KBV klartext

1. QUARTAL 2017

DAS MAGAZIN DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

„Wir arbeiten für Ihr Leben gern." Die Kampagne geht weiter

Drei an der Spitze

Die Vertreterversammlung der KBV hat einen neuen Vorstand gewählt

Psychotherapeuten Was sich mit der neuen Richtlinie alles ändert

116117 Die bundesweite Nummer für alles, was kein Notfall ist

Interview mit Prof. Josef Hecken „Die Mühe hat sich gelohnt"

KBV Klartext
Das Magazin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Erscheinungsweise:
vierteljährlich

Herausgeber:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dr. Andreas Gassen (Vorstandsvorsitzender der KBV, V.i.S.d.P.)

Redaktion:
Meike Ackermann, Sabine Grüneberg, Kristin Kahl, Nicolas Ebert, Sarah Weckerling, Sten Beneke, Corina Glorius

Redaktionsbeirat:
Dr. Roland Stahl

Redaktionsanschrift:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Redaktion Klartext
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
E-Mail: redaktion@kbv.de
Tel. 030 4005-2210
Fax 030 4005-2290
www.kbv.de

Gestaltung & Titelillustration:
malzwei Grafikdesign, Berlin

Druck:
Druckerei Kohlhammer
Stuttgart

Fotos:
S. 3: © axentis.de/Lopata, © Martin Bursch Fotodesign/Gedikom › S. 4: © Meike Ackermann › S. 5: © axentis.de/Lopata › S. 6: © KV Hamburg › S. 7: © Meike Ackermann, © axentis.de/Lopata › S. 8: © KV Westfalen-Lippe, © Meike Ackermann › S. 9: © AndrevPopov/iStock/Thinkstock, © Africa Studio/Fotolia › S. 10: © iStock.com/Tom Merton, © Sybille Pook/malzwei › S. 11: © KV Bayerns › S. 12: © Sarah Weckerling › S. 13: © Sarah Weckerling › S. 14: © Poplawski › S. 15: © KV Brandenburg, © KV Bremen, © Sybille Pook/malzwei › S. 16: © Wavebreak Media/Fotolia › S. 17: © dptv › S. 18: © axentis.de/Lopata › S. 20: © axentis.de/Lopata › S. 21: © zinevych/Fotolia, © Thomas Reimer/Fotolia › S. 22: © Kristin Kahl › S. 23: © Jens Ihnken, © Kristin Kahl › S. 24: © Kristin Kahl › S. 25: © Kristin Kahl › S. 26: © Klaus Rose/Picture-Alliance › S. 27: © KV Westfalen-Lippe › S. 28: © cartoonresource/Fotolia › S. 31: © Klaus Rose/Picture-Alliance › S. 32: © C.F. Møller Architects › S. 34: © Thomas Mølvig/C.F. Møller Architects, © Healthcare Denmark › S. 35: © soupstock/Fotolia

Editorial

Der März 2017 steht bei den Vertragsärzten und -psychotherapeuten mehr denn je für einen Neubeginn. Die Vertreterversammlung hat nicht nur ihre Führungsriege erneuert, sondern auch einen neuen KBV-Vorstand gewählt. Vertrauen gewinnen, Verlässlichkeit demonstrieren und konstruktive Vorschläge zur Lösung der gesundheitspolitischen Herausforderungen machen – das werden in den kommenden Monaten die wichtigsten Aufgaben von Vorstand und Vertreterversammlung sein.

Wie Sie in den Artikeln zur Wahl in diesem Heft lesen, wird sich der KBV-Vorstand nun zu dritt dafür einsetzen, dass die wohnortnahe ambulante medizinische Versorgung bei freier Arztwahl auch künftig für alle Versicherten auf höchstem Niveau gesichert ist. Mit dem Konzept KBV 2020 verfolgt das KV-System Ziele und hat innovative Ideen im Bereich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, der Diskussion um ein kooperatives und koordiniertes Miteinander von Kollektiv- und Selektivvertrag, der Deregulierung, der Nachwuchssicherung und der Regionalität der Entscheidungen geliefert. Diese wird die KBV weiterhin konsequent in den politischen Diskurs einbringen.

Um Innovationen geht es auch im Klartext-Interview mit G-BA-Chef Prof. Josef Hecken. Ebenso bringt die Psychotherapeuten-Richtlinie zahlreiche Neuerungen für die Vertragskolleginnen und -kollegen, die wir in einem eigenen Artikel erklären. Ganz besonders ans Herz legen möchten wir Ihnen unsere Reportage über die bundeseinheitliche Bereitschaftsdienstnummer 116117. Sie wird in den kommenden Monaten auch im Zuge der Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“ noch eine größere Rolle spielen.

Einen frühlingshaften Neubeginn beschert der März auch diesem Heft selbst. Im neuen Layout starten wir in die neue Legislaturperiode und freuen uns, Sie dabei mitzunehmen. Ab der kommenden Ausgabe lesen Sie an dieser Stelle dann ein Vorstandseditorial.

Bleiben Sie uns gewogen.
Ihre Klartext-Redaktion

www.twitter.com/kbv4u
www.youtube.com/kbv4u
www.kbv.de/praxisnachrichten

KBV Klartext
Kostenlos abonnieren und downloaden:
www.kbv.de/klartext

Die App KBV2GO!
Kostenlos downloaden:
www.kbv.de/kbv2go

Inhalt

Titel

4 **Dreier-Spitze:** Die KBV-Vertreterversammlung hat einen neuen Vorstand gewählt

Themen

16 Psychotherapie-Richtlinie: Was ändert sich?

22 „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“: Die KBV-Kampagne geht weiter

26 Fünf Jahre ASV: Eine Bilanz

30 Bessere Voraussetzungen für nichtärztliche Praxisassistentinnen

Reportage aus den KVen

10 Bayern: Besuch im Callcenter der bundesweiten Bereitschaftsdienstnummer 116117

Interview

18 Prof. Josef Hecken über die Rolle des G-BA und den Innovationsfonds

Gesundheit anderswo

32 Das dänische System: Superkliniken und Telemedizin

Kurz gefasst

9 Meldungen aus dem Bund

21 Meldungen aus den Ländern

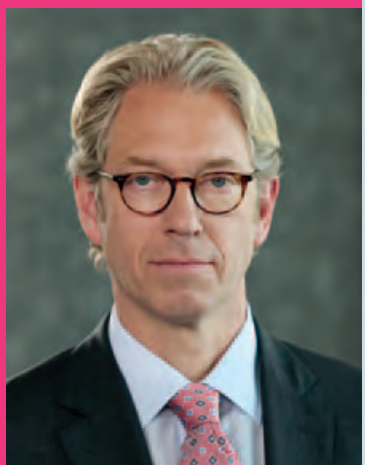
35 Angeklickt und aufgeblättert

TITEL

März-VV: Gemeinsamer Aufbruch als Team

Eine Premiere bei der KBV: Nach den Vorstandswahlen im Rahmen der Vertreterversammlung von Anfang März steht erstmals ein dreiköpfiges Vorstandsteam an der Spitze: Dr. Andreas Gassen wurde als Vorstandsvorsitzender wiedergewählt, neu im Team sind Dr. Stephan Hofmeister als stellvertretender Vorstandsvorsitzender und Dr. Thomas Kriedel als Mitglied des Vorstandes. Die Erwartungen sind groß, die Chemie scheint zu stimmen.

Dr. Andreas Gassen
Vorstandsvorsitzender



Dr. Andreas Gassen (54) ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Nach seinem Studium der Humanmedizin und im Anschluss an seine Promotion und Facharztausbildung ließ er sich in einer Gemeinschaftspraxis für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rheumatologie in Düsseldorf nieder. Gassen blickt auf eine lange berufspolitische Erfahrung zurück. So wurde er 2006 als Delegierter in die Vertreterversammlung der KV Nordrhein gewählt. Ab 2009 engagierte er sich auch im Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVUO). Seit dem 1. März 2014 ist Gassen Vorstandsvorsitzender der KBV. Er ist verheiratet und hat drei Kinder.

„Das Konzept KBV 2020 soll unsere Richtschnur für die Arbeit in der neuen Amtsperiode sein. In dieser Sache haben wir bereits im vergangenen Jahr beispielsweise die Debatte um die Neuausrichtung der Notfallversorgung angestoßen oder Vorschläge erarbeitet, wie die Digitalisierung sinnvoll in das Gesundheitswesen eingebunden werden kann. Es kommt jetzt darauf an, dass wir von der Politik wieder stärker wahrgenommen werden und hier Boden wiedergutmachen. Nur wenn der Vorstand der KBV als Kollegialorgan an einem Strang zieht und Ideen gemeinsam voranbringt, kann die KBV wieder den Stellenwert im Gesundheitswesen erreichen, den sie haben muss, um effektiv zu sein.“

Das Parlament der Kassenärzte traf sich Anfang März und wählte nicht nur seine neuen Vorsitzenden für die beginnende 15. Amtsperiode, sondern auch einen neuen Vorstand für die KBV.

Eine Premiere gab es auch für das gerade in Kraft getretene Selbstverwaltungsstärkungsgesetz: Es galt erstmals für die Wahl-Vertreterversammlung der KBV. So sieht das Gesetz vor, dass alle Sitzungen der Vertreterversammlung (VV) grundsätzlich öffentlich sein müssen. Sie können allerdings einen nicht-öffentlichen Teil haben, unter der Bedingung, dass „berechtigte Interessen Einzelner“ dafür sprechen. Die Wahlen der VV-Vorsitzenden und des Vorstandes fanden öffentlich statt. Die Stimmgewichtung lag entsprechend der Besetzung der Vertreterversammlung bei 1,07 für die Stimme eines Hausarztes und 0,94 für die Stimme eines Facharztes oder Psychotherapeuten.

Mit klarem Votum: Erstmals eine Frau als Vorsitzende der Vertreterversammlung

Zunächst standen die Wahlen der Vorsitzenden der Vertreterversammlung an. So wurde Dr. Petra Reis-Berkowicz zur neuen Vorsitzenden der KBV-Vertreterversammlung gewählt. Mit ihr steht erstmals eine Frau an der Spitze des Ärzteparlaments. Deutlich mehr als die zehn benötigten Unterstützer hoben die Hand für ihre Kandidatur, sie war die einzige Kandidatin. Das Ergebnis war eindeutig: 49,29 Mitglieder stimmten in einem klaren Votum für sie, 9,78 gegen sie, 0,94 enthielten sich der Stimme. Reis-Berkowicz bedankte sich anschließend in einer Rede „ganz herzlich für so viel Vertrauen“. Die Allgemeinärztin betreibt seit 1990 eine große Landarztpraxis in Oberfranken und engagiert sich ›

Der neue Vorsitz der Vertreterversammlung: Dr. Rolf Englisch Dr. Petra Reis-Berkowicz Dipl.-Psych. Barbara Lubisch (v.l.n.r.)

Dr. Stephan Hofmeister
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

Dr. Stephan Hofmeister (51) ist Allgemeinarzt. Der gebürtige Tübinger studierte Medizin in Heidelberg und schloss 1992 mit einer Promotion im Bereich Augenheilkunde ab. Nach mehreren klinischen Stationen als Assistenzarzt ging er als Schiffsarzt zur Marine. Anschließend absolvierte er eine Zusatzausbildung zum Fliegerarzt. Vor fast 20 Jahren ließ er sich in einer eigenen hausärztlichen Praxis in Hamburg-Eilbeck nieder. Hofmeister engagierte sich in den folgenden Jahren in verschiedenen Funktionen in der Selbstverwaltung. Zuletzt war er stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg. Hofmeister ist verheiratet und hat zwei Kinder.

„Ich verstehe die KBV als Institution, die auf der Bundesebene Rahmenbedingungen für die Kassenärztlichen Vereinigungen schafft, damit diese den Sicherstellungsauftrag auch in Zukunft erfüllen können. Die KBV moderiert den Interessenausgleich zwischen den Regionen mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen. Diese Moderationspflicht gilt auch für den Interessenausgleich zwischen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten. Ich bin grundsätzlich ein Freund sachlicher, leiser und diplomatischer Gespräche, gehe aber auch in Auseinandersetzungen, wenn dies erforderlich ist.“

seitdem auch in der Berufspolitik. Sie bringt unter anderem Erfahrungen aus ihrem Amt als Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV-Bayerns mit.

In ihrer Antrittsrede bezog sie sich auf die Aufsichtspflicht der KBV-Vertreterversammlung gegenüber dem Vorstand. „Ich werde mich dieser Aufgabe mit Respekt widmen“, erklärte sie. Im Anschluss an ihre Worte übernahm sie die Sitzungsleitung. Reis-Berkowicz bezeichnete ihr neues Amt als „besondere Herausforderung in Bezug auf Kommunikation, Transparenz und Vertrauensbildung“.

Zur stellvertretenden VV-Vorsitzenden wählten die Delegierten Diplom-Psychologin Barbara Lubisch, ebenfalls einzige Kandidatin, mit einem noch klareren Ergebnis: 51,03 Ja-Stimmen, 6,96 Nein-Stimmen und 1,07 Enthaltungen. Lubisch ist psychologische Psychotherapeutin und praktiziert seit 1990 in einer Praxisgemeinschaft in Aachen. In ihrer Vorstellungsrede sagte sie: „Ich setze mich ein gegen Spaltungen und Blockbildungen und für eine neue Gesprächskultur.“ Bei der Wahl des zweiten stellvertretenden Vorsitzenden gab es ebenfalls nur einen Kandidaten: Dr. Rolf Englisch, der mit 40,04 Ja-Stimmen, 15,94 Nein-Stimmen sowie 4,02 Enthaltungen in sein Amt gewählt wurde. Der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist in Bielefeld niedergelassen. Er ist seit 2004 in der KV Westfalen-Lippe im Ressort für fachärztliche Versorgung tätig. Englisch sagte noch vor Amtsantritt: „Mein Ziel ist es, gemeinsam vorzutreten, im Namen aller Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten.“

Der Vorstand als Kollegialorgan: gemeinsam die KBV nach außen vertreten

Am zweiten Sitzungstag wählten die VV-Mitglieder den Vorstand der KBV. Für das Ressort hausärztliche Versorgung wurde als einziger Kandidat Dr. Stephan Hofmeister vorgeschlagen und mit 51,83 Ja-Stimmen zu 4,15-Nein-Stimmen und 4,02 Enthaltungen gewählt.

Der Allgemeinarzt war bisher in Hamburg niedergelassen und engagiert sich seit Jahren in zahlreichen Berufsverbänden. „Ich stehe für einen Vorstand, der als Kollegialorgan die Belange der KBV nach außen gemeinsam vertritt“, sagte Hofmeister bei seiner Kandidatur. Er bezeichnete die KBV als Institution für den Interessenausgleich zwischen den Regionen und zwischen Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten.

Für das Amt des fachärztlichen Vorstandes kandidierte erneut Dr. Andreas Gassen. Der 54-jährige Orthopäde und Unfallchirurg aus Düsseldorf wurde mit 46,34 Ja-Stimmen 8,44 Nein-Stimmen und 2,14 Enthaltungen wiedergewählt und trat seine zweite Amtszeit mit Freuden an: „Jetzt kommt es darauf an, dass wir wieder die alte Schlagkraft erreichen“, sagte er im Hinblick auf seine Zukunftspläne für die KBV. ›

„Im Vordergrund stehen Kommunikation, Transparenz und Vertrauensbildung.“

Dr. Petra Reis-Berkowicz

Wahlen in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: In entspannter Atmosphäre bestimmten die Delegierten Anfang März im Maritim Hotel in Berlin ihre neuen Vorsitzenden und einen neuen KBV-Vorstand.

Dr. Thomas Kriedel
Mitglied des Vorstandes

Dr. Thomas Kriedel (67) ist promovierter Volkswirt sowie langjähriger Hauptgeschäftsführer und Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe. Er gilt als Experte für die Digitalisierung im Gesundheitswesen. In der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik) hat Kriedel den Vorsitz der Gesellschafterversammlung. Der gebürtige Augsburger blickt auf eine fast 25-jährige Karriere bei der KV Westfalen-Lippe zurück: Zwölf Jahre lang war er hauptamtliches Vorstandsmitglied, auch dort in einem Team mit zwei Ärzten. Die Führung zu dritt könne nach seiner Erfahrung „sehr befruchtend" sein. Kriedel betreute in der KV Westfalen-Lippe die Ressorts Personal und Finanzen und war maßgeblich an der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte beteiligt. Vor seiner Zeit in Westfalen-Lippe war er schon einmal in der KBV tätig – als Referent in der Honorarabteilung. Kriedel ist verheiratet und hat zwei Kinder.

„Mein Hauptanliegen ist, die Gestaltungsmacht der KBV wiederherzustellen. Die Zukunft wartet nicht. Wir müssen sie gestalten, wir müssen unsere Probleme sofort anpacken. Ich möchte die Digitalisierung vorantreiben, Bürokratie abbauen und bessere Arbeitsbedingungen für junge Ärzte schaffen."

Der dritte Mann im Vorstand: „Die Zukunft wartet nicht."

Ganz neu hinzugekommen ist der dritte Vorstand. Die Möglichkeit, jemanden in dieses Amt zu wählen, gab es zwar bisher schon als freiwillige Option. Laut dem Selbstverwaltungsstärkungsgesetz ist ein drittes, nichtärztliches Vorstandsmitglied nun jedoch Pflicht. Die KBV-Vertreterversammlung wählte den Diplom-Volkswirt Dr. Thomas Kriedel mit 49,15 Ja-Stimmen, 6,70 Nein-Stimmen und 3,08 Enthaltungen mit ins Boot. Kriedel verfügt über viel Finanz- und Verwaltungs-Expertise im Gesundheitswesen – dank seiner jahrelangen Tätigkeit als Vorstand der KV Westfalen-Lippe. Kriedel wurde mit Applaus willkommen geheißen, nicht zuletzt wegen seiner Worte: „Auch wenn ich nicht aus einem Versorgungsbereich komme – ich stehe für alle Versorgungsbereiche."

Die Delegierten wählten Gassen anschließend erneut zum Vorsitzenden des Vorstandes. Stellvertretender Vorsitzender ist Hofmeister, Kriedel zieht als Mitglied des Vorstandes in das Gremium ein. Im Anschluss an die Vorstandswahl gab es eine Pressekonferenz, in der Gassen noch einmal betonte: „Wir haben jetzt eine gute Chance, unsere Ziele zu erreichen." Das Vorstands-Team habe viel vor sich, doch eine seiner Prioritäten werde es sein, „sich vor der Bundestagswahl gesundheitspolitisch so zu positionieren, dass die Entwicklungen in die richtige Richtung laufen." Ein wichtiger Punkt davon sei, das zukunftsweisende Versorgungskonzept KBV 2020 jetzt weiter voranzutreiben. Dafür dürften dem neuen Team nun alle Wege offen stehen.

Sarah Weckerling

„Wir haben jetzt eine gute Chance, unsere Ziele zu erreichen."

Dr. Andreas Gassen

Infektionskrankheiten elektronisch melden

Um Infektionskrankheiten besser bekämpfen zu können, hat die Bundesregierung im Januar das „Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten“ vorgelegt. Mit ihm soll die Meldepflicht ausgeweitet und die elektronische Erfassung erleichtert werden. Das Robert-Koch-Institut (RKI) soll dem Gesetzentwurf nach beauftragt werden, bis 2021 ein deutsches elektronisches Meldesystem für Infektionsschutz (DEMIS) aufzubauen. Neben Krankenhäusern sollen zukünftig auch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nosokomiale Infektionen (Krankenhausinfektionen) melden müssen – wie auch das Auftreten bestimmter Antibiotika-Resistenzen und Multiresistenzen. Darüber hinaus will die Bundesregierung beispielsweise die Meldepflichten für Hepatitis B, C und D ausdehnen. Außerdem sollen Pflegeheime und andere Gemeinschaftsunterkünfte zukünftig über Krätze-Fälle berichten. *(sag)*

Videosprechstunde kommt im Frühling

In Zusammenarbeit mit dem GKV-Spitzenverband hat die KBV die Einführung der Videosprechstunde zum 1. April in die Wege geleitet. Damit kommt die Videosprechstunde bereits ein Vierteljahr früher als im E-Health-Gesetz vorgesehen. Die Videosprechstunde soll den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt nicht ersetzen: Patienten müssen mit den aktuellen Beschwerden bereits in der Praxis gewesen sein. Die rechtlichen Rahmenbedingungen des Fernbehandlungsverbots sind dabei zu beachten. Möglich ist eine Arztkonsultation per Video zunächst auch nur für bestimmte Indikationen, wie zum Beispiel die Verlaufskontrolle von Operationswunden. Ärzte, die Videosprechstunden einplanen möchten, müssen sich einen Videodienst-Anbieter suchen, der bestimmte technische Anforderungen erfüllt. Weitere Informationen zur Videosprechstunde und anderen telemedizinischen Leistungen finden sich auf der Telemedizin-Themenseite der KBV: ***www.kbv.de/829845*** *(saw)*

Cannabis auf Rezept

Cannabis kann in Deutschland ab sofort als Medikament zur Schmerzbehandlung bei schwerkranken Patienten genutzt werden. Das Gesetz zur medizinischen Zulassung wurde einstimmig vom Bundestag beschlossen. Sobald es – voraussichtlich noch im März 2017 – in Kraft tritt, dürfen Ärzte in Erwartung eines positiven Behandlungsverlaufs bei schwerwiegenden Symptomen (wie z. B. starken chronischen Schmerzen) Cannabis auf Rezept verordnen. Als Freizeitdroge bleibt die Pflanze in Deutschland weiterhin verboten. Die Bedingungen für den Anbau zu medizinischen Zwecken sollen strengen staatlichen Kontrollen unterworfen werden. Anspruch auf eine Behandlung mit Cannabis besteht auch nur in Fällen, in denen etablierte Therapieformen bisher keine Erfolge gezeigt haben. ***www.kbv.de/html/cannabis-verordnen.php*** *(saw)*

Innovationsfonds: Neue Förderanträge sind gefragt

Beim Innovationsfonds ist im Februar eine neue Förderwelle angelaufen: Bis zum 23. Mai können themenoffene Förderanträge für Projekte zu neuen Versorgungsformen und zur Versorgungsforschung eingereicht werden. Des Weiteren können Anträge zur Evaluation von Selektivverträgen gestellt werden. Die detaillierten Anforderungen an förderfähige Projekte sind online auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses einsehbar. Außerdem bietet der beauftragte Projektträger, das Deutsche Zentrum für Luft und Raumfahrt, individuelle Beratungen sowie Webinare an. Im vergangenen Jahr wurden beispielsweise Projekte zur Versorgung in strukturschwachen ländlichen Gebieten, zur Telematik oder zur geriatrischen Versorgung für eine Förderung ausgewählt. Weitere Informationen und eine Liste der bereits geförderten Projekte gibt es hier: ***www.innovationsfonds.g-ba.de*** *(saw)*

REPORTAGE AUS DEN KVEN

116117: Die Nummer für alles, was kein Notfall ist

Den ärztlichen Bereitschaftsdienst für die Zeiten, in denen niedergelassene Ärzte normalerweise nicht in ihrer Praxis sind, organisieren die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland völlig unterschiedlich. Und trotzdem ermöglicht ein ausgeklügeltes System, was in einer föderalen Struktur unmöglich scheint: eine zentrale, bundesweit einheitliche Nummer für jeden, der akut einen Arzt benötigt.

Die Morgensonne scheint durch die riesigen Glasfenster, draußen sieht man blauen Himmel und glitzernden Neuschnee. Es ist der sechste Januar. Dreikönigstag. In Bayern ein Feiertag. Die Arztpraxen haben geschlossen. Alle Patienten mit akuten Beschwerden, die keinen Krankenwagen brauchen, sind jetzt auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst angewiesen. Die Mitarbeiter des Gesundheitsdienstleisters Gedikom in Bayreuth haben also alle Hände voll zu tun.

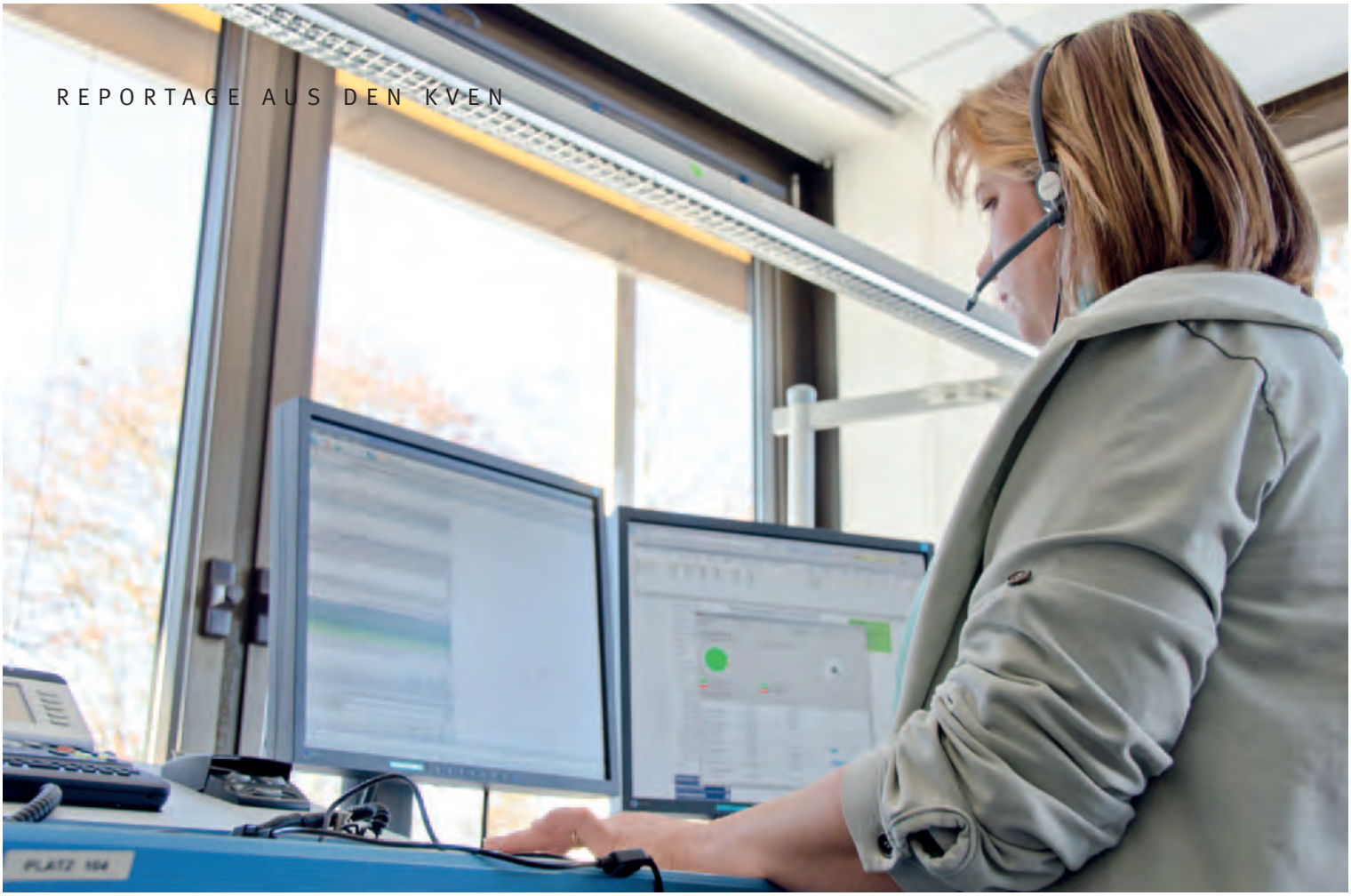
„Ärztlicher Bereitschaftsdienst 116117, mein Name ist Schneider, wie kann ich Ihnen helfen?“ So meldet sich Service-Mitarbeiterin Jeanette Schneider und wartet ein paar Sekunden ab. Am anderen Ende der Leitung ist eine zitternde Frauenstimme: „Ich habe seit einer Woche eine Ohrenentzündung, die geht einfach nicht weg. Und jetzt habe ich schon wieder Fieber. Ich glaube, ich muss doch zum Arzt.“ Schneider fragt: „Wo sind Sie jetzt? Aus welchem Postleitzahlengebiet rufen Sie an?“ Diese Frage ist wichtig, denn Schneider muss die Patientin an die richtige Stelle weiterleiten. „97424?“, vergewissert sich Schneider, „in Schweinfurt, ja?“ Sie rauscht in rekordverdächtiger Tippgeschwindigkeit über ihre Computer-Tastatur. „Moment, ich verbinde Sie mit den Kollegen von der Leitstelle. Bitte bleiben Sie in der Leitung, nicht auflegen.“

16 Bundesländer, eine Rufnummer

Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist in Deutschland Sache der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Sie wissen am besten, wie Sie die Versorgung in den einzelnen Regionen organisieren: In Flächenländern muss der Bereitschaftsdienst sehr viel größere Gebiete abdecken als in den Stadtstaaten. Bevölkerungsstruktur, Zersiedelungsgrad und Arztdichte spielen eine Rolle. Deshalb ist die Organisation des Bereitschaftsdienstes auf Landesebene gut aufgehoben. Mit der Einrichtung der kostenlosen bundeseinheitlichen Nummer 116117 wurde allerdings etwas geschaffen, was lange Zeit unmöglich schien: eine zentrale Nummer für völlig dezentral organisierte Strukturen.

Per Callcenter zum Bereitschaftsarzt

Die Leitstelle, an die Schneider die Patientin übergibt, ist aufgrund der Postleitzahl die Vermittlungszentrale des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KV Bayerns. Würde die Patientin aus Frankfurt anrufen, wäre die KV Hessen zuständig, oder in Saarbrücken die KV Saarland. Schneider drückt eine Tastenkombination auf ihrem Apparat und stellt durch. Eine Mitarbeiterin in Bayern nimmt entgegen. Sie wird ein kurzes Anamnesegespräch führen, die Patientin über die nächstgelegene Bereitschaftspraxis informieren, telefonisch mit einem Arzt verbinden oder, wenn nötig, einen Hausbesuch organisieren. Bei schweren Erkrankungen oder lebensgefährlichen Situationen kann sie in Sekundenschnelle einen Rettungsdienst alarmieren. ›



Dank ihrer Ausbildung als Pharmazeutin und Rettungsassistentin kann Gedikom-Mitarbeiterin Jeanette Schneider die Anrufer meist in weniger als einer Minute an den richtigen Ansprechpartner weiterleiten.

Jede Region macht den Bereitschaftsdienst anders

„Technisch gesehen ist die 116117 dabei mehr als ein reiner Weitervermittlungsdienst“, sagt Dr. Branko Trebar, Abteilungsleiter Versorgungsstrukturen bei der KBV. Zusammen mit Kommunikationsspezialisten und Gesundheitsexperten setzt er sich seit fünf Jahren für die optimale Umsetzung der Nummer ein. Was so einfach klingt, ist technisch nämlich alles andere als leicht: Mehr als 1.000 individuelle Bereitschaftsdienstregionen mit unterschiedlichen Feiertagen, verschiedenen sprechstundenfreien Zeiten und regionalen Unterschieden in der Organisation des Bereitschaftsdienstes mussten unter einen Hut gebracht werden. So ist beispielsweise in Berlin, aber auch in Teilen von Sachsen, Sachsen-Anhalt und Niedersachsen der fahrende Bereitschaftsdienst üblich. Der diensthabende Bereitschaftsarzt bekommt den Anruf der KV also direkt auf sein Handy gespielt und macht sich auf den Weg zum Patienten. In Baden-Württemberg dagegen gibt es sogenannte Notfallpraxen, die von den Patienten selbstständig aufgesucht werden können. Die Öffnungszeiten der mehr als 100 Notfallpraxen variieren jedoch selbst innerhalb Baden-Württembergs. In Regionen, in denen keine Notfallpraxis zur Verfügung steht oder für Patienten, die nicht mobil sind, ist auch dort ein Hausbesuchsdienst zuständig. In manchen Planungsregionen gibt es darüber hinaus Kooperationen mit Kliniken. Dort wird um Mitternacht der Bereitschaftsdienst von der Rettungsstelle übernommen, weil sich der Betrieb einer eigenen Bereitschaft nicht lohnen würde. Hinzu kommt, dass in vielen Bundesländern der diensthabende Arzt jeden Abend wechselt, in anderen aber nicht. Und dann gibt es ja auch noch zentrale Bereitschaftsdienstpraxen, die an Kliniken angegliedert sind: Portalpraxis, Bereitschaftspraxis, Notfallpraxis – sie heißen überall anders und sind verschieden organisiert. Den für den Patienten richtigen Arzt in seiner Nähe herauszufinden, ist also eine große Aufgabe. „Es hat Jahre gedauert, dieses

System und die dahinterliegenden Prozesse zu optimieren“, erklärt Trebar. „Aber seit die Datenbanken im Hintergrund die Arbeit aufgenommen haben, läuft alles deutlich reibungsloser.“

Nicht jeder Krankheitsfall ist so ernst wie es scheint

Und wenn der Anrufer sich doch in einer ernsten medizinischen Lage befindet? Dann ist die Vernetzung mit den Rettungsleitstellen jederzeit gewährleistet. „Wir legen dabei Wert auf eine „warme Übergabe“, sagt Trebar und meint damit eine Dreier-Konferenz-Schaltung. Gemeinsam mit der Rettungsstelle, mit der KV-Leitstelle und dem Patienten wird beschlossen, was weiter passiert. „Man bewegt sich hier natürlich immer in einem Spannungsfeld“, erklärt Trebar, „die objektive Einschätzung des Arztes ist häufig eine andere als die subjektive des Patienten. Ein Schnupfen oder Fieber sind kein Fall für die Rettung und fürs Krankenhaus.“ Anders bei akuten Notfällen, in denen sich der Zustand deutlich verschlechtert oder lebensbedrohlich wird.

„Alle unsere Mitarbeiter im Bereich 116117 sind medizinisch ausgebildet, zum Beispiel als Arzthelfer oder Rettungsassistenten. Sie können schon anhand einer kurzen Beschreibung der Symptome erkennen, wie ernst die Lage ist“, sagt Servicecenter-Bereichsleiter Florian Eagan. Als hundertprozentige Tochter der KV Bayerns übernimmt sein Arbeitgeber, die Gedikom GmbH, nicht nur die Koordinierung der bundesweiten 116117, sondern auch den Bereitschaftsdienst der KV Bayerns. „Der gesamte Bereitschaftsdienst des Landes wird zu 90 Prozent bei uns telefoniert“, sagt Eagan. Er ist auf dem Weg in den zweiten Stock, wo der bayerische Bereitschaftsdienst koordiniert wird. Auch diese Abteilung brummt vor Geschäftigkeit, gerade an Feiertagen. Die 35 Mitarbeiter sind gerade alle in ein Gespräch verwickelt. Zu ihnen werden jene Anrufer weitergeleitet, die aus einem bayerischen Postleitzahlgebiet bei der 116117 anrufen – entweder automatisch, oder durch die Callcenter-Agenten ein Stockwerk tiefer, wo Jeanette Schneider mit ihren bis zu 20 Kolleginnen und Kollegen arbeitet.

Technisch einfach ist es, wenn jemand von einem Festnetz-Telefon aus die Ziffern 116117 anwählt. Während die Bandansage „Willkommen beim ärztlichen Bereitschaftsdienst …“ läuft, wird der Anrufer über die automatische Rufnummernerkennung direkt der richtigen Vorwahl und damit der zuständigen KV-Leitstelle zugeordnet. Komplizierter wird es aber, wenn der Anruf von einem Mobiltelefon kommt. „Das System hinter der 116117 kann keine Sendemasten in der Nähe erkennen“, erklärt Trebar. „Hilfreich wäre, wenn wir die Mobilfunkortung nutzen könnten, doch das ist uns gesetzlich nicht erlaubt.“ Trebar bemüht sich seit mehreren Jahren um eine Lösung. Doch das Gesundheitsministerium ist offiziell nicht zuständig für Telekommunikation. Das Wirtschaftsministerium ist offiziell nicht zuständig für Gesundheitsfragen. Es fehlt also ein Ansprechpartner an der Schnittstelle zwischen beiden Bereichen, der der KBV erlauben könnte, das Gesetz für den guten Zweck zu umgehen. ›

„Alle unsere Mitarbeiter im Bereich 116117 sind medizinische Fachangestellte. Sie können schon anhand einer kurzen Beschreibung der Symptome erkennen, wie ernst die Lage ist.“

Servicecenter-Bereichsleiter Florian Eagan

Sechs Millionen Anrufe in einem Jahr

Bis dahin braucht es aber Serviceangestellte wie Jeanette Schneider. Im bundesweiten Callcenter in Bayreuth landen all die Anrufer, bei denen die automatische Zuordnung nicht klappt. Das waren 2015 knapp 17 Prozent aller Anrufer. Unterstützend gibt es noch ein zweites bundesweites Callcenter in Halle an der Saale. Die Inanspruchnahme der 116117 ist in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Über sechs Millionen Anrufe waren es im Jahr 2016, mit einer Gesprächsdauer von insgesamt 20 Millionen Minuten. Aneinandergereiht ergäbe das eine Gesprächsdauer von 39 Jahren. Zu Spitzenzeiten wie samstags vor Ostern oder Weihnachten gehen über die 116117 bis zu 10.000 Anrufe in der Stunde ein – in dieser Zeit werden bis zu 800 Gespräche parallel geführt.

Nicht immer geht die Weiterleitung schnell und einfach. Das hört man bei einem Kollegen von Jeanette Schneider ein paar Tische weiter im selben Büro: „Nein, das sind nur vier Ziffern. Ich brauche Ihre Postleitzahl, bitte“, erklärt Service-Mitarbeiter Nico Hirschmann geduldig. „Es kommt öfter vor, dass die Anrufer aufgeregt sind, aber wir helfen dann. Dafür sind wir da“, sagt Hirschmann. Seine Kollegen pflichten ihm bei. „Viele sind nervös und sagen erst mal ihre Vorwahl oder ihren Blutdruck an“, ergänzt Schichtleiterin Patricia Rieß. „Gerade ältere Menschen wissen oft ihre genaue Adresse nicht.“ Oder sie geben ihre Wohnortadresse an, befinden sich aber gerade im Urlaub im Schwarzwald. „Denen hilft es nicht, wenn ich ihnen einen Arzt in Kiel nenne. Hier muss man einfach nachfragen.“ Hinzu kommt, dass nicht alle Anrufer auch selbst Patienten sind: Jeden Tag erkundigen sich Dutzende beispielsweise für die 80-jährige Oma aus dem Nachbarort über die 116117 nach ärztlicher Hilfe und kommen dann mit ihrer eigenen Adresse nicht weit. Die häufigste Reaktion am Telefon sei jedoch: „Dankbarkeit. Die Patienten freuen sich, wenn Sie von uns erfahren, dass es einen Arzt in ihrer Nähe gibt, auch zu Zeiten, in denen alles geschlossen hat“, sagt Rieß. Viele der Anrufer riefen zum ersten Mal an und seien mit der Nummer noch wenig vertraut.

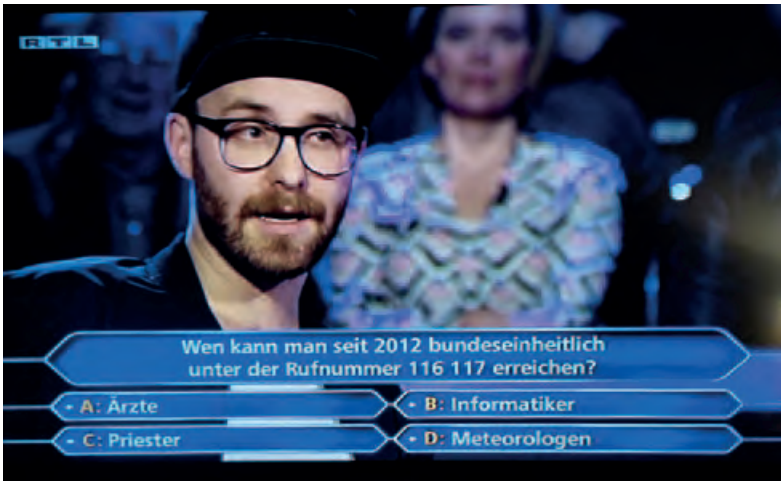
Die Nummer, die hilft – wenn man sie kennt

Das deckt sich mit den Erkenntnissen der KBV. „Die 116117 ist in der Bevölkerung noch immer zu wenig bekannt“, sagt Branko Trebar, „das ergibt unsere Versichertenbefragung, aber auch die Tatsache, dass immer noch zu viele Patienten in den Notaufnahmen der Kliniken sitzen.“ Die Münchner Gesundheitsökonomin Leonie Sundmacher hat ermittelt, dass 3,7 Millionen Krankenhausfälle vermeidbar wären. Laut einer Folgestudie des IGES-Instituts im vergangenen Jahr summieren sich die Kosten für die Aufnahme und die stationäre Behandlung von Menschen, denen ein niedergelassener Arzt gut hätte helfen können, auf knapp 4,8 Milliarden Euro jährlich. Darunter sind 1,7 Millionen Fälle mit Aufnahmeanlass „Notfall“. Die KBV will nun mit einer Kampagne auf die Rufnummer 116117 aufmerksam machen. „Es wäre doch schade, wenn sich diese Errungenschaft nicht durchsetzen würde“, sagt Trebar. „Bei der 116117 haben Patienten außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten einen Ansprechpartner, der ihnen weiterhilft. Ohne lange Wartezeiten.“

Anamnese in fünf Minuten

Auch unserer Patientin aus Schweinfurt wurde schnellstmöglich weitergeholfen. Innerhalb von fünf Minuten hat die KV-Mitarbeiterin das Anamnesegespräch geführt und einen HNO-Arzt in der Nähe der Patientin ausfindig gemacht, der gerade Bereitschaftsdienst hat. Die Patientin bedankt sich, hörbar beruhigt, und legt auf. Bei Jeanette Schneider ploppt eine Meldung auf ihrem Monitor auf: „Fall abgeschlossen.“ „Solche Patienten sind uns die Liebsten“, sagt sie zufrieden und drückt gleich den Knopf für den nächsten Anruf.

Sarah Weckerling
Sabine Grüneberg



Bei Günther Jauchs Prominenten-Quiz: Sänger Mark Foster kannte die Nummer 116117 nicht. Nach der Sendung liefen in der Zentrale in Bayreuth die Telefone heiß.

Die Geschichte hinter der Nummer

Auf dem Papier ist die 116117 schon fast zehn Jahre alt. Der „geistige Vater“ der Rufnummer ist Dr. Hans-Joachim Helming, ehemaliger Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Brandenburg. Helming war es leid, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst unzählige verschiedene Rufnummern in allen Regionen Deutschlands hatte. Daher kam ihm die Idee einer bundesweit einheitlichen Rufnummer, unter der man nahezu alle Haus- und Fachärzte im Bereitschaftsdienst erreichen kann.

Die 17 KVen und die KBV nahmen Helmings Projekt im Jahr 2006 erstmals zusammen in Angriff. Die Ziffern der Rufnummer standen relativ schnell fest: Die Europäische Kommission öffnete im Jahr 2007 die Leitungen für alle mit 116 beginnenden Nummern unter der Bedingung, dass diese ausschließlich für „harmonisierte Telefondienste mit sozialem Wert“ genutzt werden. Themenvorschläge für soziale Dienste wurden gesucht, man beschloss, einen Antrag auf die 116117 einzureichen. Es folgte eine Zeit der intensiven europäischen Lobbyarbeit. Denn um die 116117 mit Unterstützung der EU-Kommission nutzen zu dürfen, brauchte Deutschland die Unterstützung von fünf weiteren EU-Ländern. Drei Jahre dauerte es, bis sich schließlich Estland, Lettland, Malta, Rumänien, und Ungarn bereit erklärten, das Projekt mitzutragen. Inzwischen haben sich noch mehr unterstützende Länder gefunden, darunter Österreich und Norwegen. Dort wurde die Rufnummer ebenfalls eingeführt.

Dank der Initiative der KV Brandenburg wurde die Rufnummer 116117 schließlich vor acht Jahren europaweit für den ärztlichen Bereitschaftsdienst reserviert. Bis man dort anrufen konnte, sollte es noch ein paar Jahre dauern. Zunächst musste die Rufnummer durch die Bundesnetzagentur vergeben werden, anschließend galt es im Rahmen einer Ausschreibung einen Telekommunikationsbetreiber und zwei Servicecenter für die Umsetzung zu finden. Die Aufgabe, das Netz hinter der Nummer zu betreuen, bekam die next-id GmbH mit Sitz in Bonn. Die beiden bundesweiten Servicecenter für die 116117 werden in Bayreuth von der Gedikom GmbH und in Halle an der Saale von der buw Holding GmbH & Co. KG betrieben.

Am 16. April 2012 ging die 116117 endlich an den Start. Dieses Jahr feiert die Bereitschaftsdienst-Rufnummer bereits ihr fünfjähriges Jubiläum.

Der Bekanntheitsgrad der 116117 ist noch ausbaufähig. Um das zu ändern, startet die KBV in diesem Jahr als Teil ihrer Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“ eine Plakat-Offensive: So manche großformatige Werbefläche wird auf die Nummer aufmerksam machen, im Mai bundesweit und im Juni und Oktober nochmals in Berlin. Details zum diesjährigen Programm der Kampagne lesen Sie in diesem Heft auf den Seiten 22 bis 25.

Dr. Hans-Joachim Helming ist der geistige Vater der 116117. Der langjährige Vorsitzende der KV Brandenburg hatte aus der Idee eine Initiative gemacht.

Detailliertere Informationen zu den Neuerungen finden Sie auf der Website der KBV unter www.kbv.de/psychotherapie

THEMA

Psychotherapie-Richtlinie: Das sind die Neuerungen

Mit der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss wurde die ambulante psychotherapeutische Versorgung neu strukturiert. Die Einführung psychotherapeutischer Sprechstunden ist eine dieser Neuerungen, die zum 1. April 2017 in Kraft treten. Patienten sollen so einen zeitnahen, niederschwelligen Zugang zu entsprechenden Angeboten erhalten.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE SPRECHSTUNDE

Bevor sie künftig eine Therapie beginnen, sollen sich Patienten in einer psychotherapeutischen Sprechstunde vorstellen. Der Psychotherapeut klärt dabei ab, ob ein Verdacht auf eine psychische Krankheit besteht, ob der Patient eine psychotherapeutische Behandlung benötigt oder das Angebot einer Beratungsstelle oder Selbsthilfegruppe annehmen sollte. Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten müssen insgesamt 100 Minuten Sprechstundenzeit pro Woche anbieten – bei halbem Versorgungsauftrag mindestens 50 Minuten. Dabei können sie selbst entscheiden, ob sie ihre Sprechstunde offen oder mit Terminvergabe organisieren. Für Patienten ist der Besuch der psychotherapeutischen Sprechstunde ab April 2018 Pflicht: Sie können eine Behandlung erst beginnen, wenn vorher ein mindestens 50-minütiges Erstgespräch stattgefunden hat.

TELEFONISCHE ERREICHBARKEIT

Psychotherapeutische Praxen müssen ab April mindestens 200 Minuten in der Woche telefonisch erreichbar sein. Damit sollen Patienten die Möglichkeit erhalten,

schneller und einfacher einen Termin zu vereinbaren. Wie Therapeuten die telefonische Erreichbarkeit organisieren, ist ihnen freigestellt: Entscheidend ist, dass jemand die Anrufe persönlich entgegennimmt. Die Zeiten der Erreichbarkeit müssen den Kassenärztlichen Vereinigungen mitgeteilt werden.

AKUTBEHANDLUNG

Neu ist auch die Möglichkeit einer Akutbehandlung. Sie ist für Patienten gedacht, die rasch psychotherapeutische Hilfe benötigen und ohne diese möglicherweise schwerer erkranken würden, nicht mehr arbeiten oder zur Schule gehen könnten oder in ein Krankenhaus eingewiesen werden müssten. Patienten, bei denen eine Akutbehandlung nicht anschlägt, sollen so stabilisiert werden, dass sie eine Psychotherapie oder eine teilstationäre oder stationäre Behandlung erhalten können. Die Akutbehandlung muss die Krankenkasse nicht genehmigen, sodass diese schnell eingeleitet werden kann.

PROBATORISCHE SITZUNGEN

Vor Beginn einer Kurz- oder Langzeittherapie müssen mindestens zwei probatorische Sitzungen stattfinden: für Erwachsene sind bis zu vier möglich, für Kinder und Jugendliche bis zu sechs. Ein Antrag auf Kurz- oder Langzeittherapie kann bereits nach der ersten probatorischen Sitzung gestellt werden, wenn für die zweite Sitzung ein Termin vereinbart ist. Die restlichen probatorischen Sitzungen können bis zum Beginn der beantragten Richtlinientherapie durchgeführt werden.

KURZ- UND LANGZEITTHERAPIE

Veränderungen wurden auch bei Kurz- und Langzeittherapien vorgenommen. Diese betreffen vor allem die Therapieeinheiten sowie die Anzeige-, Antrags- und Gutachterpflicht. Kurzzeittherapien sind in zwei Abschnitte mit jeweils bis zu zwölf Stunden unterteilt. Die Therapien werden bei der Krankenkasse beantragt, sie sind grundsätzlich nicht mehr gutachterpflichtig. Nach Ablauf einer Drei-Wochen-Frist gilt die Therapie wie bisher auch ohne Bescheid als bewilligt. Für die Langzeittherapie wurde das erste Sitzungskontingent erweitert. Mit dem Fortführungsantrag wird künftig direkt das Höchstkontingent beantragt. Der erste Bewilligungsschritt bleibt antrags- und gutachterpflichtig. Ob Anträge auf Fortführung der Psychotherapie gutachterpflichtig sind, liegt im Ermessen der Krankenkassen.

REZIDIVPROPHYLAXE

Nach Beendigung einer Langzeittherapie kann eine Rezidivprophylaxe anschließen. Sie soll Rückfälle vermeiden. Dafür können die vom bewilligten Kontingent übriggebliebenen Stunden bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie in Anspruch genommen werden.

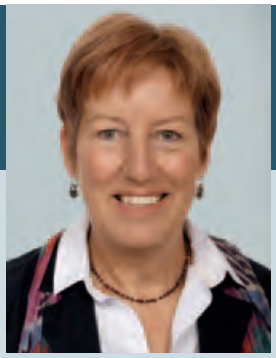
GRUPPENTHERAPIE

Die neue Richtlinie erleichtert auch den Zugang zu Gruppentherapien. In allen Verfahren wird die Mindestteilnehmerzahl von sechs auf drei Personen herabgesenkt. Die Obergrenze liegt bei neun Teilnehmern. Dabei ist es möglich, zwischen Einzel- und Gruppentherapie zu kombinieren.

TERMINSERVICESTELLEN

Mit Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie am 1. April müssen die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen Patienten auch freie Termine bei Psychotherapeuten vermitteln. Dabei geht es um Termine für die Psychotherapeutische Sprechstunde und eine sich aus der Abklärung ergebende zeitnah erforderliche Behandlung.

Nicolas Ebert



DREI FRAGEN AN ... BARBARA LUBISCH

BUNDESVORSITZENDE DER DEUTSCHEN PSYCHOTHERAPEUTENVEREINIGUNG (DPTV) UND STELLVERTRETENDE VORSITZENDE DER KBV-VERTRETERVERSAMMLUNG

Sie haben sich seit Jahren für die Flexibilisierung der psychotherapeutischen Versorgung und einen niederschwelligen Zugang ausgesprochen. Inwieweit wird die neue Psychotherapie-Richtlinie diesem Anspruch gerecht?

Die reformierte Richtlinie ermöglicht wirklich mehr Flexibilität. Mit psychotherapeutischer Sprechstunde und Akutbehandlung können Psychotherapeuten den Patienten zusätzlich zur klassischen Psychotherapie zeitnah psychotherapeutische Interventionen anbieten. Die Wartezeit der Patienten auf einen ersten persönlichen Psychotherapeuten-Kontakt verringert sich. Allerdings entsteht keine zusätzliche Behandlungskapazität.

Warum ist das Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde für die weitere Therapie so wichtig?

Es ist vor allem wichtig, um frühzeitig die richtige Weichenstellung einzuleiten, die Dringlichkeit der Behandlung besser einzuschätzen und dem Patienten erste Hinweise mitzugeben.

Telefonische Erreichbarkeit, psychotherapeutische Sprechstunde, Akutbehandlung – wo sehen Sie die größten Herausforderungen für die Praxen bei der Umsetzung?

Im Zeitmanagement der bis zu sechs Termine der psychotherapeutischen Sprechstunde neben den regelmäßig stattfindenden Behandlungsterminen. Auch wenn kein Therapieplatz frei ist, sollen Psychotherapeuten die Patienten kurzfristig sehen und Empfehlungen abgeben. Regionale Vernetzung und gegenseitige Unterstützung durch kollegiale Supervision kann die Umstellung erleichtern.

INTERVIEW

„Die Mühe hat sich gelohnt.“

Professor Josef Hecken ist seit 2012 Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses. Im Interview erklärt er, wie viel Arbeit in der Gestaltung des Innovationsfonds steckt und wie viel Potenzial die Projekte haben. Zudem gibt er einen kleinen Ausblick auf die Herausforderungen vor der Bundestagswahl.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in dieser Amtsperiode bei über 20 Gesetzen immer mehr Aufgaben von der Politik übertragen bekommen. Rund 400 Entscheidungen hat das Gremium im Jahr 2016 getroffen. Dr. Andreas Gassen sagt, Sie seien zu einer zentralen Schaltstelle geworden, die bislang noch nicht „Land unter“ gemeldet hat. Ist die Grenze des Machbaren bald erreicht?

Es ist tatsächlich enorm, welche und wie viele Aufgaben der G-BA im Jahr 2016 bewältigt hat: Wir konnten das Bewertungsverfahren für neue Methoden starten, bei denen Medizinprodukte hoher Risikoklassen zum Einsatz kommen, wir haben die Grundlagen für Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser in dünn besiedelten Gebieten sowie erste Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung beschlossen. Und wir haben seit einem Jahr den Innovationsfonds, für dessen Mittelvergabe in den vergangenen Monaten knapp 600 Anträge bewertet wurden. Hinzu kommen die Routineaufgaben wie die zahlreichen und oft komplexen AMNOG-Beschlüsse, die Methodenbewertung, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, Disease-Management-Programme, die Heil- und Hilfsmittelversorgung, die zahnärztliche Versorgung und die Psychotherapie.

„Es gibt viele Projekte mit enormem Potenzial, die weit über das hinausgehen, was wir schon jetzt in der sektorenübergreifenden Versorgung erreicht haben.“

Der Ruf von Lobbyisten, wie beispielsweise aus der Pharmaindustrie, nach einem stimmberechtigten Sitz wird immer lauter. Der Verbraucherzentrale Bundesverband verlangt eine Stärkung der Patienteninteressen. Ist das jetzige Konstrukt künftigen Herausforderungen gewachsen oder bedarf es Reformen?

Bei der Erweiterung der Beteiligungsrechte muss geklärt sein, wer welche Akteure vertritt. Welcher Verband würde zum Beispiel die auf dem Markt miteinander konkurrierenden Arzneimittelhersteller vertreten? Und welche der zahlreichen in Frage kommenden Institutionen hätte ein legitimierendes Mandat, Patienten zu vertreten? Sind das Versicherte der Kassen? Oder sind es tatsächlich Menschen, die an den zur Beratung anstehenden Krankheiten leiden? Wie werden sie ausgesucht und legitimiert? Die Verbraucherzentralen oder deren Bundesverband würden mir hier nicht spontan in den Sinn kommen. Und was machen wir mit Herstellern von Heil- und Hilfsmitteln?

Ich verstehe durchaus, dass mit zunehmender Regelungsdichte und damit auch zunehmender Macht im Sinne von Gestaltungsmöglichkeiten Misstrauen gegenüber dem G-BA entstehen kann. Aber bestehende Strukturen sollte man erst dann aufgeben, wenn es eine Alternative gibt. Die sehe ich bisher nicht. Der Gesetzgeber regelt die Benennung der Mitglieder, die Strukturen und Verfahren. Einen akuten Handlungsbedarf sehe ich nicht, zumal das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung bestätigt hat, dass der G-BA die Legitimation besitzt, um die gesetzlichen Normsetzungsbefugnisse auszufüllen. Hinzu kommen sehr breit angelegte Stellungnahmeverfahren, die allen tatsächlich oder vermeintlich Betroffenen die Möglichkeit eröffnen, ihre Sichtweisen einzubringen und sich so am Entscheidungsprozess zu beteiligen.

Der G-BA habe nur eine schwache verfassungsrechtliche Verankerung und geringe normative Bindung, entscheide aber über zu viel Geld, heißt es aus Kreisen des Bundesverfassungsgerichtes. Ein erstes Gutachten urteilte: alles gut. Also Entwarnung?

Denkbar ist, dass der Gesetzgeber an einigen Stellen die gesetzlichen Ermächtigungsnormen für den G-BA nachschärft. Der Bundesminister für Gesundheit hat zu Beginn des Jahres drei Rechtsgutachten zur demokratischen Legitimation des G-BA in Auftrag gegeben. Ich finde es sehr verantwortungsbewusst, wenn der Minister durch unterschiedliche Gutachter die kontrovers diskutierte und komplexe Fragestellung der demokratischen Legitimation des G-BA tiefgreifend untersuchen lässt. Für den Fall, dass die Gutachter Legitimationsdefizite erkennen sollten, lässt er Abhilfemöglichkeiten prüfen, die ja durchaus differenziert sein können. Ich sehe darin einen wichtigen Beitrag zur Versachlichung der Diskussion.

Blieb bei der Vielzahl von Routineaufgaben bei Arzneimitteln, Bedarfsplanung, Qualitätssicherung und Methodenbewertung noch genug Zeit für die Gestaltung des Innovationsfonds?

Die Zeit haben wir uns genommen. Es ist uns im Jahr 2016 mit vereinten Kräften und erheblichem Arbeitsaufwand für alle Beteiligten gelungen, zusätzlich zu den Routineaufgaben die aus dem Innovationsfonds zur Verfügung stehenden Mittel für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung adäquat zu vergeben. Die Vielzahl der bis zum Jahresende 2016 eingereichten Anträge spiegelte das große Interesse am Innovationsfonds wider. Damit einher ging ein großer Beratungs- und Zeitaufwand, den die intensiven Auswahlprozesse und das Einholen von Expertise mit sich gebracht haben. Hier haben die Vertreterinnen und Vertreter der Bänke, der beteiligten Ministerien, der Patienten sowie der Expertenbeirat und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses hervorragend zusammengearbeitet. Ganz aktuell haben wir die ersten drei Förderbekanntmachungen für das Jahr 2017 veröffentlicht. Zu neuen Versorgungsformen und der Versorgungsforschung können themenoffen ab sofort Projektanträge gestellt werden, ebenso Anträge zur Evaluation von Selektivverträgen.

Seit Veröffentlichung der Förderbekanntmachungen zu den neuen Versorgungsformen und zur Versorgungsforschung gingen insgesamt knapp 700 Förderanträge mit einem Gesamtantragsvolumen von 1,7 Milliarden Euro in der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses ein. Haben Sie mit einer solchen Resonanz gerechnet?

Nein, mit einer solchen Antragsflut hatten wir nicht gerechnet. Und es war ein enormer Kraftakt erforderlich, um diese alle zu bewerten. Die Qualität und das Potenzial der geförderten Projekte zeigen aber, dass sich die Mühe lohnt. Ich erwarte hier sehr konstruktive Impulse für die Versorgung.

Die für das Förderjahr 2016 zur Verfügung stehenden 300 Millionen Euro können vollständig in die Förderung und Entwicklung neuer Versorgungsmodelle und der Versorgungsforschung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland fließen. Sind 300 Millionen Euro im Nachhinein zu wenig?

Nein. 300 Millionen Euro über vier Jahre, also 1,2 Milliarden Euro, sind eine gigantische Summe, um über die Regelversorgung hinaus Neues zu erproben und Versorgungsforschung zu fördern. Damit kann man viel erreichen, deshalb sollte man nicht unmäßig werden. Das gilt ›

vor allem auch deshalb, weil wir Geld der Versicherten ausgeben. Was ich mir aber wünschen würde, wäre, dass der Fonds nach den vier Jahren nicht ganz „eingestampft“, sondern mit kleinerem Volumen dauerhaft implementiert wird. Meine Vorstellung dazu ist, dauerhaft pro Jahr einen Betrag von etwa 100 Millionen Euro verfügbar zu machen, davon circa 90 Millionen für die Verbesserung der Versorgung und etwa 10 Millionen Euro für die Versorgungsforschung. Denn hier gibt es zahlreiche Aufgaben. Angefangen bei der Richtlinie des G-BA zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, deren Wirkungen wir evaluieren werden, und weiteren Richtlinien des G-BA, die einer Auswertung unterzogen werden sollten, bis hin zur Bedarfsplanung.

Die besten Modellprojekte sollen in die Regelversorgung überführt werden. Mit welcher Anzahl rechnen Sie?

Es gibt viele Projekte mit enormem Potenzial, die weit über das hinausgehen, was wir schon jetzt in der sektorenübergreifenden Versorgung erreicht haben. Das Entscheidende für mich ist, dass nach den vier Jahren zumindest ein gewisser Prozentsatz der vom Innovationsausschuss geförderten Projekte entweder in größere Selektivverträge oder gar in die Regelversorgung und damit in den Kollektivvertrag übergehen. Ich bin im Augenblick sehr optimistisch, dass das gelingen wird.

Wie stehen wir Ihrer Meinung nach in Sachen Projektförderung im internationalen Vergleich da?

Das innovative Förderprogramm des Innovationsfonds für sektorenübergreifende Versorgungslösungen ist in dieser Art ein absolutes Novum. Die Zweiteilung der Förderung des Innovationsfonds in Versorgungsforschung im Sinne einer Basisforschung und dem Förderbereich neue Versorgungsformen liefert die Möglichkeit, praxisnah und gleichzeitig wissenschaftlich fundiert neue Erkenntnisse für die Versorgung zu gewinnen. Sowohl die Weltgesundheitsorganisation als auch Fachgesellschaften für integrierte beziehungsweise sektorenübergreifende Versorgung, wie beispielsweise die International Foundation for Integrated Care, fordern seit Jahren mehr Forschungsförderung in diesem Bereich und beobachten sehr genau die aktuellen Förderungen. Zudem gibt es auf nationaler und internationaler Ebene den Ruf nach verstärkter Aktivität im Aufbau von tragfähigen Evaluationskonzepten. Hier besteht noch eklatanter Forschungsbedarf. Genau dies greift die Förderung des Innovationsfonds auf.

Ein Ausblick auf das Jahr 2017: Was erhoffen Sie sich von der Arbeit in den Gremien. Welche Schwerpunkte sollten gesetzt werden?

Wir haben das Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz, das Veränderungen für den G-BA mit sich bringen wird, das Thema Notfallstrukturen und auch die Beratungen zur Überarbeitung der Bedarfsplanung. Daneben sind die planungsrelevanten QS-Indikatoren fortzuentwickeln und Beschlüsse zum Zweitmeinungsverfahren und zu Leistungsbereichen, die sich für qualitätsorientierte Vergütung eignen, zu fassen.

Worin sehen Sie in Ihrer Tätigkeit als Vorsitzender die größten Herausforderungen bis zur Bundestagswahl?

Wir sollten in der Selbstverwaltung zeitnah echte Innovationen von Scheininnovationen trennen und so die Versorgungsqualität permanent im Interesse der Patienten verbessern. In einer Zeit stetiger Veränderungen und immer schneller auf den Gesundheitsmarkt gebrachter neuer Leistungen ist die entscheidende Bewährungsprobe, wie schnell es uns gelingt, hier die richtigen und notwendigen Wege einzuschlagen. Wir müssen täglich beweisen, dass wir imstande sind, Entscheidungen innerhalb vertretbarer Zeiträume fachlich fundierter und patientenorientierter zu treffen, als es der Gesetzgeber oder zentralistische staatsmedizinische Behörden können. In meiner Funktion als unparteiischer Vorsitzender sehe ich hier eine besondere Verantwortung, denn nur wenn es uns gelingt, täglich zu beweisen, dass wir fähig, willens und auch imstande sind, praxistaugliche Entscheidungen herbeizuführen, können wir die gemeinsame Selbstverwaltung dauerhaft erhalten und ausbauen. Es gibt genug Lobbyisten, die uns „abschaffen“ wollen, weil sie meinen, bei der Politik mehr Gehör für ihre lautstark vorgetragenen Partikularinteressen zu finden, als bei uns. Diese Angriffe sind geradezu ein Beweis für die Qualität unserer Arbeit und unserer wissenschaftlichen Objektivität, denn gute Versorgung kann ich nicht nach politischer Opportunität oder orientiert an der Lautstärke, mit der Forderungen vorgetragen werden, gestalten. Wir müssen kleine Patientengruppen genauso im Blick behalten wie die großen Volkskrankheiten. Das ist die Stärke der Selbstverwaltung. Und das ist etwas, was sich auch alle internen Kritiker in der Selbstverwaltung öfter ins Bewusstsein rufen sollten. Selbst wenn man sich über manche Dinge ärgert und bei Abstimmungen gelegentlich keine Mehrheit mehr findet, so ist diese Möglichkeit zur Mitgestaltung in eigener Verantwortung doch allemal besser, als Weisungsempfänger staatsmedizinischer Vorgaben zu sein, die irgendein Amt kreiert. Für die Erhaltung dieser zur eigenständigen Wahrnehmung übertragenen Aufgaben und die damit verbundene Verantwortung lohnt sich mancher Ärger und Frust in Gremiensitzungen, die natürlich nicht immer vergnüglich sind!

Die Fragen stellte Nicolas Ebert

Professor Josef Hecken ist seit Juli 2012 unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses. Zuvor war er seit 2009 Staatssekretär im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, von 2008 bis 2009 amtierte er als Präsident des Bundesversicherungsamtes. Der ehemalige Saarländische Minister für Justiz, Gesundheit und Soziales (2004-2008) ist 57 Jahre alt, verheiratet und hat drei Kinder. Die Regierung des Saarlandes verlieh ihm am 13. Januar 2015 den Titel Professor zur Würdigung seiner Verdienste in Wissenschaft und Forschung.

KV SCHLESWIG-HOLSTEIN

Entlastung der Notfallaufnahme

Rendsburg: Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein und die imland Klinik in Rendsburg haben sich zu einer engeren Zusammenarbeit entschieden. Ziel ist es, Patientenströme besser zu lenken beziehungsweise Patienten, die sich mit gesundheitlichen Problemen in der zentralen Notaufnahme des Krankenhauses vorstellen, gegebenenfalls allgemeinmedizinisch zu behandeln. Dafür ist die Anlaufpraxis des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, in der niedergelassene Ärzte Patienten auch nach den normalen Sprechstunden ambulant behandeln, innerhalb des Krankenhauses in die Notaufnahme umgezogen. An einem gemeinsamen Empfangstresen wird je nach Krankheitsbild entschieden, ob der Patient ambulante oder stationäre Hilfe benötigt. Durch die enge Zusammenarbeit soll die Notfallaufnahme entlastet werden. *(neb)*

KV NIEDERSACHSEN

Niederlassungsförderung

Hannover: Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Niedersachsen hat zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung 26 Hausarztniederlassungen in 15 Regionen ausgeschrieben. Bis zu 60.000 Euro Investitionskostenzuschuss können Ärzte aus dem Strukturfonds erhalten, wenn sie sich niederlassen. Gefördert werden der Erwerb und die Ausstattung einer Praxis oder die Anstellung eines Arztes. Errichten Ärzte eine Zweigpraxis, sind bis zu 30.000 Euro Förderung möglich. Die KV und die Krankenkassen, die je zur Hälfte einzahlen, bieten Ärzten somit einen Anreiz, auf dem Land zu arbeiten. „Die Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung über den Strukturfonds zahlt sich aus – 2016 haben wir bereits 20 freie Arztsitze neu besetzt. Das ist Hilfe, die wirkt“, resümiert der Vorstandsvorsitzende der KV Niedersachsen, Mark Barjenbruch. *(neb)*

KV BADEN-WÜRTTEMBERG

Patientensteuerung mal anders

Stuttgart: Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Baden-Württemberg möchte in diesem Jahr das Modellprojekt MedCall erweitern. Dabei soll Patienten, die keine akuten Notfälle sind, der richtige Ansprechpartner vermittelt werden. So funktioniert es: Über die App „Notfallpraxen BW“, in der alle Bereitschaftspraxen aufgeführt sind, sollen Patienten an das bereits bestehende Callcenter von MedCall weitergeleitet werden. Vorgesehen ist, dass eine Medizinische Fachangestellte das Beschwerdebild erfasst und ein „Ticket“ mit Informationen erstellt. Dieses erscheint bei den teilnehmenden Haus- und Fachärzten auf dem Praxis-Bildschirm. Der Patient soll innerhalb von 30 Minuten zurückgerufen werden. Als „optimistischen“ Startzeitpunkt nannte der stellvertretende Vorsitzende der KV, Dr. Johannes Fechner, den 1. Oktober. Veranschlagt wird eine Projektlaufzeit von zwei Jahren. *(neb)*

KV MECKLENBURG-VORPOMMERN

Versorgung wird verzahnt

Schwerin: Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Mecklenburg-Vorpommern, das Ärztenetzwerk HaffNet, die AOK Nordost und die AMEOS Krankenhausgesellschaft Vorpommern haben sich vertraglich festgelegt, in der Uecker-Randow-Region und in Anklam gemeinsam neue Wege in der Patientenversorgung zu gehen. Zwischen dem stationären und ambulanten Sektor sollen Aufnahme- und Entlassmanagement eng miteinander abgestimmt werden. Ein weiterer Bestandteil dieser Vereinbarung sind individuelle Medikationspläne für Patienten, die der einweisende Arzt mit dem entlassenden Krankenhausarzt erarbeitet. Zusätzlich wird ein Schnittstellenkoordinator eingesetzt, der den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung mitgestaltet. So soll ein Informationsverlust vermieden werden. Über die elektronische Plattform KV-Connect, den E-Mail-Dienst der KVen, können sich die Beteiligten untereinander austauschen. *(neb)*

Die Leistungsfähigkeit der ambulanten Versorgung im Fokus der Kampagne

Mit der Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“ haben KBV und KVen in den vergangenen Jahren bereits erfolgreich auf die Arbeit der rund 167.000 niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten aufmerksam gemacht. 2017 wird diese Aktion fortgesetzt.

Das Fokusthema des Kampagnenjahres 2016 lautete „Nähe“. Für die Plakate posierten Ärzte und Psychotherapeuten gemeinsam mit einem Kollegen, Praxisnachfolger oder einem Patienten. Hier: das hausärztliche Vater-Sohn-Duo Udo Lütkemeier und Dr. Ulf Lütkemeier.

Vor vier Jahren startete die Imagekampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Ärzte und Psychotherapeuten sowie Nachwuchs aus beiden Fächern liehen der Aktion Gesicht und Stimme. Mit Botschaften wie „Ich bin nicht dort, wo es sich lohnt. Sondern da, wo man mich braucht.“ oder „Ich bringe frischen Wind in die Landluft.“ machten sie auf ihre Arbeit in der Niederlassung aufmerksam. Die Plakate waren an zentralen Orten in ganz Deutschland präsent und erzielten große Resonanz: Mittlerweile kennt jeder fünfte Deutsche die Kampagne. Daran anknüpfend wird die Aktion auch 2017 mit verschiedenen Maßnahmen fortgeführt. So entstanden im März sechs neue Plakatmotive, die über das Jahr verteilt in den Landeshauptstädten sowie an allen IC/ICE-Bahnhöfen, im politischen Berlin und im Rahmen des Deutschen Ärztetages in Freiburg im Breisgau zu sehen sein werden. Die darauf abgebildeten Ärzte und Psychotherapeuten stehen für eine leistungsstarke ambulante Versorgung. Sie stellen sich den täglichen Herausforderungen, wie einer fehlenden oder schwachen Infrastruktur in bestimmten Regionen und dem damit einhergehenden Ärztemangel, der ambulanten Versorgung rund um die Uhr mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder der Nachwuchsgewinnung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels.

Szenen des Niederlassungsalltags

Das alltägliche Arbeitsumfeld der Ärzte und Psychotherapeuten ist Teil der neuen Plakatmotive. So fand das erste Fotoshooting vor einem Wohnblock in Berlin Kreuzberg statt. Protagonistin Silvia Liebenau ist psychologische Psychotherapeutin und kennt das Viertel rund um den Böcklerpark gut. Nicht nur befindet sich ihre Praxis unweit des bunten Häuserblocks, der heute als Fotokulisse dient. Mit einem ihrer Klienten sucht sie auch regelmäßig die nahegelegenen U-Bahnen auf, um über ein Konfrontationstraining an seiner Angst vor dem U-Bahn-Fahren zu arbeiten.

In einem ganz anderen Umfeld wird Dr. Irmgard Landgraf abgelichtet. Die Fachärztin für Innere Medizin posiert im begrünten Innenhof der Agaplesion Bethanien Diakonie in Berlin Steglitz, wo sie eine Praxis hat. Vorher wird noch das Besprechungszimmer zur Maske umfunktioniert und während die Stylistin dezent Puder und Mascara aufträgt, erzählt Landgraf von ihrer täglichen Arbeit: „Mir ist es ein großes Anliegen, dass alte und gebrechliche Menschen in unserer Gesellschaft gut versorgt werden und auch noch im hohen Alter Lebensqualität haben. Deshalb setze ich mich für eine Verbesserung der Standards in der ärztlichen Pflegeheimversorgung ein.“ Seit nunmehr 20 Jahren betreut die Hausärztin die Bewohner des Wohn- und Pflegeheims. Mit ihrer Teilnahme an der Kampagne möchte sie darauf aufmerksam machen, dass gerade der demografische Wandel dazu zwingt, das Augenmerk stärker auf die Versorgung der immer älter werdenden Bevölkerung zu legen.

Die neuen Plakatmotive zeigen aber nicht nur urbane Arbeits- und Lebensräume der Niedergelassenen, sondern auch den Alltag in einer kleinstädtischen Praxis oder das Berufsleben als Inselärztin auf Fehmarn. ›

BUNDESWEITE VERANSTALTUNGEN

Die Kampagne wird in diesem Jahr auch verstärkt auf Veranstaltungen präsent sein. Vom 26. bis 30. Juni 2017 planen KBV und KVen die Woche der ambulanten Versorgung. Regionale Aktionen wie Pressekonferenzen, Podiumsdiskussionen und Pressetermine sollen vor Ort auf die Leistungsfähigkeit der ambulanten Versorgung aufmerksam machen. Auch zum Tag des ärztlichen Bereitschaftsdienstes am 11. Oktober wird es regionale sowie Aktionen auf Bundesebene und eine Pressekonferenz der KBV in Berlin geben.

Die Nummer 116117

Mit gesonderten Motiven wird in diesem Jahr auch die Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes stärker in den Fokus gerückt. Die 116117 gewährleistet, dass Patienten außerhalb der Sprechzeiten die ärztliche Hilfe bekommen, die sie benötigen (Reportage ab S.10). Diese ständige Erreichbarkeit ist Teil einer leistungsfähigen ambulanten Versorgung und soll noch stärker im Bewusstsein der breiten Öffentlichkeit verankert werden. Darum wird es zum Tag des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (siehe Kasten links) einen Radiospot zur 116117 geben.

Infopakete für die Praxen

Zudem können Ärzte und Psychotherapeuten – wie auch in den bisherigen Kampagnendurchläufen – in diesem Jahr wieder Infopakete mit Wartezimmerplakaten, Patientenflyern und dem Patientenmagazin „Zimmer eins“ gegen eine geringe Schutzgebühr über die Website ***www.ihre-aerzte.de*** bestellen.

Best-Practice-Beispiele

Um die Leistungsfähigkeit in der ambulanten Versorgung darzustellen, bereiten KBV und KVen vielfältige Informationsmaterialien vor, die neben Zahlen und Fakten auch Best-Practice-Beispiele enthalten. Themenschwerpunkte sind unter anderem die Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in strukturschwachen Regionen sowie erfolgreiche Kooperationen zwischen ambulantem und stationärem Sektor.

Nachwuchskampagne

Bis zum Jahr 2021 werden rund 51.000 Ärzte altersbedingt aus dem Beruf ausscheiden – darum widmet sich die Kampagne auch wieder dem medizinischen Nachwuchs. Vor dem Hintergrund des drohenden Ärztemangels, der bereits heute spürbar ist, will sie Studierende für den Weg in die eigene Praxis motivieren. So werden in diesem Jahr erneut die bewährten Motive aus den vorherigen Kampagnendurchläufen auf den Campusflächen der Hochschulen plakatiert. Das Online-Portal ***www.lass-dich-nieder.de*** bietet Studierenden weiterhin ein breit gefächertes Informationsangebot und Aktuelles zu den Themen Studium, Weiterbildung und Niederlassung. Die Webseite stellt eine bundesweite Schnittstelle zu den Beratungs- und Förderangeboten in den Regionen dar.

Location-Scouting, Aufbau, Maske, Bildsichtung: Eines der neuen Gesichter der Kampagne, Psychotherapeutin Silvia Liebenau, wird in „ihrem“ Kiez in Kreuzberg fotografiert.

WAS IST DIE ASV?

- *Schwerkranke profitieren in einem sektorenübergreifenden „geschützten“ Bereich von einer besseren Versorgung.*
- *Vertragsärzte und Krankenhausärzte arbeiten vernetzt und unter gleichen Bedingungen.*
- *Die Abrechnung wird transparenter durch Einzelleistungsvergütung mit festen Preisen ohne Mengensteuerung.*
- *Wer kann, der darf: Innovationen kommen schneller in die Versorgung (Verbotsvorbehalt).*
- *Chance für einen fairen Wettbewerb zwischen Praxen und Kliniken.*

THEMA

Fünf Jahre ASV: Eine Bilanz

Die Erwartungen an die ambulante spezialfachärztliche Versorgung waren groß. Eine Bilanz nach den ersten fünf Jahren zeigt: Die ASV kommt langsam in der Versorgung an, hat aber ihr Potenzial bei weitem noch nicht ausgeschöpft.

Als am 1. Januar 2012 das Versorgungsstrukturgesetz (VStG) und mit ihm die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) in Kraft trat, sollte die Versorgung von Patienten mit komplexen oder seltenen Krankheitsbildern deutlich verbessert und damit auch die Sektorengrenze zwischen ambulantem und stationärem Bereich durchlässiger gemacht werden. Erstmalig konnten Schwerkranke nach bundesweit gleichen Kriterien von Vertragsärzten und Krankenhausärzten gemeinsam versorgt werden.

Heute nun gibt es etwa 60 nach Paragraf 116b des Fünften Sozialgesetzbuches definierte ASV-Teams, die im vergangenen Jahr annähernd 3.000 Patienten mit Tuberkulose oder gastrointestinalen Tumoren behandelt haben. Für drei weitere Indikationen hat der Gemeinsame Bundesausschuss die erforderlichen Beschlüsse gefasst: Marfan-Syndrom, pulmonale Hypertonie und gynäkologische Tumore. Derzeit laufen die weiteren Beratungen zu Rheuma und Mukoviszidose, demnächst werden Gespräche zu urologischen Tumoren folgen.

Die ASV-Teams sind in Deutschland noch uneinheitlich verteilt. Während in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein schon viele aktiv sind, gibt es in manchen Bundesländern noch gar keine. Das Auslaufen von Übergangsfristen für Altverträge und die Aufnahme der Indikation Rheuma könnte aber einen Schub für neue ASV-Zulassungen bringen. Allerdings wurde die ASV von Anfang an auch als zu bürokratisch kritisiert. Die Verhandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss seien zu zäh und kleinteilig, die Anzeigeverfahren bei den erweiterten Landesausschüssen auf Länderebene unverhältnismäßig komplex, die Abrechnung über Kassen oder KVen zu kompliziert. Deshalb wurden mit dem Versorgungsstärkungsgesetz, das 2015 in Kraft trat, erste Änderungen vorgenommen. So entfiel beispielsweise für onkologische und rheumatologische Erkrankungen die Eingrenzung auf schwere Verlaufsformen. Gelockert wurden auch die Teilnahmebedingungen für Fachärzte ohne Zusatzbezeichnung, wenn sie von ihren Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechende Genehmigungen bekommen haben.

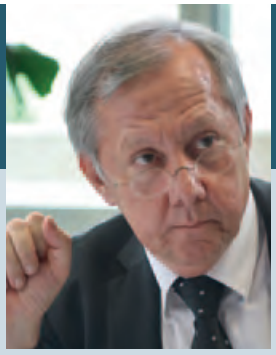
Was die Abrechnung der ASV betrifft, wird derzeit das Kapitel 50 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes überarbeitet. Im ergänzten Bewertungsausschuss konzentrieren sich die Beratungen dabei auf einige definierte Leistungen: bei den gastrointestinalen Tumoren zum Beispiel auf die Qualitätssicherungskonferenzen und beim Marfan-Syndrom auf die speziellen augenärztlichen Untersuchungen. Vorgesehen ist außerdem eine Überprüfung, wie häufig Leistungen von mehreren ASV-Berechtigten innerhalb eines ASV-Kernteams abgerechnet werden und welche Gründe es dafür gibt. Das Institut des Bewertungsausschusses wird die Daten für das Jahr 2016 analysieren und bis 2018 auswerten.

Nach fünf Jahren bleibt festzuhalten: Die ASV entwächst ihren Kinderschuhen. Es wird Zeit, die nächste Größe aus dem Schrank zu holen.

Sten Beneke

ÜBERSICHT ÜBER ASV-LEISTUNGEN

Das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) stellt auf seiner Website seit 2016 eine Übersicht mit allen ASV-Leistungen bereit. Dort werden für jede Indikation die Abrechnungsmöglichkeiten angegeben. Das InBA bietet die jeweilige aktuelle Version der ASV-Appendizes an, auch mögliche EBM-Änderungen werden berücksichtigt: ***http://institut-ba.de/service/asvabrechnung.html***



DREI FRAGEN AN ... DR. HEINRICH MIKS

GASTROENTEROLOGE AUS HAMM UND SPRECHER EINES ASV-TEAMS FÜR GASTROINTESTINALE TUMORE

Wo sehen Sie als Praktiker die Stärke der ASV in der Versorgung?

Grundsätzlich sehe ich in der ASV die Möglichkeit, seltene chronische Krankheiten, deren Behandlung meist sehr kostenintensiv ist, interdisziplinär und dadurch besser zu behandeln. Solche Patienten irren oft zwischen den Sektoren hin und her. Wenn man so will, bietet die ASV ihnen stattdessen eine Heimat. Eine positive Begleiterscheinung ist, dass durch die Behandlung per ASV auch Kosten gespart werden. Allerdings hat die ASV im System nicht viel Rückhalt.

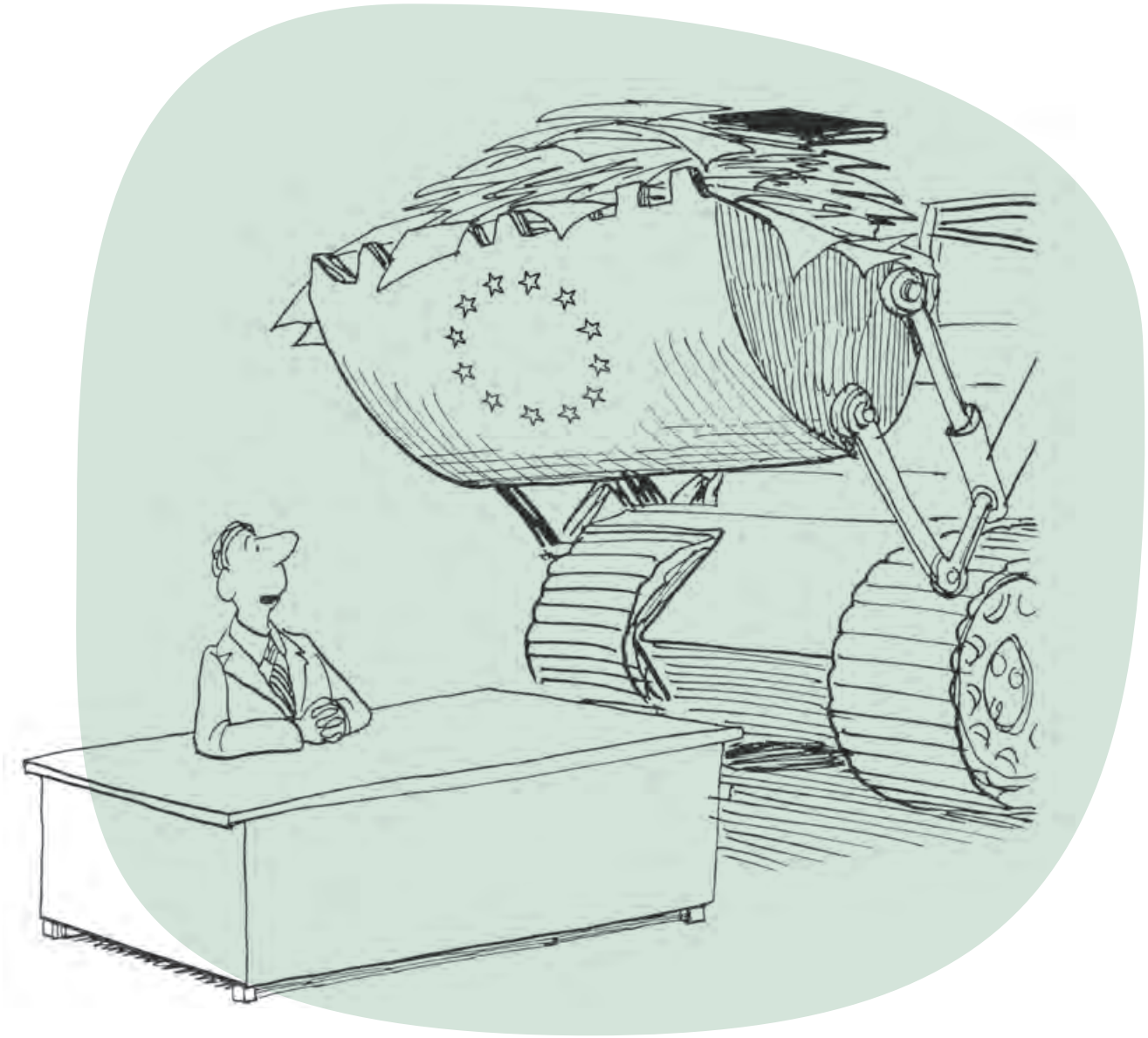
Die Anmeldung unseres ASV-Teams hat über eineinhalb Jahre gedauert.

Welche Schwierigkeiten sehen Sie sonst bei der ASV?

Leider habe ich den Eindruck, dass sich alle gegen die ASV sperren. Die Kliniken, weil sie über die diagnosebezogenen Fallgruppen mehr abrechnen können. Die Kassen, weil sie glauben, dass es für sie zu teuer wird. Und die KVen, weil man sich vor den Bereinigungseffekten fürchtet. Außerdem ist das Antragsverfahren sehr bürokratisch – typisch deutsche Regulierungswut. Allerdings muss ich sagen, dass der erweiterte Landesausschuss, in dem die Vertreter von allen eben genannten Institutionen sitzen, trotzdem immer kooperativ war. Wenn wir Fragen hatten, dann war man stets bereit, uns zu helfen.

Wie sollte es Ihrer Meinung nach mit der ASV weitergehen?

Die ASV muss unbedingt weiter ausgebaut und die Indikationen müssen erweitert werden. Schwere Verläufe gibt es ja auch bei Diabetes oder Hypertonie. Wenn es gelingt zu zeigen, dass die ASV funktioniert, dass sie die Versorgung verbessert und Kosten spart, dann wird sich diese Versorgungsform auch durchsetzen. Aber lassen Sie mich das noch einmal betonen: Es geht um die sektorenübergreifende Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen und schweren Verläufen. Diese Patienten brauchen interdisziplinäre Betreuung. Deswegen glaube ich fest daran, dass die ASV die Versorgungsform der Zukunft ist.



BERICHT AUS BRÜSSEL

Neue Übergriffe der EU-Kommission

Die EU-Kommission hat im Januar ein Dienstleistungspaket vorgestellt, das sich mit den Vorschriften und Reglementierungen von Freiberuflern beschäftigt. Es könnte gravierende Auswirkungen auf die deutsche Ärzteschaft haben.

Die Sprache der Juristen ist für den Laien oft schwer zu verstehen. Doch in ihren besten Momenten bringt sie Sachverhalte mit unmissverständlicher Klarheit auf den Punkt. Ein Beispiel dafür findet sich im Vertrag von Lissabon: „Bei der Tätigkeit der Union wird die Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt“, heißt es dort. Und weiter: „Die Verantwortung der Mitgliedsstaaten umfasst die Verwaltung des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten Mittel.“

Man muss diese Sätze im Hinterkopf behalten, wenn man sich mit dem Dienstleistungspaket beschäftigt, das die EU-Kommission am 10. Januar 2017 vorgestellt hat. Es bündelt vier Maßnahmen: eine elektronische Dienstleistungskarte, eine Verhältnismäßigkeitsprüfung für nationale Vorschriften für Freiberufler sowie Leitlinien für die Reglementierung freier Berufe und ein Meldeverfahren für Entwürfe nationaler Rechtsvorschriften für Dienstleistungen. Mit ihrer Hilfe will die Kommission, so sagt sie zumindest, bürokratische Hürden für Unternehmer und Freiberufler abbauen. Aber das Gegenteil ist der Fall.

Verhältnismäßigkeit prüfen

Besondere Brisanz birgt aus gesundheitspolitischer Perspektive die sogenannte Verhältnismäßigkeitsprüfung. Wenn es nach der Kommission geht, sollen die Mitgliedsstaaten in Zukunft schon im Vorfeld prüfen, ob neue oder geänderte nationale Berufsvorschriften gerechtfertigt, notwendig und verhältnismäßig sind. Sie propagiert eine bessere Vergleichbarkeit zwischen den Mitgliedsstaaten. Allerdings steht die Kommissions-Initiative im Widerspruch zur Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH). Denn der hat in seinen Urteilen stets das Recht der Mitgliedsstaaten betont, selbst zu bestimmen, welche Berufe sie wie stark reglementieren (Subsidiaritätsprinzip).

Entscheidend ist, dass die sorgfältige Prüfung durch Bundes- und Landesregierungen, Selbstverwaltung sowie Berufskammern in Deutschland geübte Praxis ist. Hierzu verpflichten das Grundgesetz und die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes. Darüber hinaus legt die europäische Berufsqualifikationsrichtlinie Kriterien für die Verhältnismäßigkeit von nationalen Reglementierungen fest, die sich aus der EuGH-Rechtsprechung ableiten. So dürfen Berufsregeln niemanden aufgrund seiner Staatsangehörigkeit oder seines Wohnsitzes diskriminieren, sie müssen durch das Allgemeininteresse gerechtfertigt sowie geeignet und angemessen sein, das intendierte Ziel zu erreichen. Das ist alles bereits geregelt.

Neue Kriterien

Die Kommission schlägt nun aber weitere elf Kriterien vor. Unter anderem sollen schon im Vorfeld einer neuen Regel die Risiken für Verbraucher, Berufsangehörige und Dritte gegen das Allgemeininteresse abgewogen werden. Auch den Zusammenhang zwischen dem Umfang einer Tätigkeit und der dafür erforderlichen Berufsqualifikation sowie den Grad der Autonomie bei der Ausübung des Berufes will die Kommission hinterfragen. Ebenso sollen wissenschaftliche und technologische Entwicklungen, die die Informationssymmetrie zwischen Berufsangehörigen und Verbrauchern abbauen können, einbezogen und die wirtschaftlichen Auswirkungen einer Maßnahme mit besonderem Augenmerk auf die Intensität des Wettbewerbs und der Qualität berücksichtigt werden. Sollten diese Kriterien Eingang in deutsches Recht finden, so könnte das bedeuten, dass auch bereits bestehende Berufsregeln der neuen Verhältnismäßigkeitsprüfung unterzogen werden müssen. In deutschen Landen horcht man auf. Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, der Bundesverband der Freien Berufe und auch andere verkammerte Organisationen informieren die Politik mit dezidierten Stellungnahmen. Das Bundeswirtschaftsministerium ist mittlerweile sensibilisiert und auch in den Länderparlamenten wächst der Unmut.

Enormer bürokratischer Mehraufwand? Eingriffe in die Zuständigkeiten der Mitgliedsstaaten? Verstoß gegen das Subsidiaritätsprinzip? Solche schwerwiegenden Einwände interessieren die Kommission aber offensichtlich bisher nicht. Gerade auf dem Feld der Gesundheitspolitik scheint ihr die Subsidiarität ein Dorn im Auge zu sein, wie schon die Initiativen zur Normung von Gesundheitsdienstleistungen gezeigt haben. Der Weg zu einer Subsidiaritätsrüge ist zwar schwierig, aber nicht mehr unmöglich.

Corina Glorius

SUBSIDIARITÄT (LAT. SUBSIDIUM „HILFE, RESERVE“)

Das Subsidiaritätsprinzip steht für eine Rangfolge staatlich-gesellschaftlicher Maßnahmen. Demnach soll prinzipiell die übergeordnete Instanz nur dann regulierend, kontrollierend oder helfend eingreifen, wenn die kleinere Einheit dazu nicht in der Lage ist. Hilfe zur Selbsthilfe soll aber immer das oberste Handlungsprinzip der jeweils übergeordneten Instanz sein.

Den Einsatz nichtärztlicher Praxisassistentinnen fördern

Nach zwei Jahren ist die Zahl der nichtärztlichen Praxisassistentinnen in den Hausarztpraxen nicht so hoch wie erhofft. KBV und GKV-Spitzenverband haben sich deshalb auf eine bessere Vergütung und einfachere Zugangsvoraussetzungen geeinigt.

Die ärztliche Versorgung verändert sich: Immer weniger niedergelassene Ärzte müssen immer mehr und vor allem immer ältere Patienten versorgen. Deshalb sind die Vertragsärzte mehr denn je auf eine gute Kooperation mit den nichtärztlichen Gesundheitsberufen angewiesen. Nur mit ihnen – so steht es im Konzept KBV 2020 – werden sie in der Lage sein, auch zukünftig eine flächendeckende Versorgung anbieten zu können. Ein Schritt in diese Richtung ist die Ausweitung der Förderung von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistentinnen zur Entlastung von Hausärzten. Darauf haben sich die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Bewertungsausschuss geeinigt. Seit Januar erhalten Hausärzte nun mehr Geld, wenn sie eine Praxisassistentin anstellen. Außerdem können noch mehr Praxen von der Förderung profitieren.

Rechtsstreit um übrig gebliebene Millionen

Notwendig wurden diese Anpassungen, weil das seit 2015 bestehende Vergütungsvolumen für qualifizierte nichtärztliche Praxisassistentinnen (NäPa) bisher nicht ausgeschöpft wurde. Jährlich stehen rund 118 Millionen Euro für die NäPa zur Verfügung. Aus den Jahren 2015 und 2016 sind noch 65 bis 70 Millionen Euro übrig. Laut eines Beschlusses im erweiterten Bewertungsausschuss soll dieses Geld auch weiterhin für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung stehen. Entschieden wurde das jedoch gegen die Stimmen der Krankenkassen. Der GKV-Spitzenverband hat Klage dagegen eingereicht. Zudem hat das Bundesministerium für Gesundheit den Beschluss beanstandet. Als Grund für den eher schleppenden Einsatz der NäPa sieht die KBV die von Kassenseite gewollten Vorgaben, die eine Praxis erfüllen muss, um eine NäPa einzustellen.

Voraussetzungen vereinfacht

Die neue Regelung senkt nun die durchschnittlich zu erfüllende Mindestzahl von Behandlungsfällen, die Voraussetzung für die Abrechnung ist. Auch die Mindestzahl von Patienten über 75 Jahre wurde abgesenkt. Ein Hausarzt mit einer vollen Zulassung kann nun eine NäPa genehmigt bekommen, wenn er durchschnittlich mindestens 700 Behandlungsfälle je Quartal oder durchschnittlich 120 Fälle je Quartal bei über 75-jährigen Patienten nachweist. Vorher waren 860 beziehungsweise 160 Behandlungsfälle pro Quartal notwendig.

Förderung erhöht

Erhöht wurde auch der Strukturzuschlag, den die Niedergelassenen für Kosten wie Ausbildung, höhere Gehälter und zusätzliche Praxisausstattung erhalten: statt 2,30 Euro sind es nun 3,58 Euro je Behandlungsfall. Der Zuschlag wird für bis zu 700 Fälle auf die hausärztliche Strukturpauschale gezahlt. Die Höchstgrenze lag im vergangenen Jahr noch bei 584 Fällen. Ärzte erhalten also seit Januar mit bis zu 2.506 Euro im Quartal eine fast doppelt so hohe Förderung. Das sind etwa 10.000 Euro im Jahr. Mehr Geld erhalten die Niedergelassenen auch für die Hausbesuche ihrer NäPa. Die Vergütung ist hier von 17,32 Euro auf 19,59 Euro gestiegen. Für den Mitbesuch werden 14,32 Euro statt 12,73 Euro gezahlt.

Kassen lehnen KBV-Vorschläge ab

Neben den seit Januar geltenden Verbesserungen hatte sich die KBV auch dafür eingesetzt, dass Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) bundesweit als nichtärztliche Praxisassistentinnen anerkannt werden, ohne eine zusätzliche Fortbildung absolvieren zu müssen. Außerdem hatte die KBV vorgeschlagen, Behandlungsfälle aus Selektivverträgen, in denen keine Vergütung für nichtärztliche Praxisassistentinnen erfolgt, bei der Berechnung des Höchstwertes des Strukturzuschlages nicht abzuziehen. Beide Punkte stießen jedoch auf die Ablehnung der Krankenkassen. Sehr zum Leidwesen der KBV: Mit diesen Vorschlägen wäre sie ihren Zielen aus dem Konzept KBV 2020 noch ein Stück näher gekommen. Denn das KV-System spricht sich eindeutig für ein kooperatives und koordiniertes Miteinander von Kollektiv- und Selektivvertrag aus.

Meike Ackermann

Auch Fachärzte können NäPa einstellen. Zuschläge erhalten sie jedoch nur für Leistungen, die die NäPa für Patientenbesuche innerhalb von Pflegeheimen erbringt. Normale Hausbesuche werden nicht extra vergütet. Auch auf den Strukturzuschlag, den die Hausärzte bekommen, müssen die Fachärzte verzichten. Facharztpraxen, die Zuschläge für Patientenbesuche im Pflegeheim abrechnen wollen, benötigen eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Dabei müssen sie erklären, dass sie eine NäPa mit mindestens 20 Wochenstunden beschäftigen und diese über die geforderte Qualifikation und Erfahrung verfügt.

Die Modellgrafik des Universitätskrankenhauses Aarhus offenbart die Dimensionen der dänischen Superkrankenhäuser.

GESUNDHEIT ANDERSWO

Das dänische System: Am digitalen Puls der Zeit

Unter den oft als Vorzeigemodellen gehandelten Gesundheitssystemen in Europa wird stets auch das dänische genannt. Zu verdanken hat es diesen Ruf unter anderem einer geringen Verweildauer im Krankenhaus und dem weit verbreiteten Einsatz digitaler Lösungen im Gesundheitssektor.

Ähnlich wie in Deutschland ist das dänische Gesundheitssystem dezentral organisiert, mit einer klaren Aufgabenverteilung zwischen den drei Ebenen Staat, Region und Gemeinde. Auf nationaler Ebene definiert das Gesundheitsministerium die gesundheitspolitischen Ziele, ist verantwortlich für die ärztliche Ausbildung und die Erteilung der Berufslizenzen. Auf der darunter liegenden Ebene agieren fünf Regionen, die sich um die Krankenversorgung sowie die Verträge und Bezahlung der Ärzte kümmern. Auf lokaler Ebene finanzieren die 98 Gemeinden alle übrigen sozialen Dienste. Dazu zählen unter anderem zahnmedizinische Leistungen für Kinder und Jugendliche und die ambulante Pflege.

Bei unseren nördlichen Nachbarn gibt es keine Sozialversicherung, darum wird das Gesundheitssystem durch Steuern finanziert. Zurückzuführen ist das auf eine grundlegende Reform im Jahr 1972, im Rahmen derer das Königreich Dänemark sein Krankenversicherungssystem nach 80 Jahren in ein nationales Gesundheitssystem überführte. Alle dänischen Steuerzahler sind automatisch krankenversichert und erhalten freien Zugang zu Gesundheitsleistungen, unabhängig von ihrem sozialen Status und ihren finanziellen Verhältnissen. Die staatliche Krankenversicherung bietet dabei zwei Mitgliedschaftsvarianten: das Hausarztmodell, für das sich etwa 98 Prozent der Dänen entschieden haben, und die freie Arztwahl.

Der Hausarzt als Lotse

Ähnlich wie in den Niederlanden (siehe Klartext Ausgabe 4/2016) stellen Hausärzte in Dänemark die Lotsen der Gesundheitsversorgung dar. Sie nehmen 90 Prozent aller Behandlungen vor, alle Informationen über die Patienten laufen bei ihnen zusammen. Gleichzeitig sind sie zuständig für Vorsorge und die koordinierende Arbeit mit dem Gesundheitspersonal. Wenn nötig, überweisen sie an einen Facharzt oder ins Krankenhaus. Ohne Überweisungsschein können nur Zahnärzte, Augenärzte und Hals-Nasen-Ohrenärzte aufgesucht werden. Für die Zuteilung zu einem Hausarzt tragen sich die Dänen in die Liste eines Mediziners in ihrer Gemeinde ein und erhalten so einen Ansprechpartner für alle Krankheitsfälle. Der Arzt selber ist per Gesetz für alle bei ihm eingetragenen Patienten zuständig. Die zweite Tarifmöglichkeit umfasst Leistungen wie die freie Arztwahl und die Konsultation von Fachärzten ohne Überweisung. Bei dieser Patientengruppe sind Mediziner allerdings nicht an die Tarifordnung gebunden, sodass eventuelle Differenzen von den Patienten selbst übernommen werden müssen. Ähnlich wie bei den privaten Krankenversicherungen in Deutschland treten die Dänen dazu in Vorkasse und stellen anschließend eine Rechnung.

Private Krankenversicherungen gibt es im Königreich nicht, viele Dänen haben jedoch private Zusatzversicherungen abgeschlossen. Diese erstatten entweder den Aufenthalt in Privatkliniken sowie Behandlungen beim Psychotherapeuten oder die Kosten beim Heilpraktiker. Andere Policen übernehmen die Aufwendungen für Zahnbehandlungen – in Dänemark ist der Besuch beim Zahnarzt nur bis zum 18. Lebensjahr in der Standardversicherung inbegriffen.

Wenige Kliniken

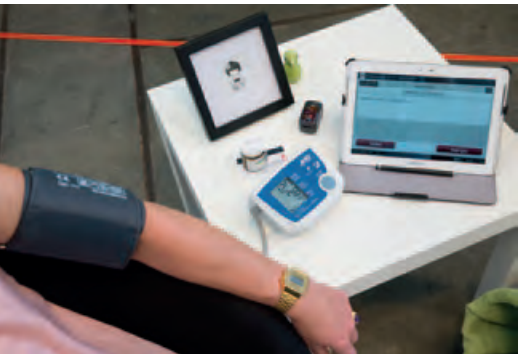
Ein markantes Merkmal des dänischen Gesundheitssystems ist die Aufstellung der Kliniken. Bereits in den 1980er-Jahren begann ein Prozess, in dessen Verlauf kleinere Krankenhäuser aufgegeben beziehungsweise zu größeren Verbünden zusammengeschlossen wurden. Mit einer stärkeren Spezialisierung der einzelnen Häuser sollte deren Qualität erhöht und in der Folge die Verweildauer der Patienten reduziert werden. Der dahinterstehende Gedanke war (und ist weiterhin), medizinische Probleme möglichst außerhalb des Krankenhauses zu lösen und Klinikaufenthalte so lange wie möglich hinauszuzögern. Die Klinikschließungen führten zunächst zu Protesten, wuchsen jedoch zu keinem Widerstand aus. Denn der Staat als Finanzier gab zwar Maßgaben vor, den Regionen wurde aber von Anfang an die Verantwortung für die Umsetzung und Ausgestaltung des Reformprozesses übertragen. Im Zuge der Umstellung stieg die Zahl der ambulanten Eingriffe auf das Doppelte, zudem wurde viel in den Ausbau rehabilitativer Einrichtungen investiert. Heute übernehmen die dänischen Kliniken nur noch akute und schwere Krankheitsfälle, wobei alle Häuser Basisleistungen anbieten. Eine Schwerpunktversorgung hingegen findet nur in einzelnen Bezirken statt.

Generell arbeiten dänische Kliniken eng mit den Ambulanzen zusammen – oftmals sind sie einander sogar angegliedert und die Überweisung der Patienten erfolgt fließend. Zudem sollen in den Notfallambulanzen möglichst erfahrene Ärzte eingesetzt werden, denn diese können die Triagierung und Behandlung der Patienten schneller vornehmen als junge Assistenzärzte. Das sichert eine zeitnahe und zügige Versorgung und spart am Ende Kosten. Unabhängig von der Mitgliedschaftsvariante werden Krankenhausaufenthalte immer von der Versicherung bezahlt. In welcher Klinik sie sich behandeln lassen, können Patienten – anders als in der ambulanten Versorgung – frei entscheiden. ›

Dänemark in Zahlen (im Vergleich zu Deutschland)

Bevölkerung: 5,6 Mio. / 80,6 Mio.	Lebenserwartung Frauen: 82,0 Jahre / 83,4 Jahre
Einwohner über 65 Jahre: 18,9 % / 21,1 %	Lebenserwartung Männer: 78,0 Jahre / 78,8 Jahre
Praktizierende Ärzte je 1.000 Einwohner: 3,5 / 3,7	Anteil Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt: 10,4 % / 11,0 %

Die hochmodernen Kliniken vereinen logistische mit architektonischen Ansprüchen



Gesundheitsdaten elektronisch zu erfassen gehört in Dänemark bereits zum Alltag

Problemfall Wartezeiten

Im Zuge der Krankenhausreduzierung stellten sich zwar Effizienzgewinne ein und auch die hohen technischen Standards hoben die Qualität auf ein Niveau, das sich wie gewünscht auf die Verweildauer auswirkte: Im europäischen Vergleich verbleiben die Dänen mit durchschnittlich vier Tagen am kürzesten im Krankenhaus. Die Kehrseite dieser Reduktion ist jedoch, dass Patienten mit sehr langen, zum Teil über Monate währenden Wartezeiten rechnen müssen. Verschiedene Strategien sollen dieses Problem lösen: Zum einen veröffentlichen die Krankenhäuser ihre Wartezeiten im Internet, sodass Patienten ihre Entscheidung daran orientieren können. Ist die Wartezeit länger als einen Monat, dürfen sie sich auf Kosten der Krankenversicherung im Ausland operieren lassen. Viele Dänen kommen daher für chirurgische Eingriffe nach Deutschland.

Ausbau zu Superkrankenhäusern

Zum anderen gibt es Reformbestrebungen, die in einen Investitionsschub von knapp 6,4 Milliarden Euro für den klinischen Sektor münden. So ist geplant, bis 2025 zehn bereits bestehende Klinikkomplexe zu erweitern sowie sechs neue solcher „Superkliniken“ zu bauen. 20 Prozent des gesamten Reformetats sind dabei für IT und Medizintechnik vorbehalten – der Einsatz hochmoderner Technik, aber auch die Einrichtung von Einzelzimmern sollen die Qualität dänischer Kliniken noch weiter verbessern, sodass Patienten in Zukunft nur noch drei Tage im Krankenhaus verweilen und der Heilungsprozess im besten Fall zu Hause erfolgt. Das Credo lautet: Mit wenigen Krankenhäusern eine hohe Spezialisierung erreichen und ein Maximum an Qualität schaffen. Das Beispiel der Universitätsklinik Aarhus verdeutlicht die Dimensionen der Superkrankenhäuser: Auf einer Fläche von 500.000 Quadratmetern und mit rund 10.000 Beschäftigten sowie einem feinmaschigen IT-System soll das Haus bis 2019 zum größten und modernsten Krankenhaus Nordeuropas ausgebaut werden.

Telemedizin im Alltag

Die digitale Vernetzung des Gesundheitswesens hat in Dänemark bereits früh begonnen. So wurde 1990 zum ersten Mal eine Verordnung per Email zwischen einer Hausarztpraxis und einer Apotheke verschickt. Von da an stiegen die Affinität der Ärzte für elektronische Praxisanwendungen und die Zahl der Softwareangebote der IT-Industrie gleichermaßen. 1992 führten bereits 60 Prozent aller Hausarztpraxen eine elektronische Patientenakte. Zwei Jahre später wurde mit MedCom eine Organisation gegründet, die einheitliche Standards zur Kommunikation zwischen Ärzten entwickeln sollte und heute für Vorgaben in Sachen E-Health zuständig ist.

Eine vielgenutzte telemedizinische Anwendung ist das Gesundheitsportal sundhed.dk, das Patienten einerseits den Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen ermöglicht und andererseits den Austausch zwischen unterschiedlichen Akteuren des Gesundheitswesens und den Patienten fördert. Die Dänen können sich auf dem Portal einloggen und anschließend persönliche Daten eingeben und bearbeiten. Sundhed hat sich aber auch als Informationsportal etabliert und bietet bestimmte eServices an. Patienten können beispielsweise Termine bei ihrem Hausarzt ausmachen oder Körperwerte an den Arzt übermitteln. Mit der Funktion MyLog ist ersichtlich, wer wann auf welche Gesundheitsdaten Zugriff hatte. Auf dem Portal findet sich zudem ein Patientenhandbuch mit 3.000 Artikeln zu Krankheitssymptomen und deren Behandlung. Videokonferenzen und online-gestützte Rehabilitationsmaßnahmen runden die breite Anwendung der Telemedizin ab. So machen Pflegekräfte zum Beispiel Fotos von der Wundheilung und leiten diese an den behandelnden Arzt weiter, der die Genesung von der Praxis aus überwacht. Der Einsatz moderner Technik soll die Versorgungsabläufe möglichst reibungslos und effizient gestalten und die Dänen dazu ermächtigen, sich so weit und so lange wie möglich selbst um ihre Gesundheit zu kümmern.

Impf-Empfehlungen jetzt auch als App

Unter dem Namen „STIKO@rki“ bietet die Ständige Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (RKI) ihre Impfempfehlungen jetzt auch als App für Android- und iOS-Handys an. Die App richtet sich an Ärzte, die bei Fragen zu Impfungen schnellen Zugriff auf alle Fachinformationen haben möchten. Nützlich für den Praxisalltag ist der interaktive Impf-Check, bei dem man nach Eingabe von Alter, Geschlecht und Impfhistorie des Patienten sehen kann, welche Impfungen noch ausstehen. Zusätzlich enthält die App auch Ratgeber des RKI zu Erkrankungen, die durch Impfungen vermeidbar sind, häufig gestellte Fragen zu Impfungen und alle aktuellen Informationen zu Impfstoffen. Eine integrierte News-Feed-Funktion hält Ärzte außerdem über aktuelle Meldungen (z. B. Lieferengpässe von Impfstoffen) auf dem Laufenden. *(saw)*

KBV PraxisWissen: Zwei neue Hefte

In der Reihe PraxisWissen hat die KBV zwei neue Broschüren veröffentlicht. Das Heft „Medizinische Rehabilitation“ gibt Ärzten Hinweise zur richtigen Verordnung von Reha-Maßnahmen und veranschaulicht diese anhand von Beispielen. Die Broschüre „Arthroskopie von Knie und Schulter“ (PraxisWissen Spezial) bietet Fachärzten umfangreiche Informationen zur korrekten Durchführung und Dokumentation dieser Eingriffe. Mit zahlreichen Beispielbildern werden beide Operationen im Detail erläutert. Zusätzlich gibt es Hinweise zur Vermeidung häufiger Fehler. Beide Publikationen sind online abrufbar unter ***www.kbv.de/html/praxiswissen.php*** und können kostenfrei per E-Mail an ***Versand@kbv.de*** bestellt werden. *(saw)*

Versorgungskonzept für psychisch kranke Kinder

Im Service-Bereich der KBV-Webseite sind alle bisher entwickelten Versorgungskonzepte der KBV Vertragswerkstatt aufgelistet. Ab sofort hat dort auch das neue Versorgungskonzept für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie seinen Platz. Das Konzept zur „Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen psychischen Erkrankungen im Kompetenzverbund“ entwickelte die KBV-Vertragswerkstatt gemeinsam mit Psychotherapeutenverbänden. Weitere Informationen zu diesem Konzept sowie eine Präsentation und Presse-Statements finden sich auf dieser Seite: ***www.kbv.de/html/27084.php*** *(saw)*

Neues Serviceangebot für Ärzte

Die KBV hat ihr Modulangebot für Qualitätszirkel um zwei neue Themen erweitert. Ab sofort stehen die Module „Suchtmittelgebrauch“ und „Ethikberatung im Qualitätszirkel“ im Sicheren Netz der KVen zum Download zur Verfügung. Bundesweit engagieren sich etwa 60.000 Ärzte und Psychotherapeuten in Qualitätszirkeln, um sich gemeinsam im Austausch mit Kollegen selbstbestimmt fortzubilden. Die KBV unterstützt Qualitätszirkel und stellt regelmäßig didaktisch aufbereitete Themen-Module ins Sichere Netz der KVen. Entwickelt werden diese Fortbildungsangebote in Zusammenarbeit mit Niedergelassenen und anderen Experten. Aktuell stehen mehr als 30 verschiedene Themen zur Auswahl. Sie fördern den Transfer von aktuellem Wissen in die Praxis und helfen Ärzten, ihre eigene Versorgungspraxis zu reflektieren. Für alle Nutzer, die außerhalb des Sicheren Netzes der KVen unterwegs sind, sollen die Qualitätszirkel-Module ab März auch auf der Website der KBV frei zugänglich sein. Weitere Informationen zur Qualitätszirkelarbeit finden Sie hier: ***www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php*** *(saw)*

KBV
SIE SIND KRANK UND IHRE PRAXIS HAT ZU?
116117
DIE NUMMER, DIE HILFT! BUNDESWEIT.
Der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen
www.116117info.de