

IMPLICON

Gesundheitspolitische Analysen

Grenzen des Wachstums

Daten zur gesundheitswirtschaftlichen
Gesamtrechnung 2018

06 | 2019

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über dnb.ddb.de abrufbar.

albring & albring pharmaceutical relations GmbH, Berlin

Verantwortlich: Dr. Manfred Albring, Helmut Laschet
Gestaltung: roman und braun medienproduktionen
Umschlaggestaltung: Robert Roman
Internet: www.implicon.de
ISSN: 2199-4978

Grenzen des Wachstums

Daten zur gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung 2018

Mit fast 370 Milliarden Euro trägt die Gesundheitswirtschaft zwölf Prozent zum Bruttoinlandsprodukt bei und gibt 7,6 Millionen Menschen Arbeit. Doch zuletzt deuten sich auch Grenzen des Wachstums an, wie aus der Gesamtrechnung des Bundeswirtschaftsministeriums hervorgeht: Fachkräfte scheinen zum Engpassfaktor zu werden. Das gilt in jedem Fall für den Pflegesektor, wo aktuell 30.000 bis 40.000 Stellen nicht besetzt werden können, aber auch für die ärztliche Versorgung bei einem zunehmenden Anteil angestellter Ärzte in der ambulanten Medizin, von denen ein immer größerer Teil in Teilzeit arbeitet. Um so wichtiger ist die Rolle der industriellen Gesundheitswirtschaft, deren Bruttowertschöpfung in den vergangenen Jahren etwas weniger dynamisch wuchs als in der gesamten Gesundheitswirtschaft. Mit ihrer ausgeprägten Forschungsintensität und mit Innovationen im Arznei- und Medizintechniksektor ist sie ein Hoffnungsträger auch für langfristige Einsparungen im Gesundheitswesen: durch Arzneimittel, die Heilung schwerer und kostenträchtiger Krankheiten wie Hepatitis C ermöglichen, aber auch einen arbeitsparenden technischen Fortschritt in die Branche tragen. Noch nicht absehbar ist das Potenzial der im Gesundheitswesen nach wie vor unterentwickelten Digitalindustrie. Der industriellen Gesundheitswirtschaft hat die diesjährige Publikation des Bundeswirtschaftsministeriums ein Sonderthema gewidmet.

...

...

Es ist eine Lokomotive, die mit hohem Drehmoment die deutsche Wirtschaft in Schwung hält. Jeder achte Euro Bruttowertschöpfung in Deutschland wird in der Gesundheitswirtschaft generiert. In den zwölf Jahren seit 2007 betrug die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Wertschöpfung durch die Medizin, Pflege und angrenzende Branchen 4,1 Prozent. Die Zahl der Beschäftigten wuchs jedes Jahr im Schnitt um 2,2 Prozent.

Bruttowertschöpfung bei fast 370 Milliarden Euro

2018 erreichte die Bruttowertschöpfung in allen Teilen der Gesundheitswirtschaft – dazu zählen unter anderem medizinische Versorgung in Praxen und Kliniken, Pflege, Pharma- und Medizintechnik-Industrie, Apotheken und Fachhandel – 369,8 Milliarden Euro, ein Zuwachs im Vergleich zum Vorjahr von vier Prozent. Das geht aus der gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung hervor, die das Darmstädter WifOR-Institut jährlich im Auftrag des Bundeswirtschaftsministeriums erstellt. Ziel dieses Instruments ist es, anders als die sozialpolitisch geprägte Perspektive auf das Gesundheitswesen als Kostenfaktor, dessen Bedeutung als Glied der Wertschöpfung in der Gesamtwirtschaft, als Beschäftigungsfaktor und somit auch als Beitrag zum Wohlstand der Gesellschaft exakt zu erfassen. Seit 2017 zeigt eine Bundesländer-Analyse, welchen Beitrag die Gesundheitswirtschaft für Einkommen und Beschäftigung in den Regionen leistet und welche Zweige der Gesundheitswirtschaft besonders bedeutsam sind.

Über die eigene Wertschöpfung hinaus verursacht die Gesundheitswirtschaft weitere indirekte und induzierte Effekte:

- Indirekte Wirkung ist der Bezug von Vorleistungen – etwa Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe – und Investitionsgütern, die in den vorgelagerten Branchen eine Bruttowertschöpfung von zuletzt 166 Milliarden Euro erreichten.
- Induzierte Effekte resultieren aus den Einkommen der in der Gesundheitswirtschaft Beschäftigten, etwa durch Konsumausgaben: Das bewirkt eine weitere Wertschöpfung von 132 Milliarden Euro.

Zusammen mit diesen Ausstrahlungseffekten erreicht der „ökonomische Fußabdruck“ der Gesundheitswirtschaft den gigantischen Betrag von 668 Milliarden Euro. Anders gesagt: Jeder Euro, der in der Gesundheitswirtschaft selbst erwirtschaftet wird, generiert weitere 0,81 Euro in anderen Teilen der Wirtschaft. Nicht ganz so groß ist der Beschäftigungs-Multiplikator: aber immerhin bewirkt die Gesundheitswirtschaft, dass in anderen Branchen neben den 7,6 Millionen unmittelbar in der Gesundheitswirtschaft Beschäftigten weitere 4,5 Millionen Menschen Arbeit haben.

4,8 Millionen Beschäftigte in Medizin und Pflege

Der Kern und der auch volumenmäßig bedeutendste Teil der Gesundheitswirtschaft ist die medizinische Versorgung: Sie erreichte im vergangenen Jahr eine Bruttowertschöpfung von 195,8 Milliarden Euro, ein Zuwachs von gut 4,5 Prozent zum Vorjahr. Auch im langjährigen Mittel liegt das durchschnittliche Wachstum mit 4,3 Prozent über dem der gesamten Gesundheitswirtschaft und weit über dem der deutschen Volkswirtschaft. Allerdings sind neuerdings auch Grenzen des Wachstums sichtbar: Mit 4,8 Millionen Beschäftigten stagnierte der Arbeitsmarkt in der medizinischen Versorgung, nachdem in den vorangegangenen zehn Jahren ein Zuwachs von 1,1 Millionen Arbeitsplätzen registriert worden war.

Beispiel Krankenhaus: Deren Bruttowertschöpfung stieg im vergangenen Jahr zwar noch um 3,9 Prozent, aber die Zahl der Arbeitsplätze bleibt mit rund 1,2 Millionen in etwa konstant. Dass Krankenhäuser seit Jahren rationalisieren und dabei auch am Personal sparen, zeigen die sehr unterschiedlichen Wachstumsraten von durchschnittlicher jährlicher Bruttowertschöpfung mit 4,3 Prozent und nur 1,8 Prozent jährlicher Zunahme der Erwerbstätigen. Es ist zu vermuten, dass die Differenz von 2,5 Prozent nicht nur ein belastungsneutraler Produktivitätsfortschritt ist, sondern auch durch belastende Arbeitsverdichtung erreicht wurde – unter Umständen sogar mit der Tendenz zur Ausbeutung.

Im Prinzip trifft die Arbeitsverdichtung auch die Ärzte, deren Zahl in den vergangenen zehn Jahren um 2,6 Prozent zugenommen hat. Das ist aber nur die halbe Wirklichkeit: Mit einer Zunahme von jährlich 4,4 Prozent wächst die Zahl der Ärztinnen in Krankenhäusern fast dreimal so stark wie die ihrer männlichen Kollegen (1,7 Prozent). Das hat dazu geführt, dass der Ärztinnen-Anteil in den Kliniken inzwischen 44,5 Prozent erreicht hat – und zugleich die Quote der Teilzeit-Beschäftigungen von 14 Prozent im Jahr 2007 auf 24 Prozent im Jahr 2017 gestiegen ist.

Für die Beschäftigung ebenso wichtig sind die Praxen niedergelassener Ärzte und Zahnärzte, die insgesamt 1,01 Millionen Menschen Lohn und Brot geben. Etwas überraschend ist, dass das Wachstum der Bruttowertschöpfung bei den niedergelassenen Ärzten mit jährlich 3,5 Prozent erheblich unter dem der Krankenhäuser von 4,3 Prozent liegt und zuletzt 45,9 Milliarden Euro erreicht hat. Vor dem Hintergrund der wachsenden technischen Möglichkeiten der ambulanten Medizin wäre mehr Dynamik zu erwarten – ein möglicher Hinweis auf Fehlsteuerungen im Gesundheitssystem durch unnötige Hospitalisierung von Patienten. So liegt auch der Anstieg der Erwerbstätigenzahl von jährlich durchschnittlich 1,3 Prozent auf zuletzt 736.000 in den Arztpraxen unter dem der Krankenhäuser. Das könnten Indizien sein, dass in der medizinischen Versorgung durch eine Stärkung der ambulanten Medizin und eine bessere Patientensteuerung noch Rationalisierungsreserven erschlossen werden könnten.

Personalmangel wird sichtbar

Auch die Daten der gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung verdeutlichen – aus einer anderen Perspektive – das Problem der Pflegeversorgung: Personalmangel bei dynamisch wachsendem Leistungsbedarf. Kein anderer Sektor der Gesundheitswirtschaft hat sich in den vergangenen zehn Jahren mit derartigem Tempo entwickelt wie die Pflege: Die Bruttowertschöpfung der ambulanten Pflege wuchs jahresdurchschnittlich um 8,2 Prozent auf zuletzt 18,5 Milliarden Euro, in der (teil-)stationären Pflege lag das Durchschnittswachstum bei 4,6 Prozent, erreicht wird eine Wertschöpfung von 24 Milliarden Euro.

Die Zahl der Erwerbstätigen in der ambulanten Pflege stieg in den vergangenen zehn Jahren durchschnittlich aber nur um 3,7 Prozent auf 1,1 Millionen, in der stationären Pflege um 2,9 Prozent auf 700.000 Beschäftigte. Hier zeigt sich ein ähnliches Muster wie im Krankenhaus: Der hohe Anstieg der Wertschöpfung, der weit über dem Beschäftigungszuwachs liegt, kann in diesem arbeitsintensiven Sektor nicht mit Produktivitätszuwächsen erklärt werden. Vielmehr deuten die Diskrepanzen auf eine wachsende und gefährliche Arbeitsverdichtung hin, die sich inzwischen auch massiv in den Morbiditätsdaten der Beschäftigten vor allem in der Alterspflege niedergeschlagen haben.

Eine Sonderstellung innerhalb der Gesundheitswirtschaft nimmt die industrielle Gesundheitswirtschaft ein:

- Mit einer jährlichen **Wachstumsrate** ihrer Wertschöpfung von **3,8 Prozent** auf zuletzt 84,2 Milliarden Euro ist ihre Dynamik leicht unterdurchschnittlich.
- Die Zahl der Erwerbstätigen nimmt mit jährlich 1,6 Prozent ebenfalls weniger stark zu als in der gesamten Gesundheitswirtschaft. Mit **1,007 Millionen Erwerbstätigen** im vergangenen Jahr war die Beschäftigung sogar leicht rückläufig.
- Die industrielle Gesundheitswirtschaft ist charakterisiert von starker internationaler Arbeitsteilung: Der **Exportwert** liegt bei fast **121 Milliarden Euro**, der **Importwert** bei **82 Milliarden Euro**. Importe und Exporte nehmen stärker zu als die Wertschöpfung – das heißt: Das Ausmaß an internationaler Kooperation wächst. In einer Branche wie der Pharmaindustrie überquert ein Arzneimittel bis zu seiner endgültigen Fertigstellung rund fünfmal die Staatsgrenzen.
- Ihren **Schwerpunkt** hat die industrielle Gesundheitswirtschaft im Südwesten Deutschlands: **Hessen, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg** sind die bedeutendsten Heimatländer der Gesundheitsindustrie.
- Auf die Wertschöpfung der industriellen Gesundheitswirtschaft muss der Wert ihrer **Forschungsleistungen** addiert werden, zuletzt sechs Milliarden Euro, die von **47.500 Mitarbeitern** erwirtschaftet werden. Sowohl die Zahl der Mitarbeiter wie auch der Wert der Forschungsleistungen liegt, was ihre Dynamik angeht, mit **Wachstumsraten** von **5,2 und 4,3 Prozent** deutlich über den Werten der nicht-industriellen Forschung im Gesundheitswesen.

Das vermittelt etwas Hoffnung: auf Innovationen, die Krankheiten heilen und Pflegebedürftigkeit verhindern oder verzögern können. Das würde heute schon überlasteten Ärzten und Pflegekräften helfen können, ihre Aufgaben besser zu erfüllen.

Die Bedeutung der Industrie

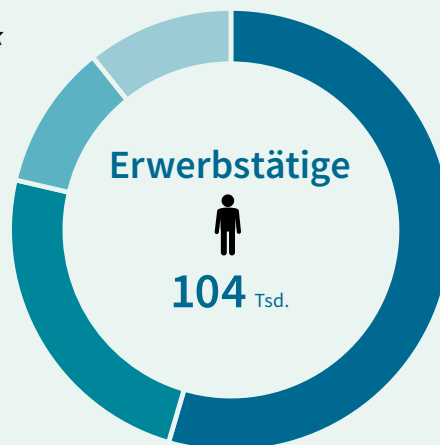
Zum Kernbereich der industriellen Gesundheitswirtschaft gehören die Produktion von Arzneimitteln und Medizintechnik. Die Pharmaindustrie brachte es (ohne ihre Forschungsleistungen) 2018 auf eine Bruttowertschöpfung von 19,3 Prozent mit einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 3,7 Prozent. Etwas mehr als 100.000 Mitarbeiter beschäftigt diese Branche, die Zahl der Erwerbstätigen ist mit jahresdurchschnittlich zwei Prozent moderat gewachsen – ein Indiz dafür, dass es der Branche gelingt, ihre Effizienz durch Rationalisierung zu verbessern.

ANTEILE DER ERWERBSTÄTIGEN IN DEN TEILBEREICHEN DER FORSCHUNG UND ENTWICKLUNG

FuE Medizinprodukte und -technik
11 %

FuE in Forschungseinrichtungen außerhalb der Hochschulen
11 %

FuE Humanarzneimittel
24 %



FuE in Einrichtungen des Gesundheitswesens und an Hochschulen
54 %

Quelle: Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi); Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung (GGR), Ausgabe 2018; Berechnungen: WifOR.

Mit einer Bruttowertschöpfung von 15,5 Milliarden Euro ist die Medizinprodukte- und Medizintechnikindustrie etwas kleiner als die Pharmabranche, sie wächst mit 2,8 Prozent jährlich etwas schwächer, beschäftigt aber mit gut 200.000 Mitarbeitern doppelt so viele Menschen wie die Arzneimittelhersteller. Im Jahresdurchschnitt hat die Zahl der Mitarbeiter um 0,7 Prozent zugenommen.

Eigentümlich ist beiden Branchen ein hohes Maß an internationaler Arbeitsteilung. So erreicht der Exportwert aller Medikamente inzwischen 66 Milliarden Euro, der Importwert knapp 44 Milliarden Euro. Das übersteigt die Bruttowertschöpfung um ein Vielfaches. Erklärt werden kann dies damit, dass über den gesamten Herstel-

lungsprozess ein Medikament bis zu seiner endgültigen Fertigstellung mehrfach die deutsche Grenze überquert. Diese internationale Arbeitsteilung in der Arzneimittelproduktion nimmt weiter zu, denn die jährlichen Wachstumsraten der Exporte und Importe liegen mit 6,7 und 5,8 Prozent mehr als doppelt so hoch wie das Wachstum des Bruttoproduktionswertes. Ähnlich verhält es sich bei der Medizintechnikindustrie: Auch hier liegen die Export- und Importwerte mit knapp 30 und 22,5 Milliarden Euro deutlich über der Wertschöpfung, und auch das Wachstum des Außenhandels ist deutlich stärker als das der Wertschöpfung. Beiden Branchen gemeinsam ist der hohe Außenhandelsüberschuss: Fast 22 Milliarden Euro bei Arzneimitteln und sieben Milliarden Euro bei der Medizintechnik.

Forschung, Entwicklung, Innovation

Gesondert erfasst – als Bestandteil der erweiterten Gesundheitswirtschaft – werden in der gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung die Forschungsdienstleistungen im Gesundheitswesen. Damit wird eine Wertschöpfung von weiteren 8,8 Milliarden Euro erzielt, von denen der größte Teil – 41 Prozent – auf die F+E-Ausgaben der Industrie bei der Arzneimittelentwicklung entfallen (siehe Grafik). Dabei ist die Dynamik der Industrieforschung mit einem jährlichen Wachstum von 5,2 Prozent deutlich größer als die der nichtindustriellen Forschung mit 3,6 Prozent. Auch die Zahl der Mitarbeiter in der industriellen Forschung hat sich in den letzten zehn Jahren mit durchschnittlich 4,3 Prozent pro Jahr deutlich stärker entwickelt als in der nichtindustriellen Forschung. Nach wie vor übersteigt aber die Zahl der Mitarbeiter in der nichtindustriellen Forschung (56.400) die der in der Industrie-Forschung (47.500).

ANTEILE DER BRUTTOWERTSCHÖPFUNG IN DEN TEILBEREICHEN DER FORSCHUNG UND ENTWICKLUNG

FuE Medizinprodukte und -technik
12 %

FuE in Forschungseinrichtungen außerhalb der Hochschulen
15 %

FuE in Einrichtungen des Gesundheitswesens und an Hochschulen
32 %



FuE Humanarzneimittel
41 %

Quelle: Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi); Gesundheitswirtschaftliche Gesamtrechnung (GGR), Ausgabe 2018; Berechnungen: WifOR.

Überdurchschnittlich dynamisch hat sich die Biotechnologie-Branche entwickelt mit einer Bruttowertschöpfung von zuletzt 11,2 Milliarden Euro. Sie erreichte seit 2007 ein jahresdurchschnittliches Wachstum von 5,6 Prozent, und mit zuletzt 66.400 Beschäftigten (plus 3,3 Prozent Wachstum pro Jahr) einen erheblichen Beitrag zur Prosperität. Mit einem Exportwert von 24,2 Milliarden Euro und einem durchschnittlichen Wachstum von acht Prozent ist diese Branche in hohem Maße internationalisiert und erzielt einen Exportüberschuss von acht Milliarden Euro. Tendenz: steigend.

Fazit

Trotz steigenden Bedarfs in einer alternden Gesellschaft sind dem Wachstum der Gesundheitswirtschaft Grenzen gesetzt, die nicht allein aus begrenzten finanziellen Ressourcen resultieren. Die jüngsten Zahlen der gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung zeigen, dass Arbeitskräftemangel die Dynamik begrenzt und für die Versorgung zu einem Problem werden kann. Umso wichtiger wird es, für Medizin und Pflege Innovationen zu entwickeln: Arzneimittel, die heilen, die Pflegeaufwand vermindern und die Ärzte und Pflegekräfte entlasten. Dies gilt auch für neue Medizinprodukte, die alten, behinderten und pflegebedürftigen Menschen Autonomie erhalten und sie unabhängiger machen von Hilfeleistungen in einem Versorgungssystem mit begrenzten Ressourcen.

Helmut Laschet

Hauptstadtkorrespondent

Ärzte Zeitung

Bitte besuchen Sie uns auch unter www.implicon.de.

Hier finden Sie unter der Rubrik „News“ die wichtigsten gesundheitspolitischen Nachrichten des letzten Monats.

Impressum:

Herausgeber: Dr. med. Manfred Albring, Tel.: 030/431 02 95

Redaktion: Helmut Laschet (verantwortlich)

Anschrift: Warnauer Pfad 3, 13503 Berlin

Layout: Robert Roman, Roman und Braun

Wissenschaftlicher Beirat:

Dr. med. Jürgen Bausch

Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Professor Dr. Gerd Glaeske

Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen

Professor Roger Jaeckel

Director Market Access D.A.CH Baxter Deutschland GmbH, Unterschleißheim

Professor Dr. Klaus Jacobs

Geschäftsführung Wissenschaftliches Institut der AOK

Univ.-Professor Dr. Günter Neubauer

Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG), München

Professor Dr. Eberhard Wille

Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Spahn legt Referentenentwurf für ein Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) vor

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn will mit dem Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) Patienten den Zugang zu Digitallösungen in der medizinischen Versorgung erleichtern, die Telematikinfrastruktur ausbauen und telemedizinische Versorgungsangebote forcieren. Dazu hat er Mitte Mai einen Referentenentwurf vorgelegt, dessen Inhalte auf überwiegend positive Reaktionen gestoßen sind. Die Regelungen in den wichtigsten Punkten:

- Patienten erhalten einen Leistungsanspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen (Apps); es wird ein Verfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte etabliert, mit dem über die Leistungserbringung in der Regelversorgung entschieden wird.
- Die Telematikinfrastruktur wird erweitert auf Apotheken und Krankenhäuser, Pflege, Hebammen und Heilmittelerbringer können freiwillig daran teilnehmen.
- Versicherte haben ab 2021 Anspruch auf Speicherung ihrer medizinischen Daten in einer elektronischen Patientenakte (ePA), das Anlegen, Verwalten und Speichern wird vergütet. Die gematik muss bis zum 31. März 2021 die technischen Voraussetzungen dafür schaffen, dass der Impfausweis, der Mutterpass, das Untersuchungsheft für Kinder und das Zahn-Bonusheft Bestandteil der ePA werden.
- Telekonsile werden in größerem Umfang ermöglicht und extrabudgetär vergütet. Die Inanspruchnahme der Videosprechstunde wird erleichtert.
- Der Beitritt zur Krankenkasse kann elektronisch erfolgen. Kassen dürfen auf elektronischem Weg über innovative Versorgungsangebote informieren.
- Der E-Arztbrief wird gefördert, die Voraussetzungen für elektronische Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln werden geschaffen.
- Krankenkassen können die Entwicklung digitaler Innovationen fördern und dazu im Rahmen einer Kapitalbeteiligung bis zu zwei Prozent ihrer Finanzreserven einsetzen.
- Der Innovationsfonds wird weiterentwickelt, aus seinen Mitteln von 200 Millionen Euro jährlich können auch Leitlinien finanziert werden.
- Es wird ein Verfahren geschaffen, mit dem erfolgreiche neue Versorgungsansätze, die mit Mitteln des Innovationsfonds evaluiert worden sind, in die Regelversorgung überführt werden.

Teile des Gesetzentwurfs werden von der KBV allerdings kritisch gesehen: Es bedeute den „Casus belli“ für die Ärzte, so KBV-Vize Dr. Stephan Hofmeister auf der Vertreterversammlung seiner Organisation am 27. Mai in Münster, wenn Kassen das Recht erhalten, ihren Versicherten individuell geeignete Versorgungsmaßnahmen zu unterbreiten. Damit würde den Kassen eine Steuerungsfunktion zugebilligt, die dem Versorgungs- und Sicherstellungsauftrag der Ärzte widerspreche.

KBV sieht Fortschritte bei der Telematikinfrastruktur – Warnung vor zu engen Zeitvorgaben

Nach Angaben von KBV-Vorstand Dr. Thomas Kriedel werden bis Ende des zweiten Quartals zwischen 70 und 80 Prozent der Vertragsarztpraxen in die Telematikinfrastruktur eingebunden sein und können demzufolge auch fristgerecht bis zum 30. Juni den Abgleich der Versichertenstammdaten vornehmen. Problematisch sieht die KBV allerdings die engen Zeitvorgaben für die Einführung der elektronischen Patientenakte bis Anfang 2021. Dazu ist es notwendig, die Voraussetzungen für einen reibungslosen Datenaustausch zwischen unterschiedlichen Arzt- und Klinik-Softwaresystemen zu schaffen. Die Standardisierung von medizinischen Informationsobjekten wie der Impf- und Mutterpass, ist inzwischen angelaufen. Noch in diesem Jahr sollen die ersten fünf Informationsobjekte entstehen, in den beiden Folgejahren sollen zehn weitere erarbeitet werden. Das Digitale Versorgung-Gesetz enthält dazu enge Fristsetzungen.

E-Akte der TK jetzt für alle zehn Millionen Versicherte nutzbar

Nach einigen Monaten des Testbetriebs hat die Techniker Krankenkasse ihre elektronische Gesundheitsakte für den Breitenbetrieb gestartet. Mehr als zehn Millionen Versicherte können sie nun nutzen. Bundesweit sind inzwischen 12.000 Arztpraxen technisch dafür gerüstet. „TK Safe ermöglicht Versicherten unkompliziert und schnell Einblick in ihre persönlichen Daten“, sagt dazu TK-Chef Jens Baas. Die Anbindung der Ärzte erfolgte über KV-Connect. Damit können Arztbriefe und Laborbefunde direkt aus der Praxissoftware in die E-Akte übermittelt werden. Auch eine Reihe von Krankenhäusern sind inzwischen in das TK Safe-System eingebunden: der Agaplesion Konzern und das Uniklinikum Aachen. Das Angebot soll nach Angaben der TK kontinuierlich um neue Funktionen erweitert werden: zum Beispiel Erinnerungen an zielgruppenspezifische Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sowie Impfungen. TK Safe nimmt damit indirekt Regelungen des Digitale Versorgung-Gesetzes vorweg. Der dazu vorliegende Gesetzentwurf wird von der TK ausdrücklich begrüßt: „Er bereitet damit den Boden, dass wir endlich auch in Deutschland mit der elektronischen Patientenakte den im Digitalzeitalter selbstverständlichen Datenaustausch schaffen“, so Baas.

Bundesausschuss beschließt neue Richtlinien für Bedarfsplanung

Nach den Mitte Mai vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach langen Beratungen beschlossenen neuen Bedarfsplanungsrichtlinien entstehen bundesweit 3470 neue Niederlassungsmöglichkeiten. Schon jetzt sind allerdings 3440 Arztsitze, davon ein großer Teil im hausärztlichen Versorgungssektor, nicht besetzt, so dass die neue Richtlinie weitgehend leerläuft. Der Hauptanteil der neuen Arztsitze entfällt auf Hausärzte (1446) sowie auf Psychotherapeuten (776) und auf Nervenärzte (476). Weitere 401 Sitze entstehen für Pädiater. Der Beschluss des Bundesausschusses fiel einstimmig und mit Zustimmung der in das Gremium entsandten Ländervertreter. Scharfe Kritik

an der neuen Richtlinie kommt von den Verbänden der Psychotherapeuten, die eine erheblich stärkere Ausweitung der Niederlassungsmöglichkeiten gefordert hatten. In die Berechnungen sind Kriterien wie Alter, Geschlecht und Krankheitslast in der jeweiligen Planungsregion eingeflossen. Für die Fachinternisten gibt es erstmals eine Mindestquote für Rheumatologen, die auf acht Prozent festgesetzt wurde. Für andere Fachinternisten gibt es hingegen Höchstquoten, was bedeutet, dass bei Überschreiten dieser Quoten keine Neuniederlassung möglich ist. Von den zentralen Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie können die regionalen Zulassungsinstanzen abweichen.

Ärztetag beklagt Gesundheitsbelastung der Ärzte

Der 122. Deutsche Ärztetag in Münster hat einen eigenen Tagesordnungspunkt der beruflich bedingten Gesundheitsbelastung von Ärzten gewidmet. Grund dafür sind mehrere Umfragen unter Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten zu ihrer beruflichen Belastung. Nach einer Umfrage des Marburger Bundes klagen drei Viertel der Klinikärzte über eine zu hohe Belastung, ein Fünftel der Ärzte erwägt deshalb, die ärztliche Tätigkeit aufzugeben. Nach dem Ärzte-Monitor der KBV fühlt sich ein nicht unerheblicher Teil der Vertragsärzte ausgebrannt. Als Lösungsoptionen werden die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements und die Entlastung von Verwaltungsaufgaben gefordert. Eine zunehmende Herausforderung scheint auch wachsende Gewaltbereitschaft von Patienten und deren Angehörigen zu sein, insbesondere auch in Notaufnahmen der Krankenhäuser und bei Notfalleinsätzen. Der Ärztetag fordert deshalb, Ärzte genauso wie Polizeibeamte unter einen strafrechtlichen Schutz bei Hilfeleistung zu stellen. Ein vom Bundesgesundheitsministerium eingeholtes Rechtsgutachten habe die Notwendigkeit einer solchen gesetzlichen Regelung bestätigt.

Medizintechnik-Innovationen: Massive Engpässe bei der Zulassung

Ein Jahr vor Inkrafttreten der neuen EU-Medizinprodukte-Verordnung am 26. Mai 2020, die unmittelbar geltendes Recht in der EU ist, fehlen immer noch viele Voraussetzungen für die Anwendung der neuen Vorschriften. Dazu gehört vor allem eine ausreichende Anzahl von Benannten Stellen (BS), die als unabhängige Prüf- und Kontrollinstanz ein notwendiges Instrument in der Zulassung von Medizinprodukten sind. Bisher haben lediglich die britische BS Group und der deutsche TÜV Süd die gesetzlich vorgeschriebene Zertifizierung als Benannte Stelle erhalten. Insgesamt 38 BS haben einen Antrag gestellt. Bisher gab es insgesamt rund 90 Benannte Stellen. Sowohl der Bundesverband Medizintechnologie wie auch der Branchenverband Spectaris erwarten erhebliche Probleme und Verzögerungen bei der Zertifizierung von Produktinnovationen, wenn es zu Zulassungsempfässen aufgrund fehlender Benannter Stellen kommt.

Keine Basis für einen neuen Arbeitgeberverband Pflege

Mit dem Ziel, Mantel- und Tarifverträge im Pflegesektor für verbindlich zu erklären, hatte das Bundesarbeitsministerium die Gründung eines neuen übergreifenden Arbeitgeberverbandes angestoßen – ist damit aber weitgehend gescheitert. Nur wenige Pflegeanbieter aus den Bereichen der Arbeiterwohlfahrt, des Arbeiter-Samariter-Bundes und der Diakonischen Dienstgeber Niedersachsen haben sich auf die Gründung eines solchen Arbeitgeberverbandes verständigt. Der Paritätische Gesamtverband hat seine Unterstützung zugesagt, was aber wertlos ist, weil er als Dachverband selbst keine Pflegekräfte beschäftigt. Nach Insiderschätzungen beschäftigen die Betriebe des neu gegründeten Arbeitgeberverbandes rund 50.000 Mitarbeiter in der Pflege – er erhebt aber den Anspruch, für alle 1,1 Millionen Beschäftigten in der ambulanten und stationären Altenpflege zu verhandeln. Allein die privaten Anbieter, die die konventionelle Verbandsstruktur verteidigen, kommen auf 500.000 Beschäftigte. Vor diesem Hintergrund kündigte der Präsident des bpa-Arbeitgeberverbandes Rainer Brüderle eine heftige juristische Auseinandersetzung für den Fall an, dass die Bundesregierung Tarifabschlüsse eines Miniverbandes für allgemeinverbindlich erklärt.

Personalien

Dr. Klaus Reinhardt, 59, Allgemeinarzt aus Bielefeld, Vorsitzender des Hartmannbundes und Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, ist vom Deutschen Ärztetag zum Nachfolger von **Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery** als Präsident der Bundesärztekammer gewählt worden. Reinhardt, der in den vergangenen Jahren für die Bundesärztekammer die Reform der privatärztlichen Gebührenordnung vorangetrieben hat, setzte sich im dritten Wahlgang mit 124 zu 121 Stimmen gegen die niedersächsische Kammerpräsidentin **Dr. Martina Wenker** durch. Reinhardt ist der erste niedergelassene Arzt als Chef der Bundesärztekammer seit Ende der Amtszeit von Professor Hans-Joachim Sewering seit 41 Jahren. Montgomery, der nicht erneut für dieses Amt kandidierte, war wenige Wochen zuvor vom Weltärztebund zu dessen Vorsitzenden gewählt worden. Zu Vizepräsidenten wählte der Ärztetag die Bremer Chirurgin **Dr. Heidrun Gitter** und die HNO-Ärztin **Dr. Ellen Lundershausen**, die die Ärztekammern Bremen und Thüringen führen.

Dr. Hubertus Cranz, langjähriger Geschäftsführer des Europäischen Verbandes der Selbstmedikationsindustrie AESGP tritt die Nachfolge des am 31. Mai als Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der Arzneimittelhersteller (BAH) ausgeschiedenen Hauptgeschäftsführers **Dr. Martin Weiser** an. Dessen bisheriger Stellvertreter **Dr. Hermann Kortland** gibt die Ressorts Politik und Öffentlichkeitsarbeit an Cranz ab und fokussiert sich auf die Themen securPharm und Recht.