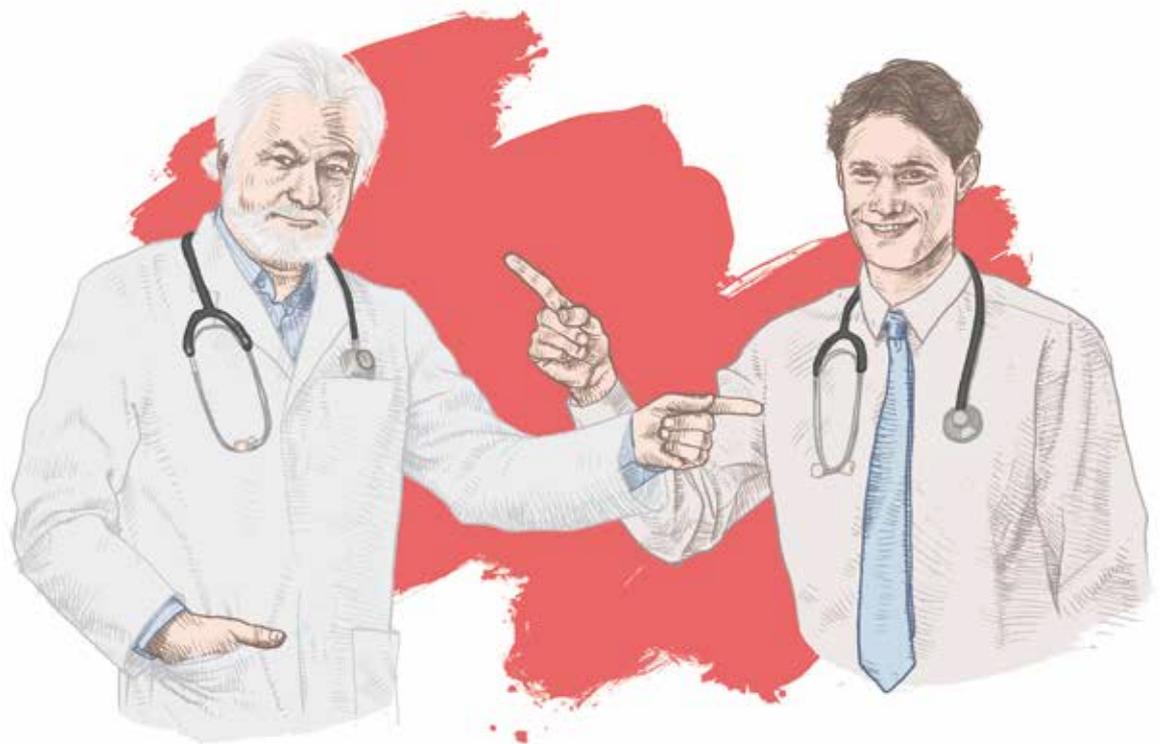




Kongressjournal

2. Hamburger Versorgungsforschungstag



„Eros Arzt und Arbeitswelt 4.0 -

Neue Ansprüche an die ambulante Versorgung“

8. Februar 2017 – Hotel Hafen Hamburg

www.versorgungsforschungstag-hamburg.de

Inhalt

Programm	4
„Stolz auf die ärztliche Identität“	6
Redner	8
Kristin Alheit	8
Sukhdeep Singh Arora	8
Dr. Horst Bitter	9
Dr. Bernhard Gibis	9
Dr. Matthias Gruhl	10
Dr. Dirk Heinrich	10
Ann-Isabell Hnida	10
Dr. Stephan Hofmeister	11
Prof. Dr. Rüdiger Jacob	11
Prof. Dr. Johannes Kopp	12
Daniel Kresin	12
Walter Plassmann	13
Cornelia Prüfer-Storcks	13
Dr. Klaus Michael Reiningner	14
Dr. Monika Schliffke	14
Dr. Kevin Jasper Schulte	15
Prof. Dr. Marcus Siebolds	15
Dr. Dominik Graf von Stillfried	16
Dr. Guido Tuschen	16
Dr. Wolfgang Wesiack	17
Daniel Zehnich	17
Vorträge Zusammenfassungen	18
Kurzthesen zur ärztlichen Selbstverwaltung	18
Die Vorstellungen der jungen Generation und ihre Implikationen I	20
Junge Ärzte - lohnt sich die eigene Praxis heute noch?	20
Unterschiede der Problemlagen und Lösungsansätze in Stadt und Land	21
Fit für die tägliche Praxis? Ambulante Versorgung in Aus- und Weiterbildung	22
Besitz(-formen), Autonomie und Verantwortung im niedergelassenen Bereich im Wandel der Zeit	24
Über den Tellerrand geschaut: Probleme und Best Practice /	
Modellprojekte und Erfahrungen zur Nachwuchssicherung aus anderen Bereichen	25
Die Arbeitswelt in der vertragsärztlichen Versorgung – Impulse aus einer qualitativen Befragung in Hamburg	26
Podiumsdiskussion	27
Impulsvortrag: Forderungen nach Anreizen für die Niederlassung aus der Klinik	27
Thesen im Rahmen der Podiumsdiskussion	28
Impressum	31



Sehr geehrte Damen und Herren,

die nachrückende ärztliche und psychotherapeutische Generation konfrontiert das System der medizinischen Versorgung mit neuen Vorstellungen von ihrer beruflichen Tätigkeit und der Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit. Parallel zu dieser Reformierung des eigenen Rollenverständnisses verändern sich die Rahmenbedingungen und die Möglichkeiten der Berufsausübung. Es entstehen neue Tätigkeitsformen, die es heute mehr denn je erlauben, den Beruf flexibel mit der eigenen Lebenssituation zu vereinbaren.

Diese Anpassungsprozesse stellen das System der ambulanten Versorgung vor neue Herausforderungen: In welcher Weise lassen sich diese innovativen Ausgestaltungsideen mit dem traditionellen Eros und Ethos des ärztlichen und psychotherapeutischen Berufs, dem Begriff der Freiberuflichkeit und dem System der Selbstverwaltung in Einklang bringen?

Der 2. Hamburger Versorgungsforschungstag – organisiert von den KVen Hamburg und Schleswig-Holstein – nähert sich diesem Themenkomplex sowohl von wissenschaftlicher als auch von praktischer Seite und bringt die beteiligten Interessengruppen an einen Tisch. Gemeinsam soll auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes nach Lösungen gesucht werden, welche gewährleisten, dass individuelle Lebens- und Arbeitskonzepte sich mit dem umfassenden gesellschaftlichen Auftrag der medizinischen Sicherstellung vereinen lassen.

Walter Plassmann,
Vorstandsvorsitzender KVH

Dr. Monika Schliffke,
Vorstandsvorsitzende KVSH



Programm

09.00 – 09.30

Einlass und Begrüßungskaffee

09:30 – 09:45

Begrüßung, Rahmen und Zielsetzung

Walter Plassmann, Vorstandsvorsitzender Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

09.45 – 10.00

Grußwort

Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Hamburg

Kristin Alheit, Ministerin für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein

10.00 – 10.30

Kurzthesen zur ärztlichen Selbstverwaltung

Prof. Dr. Marcus Siebolds, Katholische Hochschule NRW, Fachbereich Gesundheitswesen

10.30 – 11.00

Die Vorstellungen der jungen Generation und ihre Implikationen 1

Prof. Dr. Johannes Kopp, Prof. Dr. Rüdiger Jacob, Universität Trier, Fachbereich IV Soziologie / Empirische Sozialforschung

11.00 – 11.30

Kaffeepause

11.30 – 12.00

Junge Ärzte - lohnt sich die eigene Praxis heute noch?

Daniel Zehnic, Direktor Gesundheitsmärkte & Gesundheitspolitik, Deutsche Apotheker- und Ärztebank

12.00 – 12.30

Unterschiede der Problemlagen und Lösungsansätze in Stadt und Land

Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

12.30 – 13.00

Fit für die tägliche Praxis? Ambulante Versorgung in Aus- und Weiterbildung

Dr. Bernhard Gibis, Dezernent Ärztliche Leistungen und Sicherstellung, Kassenärztliche Bundesvereinigung

13.00 – 14.00

Mittagspause und Pressekonferenz

14.00 – 14.30

Besitz(-formen), Autonomie und Verantwortung im niedergelassenen Bereich im Wandel der Zeit

Dr. Horst Bitter, Senior Associate Ehlers, Ehlers & Partner, Rechtsanwaltsgesellschaft MBB München



14.30 – 15.00

Über den Tellerrand geschaut: Probleme und Best Practice / Modellprojekte und Erfahrungen zur Nachwuchssicherung aus anderen Bereichen

Ann-Isabell Hnida, Daniel Kresin, Wirtschaftsunioren Hamburg

15.00 – 16.00

Die Vorstellungen der jungen Generation und ihre Implikationen 2:

Die Arbeitswelt in der vertragsärztlichen Versorgung – Impulse aus einer qualitativen Befragung in Hamburg

Dr. Dominik Graf von Stillfried und Vertreter der Fokusgruppen

16.00 – 16.30

Kaffeepause

16.30 – 16.40

Impulsvortrag für die Diskussion: Forderungen nach Anreizen für die Niederlassung aus der Klinik

Dr. Guido Tuschen, Geschäftsführer SKH Stadtteilklinik Hamburg

16.40 – 17.30

Podiumsdiskussion

- *Dr. med. Matthias Gruhl, Amtsleiter für Gesundheit, Gesundheitsbehörde Hamburg*
- *Sukhdeep S. Arora, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (BVMD)*
- *Dr. med. Kevin Schulte, Sprecher Bündnis Junge Ärzte*
- *Dr. Klaus Michael Reininger, Lehrstuhl für Sozialpsychologie und Politische Psychologie an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel*
- *Dr. med. Wolfgang Wesiack, Ehrenpräsident Berufsverband Deutscher Internisten*
- *Dr. med. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender Kassenärztliche Vereinigung Hamburg*
- *Dr. med. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein*

17.30 – 17.45

Schlusswort: Selbstverwaltung für die Zukunft

Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender Vertreterversammlung Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, niedergelassener HNO-Arzt

ca. 17.45/18.00

Ende der Veranstaltung

Moderation: Prof. Dr. Marcus Siebolds



„Stolz auf die ärztliche Identität“

Ist die Praxis der letzte Handlungsraum, in dem Ärzte frei über die Interpretation ihrer Professionalität entscheiden können? Der Gesundheitswissenschaftler Prof. Dr. Marcus Siebolds warnt vor den Folgen einer Expansion von Kapitalgesellschaften in die ambulante Versorgung.



Prof. Dr. Marcus Siebolds

Anfang Februar findet der 2. Versorgungsforschungstag in Hamburg statt. Sie werden über das berufliche Selbstverständnis der Vertragsärzteschaft referieren. Warum ist das ein Thema?

Siebolds: Es gibt zwei Entwicklungen, die Einfluss auf die Zukunft der ambulanten Versorgung haben werden. Erstens ändern sich die Besitzverhältnisse an den Versorgungseinheiten. Zweitens steigt der Anteil angestellter Ärzte unter den KV-Mitgliedern. Bisher ist die ambulante Versorgung doch sehr klug strukturiert: Die KV als Körperschaft des öffentlichen Rechtes verpflichtet ihre Mitglieder auf eine Gemeinorientierung, doch die Praxen befinden sich im Besitz der Ärzte. Dass Besitz und Per-

son nicht getrennt sind, gibt den Ärzten die Freiheit, über ihre Interpretation von Professionalität autonom zu entscheiden. Sie übernehmen Verantwortung für das Geld, das sie von der Solidargemeinschaft zur Versorgung der Patienten bekommen – und haften mit ihrem Besitz. Im Gegenzug dafür haben sie eine relativ große wirtschaftliche Sicherheit. Dass die Berufszufriedenheit der niedergelassenen Ärzte im Vergleich zu anderen Berufsgruppen außergewöhnlich hoch ist, hat mit der professionellen Freiheit und der Verpflichtung auf das Gemeinwesen zu tun. Beides sind wichtige Anteile der Arztidentität.

Dieses Modell ist gefährdet?

Siebolds: Die Besitzverhältnisse ändern sich: Immer mehr Kapitalgesellschaften betreiben ambulante Versorgungszentren. So entstehen deprofessionalisierte Handlungsräume. Die Interpretation der eigenen Professionalität liegt nicht mehr in den Händen der Ärzte, denn Angestellte sind ja vor allem ihren Arbeitgebern verpflichtet.

Aber die Entstehung von Versorgungszentren ist doch politisch gewollt ...

Siebolds: Die Politiker verstehen die Bedeutung von KV nicht mehr. Für sie ist entscheidend, dass man eine irgendwie geartete Sicherstel-

lung hinbekommt, und dass die Versorgung finanzierbar bleibt. Auf diese Weise kommt eine Wettbewerbsorientierung und damit auch die gewerbliche Wirtschaft ins Spiel, die Patienten zu Objekten von Wertschöpfung macht. Die Politik hat nicht das geringste Interesse an Arztidentität. Daran sind auch wir Ärzte schuld. Wir müssten viel vernehmbarer darauf hinweisen, dass die Medizin kein Beruf, sondern eine Profession ist.

Sorgt der Druck der Kapitalgesellschaften dafür, dass es immer mehr angestellte Ärzte gibt?

Siebolds: Ja. Hinzu kommt aber noch eine andere Entwicklung, über die wir diskutieren müssen. Die Entgrenzung von Profession und Privatleben, die den klassischen Arzt ausgemacht hat, gilt für viele junge Kollegen nicht mehr, und darauf muss die KV eine Antwort finden. Welche Rolle spielen angestellte Ärzte in der KV? Ist die Tätigkeit als angestellter Arzt der Einstieg in das KV-System mit dem Ziel, die Verantwortung für den Besitz einer Praxis zu übernehmen? Das wäre ein gutes Modell, vor allem für Männer und Frauen, die sich in der Familienphase befinden. Doch wenn immer mehr Ärzte dauerhaft angestellt arbeiten, erodiert die bisherige Versorgungsstruktur, die auf Gemeinbindung einerseits und den ärztlichen Besitz der Versorgungseinheiten andererseits aufgebaut ist.

Wie verändert das die Medizin?

Siebolds: Es entstehen Handlungsräume, in denen der Patient zum Empfänger von Dienstleistungen wird. Doch Ärzte sind dafür da, kranke Menschen zu behandeln. Es geht nicht um Befindlichkeitsstörungen – die interessieren mich nicht. Es geht um Menschen, die von Krankheit betroffen sind und leiden und sich einem Arzt anvertrauen. Diesen Moment nenne ich klinische Intimität oder klinische Begegnung. Die Patienten wollen vom Arzt in der klinischen Begegnung als Subjekt gesehen werden. Das funktioniert nur, wenn der Arzt die Freiheit hat, professionell zu handeln. Die freie KV-Praxis ist der letzte Handlungsraum, in dem wir eine Chance auf professionelle ärztliche Identität haben. Das sollten wir wertschätzen. Die niedergelassenen Ärzte sollten der Verberuflichung der Medizin entgegentreten, Position beziehen und sagen: „Wir sind stolz auf unsere professionelle Identität. Wir haben einen klaren Auftrag in dieser Gesellschaft, und den verteidigen wir.“

Prof. Dr. Marcus Siebolds ist Internist und ärztlicher Psychotherapeut. Er vertritt den Lehrbereich Medizinmanagement und ist Prodekan am Fachbereich Gesundheitswesen der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen.

Referenten in alphabetischer Reihenfolge

Kristin Alheit

Ministerin für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein



1986 begann sie ihr Studium der Rechtswissenschaften an der Universität Bremen und an der Johann Wolfgang Goethe Universität in Frankfurt/Main. 1992 absolvierte sie ihr 1. juristisches Staatsexamen, 1995 dann ihr 2. juristisches Staatsexamen. Es folgte von 1995 bis 1997 eine Tätigkeit als Rechtsanwältin in einer Wirtschaftskanzlei in Frankfurt/Main. Daran schloss sich bis 1998 die Position der Leiterin des Referates für Parlaments- und Kabinettsangelegenheiten im Hessischen Ministerium der Finanzen an. Von 2000 bis 2004 war Kristin Alheit als Sachgebietsleiterin in der Hamburger Finanzverwaltung tätig. Darauf folgte die Position der Referentin in der Hamburger Finanzbehörde im Amt für Bezirke und Verwaltungsreform bis 2008. Bis 2012 war sie anschließend Bürgermeisterin der Stadt Pinneberg. Seit Juni 2012 ist sie Sozialministerin des Landes Schleswig-Holstein.

Sukhdeep Singh Arora

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (BVMD)



2010 bis 2013 arbeitete er als Aushilfskraft im Bereich Pflege im Bürgerhospital Frankfurt am Main. 2011 begann er sein Medizinstudium an der Goethe Universität Frankfurt am Main. Seit 2012 ist er in der BVMD aktiv, seit Januar 2016 deren Präsident.

Dr. Horst Bitter

Senior Associate Ehlers, Ehlers & Partner, Rechtsanwaltsgesellschaft MBB München



Studium der Rechtswissenschaften an der Universität Göttingen. Assistenz und Promotion Universitäten Göttingen/Halle
Anwaltliche Tätigkeit nebst Vorträgen und Veröffentlichungen im Bereich des Medizinrechts.

Dr. Bernhard Gibis

Leiter des Dezernats 4, Geschäftsbereich Versorgungsstruktur, der KBV



Dr. med. Bernhard Gibis, MPH, Leiter des Dezernats 4, Geschäftsbereich Versorgungsstruktur, der KBV. Nach dem Abschluss der Facharztweiterbildung Gynäkologie und Geburtshilfe MPH-Abschluss in Hannover. Mitarbeiter der KBV seit 1998, mehrjährige Auslandsaufenthalte zu Themen der evidenzbasierten Medizin (insb. HTA) und Versorgungsplanung als Mitarbeiter internationaler Forschungseinrichtungen, zuletzt 2007/2008 für die WHO, Regionalbüro Europa (Leitung Health Information Unit). Mitglied einschlägiger Fachgesellschaften, Reviewtätigkeit für nationale und internationale Zeitschriften, Sachverständigentätigkeit u.a. für WHO und EU-Kommission. Schwerpunktthemen sind derzeit kooperative Versorgungsformen und Bedarfsplanungssysteme.

Dr. Matthias Gruhl

Amtsleiter für Gesundheit, Gesundheitsbehörde Hamburg



Der Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen und Allgemeinmedizin machte in seiner klinischen Tätigkeit Station in Aachen, Neu Guinea und Minden sowie als Hafendarzt in Bremen. Seit 1985 ist er in obersten Landesgesundheitsbehörden in Hessen, Bremen und Hamburg tätig gewesen, zurzeit als Leiter des Amtes Gesundheit bei der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg.

Dr. Dirk Heinrich

Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg



Dr. med. Dirk Heinrich, Jahrgang 1959, Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, ist seit 1996 in eigener Praxis in Hamburg Horn als HNO-Arzt niedergelassen. Seit 2001 ist er Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg. Zum Präsidenten des Deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte wird er 2008 gewählt, dessen Landesvorsitzender für Hamburg er bereits seit 2004 ist. 2010 wird Heinrich Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands. Von 2005 bis 2013 ist er Sprecher des Beratenden Fachausschusses Fachärzte der KV Hamburg und seit dem 13. Juni 2013 Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg. Seit April 2015 ist er Vorsitzender des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands e.V.

Ann-Isabell Hnida

Wirtschaftsjunioren Hamburg, Geschäftsführende Gesellschafterin der SO-BE Media GmbH



Von 2005 bis 2009 Studium an der Mercator School of Management (Bachelor of Science of Business Administration), zwischen 2003 und 2005 Studium an der Hamburg School of Business Administration (Master of Science in Business Administration). Beruflich begann Ann-Isabell Hnida 2006 als Beraterin bei der ITUP Consulting GmbH, zudem war sie von 2007 bis 2010 als studentische Beraterin für WIP e.V. tätig. 2010 war sie Manager for Business Development der SO BE-direct GmbH, seit 2011 ist sie Geschäftsführende Gesellschafterin der SO-BE Media.

Dr. Stephan Hofmeister

Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg



Dr. med. Stephan Hofmeister, Jahrgang 1965, Facharzt für Allgemeinmedizin (Zusatzbezeichnung Palliativmedizin), war von 1999 bis 2013 in eigener Praxis als Hausarzt in Hamburg niedergelassen. Nach dem Studium und der Promotion an der Universität Heidelberg durchlief er Stationen in der Inneren Medizin, war Schiffsarzt bei der Marine und absolvierte eine Ausbildung als Taucher- und Fliegerarzt. Zusätzlich war er Lehrbeauftragter der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg. Von 2005 bis Anfang 2014 war Hofmeister Mitglied der Vertreterversammlung der KV Hamburg, seit 2011 deren stellvertretender Vorsitzender. Er ist stellvertretendes Mitglied der Schiedsstelle zur Leistungsvergütung der KBV. Seit dem 16. Januar 2014 ist Hofmeister stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg.

Prof. Dr. Rüdiger Jacob

Akademischer Direktor Soziologie/Empirische Sozialforschung an der Universität Trier

Studium der Soziologie, Politikwissenschaft und Volkswirtschaftslehre, Abschluss M.A. 1990, promovierte 1993 mit dem Thema „Krankheitsbilder und Deutungsmuster. Wissen über Krankheit und dessen Bedeutung für die Praxis“. Habilitation 2006: „Sozial- und Gesundheitsberichterstattung“. Ernennung zum außerplanmäßigen Professor 2011. Thematische Schwerpunkte seiner Lehre sind die Methoden und Techniken empirischer Sozialforschung, Sozialstrukturanalyse und Sozialindikatoren, Wissenschaftstheorie, Medizinsoziologie und Gesundheitswissenschaften sowie Allgemeine Soziologie. Er forscht zur medizinsoziologischen und sozialepidemiologischen Forschung, Ärzte- und Patientenbefragungen, Gesundheitssurveys, Gesundheitsberichterstattung und Versorgungsforschung, Lebensqualitätsforschung, Siedlungssoziologie und Regionalforschung und Arbeitsbedingungen und Belastungsfaktoren in systemrelevanten Dienstleistungsberufen.

Prof. Dr. Johannes Kopp

Professor für Soziologie und empirische Sozialforschung an der Universität Trier



Von 1982 bis 1988 Studium der Soziologie, Sozialpsychologie und Politikwissenschaft an der Universität Mannheim mit der abschließenden Diplomarbeit „Öffentliche Meinung. Zur Theorie von Meinungsverbreitungsprozessen“. Anschließend bis 2002 als wissenschaftlicher Angestellter und Hochschulassistent an den Universitäten zu Köln, Mannheim, Konstanz und der Technischen Universität Darmstadt tätig. In dieser Zeit (1993) erfolgte die Promotion zum Dr. phil. an der Universität Mannheim unter dem Titel „Scheidung in der Bundesrepublik“. 1999 dann die Habilitation an der Universität Mannheim mit der Habilitationsschrift: „Geburtenentwicklung und Fertilitätsverhalten - Theoretische Modellierungen und empirische Erklärungsansätze“. Von 2004 bis 2013 Professur für empirische Sozialforschung am Institut für Soziologie der Technischen Universität Chemnitz. Seit 2013 Professur für Soziologie und empirische Sozialforschung an der Universität Trier.

Daniel Kresin

Wirtschaftsjunioren Hamburg, Geschäftsführender Gesellschafter der ERGON Datenprojekte GmbH



Daniel Kresin hat nach seinem Studium der Wirtschaftsinformatik an der Wirtschaftsakademie in Kiel als IT-Consultant bei der ERGON Datenprojekte mehrere Jahre an nationalen und internationalen IT-Projekten in verschiedenen Positionen gearbeitet. Seit 2009 ist er geschäftsführender Gesellschafter der ERGON Datenprojekte GmbH. Hier verantwortet er die Bereiche Finanzen, Projekte und Personalwesen.

Walter Plassmann

Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg



Der Jurist Plassmann ist seit den 80ern im Gesundheitswesen aktiv. Davon waren die ersten zehn Jahre journalistisch geprägt. Anfang der 90er spezialisierte er sich auf neue Versorgungsformen und beriet u.a. den Vorstand der KBV, KVen und Krankenkassen. Von 1999 bis Ende 2004 leitete er den Bereich „Versorgungsmanagement und Qualität“ in der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, Mitte 2004 wurde er zum stellvertretenden Hauptgeschäftsführer ernannt. Im November 2004 wählte ihn die Vertreterversammlung der KVH zum hauptamtlichen stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden. Am 01. Januar 2005 trat er sein Amt an und wurde im November 2009 von der Vertreterversammlung der KVH erneut zum hauptamtlichen stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden für weitere sechs Jahre gewählt. Am 13. Juni 2013 beschloss die Vertreterversammlung, Plassmann zum neuen Vorsitzenden zu ernennen. Am 1. Juli übernahm Plassmann das Amt seines Vorgängers Dieter Bollmann.

Cornelia Prüfer-Storcks

Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Hamburg



1976 bis 1988 Volontariat und anschließende Tätigkeit in der Redaktion der Tageszeitung „Ruhr-Nachrichten“. Bis 1990 Pressereferentin der Parlamentarischen Staatssekretärin für die Gleichstellung von Mann und Frau in der Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen sowie bis 1995 Pressesprecherin und Leitung der Öffentlichkeitsarbeit des neu gegründeten Ministeriums für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen. Im Ministerium schloss sich eine Tätigkeit als Leiterin der Abteilung Frauenpolitik an (bis 1998) sowie bis 1999 die Position der Stellvertreterin des Staatssekretärs. Anschließend war Cornelia Prüfer-Storcks bis 2005 Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie in Nordrhein-Westfalen. Es folgte die Vorstandmitgliedschaft bei der AOK Rheinland/Hamburg (2007 bis 2011). Seit dem 23. März 2011 ist sie Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg.

Dr. Klaus Michael Reiningger

Lehrstuhl Sozialpsychologie und Politische Psychologie an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel



Von 2008 bis 2011 Studium der Psychologie an der Universität Hamburg mit dem Abschluss Bachelor of Science. 2009 und 2010 Ausbildung Problem- und Konfliktberatung (Beratung und Training, Prof. Dr. Alexander Redlich). Anschließend (2010 bis 2012) Ausbildung in Personenzentrierter Beratung. Parallel Studium der Politikwissenschaft an der Universität Hamburg. 2011 bis 2013 ebenda Studium der Psychologie mit dem Abschluss Master of Science. 2012 und 2013 weitere Ausbildung zum Organizational Conflict Guide, Universitätszertifikat Konfliktberatung und Mediation. Abschluss (Master of Arts) in Politikwissenschaft in 2014. Seit 2013 ist Klaus Michael Reiningger anerkannter Mediator des Berufsverbandes Mediation (BM®). Im gleichen Jahr hat er sein Promotionsstudium am Arbeitsbereich Pädagogische Psychologie & Motivation begonnen, seit November 2013 als Promotionsstipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes. Er wurde im November 2016 zum Dr. rer. nat. durch die Universität Hamburg promoviert und arbeitet seit Januar 2017 an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel am Institut für Psychologie als wissenschaftlicher Mitarbeiter/Habilitand. Seit 2013 ist er Psychotherapeut in Ausbildung am Institut für Psychotherapie der Universität Hamburg.

Dr. Monika Schliffke

Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein



1970-1976 Studium der Medizin in Hannover, anschließende Approbation als Ärztin (1977). Frau Dr. Schliffke ließ sich 1982 in Ratzeburg nieder. 2000 bis 2003 absolvierte sie ein Fernstudium Gesundheitsökonomie, Abschluss mit Diplom. 1998 beginnt mit ihrer Arbeit als Kreisstellenvorsitzende Kreis Herzogtum Lauenburg ihre berufspolitische Tätigkeit. Seit 2000 ist sie Abgeordnete für den Kreis Herzogtum Lauenburg. Frau Dr. Schliffke war Gründungs- als auch Vorstandsmitglied des Praxisnetzes Herzogtum Lauenburg e.V. (2004 bis 2012). In der Abgeordnetenversammlung der KVSH bekleidete sie 2010 bis 2012 das Amt der stellvertretenden Vorsitzenden. Seit Juli 2012 ist sie Vorstandsvorsitzende der KVSH.

Dr. Kevin Jasper Schulte

Assistenzarzt Uni-Klinik Schleswig-Holstein Kiel, Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten



Promotion in der Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten der Universitätsklinik Aachen, ausgezeichnet mit der Borchers-Plakette, dem Grünenthal-Promotionspreis und dem Friedrich-Wilhelm-Promotionspreis. Anschließend absolvierte er sein Studium der Humanmedizin an der RWTH Aachen, ebenfalls ausgezeichnet mit der Springorum Denkmünze der RWTH Aachen. Seit 2012 ist er Sprecher der außerordentlichen Mitglieder im Berufsverband Deutscher Internisten e.V. sowie Sprecher des Bündnis JUNGE ÄRZTE. Von 2012 bis 2015 war er als Assistenzarzt an der Universitätsklinik Aachen (Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, rheumatologische und immunologische Erkrankungen) tätig, seither in gleicher Funktion an der Universitätsklinik Schleswig-Holstein Kiel (Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten).

Prof. Dr. Marcus Siebolds

Katholische Hochschule NRW, Fachbereich Gesundheitswesen



Prof. Dr. Marcus Siebolds, Jahrgang 1957, beendete 1986 sein Studium der Medizin, Völkerkunde und Philosophie in Köln. Am Institut für Virologie der medizinischen Fakultät Köln promovierte er 1991 im Bereich Medizinethnologie. Parallel zur Promotion absolvierte er von 1987 bis 1992 eine Ausbildung zum Arzt für innere Medizin im Kölner St. Antonius Krankenhaus. Dem schloss sich von 1992 bis 1995 eine psychosomatische Ausbildung an. Seit 1995 ist er Professor für Medizin/Medizinmanagement im Fachbereich Gesundheitswesen der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen. Von 1997 bis 1999 sowie von 2009 bis 2013 bekleidete er dort auch das Amt des Dekans; seit 2013 ist er Prodekan. Seine Lehrtätigkeit führte ihn u.a. als Gastprofessor an das Institut für Medizinische Informatik der Universität Graz und als Honorarprofessor für das Fach Good Clinical Practice an die Fakultät für Pflegewissenschaften der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar.

Dr. Dominik Graf von Stillfried

Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)



Dr. Dominik Graf von Stillfried ist seit 2008 Geschäftsführer des Zi. Zuvor war er bei der KBV tätig: von 2006 bis 2008 als Leiter der Stabsstelle Versorgungsforschung sowie von 1998 bis 2006 als Leiter des Dezernates Grundsatzfragen. Er bekleidete zuvor mehrere Positionen auf Kassenseite: Sachgebietsleiter Managed Care bei der BARMER Ersatzkasse (1996-1998) und wissenschaftlicher Mitarbeiter des VdAK, Abteilung Gesundheitswissenschaften und Grundsatzfragen der medizinischen Versorgung (1995-1996). Seine wissenschaftliche Karriere begann er als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Universität Tübingen, Stiftungsprofessur Gesundheitssystemforschung (1991-1995).

Dr. Guido Tuschen

Geschäftsführer der SKH Stadtteilklinik Hamburg



Nach seinem Biologiestudium an der Universität Düsseldorf (1983 bis 1988, Promotion 1990 als Dr. rer. nat. mit magna cum laude) war er als Dipl.-Biologe bis 1990 am Institut für Biochemie und Molekularbiologie der Universität Düsseldorf tätig. Anschließend (1990/91) als Vertriebsbeauftragter im Bereich Infektionskrankheiten /Onkologie, dann bis 1993 als Vertriebsbeauftragter und Schulungsleiter für Außendienstmitarbeiter im Bereich Hämatologie/Onkologie, Amgen, München. Es folgte die Bereichsleitung Infektionskrankheiten G-CSF, Amgen, München. 1996 bis 2000 war Dr. Guido Tuschen als Vertriebsdirektor Onkologie, Janssen-Cilag, in Neuss tätig. Von 2000 bis 2008 folgte eine Geschäftsführertätigkeit beim Westdeutschen Brust Centrum Düsseldorf sowie zwischen 2006 bis 2008 beim Deutschen Onkologischen Centrum Düsseldorf. 2009 bis 2010 Abteilungsleiter für Neue Versorgungsformen und Unternehmensstrukturen bei Megapharm, St. Augustin. Seit 2010 ist er Geschäftsführer der ZytoService Deutschland GmbH Leitung Neue Versorgungsformen und Unternehmensstrukturen, seit 2014 Geschäftsführer der SKH Stadtteilklinik Hamburg GmbH sowie seit 2015 Geschäftsführer der VivaQ Medizinisches Versorgungszentrum Düsseldorf GmbH, MVZ für Immunologie Lokstedt GmbH und VivaQ Medizinisches Versorgungszentrum Mümmelmannsberg GmbH.

Dr. Wolfgang Wesiack

Ehrenpräsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten



Studium der Medizin in München und Hamburg, 1973 Staatsexamen in Hamburg sowie anschließende Promotion an der Universität Hamburg. Zwischen 1974 und 1981 Weiterbildung am AK Altona in Hamburg, Facharzt für Innere Medizin 1981. Seit 1983 ist er in eigener Praxis in Hamburg Lurup niedergelassen. Von 2004 bis 2016 war Dr. Wolfgang Wesiack Präsident des BDI, seither dessen Ehrenpräsident.

Daniel Zehnich

Direktor Gesundheitsmärkte & Gesundheitspolitik, Deutsche Apotheker- und Ärztebank



Nach der Ausbildung zum Bankkaufmann bei der VoBa Marl-Recklinghausen studierte er Betriebswirtschaftslehre an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Anschließend bekleidete er für die apoBank die Position des Abteilungsleiters Gremienbetreuung im Vorstandsstab. Heute ist er hier Direktor Gesundheitsmärkte & Gesundheitspolitik.

Kurzthesen zur ärztlichen Selbstverwaltung

10.00 - 10.30 Prof. Dr. Marcus Siebolds
Katholische Hochschule NRW, Fachbereich Gesundheitswesen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Rahmen der vertragsärztlichen Selbstverwaltung die ambulante Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland sicher.

Die Bedeutung der vertragsärztlichen Selbstverwaltung in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts führt im gesundheitspolitischen Diskurs eine wenig bis gar nicht beachtete Rolle. Eine theoriegeleitete Diskussion fehlt vollends. Diese wäre aber notwendig, um den gesundheitspolitischen Diskurs am Referenzpunkt eines Sinnverständnisses der vertragsärztlichen Versorgung der von Krankheit betroffenen Bürgerinnen und Bürger kritisch überprüfen zu können.

Aus diesem Gedanken heraus ergeben sich aus meiner Sicht folgende Thesen einer theoriegeleiteten Diskussion zu diesem Thema:

Erste These: Der eigentliche Gegenstand der ärztlichen Versorgung, nämlich die von einem Arzt für einen von Krankheit Betroffenen in seiner individuellen Lebenssituation erbrachte ärztliche Versorgung, gerät zunehmend aus dem Blick. Er weicht unhinterfragt einem technischen Versorgungsverständnis, in dem es um qualitäts- und kosteneffiziente Versorgung geht. Ärztliche Patientenversorgung wird politisch schleichend umgedeutet in einen Kontext marktüblich bezahlter personenbezogener Dienstleistungen. Es geht letztlich nur noch um Leistung und Geld. Diese „Industrialisierung vertragsärztlicher Patientenversorgung“ führt professionstheoretisch zu einer dramatischen Verkennung der vertragsärztlichen Behandlungsrealität. Die der Versorgung komplex chronisch Kranker nach Oevermann innewohnende und nicht lösbare Widersprüchlichkeit aus dem, was der Patient in seiner situativen Betroffenheit ist (Fallverstehen),

bester klinischer Praxis im Sinne der evidenzbasierten Medizin (Regelwissen) und dem gewährten Ausmaß an gesellschaftlicher Solidarität (Ressourcen im SGB V), wird dabei in immer stärkerem Maße verkannt. In dieser Verkennung entsteht die Gefahr, dass aus dem Subjekt des betroffenen Patienten ein Objekt industrieller, gesundheitlicher Versorgung wird. Ob das dann noch mit den im Grundgesetz festgelegten Werten (insbesondere Artikel 1-6) vereinbar wäre, bleibt fraglich.

Zweite These: Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden in der Wahrnehmung ihres Selbstverwaltungsauftrags sowohl extern durch politische Eingriffe wie auch intern durch unangemessene Gruppenkonflikte immer mehr ausgehöhlt. Dies führt dazu, dass sich die Vertragsärzte mit der speziellen Mitgliedschaftsrolle in einer selbstverwalteten vertragsärztlichen Körperschaft kaum mehr identifizieren. Die hinter der Zwangsmitgliedschaft in der KV liegende gesellschaftliche Erwartung der unbedingten Gemeinwesenbindung vertragsärztlichen Handelns und der Gestaltungsfreiraum, das in verfasster Selbstverwaltung zu organisieren, ist verloren gegangen. Die Grundkonstruktion der KV - Mitgliedschaft in freier Praxis - stellt hier das größte Identifikationshemmnis dar. Der Ort der ärztlichen Identifikation ist die eigene Praxis und nicht die KV. Der Widerspruch zwischen beiden Mitgliedschaftsrollen ist einer der Hauptgründe der KV-Verdrossenheit. Das große Privileg, über die Freiheit des ärztlichen Handelns in eigener Praxis im Schutz der vertragsärztlichen Selbstverwaltung zu verfügen, wird meist ignoriert. Unreflektierte Vorstellungen der eigenen Freiberuflichkeit stehen dieser Sichtweise oftmals im Wege.

Dritte These: Die Ungetrenntheit der Verantwortung von vertragsärztlichem Handeln und der unternehmerischen Verantwortung für die eigene Praxis ist die Voraussetzung für die Einnahme einer im Sinne Schöpfers professionellen ärztlichen Berufsrolle. Nur in dieser Situation hat der Vertragsarzt die Möglichkeit, eine höchst individuelle Ausgestaltung seiner ärztlichen Arbeit so zu wählen, dass er sowohl die Entscheidungsfreiheit als auch den Gestaltungsspielraum hat, das oben beschriebene Paradox von Fallverstehen und Regelwissen in einer für den einzelnen Patienten angemessenen Weise zu bearbeiten, ohne es in die eine oder andere Richtung auflösen zu können.

Die zunehmende Tätigkeit angestellter Ärztinnen und Ärzte in den Vertragspraxen wird die vertragsärztliche Selbstverwaltung - nicht nur in ihren Gremien - vor große Probleme stellen. Die Trennung von unternehmerischer und ärztlicher Verantwortung wird den Umgang mit dem oben beschriebenen Paradox erschweren, da es dem angestellten Arzt in seiner Rolle als tariflich angestellter Arzt immer möglich ist, sich hinter dieses Rollenkleid zurückzuziehen. Die dem vertragsärztlichen Handeln innewohnende klinische Intimität, die von einer verantwortungsvoll reflektierten professionellen Entgrenzung, einer unabdingbaren persönlichen Verantwortung für den Patienten über die Angestelltenrolle hinaus und von der Bereitschaft, die oft unauflösbare Widersprüchlichkeit von Fallverstehen und Regelwissen aus-

halten zu wollen, lebt, würde damit auf Dauer in größeren Teilen der Vertragsärzteschaft verloren gehen.

Vierte These: Vor diesem Hintergrund stellen sich für die Kassenärztliche Selbstverwaltung grundlegende Zukunftsanforderungen:

- Der vertragsärztlichen Selbstverwaltung muss es wieder gelingen, junge Kolleginnen und Kollegen mit den politischen und ärztlichen Ideen der Selbstverwaltung zu identifizieren. Hierzu ist besonders die Eintrittsphase in die KV deutlich besser zu begleiten.
- Die ambulante Facharztweiterbildung ist für den fachärztlichen Bereich deutlich zu stärken, insbesondere müssen junge Kolleginnen und Kollegen im vertragsärztlichen Bereich auf die Einnahme einer professionellen Berufsrolle vorbereitet werden, da sie im Krankenhaus in einem fast vollständig deprofessionalisierten Lernumfeld ärztlich sozialisiert sind.
- Da die Ungetrenntheit von unternehmerischer und ärztlicher Verantwortung im Sinne eines professionellen ärztlichen Handelns den Praxisbesitz oder andere Formen der Besitzteilhabe voraussetzt, sind KVen aufgefordert, innovative Konzepte des Praxisbesitzes zu entwickeln.



Die Vorstellungen der jungen Generation und ihre Implikationen 1

**10.30 - 11.00 Prof. Dr. Johannes Kopp
Prof. Dr. Rüdiger Jacob
Universität Trier, Fachbereich IV Soziologie / Empirische Sozialforschung**

Die Mehrheit der Medizinstudenten ist weiblich - der Frauenanteil liegt 2015 bei deutlich über 60%, 1990 dagegen noch bei 44%. Dieser Wandel in der Geschlechtsstruktur hat Konsequenzen für die Berufsperspektiven der künftigen Ärzteschaft. Insbesondere die Ärztinnen streben eine Beschäftigung in Teilzeit an (für 77% der Frauen, aber nur 32% der Männer ist dies eine Option), was auch darauf zurückzuführen ist, dass für fast alle Befragten die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wichtig ist. Generell sind angestellte Tätigkeiten sehr attraktiv, auch die Niederlassung als Facharzt ist für die Mehrheit eine Option (jeweils rund drei Viertel äußern

entsprechende Aspirationen). Dagegen erwägt nur ein gutes Drittel eine freiberufliche Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung, 10% haben großes Interesse an einer Weiterbildung in Allgemeinmedizin. Bei einer Niederlassung kommt eine Einzelpraxis kaum noch in Frage, die künftigen Ärzte bevorzugen die Arbeit in einem größeren Team. Ländliche Regionen sind als Wohn- und Arbeitsregionen nur für eine Minderheit attraktiv. Insgesamt zeigt sich bei der Präferenz für spätere Arbeitsorte eine ausgeprägte Heimatorientierung (bezogen auf die Herkunftsbundesländer).

Junge Ärzte - lohnt sich die eigene Praxis heute noch?

**11.30 - 12.00 Daniel Zehnich
Direktor Gesundheitsmärkte & Gesundheitspolitik, Deutsche Apotheker- und Ärztekammer**

Gegenstand des Vortrags ist die Frage, inwieweit die wirtschaftliche Selbständigkeit auch für die junge Heilberufsgeneration ein Modell der Zukunft sein kann. So ist auf Basis aktueller Prognosen davon auszugehen, dass sich die Struktur des ambulanten Versorgungsangebots trotz steigender Arztszahlen u.a. durch einen anhaltenden Trend zur Anstellung grundlegend verändern wird. Dabei ist die Entscheidung gegen die Selbständigkeit laut einer apoBank-Studie vor allem durch vier Faktoren geprägt: Das finanzielle Risiko, die Arbeitsbelastung, die Bürokratie und die unternehmerischen Aspekte. Diese können aber, bei genauerem Hinsehen, durch die geringe Zahl der Insolvenzen und die positiven Honoraraussichten, die vielfältigen Kooperations- und Berufsausübungsformen, die Digitalisierung und ein

damit verbundenes effizientes Datenmanagement sowie die Vorteile der alleinigen Entscheidungsfreiheit entkräftet werden.

Wir als apoBank sehen im Ergebnis, dass die Anforderungen dieser jungen Generation von Heilberuflern in Form von Work-Life-Balance, Gestaltungsspielraum und Selbstverwirklichung sehr wohl durch die Selbständigkeit abbildbar sind und darüber hinaus der Grundsatz der Freiberuflichkeit, der diesen Berufsstand seit Anbeginn maßgeblich prägt, vollends ausgelebt werden kann. Unser Ziel muss es sein, den jungen Ärzten die Angst vor der Selbständigkeit zu nehmen, das Informationsdefizit mit Wissen aufzufüllen und das Berufsbild in die Moderne zu tragen - nur dann hat die eigene Praxis Zukunft.

Unterschiede der Problemlagen und Lösungsansätze in Stadt und Land

12.00 - 12.30 **Dr. Monika Schliffke**
Vorstandsvorsitzende Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Die Ausgangslage zur Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung hat sich in den letzten Jahren entscheidend verändert. Insbesondere in der Allgemeinmedizin ist allein durch Erreichen des Pensionsalters ein Rückgang von 30% der Praxen zu erwarten, von denen in Schleswig-Holstein bei nur etwa der Hälfte eine realistische Nachbesetzungschance besteht. Die Demographie lässt zudem eine höhere Arbeitsbelastung erwarten, da überproportional mehr ältere Menschen in ländlichen Räumen verbleiben.

Die Präferenz junger Ärzte zur Niederlassung liegt in einem guten infrastrukturellen Umfeld, in kooperativer Tätigkeit sowie in Angeboten zu Teilzeit- und/oder Vollzeittätigkeit. Oftmals wird ein Angestelltenverhältnis auf Zeit oder Dauer bevorzugt, um finanzielle Belastungen zu vermeiden und Flexibilität in Bezug auf familiäre Änderungen zu erhalten.

Die KVSH bietet verschiedene Lösungsansätze zur Attraktivitätssteigerung zur Niederlassung im ländlichen Raum. Neben finanzieller Investitionsförderung bei Praxisübernahme werden bereits Niedergelassene gefördert, die durch Erwerb abgebender Praxen Angestelltenverhältnisse anbieten und so Standorte erhalten. Gemeinsam mit Kommunen wird nach zentralen Orten mit infrastruktureller Anbindung gesucht, um die Bildung von Hausarztzentren zu fördern, die um fachärztliche Zweigpraxen ergänzt werden können. Modellhaft ist die deutschlandweit erste Einrichtung in kommunaler Trägerschaft gefördert worden. Entlastung im Notdienst, Delegation von Leistungen an Assistenzpersonal, Telemedizin für Inseln und Halligen sowie Ausweitung von e-Health-Projekten sind weitere Komponenten.



Fit für die tägliche Praxis? Ambulante Versorgung in Aus- und Weiterbildung

12.30 - 13.00

Dr. Bernhard Gibis

Dezernent Ärztliche Leistungen und Sicherstellung der KBV

Ziel der universitären, ärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist. Ziel der Weiterbildung wiederum ist der geregelte Erwerb festgelegter Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, um nach Abschluss der Berufsausbildung besondere ärztliche Kompetenzen zu erlangen. Beide Bereiche, Aus- und Weiterbildung, sollen sicherstellen, dass Ärztinnen und Ärzte hinreichend zuverlässig auf die tägliche Versorgungspraxis vorbereitet werden. Diese Versorgungspraxis erfährt grundlegende Veränderungen: Immer mehr Leistungen werden ambulant erbracht, in einer Gesellschaft des längeren Lebens werden kontinuierliche Versorgungsangebote im ambulanten Setting immer wichtiger. Die beständig fortschreitende Spezialisierung der Medizin führt zur fortgesetzten Fragmentierung der Versorgungsangebote, die die Aufgabe der Koordination bedeutsamer werden lässt. Gleichzeitig darf die Vermittlung einer grundlegenden ärztlichen Haltung und von Kenntnissen (z.B. ärztliches Gespräch, Betreuung Sterbender, Zusammenarbeit im Team) nicht unter der Technisierung des Berufes leiden. Berichtet wird, dass auch nach langjährigen Aus- und Weiterbildungszyklen Ärztinnen und Ärzte mit Aufnahme der Tätigkeit in der ambulanten Versorgung dennoch am Anfang einer Lernkurve stehen.

Diese Entwicklungen werden in den geltenden Qualifizierungssystemen kaum gespiegelt. Selbstverständlich erlauben die langlaufenden Zyklen der mindestens elfjährigen Aus- und Weiterbildung keine kurzfristige Reaktion auf passagere Trends. Die Abbildung von grundlegenden Versorgungsveränderungen wie der Ambulantisierung jedoch erfordert gezielte Anpassungen, die bislang nur zögerlich auf den Weg gebracht werden. Hierzu gehören ambulante Abschnitte in der Aus- und Weiterbildung genauso wie die Vermittlung von Kenntnissen, die in klinischen Settings in der Regel nicht oder nicht mehr zur Versorgungspraxis gehören. Hierzu gehören die Themen Prävention genauso wie die kontinuierliche Versorgung von chronisch kranken Patienten, auch in ihrem häuslichen Umfeld. Für die hausärztliche Versorgung wurden in der Weiterbildung schon entsprechende Maßnahmen ergriffen, für die fachärztliche Versorgung zeichnet sich eine ähnliche Entwicklung ab: Viele Krankenhäuser können auch aufgrund der zunehmenden Spezialisierung, aber auch der Ambulantisierung der Versorgung nicht mehr den vollen Weiterbildungsumfang anbieten. In beiden Bereichen, haus- wie fachärztlich, werden damit Verbundweiterbildungsmodelle unter Einschluss der ambulanten Versorgung immer wichtiger.

In Anbetracht dieser grundlegenden Veränderungen bedarf es einer umfassenderen Integration der Bedarfe ambulanter Versorgung in

das System der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Weiterbildung ist dabei nicht nur ausschließlich „training-on-the-job“ im Krankenhaus, sondern bedarf der gezielten ideellen und investiven Unterstützung sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. Bislang sind (mit Ausnahme der Allgemeinmedizin) die besonderen Aufwände der Weiterbildung nicht hinreichend in den auf Leistungserbringung angelegten Vergütungssystemen der ambulanten und stationären Versorgung hinterlegt. Um dem anstehenden Versorgungswandel

gerecht zu werden, ist grundsätzlich zu prüfen, ob losgelöst von der Finanzierung der Leistungserbringung, ähnlich der Ausbildung und der ambulanten Weiterbildung für Allgemeinärzte, auch in der Weiterbildung aller Fachgruppen Ressourcen gezielt für die Vergütung der Weiterbildungsassistenten und insbesondere für die Infrastruktur der Weiterbildung aufgewendet werden sollen. Erste Schritte in diese Richtung hat der Gesetzgeber mit dem Versorgungsstärkungsgesetz gemacht.



Besitz(-formen), Autonomie und Verantwortung im niedergelassenen Bereich im Wandel der Zeit

14.00 - 14.30 **Dr. Horst Bitter**
Senior Associate Ehlers, Ehlers & Partner, Rechtsanwaltsgesellschaft
MBB München

Die Reformbestrebungen der letzten Jahre sind durch zwei grundsätzliche Entwicklungen geprägt. Zum einen gibt es das „Nebeneinander“ der kollektivvertraglichen Versorgung einerseits und der selektiven Verträge andererseits. Zweiter maßgeblicher Ansatzpunkt der letzten Reformgesetze ist die Aufhebung der Sektorengrenze, ambulante und stationäre Versorgung werden miteinander „verflochten“ und stehen zunehmend weniger isoliert „nebeneinander“. Weitergehend stellt sich die Frage, ob nicht der ambulante Sektor selbst mehr Beachtung und Förderung verdient. Ungachtet neuerer Entwicklungen kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass der einzelne Arzt in seiner Einzelpraxis nach wie vor das Leitbild des Gesetzgebers ist. Die tatsächlichen Zahlen mögen diesen Status quo sogar bestätigen. Aber würde bei einer Erweiterung des Spektrums der Unternehmensformen im ambulanten Sektor eine Entwicklung eingeleitet werden können, die zumindest einen Beitrag zur Lösung der offenen Fragen im Gesundheitswesen leisten könnte? Angedeutet seien nur

- die demografische Entwicklung, der zufolge sowohl die Versicherten als auch die Ärzte „altern“,
- die „Landflucht“ bzw. Konzentration in Ballungsräumen,

- die allgegenwärtige Frage der Finanzierung des GKV-Systems,
- Unterversorgung, insbesondere in der Fläche einerseits und Überversorgung, insbesondere in Ballungsgebieten andererseits und
- vielleicht auch ein Mentalitätswechsel bei nachfolgenden Ärztegenerationen, was die Vereinbarkeit von Beruf und Familie anbelangt.

Bereits heute ist festzustellen, dass der Gesetzgeber mit althergebrachten Grundsätzen des Vertragsarztwesens gebrochen hat, um die Versorgungsstrukturen zu modernisieren und um neuen Anforderungen gerecht werden zu können. Angeführt seien nur beispielhaft und schlagwortartig

- die Regelungen zum MVZ,
- die Möglichkeiten der Zulassung eines Krankenhausarztes als Vertragsarzt, der Teilzulassungen, der Anstellungen von Ärzten,
- die Gründung von überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften und die Errichtung von Zweigpraxen.

Mit dem Vortrag soll eine möglich erscheinende Entwicklung vom einzelnen niedergelassenen Arzt zum in der Diskussion befindlichen Versorgungsunternehmen aufgezeigt und zur Auseinandersetzung gestellt werden.

Über den Tellerrand geschaut: Probleme und Best Practice / Modellprojekte und Erfahrungen zur Nachwuchssicherung aus anderen Bereichen

14.30 - 15.00 **Ann-Isabell Hnida**
Daniel Kresin
Wirtschaftsjunioren Hamburg

Die Referenten Hnida und Kresin sind Vorstandsmitglieder der Wirtschaftsjunioren bei der Handelskammer Hamburg. Die Wirtschaftsjunioren sind deutschlandweit mehr als 10.000 Unternehmer und Führungskräfte unter 40 Jahren. Sie sind global vernetzt und als größtes Netzwerk junger Wirtschaft in Deutschland mit rund 210 Mitgliedskreisen vor Ort präsent. Die Wirtschaftsjunioren Hamburg verstehen sich selbst u.a. als Nachwuchsorganisation des Ehrenamts der Handelskammer. Sie stellen somit ein lebendiges Beispiel an Nachwuchssicherung dar.

Die beiden Referenten sind Gründer und haben durch ihre eigenen Gründungen, sowie in ihrer

Arbeit bei den Wirtschaftsjunioren, Erfahrungen in der Gründerszene gesammelt.

In dem Vortrag werden konkrete Beispiele, wie öffentliche Förderungen, Co-Working aber auch Community-Arbeit vorgestellt und Best Practice-Ansätze dazu erläutert, um das Thema Gründungsnachwuchs aus der Sichtweise der Wirtschaft darzustellen. Das Ziel ist, hier die Möglichkeiten zu beleuchten und einen Impuls für die Diskussion zu geben, um damit eine Brücke zur der Problemstellung der Gründungsförderung im kassenärztlichen Bereich zu bilden.



Die Vorstellungen der jungen Generation und ihre Implikationen 2: Die Arbeitswelt in der vertragsärztlichen Versorgung – Impulse aus einer qualitativen Befragung in Hamburg

15.00 - 16.00 **Dr. Dominik Graf von Stillfried**
Thomas Czihal
Ayse Özkan
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

Welche Perspektiven haben Vertragsärzte und -psychotherapeuten auf ihre Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung? Worin bestehen die Vor- und Nachteile? Welche Anforderungen an die Rahmenbedingungen in der ambulanten Patientenversorgung ergeben sich aus den Erwartungshaltungen der verschiedenen Generationen von Ärzten und Psychotherapeuten? Um diese und weitere Fragen fundiert beantworten zu können, hat die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg das Zi im Vorfeld des 2. Hamburger Versorgungsforschungstages mit der Durchführung einer qualitativen Studie beauftragt. Im Rahmen von halbstrukturierten Fokusgruppeninterviews wurden 69 Teilnehmer aus unterschiedlichen Generationen (angefangen von Medizinstudenten bis hin zu Ärzten / Psychotherapeuten am Ende ihrer beruflichen Laufbahn) in über 24 Stunden Interviewzeit befragt.

Im Mittelpunkt der Interviews standen die Themenkomplexe: Aus- und Weiterbildung, Identität und Verantwortung, Besitzformen, Arbeitsalltag, wirtschaftliche Situation und Selbstverwaltung.

Die Befragten sehen in ihrem Beruf generell eine erfüllende und auch im Vergleich zum Arbeitsalltag im Krankenhaus spannende Tätigkeit - wenn die Hilfe für Patienten im Mittelpunkt stehen kann. Anforderungen und Erwartungshaltungen wiesen für alle Themen-

komplexe eine große Heterogenität auf, die sich durch alle Generationen zieht. Dies wurde beim Thema Besitzformen besonders deutlich. Wer eine klare Präferenz für die inhabergeführte Praxis äußerte, versprach sich hiervon die größte Autonomie und Gestaltungsfreiheit seines Arbeitsalltags. Wer mehr Vorteile in einer angestellten Tätigkeit sah, verband damit geringere ökonomische Risiken oder administrative Belastungen. Auch in Zukunft ist somit in der ambulanten Versorgung kein Goldstandard in Bezug auf die Besitzform zu erwarten. Die Rahmenbedingungen müssen vielmehr ausreichend Flexibilität für unterschiedliche Modelle gewährleisten. Einigkeit bestand nur darin, dass die Patientenversorgung im Interesse der Qualität nicht gewinn- und wachstumsorientierten Unternehmen überlassen werden sollte, sondern medizinische Gesichtspunkte im Zentrum stehen müssen. Mehrfach wurden private Klinikkonzerne als abschreckendes Beispiel angeführt.

Von allen, jedoch insbesondere Vertretern jüngerer Generationen wurde der Wunsch nach einer stärkeren IT-technischen und physischen Vernetzung geäußert, um z. B. größere Kontinuität der Versorgungsprozesse zu ermöglichen. In Aus- und Weiterbildung sollte der Bezug zur ambulanten Patientenversorgung gestärkt werden. Auch Kritik an den Rahmenbedingungen wurde geäußert: z.B. an einem ausgeprägten Zeitmangel, am Rechtfertigungsaufwand bei

Wirtschaftlichkeitsprüfungen, an schwer nachvollziehbaren Honorarbescheiden und Quotierungen der Auszahlungsbeträge, an teilweise mangelnder Transparenz der Selbstverwaltung und geringen Partizipationsmöglichkeiten, und es fehlte ein wirksamer Schutz vor gewinnorientierten Kapitalgesellschaften. Einig waren sich die Teilnehmer aber darin, dass als Antwort auf diese Kritik keine einfachen Lösungen existieren. Die KV und die Selbstverwaltung

müssten „die Quadratur des Kreises“ bewerkstelligen. Die ärztliche Selbstverwaltung sei nicht ersetzbar; ohne sie könnten die Interessen von Ärzten und Psychotherapeuten gegenüber Krankenkassen und Politik nicht wirkungsvoll vertreten werden. Die Ergebnisse der Fokusgruppenbefragung werden unter Mitwirkung einiger Befragter im Detail vorgestellt.

Podiumsdiskussion

Impulsvortrag: Forderungen nach Anreizen für die Niederlassung aus der Klinik

16.30 - 16.40 **Dr. Guido Tuschen**
Geschäftsführer SKH Stadtteilklinik Hamburg

Hauptthesen:

- Risiken und Chancen für die Niederlassung im Planungsbereich Hamburg
- Gehaltsunterschied Ärzte und Mediziner in Kliniken vs. Niedergelassene Ärzte und Mediziner
- Regionale Unterschiede PKV-Umsätze vs. GKV-Umsätze
- Schnittstellenproblematik zwischen stationärer und ambulanter Versorgung
- Schließung der Versorgungslücke
- Zunehmende Ambulantisierung von der Politik gewünscht, in der Realität in Gebieten mit einem speziellen Patientenkontext umsetzbar?
- Geldknappheit für ambulante Medizin
- Anforderungen an unser Gesundheitssystem durch die demografische Entwicklung in Deutschland
- Wohnortnahe Versorgung
- Regionale Besonderheiten für die Niederlassung von Vertragsärzten in Hamburg
- Konsequenzen aus der momentanen Situation: Geht alles in die zentrale Notaufnahme?
- Ausblick



Thesen im Rahmen der Podiumsdiskussion

16.40 - 17.30 **Dr. Matthias Gruhl**
Sukhdeep S. Arora
Dr. Kevin Schulte
Dr. Klaus Michael Reininger
Dr. Wolfgang Wesiack
Dr. Stephan Hofmeister
Dr. Monika Schliffke

Dr. Matthias Gruhl

1. Die Einzelpraxis als Form der ambulanten Versorgung ist kein Zukunftsmodell.
2. Für die kommende Ärztegeneration wird das Interesse an einer eigenen unternehmerischen Verantwortung für ihr ärztliches Handeln in der ambulanten Versorgung nicht im Vordergrund stehen.
3. Wie können wir verhindern, dass stattdessen Externe in der ambulanten Versorgung einen Markt sehen, der dem ärztlichen Ethos zuwiderläuft?

Sukhdeep Singh Arora

Auf eine Niederlassung in der eigenen Praxis abschreckend wirken können aus Studentensicht ein hohes finanzielles Risiko, das hohe Maß an nicht-ärztlichen Verwaltungstätigkeiten, die massive Arbeitsbelastung mit fehlender flexibler Arbeitszeitgestaltung und in geringerem Maß auch die finanzielle Honorierung.

Bezüglich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Sinne der Förderung von Niederlassungen fordert die bvmd die Sicherstellung der Vertretung in Praxen auch in strukturschwachen Regionen und für kürzere Zeiträume, eine stärkere Einbindung von Teilzeitmodellen sowie eine flächendeckend gute Kinderbetreuung.

Dr. Kevin Jasper Schulte

1. Einer zunehmenden Morbidität, Komplexität und berechtigterweise höheren Anspruchshaltung unserer Patienten werden Ärztinnen und Ärzte in Zukunft (im ambulanten Bereich) nur in einem freiheitlichen, stabilen und wirtschaftlich hinreichend ausgestalteten, leistungsfördernden Rahmen gerecht werden können. Freiheitlich, weil nur dann innovative und effektive Lösungen sowie Organisationsformen entstehen. Stabil, damit eine langfristige Planbarkeit möglich wird und die Bereitschaft für eine Niederlassung zunimmt. Wirtschaftlich solide und leistungsfördernd, da es eines klaren, transparenten Zusammenhangs zwischen einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung und der Vergütung bedarf, um die anstehenden Herausforderungen zu bewältigen.
2. Nicht hilfreich sind unflexible, planwirtschaftliche Lösungen (z.B. Landarztquote) und die politische Förderung einer wirtschaftlich-unmittelbaren Abhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte (Stichwort: Trennung von ökonomischer und ärztlicher Verantwortung). Ersteres verkennet, dass Eigeninitiative und Motivation die Grundvoraussetzungen von engagierter und qualitativ hochwertiger Arbeit sind. Letzteres unterminiert die medizinische Behandlungsqualität, weil der wirtschaftlich Profittragende nicht mehr durch die unmittelbar menschlich-medizinische Verantwortung zum Maßhalten gezügelt wird.

Dr. Klaus Michael Reininger

Eines der wesentlichen Probleme in der psychotherapeutischen Versorgung hängt mit der Bedarfsplanung zusammen. 1999 wurde der damalige Ist-Zustand als der ausreichende Soll-Zustand gesetzlich festgeschrieben. Dies hat zur Folge, dass beispielsweise Hamburg jetzt zwar statistisch gesehen als zu rund 160% überversorgt gilt, tatsächlich aber die psychotherapeutische Versorgung mit der Anzahl der jetzt zugelassenen Praxen in keiner Weise sichergestellt werden kann und viele Patientinnen und Patienten monatelang auf einen Therapieplatz warten müssen.

Dabei ist die Situation bei uns anders als bei den Ärztinnen und Ärzten: Eine Vielzahl gut ausgebildeter Kolleginnen und Kollegen (5 Jahre Studium und 3-5 Jahre Psychotherapieausbildung) möchte gerne in der Versorgung tätig sein und sich auf einem Kassensitz niederlassen. Wir brauchen also dringend eine Reform der Bedarfsplanung, die den tatsächlichen Bedarf ab-

bildet und die Zulassung der für die psychotherapeutische Versorgung erforderlichen Praxen möglich macht.

In Bezug auf die Psychotherapie-Ausbildungsreform hoffen wir Ausbildungskandidaten und -kandidatinnen sehr, dass bald eine Reform erfolgt. Besonders dringlich ist immer noch, dass studierte Psychologinnen und Psychologen im Rahmen und in Bezahlung eines Praktikums ihre praktische Tätigkeit verrichten müssen und teilweise weniger Entlohnung erhalten, als es der Mindestlohn vorsieht.

Aber auch die grundsätzliche Entlohnung der bereits niedergelassenen, approbierten Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist kein Anlass zur Freude: Unser Berufsstand verdient immer am wenigsten im Vergleich zu Haus- und Fachärzten und erhält bei ungefähr gleicher Arbeitszeit annähernd die Hälfte dessen, was der Durchschnitt aller Arztgruppen verdient.

Dr. Wolfgang Wesiack

1. Forderung an die Politik

Die Politik muss weniger Gesetze erlassen, da das permanente Drehen an den Stellschrauben der Niederlassung und des vertragsärztlichen Tuns und die damit einhergehende mangelnde Rechtssicherheit verständlicherweise zu Verunsicherung und Ängsten seitens der nachkommenden Generation führen.

2. Bitte an die Selbstverwaltung

Sämtliche Möglichkeiten und Strukturen, die es im Bereich der Niederlassung bereits gibt, müssen transparent gemacht und mit weiteren Maßnahmen gefördert werden. Dazu gehören u. a. die Möglichkeiten der gemeinsamen Berufsausübung im Team wie auch die Option der Angestelltentätigkeit.

3. Kommentar zur Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung in ihrer derzeitigen Form ist nicht faktenbasiert und stellt ein Hindernis für die Niederlassung der jungen Mediziner dar. Sie sollte daher abgeschafft bzw. zumindest ausgesetzt werden, bis sie auf realistischen Daten fußt.

4. Allgemeiner Appell an Selbstverwaltung und Marburger Bund

Kooperation und nicht länger Konfrontation muss für beide Akteure das Ziel sein, um gemeinsam und übergreifend die Position des angestellten Arztes (in der Niederlassung) gänzlich neu zu denken.



Dr. Stephan Hofmeister

Die Selbstverwaltung und die Freiberuflichkeit in Selbständigkeit sind die tragenden Säulen der ambulanten Versorgung in Deutschland und im Kern alternativlos. Nur durch die Vereinigung von Diagnose, Therapieentscheidung und wirtschaftlicher Verantwortung in der Person des Arztes kann die notwendige Güterabwägung in einem geschützten Raum vorgenommen werden und die weltweit einzigartige Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland – insbesondere in der Fläche wie auch über alle Gesellschaftsschichten hinweg – aufrecht erhalten werden. Weitere Interessen wie z.B. die von einem Share-Holder-Value verpflichteten Unternehmen dürfen nicht in das zu schützende Arzt-Patienten-Verhältnis eindringen.

Das Modell der Einzelpraxis ist dafür keine zwingende Voraussetzung, aber angesichts der Zahlen nach wie vor eine gefragte Existenzform. Kooperative Formen der Praxisführung und Berufsausübung, die eine geteilte Eigentümerschaft ermöglichen, sind längst Realität. Auch Angestelltenverhältnisse und eine größere Durchlässigkeit zum stationären Bereich, kommen dem Wunsch der nachkommenden Generation junger Mediziner nach der Möglichkeit zur Arbeit im Team, fachlichem Austausch und flexiblen Arbeitszeitmodellen entgegen. Hieraus lässt sich problemlos auch die Möglichkeit eines Hineinwachsens in die Selbständigkeit generieren. Die Patienten profitieren von diesen neueren Versorgungsstrukturen ebenfalls durch einen erweiterten Service mit ausgedehnten Praxisöffnungszeiten, mehreren Disziplinen „unter einem Dach“ und

„aus einer Hand“ und Qualitätssteigerungen in Diagnose und Therapie durch kollegialen Austausch.

Einzig die ärztliche (bzw. im Einzelfall aus Sicherstellungsgründen ggf. auch öffentliche) Eigentümerschaft der Praxis muss gewährleistet sein.

Wenn in Zukunft auf drei Nachwuchskräfte mit dem Wunsch nach einer Angestelltentätigkeit mindestens ein Mediziner oder Psychotherapeut kommt, der bereit ist, die unternehmerische Verantwortung für eine Praxisführung zu übernehmen, ist unser Modell zukunftsfest. Alle Beteiligten sollten gemeinsam daran arbeiten, dieses Erfolgsmodell zu erhalten und zu stärken. Der Gesetzgeber muss jede Privilegierung (auch als Kollateralschaden) nichtärztlicher, konzerneigener ambulanter Versorgung beenden.

KVen und Selbstverwaltung müssen die schon bestehenden Möglichkeiten transparenter und verständlicher machen und die Vorzüge der selbständigen freiberuflichen ambulanten Tätigkeit offener darstellen. Hierbei ist unbedingt deutlich zu machen, dass viele der immer wieder klar artikulierten Ängste des Nachwuchses bei genauerer Betrachtung keine reale Grundlage haben. Es sind eben Ängste, die Realität ist aber anders. Schuld an dieser Wahrnehmung sind wir als KV-System und Selbstverwaltung vermutlich zum Teil selber. Im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten sollten KV und Selbstverwaltung sich flexibel und offen gegenüber neuen Ideen zeigen und geeignete Initiativen gemeinsam mit den Krankenkassen aktiv fördern.

Impressum

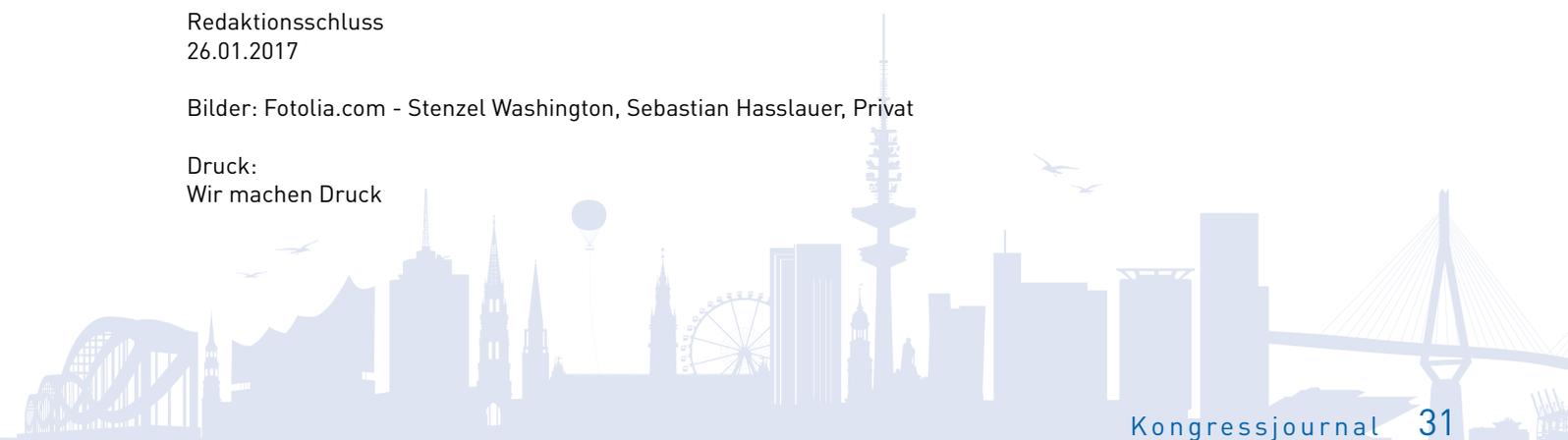
Herausgeber:
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
www.kvhh.de

Redaktion und Layout:
Abteilung Politik und Öffentlichkeitsarbeit

Redaktionsschluss
26.01.2017

Bilder: Fotolia.com - Stenzel Washington, Sebastian Hasslauer, Privat

Druck:
Wir machen Druck





KVH *Kassenärztliche
Vereinigung
Hamburg*

KVSH  **Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein**
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Mit Unterstützung von:

 **deutsche apotheker-
und ärztebank**