werden, einen bestimmten Anteil der Medizinstudenten in einem Bewerbungsgespräch auszuwählen. Die Erfahrungen in Österreich, wo seit 20 Jahren der NC entsprechend abgeschafft wurde, zeigen, dass hinsichtlich der Qualität des Medizinernachwuchses, der Abbrecherquote und der Abwanderungsquote in andere Bereiche keine Nachteile zu befürchten sind.

Die Finanzierung von Medizin-Studienplätze ist Aufgabe der Bundesländer im Sinne des „White Deals“.

## **Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten**

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

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

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

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

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

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

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

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

- Der Anteil der Ausbildungsleistung durch den Weiterbilder kann über ein Stiftungsmodell, in das sowohl Kostenträger (GKV und PKV) als auch der Staat, wie auch die Ärzteschaft selbst (über deren Anteil an der „Weiterbildungsförderung für Haus- und Fachärzte“) eingebunden sind, finanziert werden. Hieraus werden die Weiterbildungsstellen anteilig finanziert, egal ob in Krankenhaus oder Praxis.

- › Diese Finanzierungsanteile gehen als „Rucksackmodell“ mit dem einzelnen Weiterzubildenden an die jeweilige Weiterbildungsstelle. Die Koordination hierzu übernehmen die Landesärztekammern. Dazu kann das eLogbuch weiterentwickelt werden.
- › Staatliche Vorgaben zur Steuerung von Weiterbildung in spezielle Fachgruppen lehnen wir ab.

## Finanzierung, Wettbewerb und Dualität

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

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

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

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

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

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

Der richtige Ort für Diskussion und Entscheidung über die Bezahlung von medizinischem Fortschritt ist die autonome Selbstverwaltung aus Leistungserbringern und Kostenträgern, wie sie sich im Gemeinsamen Bundesausschuss seit Jahrzehnten bewährt hat. Hier wird rein auf Basis wissenschaftlicher Evidenz entschieden, welche neue Leistungen aufgenommen werden und welcher Preis dafür gezahlt wird. Fachfremde und nicht an der Finanzierung Beteiligte (wie Kommunen, Kreise, Politik, Patientenvertreter) müssen gehört werden, sind aber an der Entscheidung nicht beteiligt.

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

## Fachkräftemangel: Arbeit am Patienten besser bezahlen

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

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

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

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

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

- › Der mittlere Brutto-Stundenlohn einer MFA liegt derzeit bei 16 Euro pro Stunde.
- › MFA im Öffentlichen Dienst dagegen erhalten einen Bruttostundenlohn von 17,34 Euro.
- › Der Mindestlohn für qualifizierte Pflegehilfskräfte mit einer mindestens einjährigen Ausbildung liegt bei 16,50 Euro.
- › Die AOK bietet aktuell 17,26 Euro pro Stunde, die IKK 17,74 Euro als Einstiegsgehalt für MFA.
- › Der mittlere monatliche Bruttolohn von MFA, die bei gleicher Qualifikation statt in einer Arztpraxis als Sozialversicherungsfachangestellte in einer Krankenkasse arbeiten, liegt bei 24,70 Euro, also mehr als 50 Prozent höher als in der Arztpraxis.

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

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

MFA übernehmen heute schon viele Versorgungsaufgaben einer Praxis. Mehr Steuerungsverantwortung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte führt dazu, dass MFA in diesen Versorgungsmodellen neue Aufgaben übernehmen – Stichworte sind Agnes, VERAH oder Community Health Nurses. Die Qualifizierung hierfür ist seit vielen Jahren im Gange, sie wird im Übrigen im Wesentlichen durch die Praxen selbst finanziert. Diese Aufgaben müssen bei der Finanzierung der Praxen zukünftig stärker berücksichtigt werden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Rolle von Kapital und Investoren in der Gesundheitsversorgung

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

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

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

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

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

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

## Epilog:

### Was ist der Beitrag des Virchowbundes bei der Mitgestaltung des Gesundheitswesens?

Der Virchowbund ist der einzige rein ärztliche Berufsverband, der die Interessen der niedergelassenen und niederlassungswilligen Haus- und Fachärzte fachübergreifend und deutschlandweit vertritt.

Seit nunmehr 75 Jahren fördert und unterstützt der Virchowbund Ärztinnen und Ärzte, die in eigener Praxis oder angestellt ambulant tätig sind, oder sich dafür interessieren. Kern der Verbandstätigkeit ist dabei der Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit und der Niederlassungsfreiheit, die der Verband 1960 vor dem Bundesverfassungsgericht erstritten hat.

Der Virchowbund gehört damit zu den ärztlichen Traditionsverbänden in Deutschland. In dieser Verantwortung ist der Verband aktiv, indem er beispielsweise seit 1997 (2. GKV-NOG) Ärztenetze fördert und im Jahre 2009 deren Interessenvertretung durch die Organisation der Netze in der von ihm gegründeten „Agentur deutscher Arztnetze“ gebündelt hat.

Aus einem dieser – durch Virchowbund-Mitglieder getragenen – Netze in Hamburg ist der Gesundheitskiosk Billstedt-Horn entstanden, in dem der Virchowbund bis heute Gesellschafter ist. Aus einem – ebenfalls von Virchowbund-Mitglieder getragenen – Netz in Nürnberg entstand das Innovationsfondsprojekt ARENA, das durch gezielteren Einsatz und Ersatz nachhaltig Antibiotikaresistenzen verhindern will.

Da die Mitglieder des Virchowbundes in der Regel Praxisinhaber sind, ist die bevorzugte Form der Niederlassung für den Verband die ärztliche Selbstständigkeit, egal in welcher Rechtsform. Die Einzelpraxis hat dabei genauso ihren Platz wie eine ärztliche Berufsausübungsgemeinschaft (früher: Gemeinschaftspraxis), sei sie fachübergreifend oder fachgleich. Dies wurde ebenfalls vom Verband 1983 vor dem Bundessozialgericht erstritten. Der Verband fördert daher aktiv die ambulanten Strukturen mit dezentralen Praxen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten jeder Fachrichtung durch Information, Beratung und praktische Unterstützung im Versorgungsalltag.

Der Virchowbund begleitet derzeit rund 600 Ärztinnen und Ärzte pro Jahr auf ihrem Weg in die Niederlassung oder in der ersten Phase ihrer Praxistätigkeit. Der Verband hat das Mentorenprogramm „Senior Expert Docs®“ aufgelegt, bei dem erfahrene Mitglieder Niederlassungsinteressierten im Sinne ärztlicher Selbstorganisation kollegiale Hilfestellung bei den ersten Schritten in die eigene Praxis geben, ganz nach dem Motto „Ärzte für Ärzte“.

Praxisinhaber unterstützt der Verband bei allen Fragen der Praxisorganisation, Abrechnung und den für die Praxis relevanten rechtlichen Fragestellungen. Als ärztlicher Berufsverband bietet der Virchowbund seinen Mitgliedern eine berufsbezogene Rechtsberatung. Praxisabgeber begleitet der Verband schon frühzeitig vor der Abgabe bei der Optimierung der Praxisorganisation und -abläufe, um einen reibungslosen Übergang zu gewährleisten.

Neben individueller Beratung bietet der Virchowbund praxisbezogene Webinare, an denen mehrere tausend Ärzte pro Jahr teilnehmen.

Als ärztlicher Berufsverband, der seit einigen Jahren ein konstantes Mitgliederwachstum verzeichnet, gewinnt der Virchowbund auch an Bedeutung als politischer Interessenvertreter der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gegenüber der Bundes- und Landespolitik, ärztlichen Verbänden und Organisationen sowie gegenüber Behörden und Institutionen.

Dies wurde zuletzt deutlich, als der Verband die bundesweiten Ärzte-Proteste im Oktober und Dezember 2023 unter dem Kampagnentitel „Praxis in Not“ organisierte.