KBV klartext

4. QUARTAL 2017

DAS MAGAZIN DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

Kommunikation in der Praxis

Warum es oft schwierig ist, einfache Worte zu finden.

Bürokratieindex 2017
KBV fordert 25 Prozent weniger Schreibtischarbeit für Ärzte

Reportage
Die Campus-Praxis der Universität Münster

Interview mit Prof. Dabrock: „Der Ethikrat ist kein Moralgerichtshof."

Editorial

KBV Klartext
Das Magazin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Erscheinungsweise:
vierteljährlich

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

Redaktion:
Alexandra Bodemer, Meike Ackermann, Kristin Kahl, Nicolas Ebert, Sarah Weckerling, Sophia Bruderhofer, Corina Glorius, Lea Kuhn

Redaktionsbeirat:
Dr. Roland Stahl

Redaktionsanschrift:
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Redaktion Klartext
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-2205
Fax: 030 4005-2290
E-Mail: redaktion@kbv.de
www.kbv.de

Gestaltung:
malzwei Grafikdesign, Berlin

Druck:
Druckerei Kohlhammer, Stuttgart

Fotos:
Titel: © iStock.com/OstapenkoOlena › S.2: © Lopata/axentis.de › S.3: © Michael Zellmer, © iStock.com/Eva Katalin Kondoros › S.4: © iStock.com/ansonsaw › S.6: © privat › S.8: © iStock.com/Katarzyna Bialasiewicz › S.9: © iStock.com/Obencem › S.10: © iStock.com/Wavebreakmedia › S.12-15: © Nicolas Ebert › S.16: © iStock.com/CentralITAlliance › S.17: © Lopata/axentis.de › S. 18: © Meike Ackermann › S.20: © Meike Ackermann › S. 21: © iStock.com/Manakin › S.22: © dpa/Picture-Alliance › S.23: © Sarah Weckerling › S.24: © malzwei › S.26: © Alexandra Bukowski › S.27: © Kristin Kahl › S.28: © Shotshop.com/imagepointfr › S. 29 © iStock.com/Katarzyna Bialasiewicz › S.30: © iStock.com/GAPS › S.32: © Hans Punz/Picture-Alliance; Herbert Pfarrhofer/Picture-Alliance › S.34: © Milles Studio/Fotolia › S. 35 © malzwei

Liebe Leserin, lieber Leser,

sicher kennen Sie den Satz „Man kann nicht nicht kommunizieren“. Die Frage ist also weniger ob, sondern wie wir kommunizieren. Dies gilt ganz besonders in der Arzt-Patienten-Beziehung. Zeitmangel, Erwartungsdruck sowie Fehlinformationen aus dem Internet machen es der „sprechenden Medizin“ oft nicht leicht. Warum ein gutes Arzt-Patienten-Gespräch so wichtig ist und wie es trotz widriger Rahmenbedingungen gelingen kann, lesen Sie in unserem Titelthema (ab Seite 4).

Ein Grund, warum Ärzte in der Praxis zu wenig Zeit zum Reden haben, ist die Bürokratie. Diese ist im zu Ende gehenden Jahr sogar leicht gestiegen, wie der Bürokratieindex 2017 zeigt. Zwar gibt es auch Erfolge bei dem Versuch, Verwaltungsarbeit in der Praxis zu reduzieren, das Ziel ist jedoch noch lange nicht erreicht (ab Seite 10).

Das Ziel einer engeren Verzahnung von Lehre und Praxis in der Medizinerausbildung wird immer wieder angemahnt. In Münster gibt es ein Modellprojekt, das schon Erstsemestern die Arbeit mit echten Patienten ermöglicht. Mehr dazu lesen Sie in unserer Reportage (ab Seite 12).

Ende November hat der Deutsche Ethikrat eine umfangreiche Stellungnahme zum Thema Big Data und Gesundheit veröffentlicht. Darin hat er auch den Vorschlag der KBV aufgegriffen, den Bürgern eine freiwillige „Spende“ ihrer Gesundheitsdaten zu ermöglichen. Lesen Sie mehr dazu und zur Rolle des Ethikrates im Interview mit dessen Vorsitzenden, Prof. Peter Dabrock (ab Seite 18).

Mit diesem Jahr geht die Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“ der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zu Ende. Ihre Bilanz kann sich im wahrsten Sinne des Wortes sehen lassen (ab Seite 24).

Ich wünsche Ihnen eine informative und anregende Lektüre.

Ihr Dr. Thomas Kriedel,
Mitglied des Vorstandes

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 Kommunikation: Wie Arzt und Patient sich besser verstehen

Themen

10 Bürokratieindex 2017: Arztzeit muss Behandlungszeit sein

16 Ärztehonorare: Es muss sich etwas ändern

22 Notfallversorgung: Reform? Ja. Nur wie?

24 Erfolgreich: Kampagne „Wir arbeiten für Ihr leben gern.“ geht zu Ende

28 Psychotherapie: Neue Ausbildungsform sorgt für Diskussionen

34 Bericht aus Brüssel: Digitale Kompetenzen stärken

Reportage aus den KVen

12 Westfalen-Lippe: Die Campus-Praxis der Uni Münster

Interview

18 Was der Ethikrat zur Digitalisierung im Gesundheitswesen und der gesetzlichen Krankenversicherung sagt

Gesundheit anderswo

30 Österreich: Die E-Akte für alle ist längst Realität

Kurz gefasst

9 Meldungen aus dem Bund

21 Meldungen aus den Ländern

35 Angeklickt und aufgeblättert

In der Nachwuchskampagne „Lass dich nieder!“ warben Medizinstudierende für das Berufsleben als eigener Chef, hier beim Fotoshooting zu einem Kampagnenmotiv.

Arzt-Patienten-Kommunikation: Warum einfach nicht immer einfach ist

Das Arzt-Patienten-Gespräch ist wesentlicher Bestandteil einer erfolgreichen Behandlung. Doch die sogenannte sprechende Medizin hat es in der Praxis nicht immer leicht. Gründe sind Zeitmangel, finanzielle Fehlanreize und Erwartungsdruck auf beiden Seiten. Die gute Nachricht: Es gibt Rezepte dagegen.

Weitere Informationen zur Fachtagung Gesundheitskompetenz:
www.kbv.de/html/30986.php

7,6 Minuten hat ein Hausarzt in Deutschland pro Patient zur Verfügung. Das ist das Ergebnis einer Metaanalyse, die ein internationales Forscherteam in diesem Herbst im Fachjournal „BMJ Open“ veröffentlicht hat. Weniger Zeit haben in den europäischen Ländern nur slowenische, ungarische, serbische, österreichische und slowakische Ärzte für ihre Patienten. Unter dem hohen Zeitdruck leidet häufig die Arzt-Patienten-Kommunikation. Und zwar aus unterschiedlichen Gründen. Mal gibt der Patient zu wenig von seinen Problemen preis. Mal lässt der Arzt ihn nicht ausreden. Dann versteht der Patient vielleicht nicht alles, vergisst aber nachzufragen oder traut sich nicht. Und manchmal verläuft das Gespräch zwar gut – dennoch kann sich der Patient vor der Türe nicht mehr an die Worte des Arztes erinnern. Dabei ist eine gute Kommunikation für die Behandlung und den Heilungsprozess extrem wichtig.

Erst verstehen, dann schlucken

„Die Worte, die ich zu einem Medikament spreche, haben 30 bis 40 Prozent Macht über die Wirkung des Medikaments. Wenn jemand verstanden hat, warum er etwas nimmt, dann nimmt er es auch“, sagte der Arzt und Autor Dr. Eckhard von Hirschhausen auf der Fachtagung Gesundheitskompetenz der KBV, die im Herbst in Berlin stattfand. Doch offenbar verstehen viele Patienten nicht, warum sie ihre Pillen schlucken sollen: „Die Hälfte der verschriebenen Medikamente in Deutschland wird nie eingenommen. Das sind ungefähr 20 Milliarden Euro, die wir in der gesetzlichen Krankenversicherung dafür ausgeben“, so von Hirschhausen. Hinzu kommt, dass die Gesundheitskompetenz der Deutschen – also die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag angemessene Entscheidungen zur Gesundheit treffen zu können – dringend gestärkt werden muss. 40 Prozent der erwachsenen deutschen Bevölkerung hat große Probleme, Texte auf Grundschulniveau zu verstehen. Das hat die Studie „Level-One Survey (leo)“ der Universität Hamburg im Jahr 2011 ermittelt. Kein Wunder also, dass über 50 Prozent der Deutschen Gesundheitsinformationen nicht richtig verstehen und umsetzen können. Eine Studie der Universität Bielefeld hat gezeigt, dass 54,3 Prozent der Bevölkerung eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz haben. So würden beispielsweise 37 Prozent der Befragten Beipackzettel von Medikamenten nicht verstehen. Deshalb hat es sich die Allianz für Gesundheitskompetenz (siehe Kasten) zum Ziel gemacht, die Zugangswege zu Informationen zu vereinfachen und die Beurteilungsfähigkeit der Patienten zu stärken.

Aufgrund des Überangebotes im Internet fällt es Patienten zunehmend schwer, fundierte Gesundheitsinformationen herauszufiltern. „Man kann den Patienten heutzutage nicht mehr sagen ‚Gucken Sie ja nicht ins Internet!‘“, betont von Hirschhausen, „viel günstiger fände ich es, wenn alle Ärzte in Deutschland wüssten, was die Top Ten evidenzbasierten, guten, werbefreien Internetseiten sind, die man den Patienten tatsächlich empfiehlt.“ Das unterstützt auch KBV-Chef Dr. Andreas Gassen: „Wir müssen uns damit auseinandersetzen, was die Patienten sich im Netz zusammenklicken und seriöse Angebote bereitstellen. Denn wenn man Google nach Fieber fragt, landet man beim bösartigen Tumor. Das ist nicht zielführend.“

GESUNDHEITSKOMPETENZ VERBESSERN

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat im Sommer 2017 die „Allianz für Gesundheitskompetenz“ gegründet. Ihr gehören neben dem BMG die Organisationen der ärztlichen Selbstverwaltung (darunter die KBV), Patientenorganisationen und Vertreter aus der Politik an. Ziel der Allianz ist es, durch spezielle Maßnahmen die Gesundheitskompetenz der Deutschen zu verbessern. Dazu gehört die Gesundheitsbildung in Schulen, Kitas und Betrieben. Darüber hinaus ist ein nationales Gesundheitsinformationsportal angedacht, auf dem geprüfte Informationen und Anwendungen rund um die Gesundheit zu finden sein sollen. Ergebnisse einer vom BMG in Auftrag gegebenen Machbarkeitsstudie sind im kommenden Jahr zu erwarten. In Österreich gibt es ein solches Portal bereits (siehe S. 33).

Diagnosen übersetzen

Eine Website, die den Patienten das medizinische Verständnis erleichtert, ist beispielsweise ***www.was-hab-ich.de***, die auch von der KBV unterstützt wird. Hier übersetzen Medizinstudenten Arztbriefe in einfaches Deutsch. Ein Arztbrief ist zwar eigentlich ein Kommunikationsmittel zwischen zwei Ärzten, doch der Patient fühlt sich trotzdem besser, wenn er weiß, was sich hinter dem „Nachweis eines ausgeprägten Knochenmarködems an der ›

INTERVIEW MIT
PROF. ATTILA ALTINER

„Die Fähigkeit, gut und professionell zu kommunizieren, muss man lernen, das ist nicht angeboren.“

Was zeichnet ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis aus?

Wichtig ist, dass klar ist, was Arzt und Patient voneinander erwarten und dass man eine Ebene findet, auf der man Ziele definiert. Gut ist, wenn beide sagen können: „Das ist etwas, worauf wir hinarbeiten wollen.“ Der Arzt muss sich überlegen, was er von dem, was sich der Patient wünscht, tatsächlich im Rahmen seines Behandlungsauftrages erfüllen kann. Kurzfristig ist der Patient vielleicht nicht immer gleich zufrieden, wenn der Arzt ihm kommunizieren muss, dass er bestimmte Erwartungen möglicherweise gar nicht erfüllen kann oder will. Aber dadurch ist das Verhältnis langfristig gut angelegt. Natürlich hat jeder Patient ganz individuelle Vorstellungen und Werte. Dazu passt ein „alter“ Spruch aus der hausärztlichen Versorgung: Jeder Arzt bekommt die Patienten, die er verdient. Vielleicht umgekehrt auch – in einem System, das die freie Arztwahl zulässt, können die Patienten mit denjenigen Ärzten zusammentreffen, die eine gute gemeinsame Ebene finden. Noch ein Aspekt zu einem besonders guten Arzt-Patienten-Verhältnis: Manchmal gelingt es sogar, eine gemeinsame Humorebene zu finden. Wenn Arzt und Patient auch einmal zusammen über etwas schmunzeln können, kann so manche schwierige Situationen gemildert werden.

Heutzutage kommt es öfter vor, dass Patienten zuerst ihre Symptome googeln und dann zum Arzt gehen. Was müssen Ärzte beachten, wenn sie davon erfahren?

Ich glaube in solchen Fällen ist Professionalität auf Seiten des Arztes gefragt. Es gibt durchaus Fälle, in denen Patienten sehr gut und sehr systematisch recherchieren. Wenn Sie sich die Qualität von Gesundheitsinformationen im Netz anschauen, dann gibt es exzellente Informationen, zum Beispiel auf den Seiten der KBV oder der DEGAM (Anm. d. Red.: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin). Und dann gibt es unmoderierte Foren, in denen wirklich nur krude Inhalte stehen. Ich würde dem Patienten immer sagen: „Ich finde es gut, dass Sie sich informiert haben.“ Wenn ein Patient darüber berichtet, was er gefunden hat, kann er sich in vielen Fällen in den Behandlungsprozess einbringen – gerade auch bei der Abwägung, welche diagnostischen Maßnahmen und welche Therapien sinnvoll sind. Insofern stecken in der selbstständigen Nutzung von entsprechenden Informationsangeboten jede Menge Chancen. Aber natürlich ist es für den Arzt in seiner ohnehin schon immer mehr verdichteten Arbeitszeit oftmals nicht möglich, gemeinsam mit dem Patienten die gefundenen Informationen systematisch zu bewerten. Deshalb gibt es gerade in Bezug auf die Förderung von Gesundheitskompetenz noch viel zu tun.

Was bringen Sie Ihren Studenten über die Arzt-Patienten-Kommunikation bei?

Was wir in der Lehre vor allem tun können, ist, Studenten für die herausragende Bedeutung der Arzt-Patienten-Kommunikation zu sensibilisieren. Zum Beispiel: Wie fördere ich, dass sich ein Patient mit seinen Symptomen oder seiner Erkrankung auseinandersetzt. Oder: Wie gehe ich damit um, wenn ich Konflikte erkenne oder wenn ich mich vom Patienten unter Druck gesetzt fühle. Das sind Aspekte, auf die Studierende und Ärzte in der Facharztweiterbildung bisher nicht optimal vorbereitet werden, um es mal vorsichtig auszudrücken. Die Fähigkeit, gut und professionell zu kommunizieren, muss man lernen, das ist nicht angeboren. Trainings mit Simulationspatienten können helfen, die Lücke zwischen Wissen und tatsächlicher Kompetenz zu schließen. Studierende und Ärzte in Weiterbildung stehen diesen Unterrichtsformaten inzwischen sehr positiv gegenüber. Auch positiv ist, dass die jungen Ärzte zunehmend erkennen, wie wichtig die interprofessionelle Kommunikation in der Medizin ist – also die Kommunikation mit Vertretern anderer Gesundheitsberufe. Dennoch, echte Kompetenz in der Arzt-Patienten-Kommunikation kann und muss vor allem in der Weiterbildung vermittelt werden. Hier stellen die neuen Kompetenzzentren für die Allgemeinmedizinische Weiterbildung einen ersten wichtigen Schritt dar.

Die Fragen stellte Sarah Weckerling.

Prof. Attila Altiner ist Facharzt für Allgemeinmedizin und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Rostock. Einer seiner Forschungsschwerpunkte ist die Arzt-Patienten-Kommunikation.

ventralen Zirkumferenz des Humeruskopfes“ verbirgt. Eine „Flüssigkeitseinlagerung, die sich vorn im oberen Ende des Oberarmknochens befindet“, klingt da schon ganz anders. Das finden auch 85 Prozent der Website-Nutzer. Sie sagen: „Die Befundübersetzung hat mir Mut gemacht, meiner Erkrankung mit mehr Entschlossenheit entgegenzutreten.“

Doch im Idealfall ist eine Übersetzung der Informationen nach dem Arztbesuch durch Dritte erst gar nicht notwendig. Ein gutes Arzt-Patienten-Gespräch sollte ausreichen. „Wenn man am Anfang den Patienten einmal ausreden lässt, wird das gesamte Gespräch besser“, sagt von Hirschhausen. Wesentlich länger dauert der Patientenbesuch dadurch trotzdem nicht, betont der Facharzt für Allgemeinmedizin und Ausbilder für Arzt-Patienten-Kommunikation, Prof. Ulrich Schwantes: „Wir haben Untersuchungen durchgeführt und festgestellt, dass Patienten den Arzt nach circa 60 Sekunden wieder ins Gespräch einbeziehen, wenn man sie erzählen lässt und nonverbal ermuntert, weiterzureden.“ Auf diese Weise erhalte der Arzt in relativ kurzer Zeit meistens mehr Informationen, als durch reines Abfragen. Anschließend sortiere und priorisiere er das Gehörte und entscheide, was heute und was beim nächsten Termin besprochen wird. So könne man sich auf einen Aspekt konzentrieren und intensiver nachhaken. „Es ist wichtig, anschließend nachzufragen, was der Andere verstanden hat“, weiß Schwantes, „am besten fordert der Arzt den Patienten auf, mit eigenen Worten zu wiederholen, wie er das Besprochene verstanden hat.“

Auch Patienten können aktiv zu einer erfolgreichen Kommunikation beitragen. Und das mit nur drei Fragen. Die „Ask me 3“-Methode aus den USA verfolgt den Ansatz, Patienten zu motivieren, bei jedem Kontakt mit dem Arzt folgende Fragen zu stellen: Was ist mein gesundheitliches Problem? Was kann ich dagegen tun? Warum ist es für mich wichtig, das zu tun? Wer also mit dem Ziel zum Arzt geht, Antworten auf diese Fragen zu erhalten, fragt vermutlich eher nach, wenn er etwas nicht ganz verstanden hat.

„Nichtstun“ muss sich lohnen

Die gute Kommunikation nutzt übrigens nicht nur dem Patienten. Denn gerade weil Ärzte nur sehr wenig Zeit für jeden Einzelnen zur Verfügung haben, ist ein strukturiertes Gespräch besonders wichtig. „Wenn ich nach jedem Gespräch zufrieden mit dem Verlauf bin, kann ich mit diesem Patienten abschließen und mich unbelastet dem Nächsten zuwenden“, sagt Schwantes und rät: „Wer als Arzt sein eigenes Burnout vermeiden will, pflegt eine gute Kommunikation.“ Um den Zeitdruck in der Praxis zu entschärfen, ist zudem gute Teamarbeit unerlässlich. ›

NEUE BROSCHÜRE: PATIENTEN KULTURSENSIBEL BEHANDELN

Die Arzt-Patienten-Kommunikation wird vor besondere Herausforderungen gestellt, wenn sprachliche oder kulturelle Barrieren hinzukommen. Denn so unterschiedlich die Herkunftsländer und Kulturen der Patienten sind, so verschieden können ihre Erwartungen und Bedürfnisse beim Arztbesuch sein. Auf diese Vielfalt in der Praxis macht die KBV mit der gleichnamigen Broschüre aufmerksam. Das Heft bietet Informationen und Tipps zum kultursensiblen Umgang, unter anderem von einem niedergelassenen Kardiologen mit syrischem Migrationshintergrund. Auch eine Kinder- und Jugendärztin sowie ein Psychiater schildern ihre Erfahrungen. Anregungen kommen von der Integrationsbeauftragten der Bundesregierung und von einer Professorin mit Schwerpunkt Gesundheitskompetenz. Darüber hinaus bietet die Broschüre Serviceinformationen für den Praxisalltag, wie Hinweise auf die Patienteninformationen in Fremdsprachen. Die Broschüre „Vielfalt in der Praxis“ kann kostenfrei per E-Mail an versand@kbv.de bestellt werden und steht online in der KBV-Mediathek unter www.kbv.de/html/publikationen.php als barrierefreie Webversion bereit.

„Die sogenannte ‚sprechende Medizin' ist nur leistbar, wenn dem Arzt in der Praxis der Rücken freigehalten wird. Und zwar auch mit speziell fortgebildeten Praxisassistentinnen, die routinemäßige Hausbesuche übernehmen können, um den Arzt zu entlasten", betont KBV-Chef Gassen. Kommunikationstraining ist also nicht nur für die Ärzte, sondern auch für Praxismitarbeiter und Pflegekräfte wichtig.

Abschließend lässt sich festhalten: Die Rolle des Arztes als Übersetzer von Gesundheitsinformationen ist nicht zu unterschätzen. „Wir brauchen mehr ‚sprechende Medizin', das ist ganz klar. Aber eine ärztliche Vergütung, die sich immer mehr in Pauschalen abspielt, erlaubt dafür nur einen begrenzten Spielraum", sagt Gassen. Das sieht auch von Hirschhausen so: „Es fehlt, brutal gesagt, das Geschäftsmodell. Es fehlt der finanzielle Anreiz. Salopp gesagt, Nichtstun muss sich wieder lohnen. Im Sinne von nicht röntgen, keinen Katheter schieben, keine OP anzetteln, sondern zuhören, sprechen, erklären, Lebensziel ändern."

Meike Ackermann

„Wenn man den Patienten am Anfang einmal ausreden lässt, wird das gesamte Gespräch besser."

Dr. Eckhard von Hirschhausen

KOMMUNIKATIONSTIPPS ZUM ANSCHAUEN

KV-on, das Web-TV der Kassenärztlichen Vereinigungen, hat in einem Video dargestellt, worauf es bei der Arzt-Patienten-Kommunikation ankommt.
www.kbv.de/html/30300.php

Im Rahmen der Fachtagung Gesundheitskompetenz hat der Arzt und Autor Dr. Eckhard von Hirschhausen KV-on Rede und Antwort gestanden:
www.kbv.de/html/31042.php

KV on
DAS WEB-TV DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN

Telematik-Ausstattung steht

Die gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) hat die ersten technischen Geräte und Dienste für die Anbindung der Praxen an die Telematikinfrastruktur (TI) zugelassen. Dazu gehören der Konnektor, ein E-Health-Terminal sowie der VPN-Zugangsdienst. Die letzte Komponente ist der elektronische Praxisausweis. Hier hat die Bundesdruckerei als erster Anbieter den Zuschlag erhalten. Das geschah zunächst nur für die Vertragszahnärzte, Anfang Dezember konnte die KBV auch die Zulassung für die Vertragsärzte und -psychotherapeuten erteilen. Die technischen Komponenten sind notwendig, damit die Praxen – so wie gesetzlich vorgesehen – ab 1. Januar 2019 mit dem Versichertenstammdatenmanagement beginnen können. Den eAusweis benötigen Praxen zur Registrierung als medizinische Einrichtung, damit der Konnektor eine Verbindung zur TI aufbauen kann. Die KBV hat auf ihrer Website eine Übersicht der für die Praxen zugelassenen Komponenten erstellt, die regelmäßig aktualisiert wird: ***www.kbv.de/588030***. *(abo)*

Psychotherapie: Terminservice auch für Probatorik

Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen künftig auch Termine für probatorische Sitzungen bei Psychotherapeuten und damit letztlich auch für die anschließende Richtlinien-Psychotherapie vermitteln. Das hat das Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung am 7. November beschlossen. Voraussetzung ist, dass der betroffene Patient zuvor die Sprechstunde besucht, der Therapeut dort einen dringenden Bedarf festgestellt und diesen bescheinigt hat. Der Beschluss des Bundesschiedsamtes sieht außerdem vor, dass die Terminservicestellen dem Versicherten einen weiteren Termin für eine probatorische Sitzung bei einem anderen Therapeuten vermitteln müssen, falls sich das Verhältnis zum ersten als nicht tragfähig für eine weitere Behandlung erweist. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung hatte ursprünglich gefordert, dass die Servicestellen Termine für sämtliche psychotherapeutische Behandlungen vermitteln müssen – also auch für solche, die nicht zeitnah erforderlich sind. Die KBV hingegen sieht den gesetzlichen Auftrag der Terminservicestellen als durch das bisherige Angebot – nämlich die Vermittlung eines Erstgespräches sowie der Akutbehandlung – bereits erfüllt an. Sie erwägt eine Klage gegen den Beschluss. *(abo)*

Mehr Geld für Arzneimittel

Das Ausgabenvolumen für Arzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung steigt im kommenden Jahr um 3,2 Prozent. Darauf haben sich der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) und die KBV bei den Verhandlungen zu den entsprechenden Rahmenvorgaben geeinigt. Das für Arzneimittel vorgesehene Ausgabenvolumen erhöht sich damit um rund 1,2 Milliarden Euro. Grund sind vor allem steigende Ausgaben für neuartige Arzneimittel, unter anderem in der Krebstherapie. Da diese vermehrt ambulant stattfindet, steigen die Ausgaben in den Praxen. Kostensteigernd wirkt sich außerdem die neue Verordnungsfähigkeit von Cannabis aus. Für den Bereich Heilmittel vereinbarten KBV und GKV-SV ein Plus von 3,9 Prozent. Das entspricht einer Summe von etwa 230 Millionen Euro. Darin enthalten ist unter anderem die zum 1. Januar 2018 vorgesehene Einführung der Ernährungstherapie in den Heilmittelkatalog. Die bundesweiten Rahmenvorgaben bilden die Grundlage für regionale Verhandlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen. Dort werden noch zusätzliche Faktoren wie Alter und Anzahl der Versicherten berücksichtigt. *(abo)*

Digitale Chancen nutzen

Die KBV hat gemeinsam mit der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände einen sogenannten Letter of Intent zur Digitalisierung im Gesundheitswesen unterzeichnet. Die Spitzenorganisationen bekunden darin, den Prozess der Digitalisierung gemeinsam gestalten und dabei die Chancen neuer Technologien für Patienten und Heilberufe so gewinnbringend wie möglich nutzen zu wollen. Dazu gehört auch das Entwickeln und Umsetzen einer gemeinsamen „digitalen Agenda“. Wesentliche Punkte umfassen die Datensouveränität, Datenschutz und Datensicherheit. „Gemeinsam mit der Politik müssen wir eine übergreifende E-Health-Strategie für die Gesundheitsversorgung entwickeln“, betonte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV. *(abo)*

„Arztzeit ist Behandlungszeit und nicht Schreibtischzeit“

Der aktuelle Bürokratieindex zeigt einen leichten Anstieg der Bürokratiebelastung in den deutschen Arztpraxen. Ziel der KBV ist es, den Aufwand um ein Viertel zu reduzieren.

Die bürokratische Gesamtbelastung der Praxen ist im Jahr 2017 leicht gestiegen – und zwar um 0,21 Prozent. Das sind rund 115.000 Nettoarbeitsstunden mehr als im Jahr zuvor. Dies ergab der Bürokratieindex (BIX) für Vertragsärzte und -psychotherapeuten, den die KBV mit der Fachhochschule des Mittelstandes ermittelte. Der BIX wurde analog zum Bürokratiekostenindex (BKI) des Statistischen Bundesamtes konzipiert, mit dem der beim Bundeskanzleramt angesiedelte Nationale Normenkontrollrat (NKR) die Bürokratiekosten misst und kontrolliert. Der BIX stellt transparent dar, wie viel Zeit die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten im Jahr für Verwaltungsarbeit aufwenden. Die Untersuchung basiert auf den Ergebnissen des Projektes „Mehr Zeit für Behandlung“, das im Jahr 2013 ins Leben gerufen wurde. Insgesamt wenden die Niedergelassenen aktuell etwa 54 Millionen Stunden im Jahr für Bürokratie der Selbstverwaltung auf Bundesebene auf. Das wiederum bedeutet: Praxen arbeiten im Durchschnitt 60 Tage lang Informationspflichten der gemeinsamen Selbstverwaltung ab. „Bürokratieabbau ist oft eine Sisyphusarbeit: Während sie an einer Stelle erfolgreich verringert wird, entstehen an anderer Stelle neue Belastungen“, sagt Dr. Thomas Kriedel, Vorstandsmitglied der KBV.

Eine deutliche Reduzierung der Bürokratie konnte dieses Jahr zum Beispiel mit der Vereinfachung der Chronikerbescheinigung erreicht werden. Die Entlastungen werden jedoch insbesondere durch den vermehrten Aufwand bei der Verordnung von Krankenbeförderungen aufgehoben. So sind Krankentransporte um über zehn Prozent gestiegen und umfassen mittlerweile rund 51 Millionen Fälle pro Jahr.

Eine weitere Erklärung für den gestiegenen Aufwand ist die zum 1. April 2017 im Rahmen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie neu eingeführte Informationspflicht „Individuelle Patienteninformation Psychotherapie“. Unter der Annahme von jährlich rund 788.000 Fällen bedeutet diese eine beachtliche Belastung für die Psychotherapeuten von rund 223.000 zusätzlichen Nettoarbeitsstunden. Insgesamt konnte durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie der Bürokratieaufwand

für die Praxen aber deutlich reduziert werden. „Die Niedergelassenen wünschen sich mehr Zeit für ihre Patienten. Das zeigen alle Befragungen. Deshalb darf die Belastung durch Bürokratie in den Praxen das notwendige Maß nicht überschreiten“, erklärt Kriedel.

Mehr als vier Milliarden Euro

Bereits in einer im August 2015 vom NKR veröffentlichten Erhebung, beliefen sich die jährlichen Kosten durch die zahlreichen Informationspflichten und Verwaltungsvorgaben auf mehr als vier Milliarden Euro. Daraus gingen 20 Handlungsempfehlungen hervor. Im Oktober 2017 zogen der NKR, die KBV und die anderen Projektpartner nun ein positives Fazit – von den 13 Handlungsempfehlungen für den vertragsärztlichen Bereich sind zehn bereits umgesetzt oder stehen kurz davor.

Insbesondere durch den demografischen Wandel ist auch für die Zukunft mit steigenden Behandlungszahlen zu rechnen. Es wird daher zu einem weiteren Anstieg der bürokratischen Belastung für Praxen kommen, wenn der administrative Aufwand nicht reduziert wird. Die beim BIX betrachteten Informationspflichten beruhen auf Vorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die KBV selbst plädiert schon lange dafür, diese zurückzufahren: „Unser Ziel von 25 Prozent Bürokratieabbau muss verbindlich per Gesetz verankert werden“, betont Kriedel, „Arztzeit ist schließlich Behandlungszeit und nicht Schreibtischzeit“. Mit dieser Reduzierung um 25 Prozent würden den niedergelassen Ärzten über 13 Millionen Stunden pro Jahr zusätzlich für die Patientenversorgung zur Verfügung stehen.

Aus Sicht der KBV stellt die Digitalisierung eine große Chance dar, diesem Ziel näher zu kommen. Dennoch reduziert sie nicht zwangsläufig die administrativen Aufgaben für Praxen. Bei der Planung und Umsetzung der Digitalisierung in der vertragsärztlichen Versorgung sollte daher das Augenmerk stärker auf das Potenzial für die Entlastung von Bürokratie gerichtet werden, meint die KBV.

Aus diesem Grund appellierte sie auch an die Politik, bei den gesundheitspolitischen Vorhaben in der nächsten Legislaturperiode darauf zu achten, dass Ärzte und Psychotherapeuten nicht mit weiterer Bürokratie belastet werden. Denn Versorgung funktioniert nur, wenn Ärzte und Psychotherapeuten die Zeit haben, das zu tun, was sie am besten können: sich um die Gesundheit ihrer Patienten kümmern.

Nicolas Ebert

Weitere Informationen zum BIX sowie detaillierte Empfehlungen für den Bürokratieabbau in der ärztlichen Versorgung unter: www.kbv.de/html/bix.php

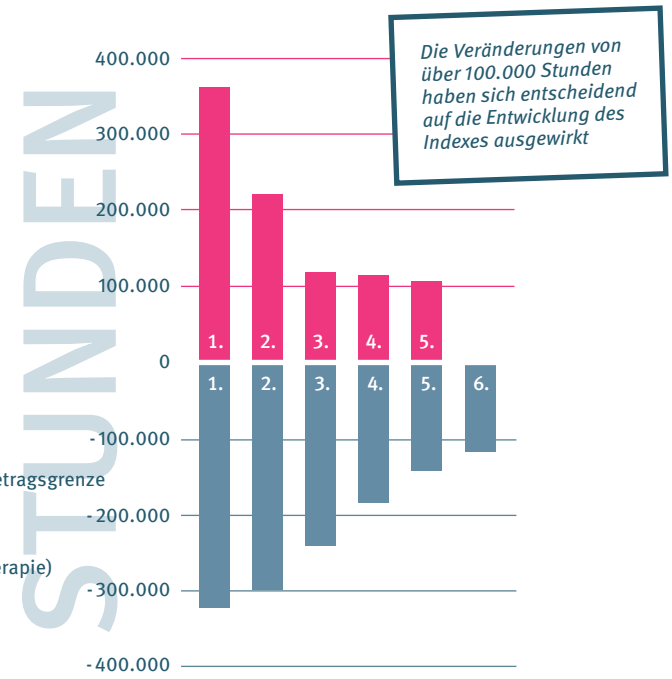
BÜROKRATISCHE BE- UND ENTLASTUNGEN 2017 IN STUNDEN

BELASTUNGEN

1. Verordnung Krankenbeförderung
2. Individuelle Patienteninformation Psychotherapie
3. Präventionsempfehlung Erwachsene
4. Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit auf Muster 1
5. Dokumentation DMP COPD

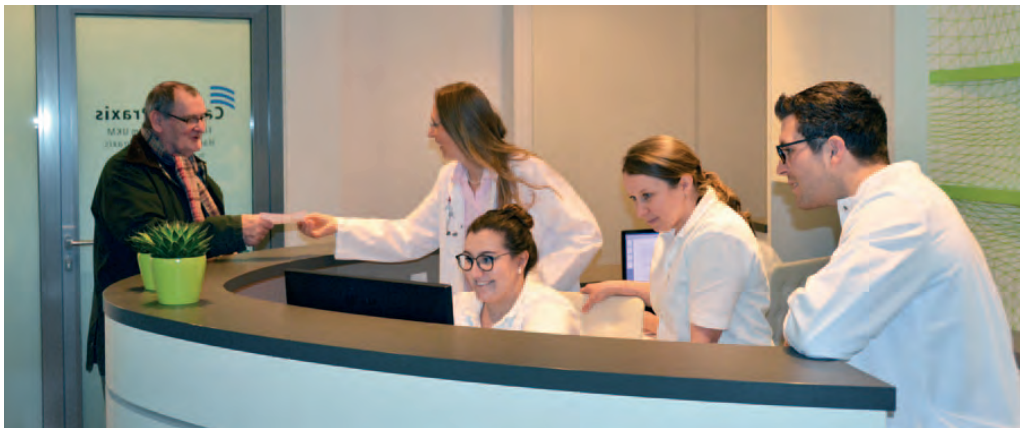
ENTLASTUNGEN

1. Patientenaufklärung bei Überschreitung der Festbetragsgrenze
2. Bescheinigung dauerbehandelte Krankheit
3. Erhebung Daten im Ersatzverfahren
4. Antrag auf Fortsetzung der Behandlung (Psychotherapie)
5. Antrag Kurzzeittherapie (mit Gutachterverfahren)
6. Ausstellen von Überweisungen



Hand in Hand mit der Lehre

Sie ist ein Paradebeispiel, wie Lehre und praktisches Tun im Medizinstudium verknüpft werden können: Die Campus-Praxis in Münster bietet Medizinstudierenden die Chance, den allgemeinmedizinischen Praxisalltag unmittelbar kennenzulernen. Schon Erstsemester können hier das Arztsein trainieren.



An diesem Vormittag unterstützt Student Matthias Hamatschek das Team der Münsteraner Campus-Praxis.

Viel spürt er nicht mehr an seinen Füßen: Im linken hat er kaum noch Gefühl, im rechten fühlt er an diesem Novembertag nichts. Die Allgemeinmedizinerin Dr. Nicola Knoblauch setzt die Stimmgabel ab und trägt die Werte in die Patientenakte ein. Ihr Patient Herr K. leidet schon länger unter einem diabetischen Fuß-Syndrom infolge seines Altersdiabetes. Während ihrer Untersuchung erklärt die Ärztin ihre Behandlungsschritte – aber nicht nur für Herrn K. Auch Medizinstudent Matthias Hamatschek ist im Behandlungszimmer dabei. Er hört heute zum ersten Mal, dass ein Arzt mithilfe eines Stimmgabeltests das Ausmaß der Empfindungsstörung der Füße überprüfen kann. So bekommt der Student die Chance, das medizinische Handwerkszeug am Patienten eigenständig auszuprobieren. Für Hamatschek ist das keine Selbstverständlichkeit. Er hat sein Humanmedizinstudium an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (WWU Münster) erst vor ein paar Wochen begonnen und weiß den Praxiseinblick zu diesem frühen Zeitpunkt zu schätzen.

Möglich macht dies die Campus-Praxis Allgemeinmedizin. Die am Rande des Stadtteils Gievenbeck gelegene Hausarztpraxis wird vom Medizinischen Versorgungszentrum des Universitätsklinikums Münster betrieben. Sie soll die Allgemeinmedizin am Standort stärken und noch mehr Studierende für das Fach begeistern. Die angehenden Mediziner können sich sehr früh ein Bild machen, wie das Tätigkeitsfeld eines niedergelassenen Allgemeinmediziners aussieht und wie der Praxisalltag heutzutage aussieht. Im Fokus dieses Modellprojektes steht die enge Verzahnung von wissenschaftlicher Lehre und praktischer Tätigkeit. Dafür bietet die Campus-Praxis in der sechsten Etage eines Ärztehauses, das sich neben einem Drogeriemarkt, einem Baumarkt, einem Lebensmittelmarkt und einem Altenpflegewohnheim befindet, ideale Voraussetzungen bei der Anbindung. Eine Apotheke sowie weitere Praxen von Fachärzten und anderen Gesundheitsberufen befinden sich im selben Haus. Das Unigelände ist nicht weit entfernt.

Seit einem Jahr leitet die Ärztin Dr. Nicola Knoblauch mit ihrer Kollegin Dr. Alexandra Brauer die Campus-Praxis. Nach erfolgreicher Pilotphase folgte Anfang März die offizielle Einweihung. „Es war uns wichtig, erst einen Patientenstamm aufzubauen und Vertrauen zu den Menschen zu gewinnen. Heute haben wir vor allem einen hohen Zulauf von Akutpatienten“, sagt Knoblauch, „die Praxis konnte sich in den vergangenen Monaten als Terminpraxis in der Umgebung gut etablieren und hat sich bereits bewährt.“ Die Zusammenarbeit mit Münsteraner Studierenden, die ihre Kenntnisse vor dem abschließenden Praktischen Jahr oder im Rahmen von Praktika in ihrer Praxis vertiefen möchten, sei für sie eine schöne und bereichernde Erfahrung.

„Nicht nur Schillers Gedichte“

Auch K. empfindet die Gegenwart des Studenten als wunderbare Sache. „Ich unterstütze alles, was mit Wissen und Bildung zu tun hat. Das sind eben nicht nur Schillers Gedichte“, so der 70-Jährige. Er war schon Patient in der Praxis, bevor Knoblauch sie übernahm. Einmal pro Quartal kommt er im Rahmen des Disease-Management-Programmes (DMP) zur Untersuchung. „Patienten wie K. sind bei uns über den hausärztlichen Bereich gut in das DMP eingebunden. Wir können ihn hier sehr gut beobachten – das gilt, wie in seinem Fall, besonders für Patienten mit mehreren Krankheitsbildern“, sagt Knoblauch. Dem stimmt K. zu: „Die gute Betreuung und Überwachung geben mir Sicherheit.“ ›

„Wir wollen dieses interessante Berufsfeld sichtbar machen. Die Campus-Praxis bietet sich dafür hervorragend an.“

Dr. Ralf Jendyk

Zum Schluss der Untersuchung misst Knoblauch seinen Blutdruck. Student Hamatschek verfolgt aufmerksam jede Handlung der Ärztin, auch wenn ihm dieser Teil nicht neu ist. Vor seinem Medizinstudium absolvierte er eine dreijährige Ausbildung zum Rettungsassistenten. Auch danach blieb er im Rettungsdienst tätig und überbrückte so die Wartezeit auf das Studium. „Durch die mittlerweile sechs bis sieben Jahre auf der Rettungswache Beckum konnte ich viele spannende Einblicke in die Notfallversorgung gewinnen. Mein Wunsch, Medizin zu studieren, hat sich dadurch nur noch verstärkt“, sagt Hamatschek.

Um mehr Facetten der medizinischen Versorgung kennenzulernen, entschloss er sich im ersten Semester zur Teilnahme am Projekt „Hausärztliche Versorgung“. „Es gab auch noch andere Projekte, zum Beispiel Transplantation oder Psychiatrie, zwischen denen wir im Rahmen des vorklinischen Kurses ‚Einführung in die klinische Medizin‘ wählen konnten“, so der 26-Jährige. Mit ihm entschieden sich zwölf der 140 Studienanfänger dafür, zunächst die hausärztlichen Tätigkeitsfelder besser kennenzulernen.

„Normalerweise kommt die allgemeinmedizinische Versorgung in einer Praxis nicht vor am Klinikum“, sagt Dr. Ralf Jendyk, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Centrums für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der WWU Münster. Zusammen mit Prof. Peter Maisel, der das Centrum leitet, veranstaltet er das Lehrprojekt „Hausärztliche Versorgung“. Jendyk ist selbst Facharzt für Allgemeinmedizin, nicht nur deshalb ist es ihm wichtig, den Erstsemestern das Fach näherzubringen. „Wir wollen dieses interessante Berufsfeld sichtbar machen. Die Campus-Praxis bietet sich dafür hervorragend an“, sagt er. Im Laufe des Semesters bekommt jeder der zwölf Studenten die Möglichkeit, eine der beiden Ärztinnen für einen halben Tag bei ihren Sprechstunden zu begleiten.

Jendyk kennt die Praxis sehr gut. Bevor Knoblauch und Brauer deren Leitung übernahmen, arbeitete der Mediziner und Dozent dort einige Monate mit und half, die Praxis aufzubauen. Hin und wieder besucht er die Räumlichkeiten noch – wie auch an diesem Vormittag. Den Patienten K. hat er selbst schon behandelt. Vor einer Weile nahm ihn Jendyk sogar mit zu einem Kurs an der Uni. „Der interaktive Austausch mit Patienten kann für Medizinstudenten nicht früh genug beginnen. Daher ist es toll, wenn sich Freiwillige wie Herr K. bereit erklären, mit in die Uni zu kommen“, so Jendyk. Auch K. erinnert sich noch gut: „Ich habe mich bei den 30 bis 35 Studenten gut aufgehoben gefühlt. Das habe ich gern gemacht.“

Genau wie heute – zufrieden verlässt K. mit einem neuen Termin die Praxis. Für Hamatschek war der Vormittag eine interessante und wertvolle Erfahrung. „Der Arzt-Patienten-Kontakt hier in der Praxis ist schon besonders. Im Rettungsdienst kommt der leider aufgrund der vielen Notfälle zu kurz.“ Facharzt für Allgemeinmedizin zu werden, kann er sich durchaus vorstellen, allerdings sei es noch zu früh, sich festzulegen, so Hamatschek. Jendyk weiß jedoch aus jahrelanger Erfahrung, dass die Chancen nicht schlecht stehen. „Studenten, die bereits viele Kenntnisse über die medizinische Versorgung ins Studium mitbringen, bleiben oft in der Allgemeinmedizin hängen“, verrät er freudig.

Die Praxis schließt an diesem Freitag bereits um 12 Uhr. Für Nachwuchsmediziner Hamatschek heißt das: Den ersten Teil seines Tagesprogrammes hat er gemeistert. Der zweite Teil folgt am Nachmittag. Neben dem Praktikum organisieren Maisel und Jendyk für das Hausärztliche Projekt schon länger ein Gruppentraining mit Nahtkurs am Schweinefuß sowie eines zur Blutabnahme – in diesem Semester kann es erstmalig in der Münsteraner Campus-Praxis stattfinden.

Übung macht den Meister

Pünktlich um 14 Uhr erscheinen Hamatschek und seine Kommilitonen in der Praxis. Doch bevor sie sich auf die Schweinefüße und die Kanülen stürzen, bittet Maisel die Studenten, im Wartezimmer Platz zu nehmen. „Bevor es ans Eingemachte geht, würde ich gern die Kurzreferate hören, die Sie hoffentlich vorbereitet haben“, sagt Maisel. Ein selbstverständliches Nicken zieht sich durch den Halbkreis. Zu zweit oder alleine stellen die Teilnehmer in fünf- bis zehnminütigen Vorträgen Themen wie Blutdruck, EKG und Wunden vor. Das für das Training umgebaute Wartezimmer bietet für Maisel und seine Kleingruppe ausreichend Platz für das Seminar. Genauso gut könnten die Vorträge zwar in einem Lehrraum an der Universität abgehalten werden, doch ein Blick in die Gruppe zeigt: Die Campus-Praxis hat ihren eigenen Charme und verschafft den Referierenden eine lockere Atmosphäre. Maisel zeigt sich von den Vorträgen beeindruckt: „Man merkt, dass viele von Ihnen mit Vorerfahrung ins Studium kommen.“ Er nutzt die Zeit zwischen

„Ich finde es toll, dass wir hier die Gelegenheit bekommen, das Nähen zu üben. Das lernt man am besten in der Praxis.“

Matthias Hamatschek

den Referaten für kurze Ergänzungen oder stellt der Gruppe Fragen zum Thema. So möchte er beispielsweise wissen, welcher Tierbiss die höchste Infektionsrate mit sich bringt. Die Gruppe guckt sich kurz fragend an. „Katze“, vermutet eine Teilnehmerin. „Es ist kein Tier, es ist der Mensch“, verrät der Allgemeinmediziner zur Verwunderung aller, „Katze ist aber auch nicht ganz falsch“.

Für das anstehende Gruppentraining ist nun der Umgang mit Nadel und Faden gefragt. Im Nebenraum sind mehrere Schweinefüße vorbereitet. In einem zweiten Raum steht eine Liege zum Blutabnehmen bereit. Bevor Maisel die Studierenden in zwei Gruppen teilt, weist er sie in die jeweilige Übung ein. Er fängt im Raum mit den Schweinefüßen an und erklärt die Vorgehensweise: vom lokalen Anästhetikum, der Auswahl der Fadenstärke, über die richtige Technik mit dem Nadelhalter bis zur Entfernung des Fadens. Maisel gibt den Erstsemestern mit auf den Weg: „Seien Sie mit Ihrem Faden ja sparsam, sonst meckert später die Schwester. Vor allem, wenn der Faden 6,50 Euro kostet, Ihnen aber als niedergelassenem Arzt durchschnittlich 4,50 Euro für die Behandlung zur Verfügung stehen“, sagt Maisel und sorgt damit einmal mehr für Irritation unter den Teilnehmern. „Alter Kassenarztwitz“, löst er die Situation schnell auf.

Nun geht es geschlossen zur nächsten Station, der Blutabnahme. Maisel spielt zuerst selbst das Versuchskaninchen und legt sich auf die Liege. Die Studierenden versammeln sich um ihn. Während Annegret Timpe – medizinische Fachangestellte in Professor Maisels Gemeinschaftspraxis im niedersächsischen Emsbüren – den Arm fixiert, die Stelle an der Armbeuge desinfiziert und schließlich mit der Nadel zusticht, erklärt der Professor wieder die richtige Vorgehensweise. So sei es zum Beispiel nach der Desinfektion wichtig, dass die Stelle einigermaßen trocken ist. Sonst könne es ein unangenehmes Brennen beim Patienten verursachen, so Maisel.

Nun teilt er die Studierenden in zwei Gruppen: Die eine Hälfte übt das Blutabnehmen. Der Rest geht mit Maisel zum Nahtkurs. Sofort wollen sie das Gelernte in die Tat umsetzen – von Berührungsängsten keine Spur. Den Nadelhalter halten alle, so wie es der Professor vorgemacht hat, mit Ringfinger und Daumen. Mit der anderen Hand führen sie die Nadel. Anfangs geht der ein oder andere Blick noch zum Nachbarn oder zu Maisel. Für viele ist das Nähen noch ungewohnt. Doch mit jedem Stich werden die Erstsemester sicherer. So auch Hamatschek: „Ich finde es toll, dass wir hier die Gelegenheit bekommen, das Nähen zu üben. Das lernt man am besten in der Praxis.“ Zustimmung erhält er von seinem Nebenmann: „Das stimmt. Zudem ist es eine schöne Abwechslung zu Chemie und Physik.“

Studentin Lisa Meyer übt das Blutabnehmen an ihrem Kommilitonen.

Als alle ihre Naht wieder gezogen haben, wechselt die Gruppe um Hamatschek in den Raum zur Blutabnahme. Den Anfang machen Hamatschek und seine Kommilitonin Lisa Meyer. Diese geht mit Bedacht vor. „Es ist das erste Mal, dass ich jemandem Blut abnehme: ein wenig aufregend.“ Arm stauen, desinfizieren, Nadel in die Vene einführen und schließlich das Blut abziehen – jede Bewegung sitzt. Mulmig war Hamatschek während der Übung nicht zumute. „Ich finde, sie hat das prima gemacht.“ Auch bei den nächsten Zweier-Teams verlaufen die Übungen nahezu reibungslos. Am Ende des Workshops sind sich die Nachwuchsmediziner einig: Solche Nachmittage wie in der Campus-Praxis dürfte es nach ihrem Geschmack öfter geben. Doch fürs Erste steht Montag wieder Chemie auf dem Lehrplan.

Nicolas Ebert

THEMA

Ärztehonorare: Kein „Weiter so!“

Nach den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen und vor der Bildung einer neuen Bundesregierung hat der Vorstand der KBV einer alten Forderung neues Gewicht verliehen: der Abschaffung der Budgets. Vorschläge, wie das gelingen kann, liefert die KBV gleich mit.

Die Verhandlungen waren zäh, am Ende musste der Schlichter entscheiden. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die KBV konnten Ende September keine Einigung über die vertragsärztlichen Honorare 2018 erzielen. Die von den Kassen geforderte Nullrunde konnte zwar abgewendet werden, dennoch war der Vorstand der KBV alles andere als zufrieden mit dem Resultat.

Verhandlungsergebnis 2018

Der Orientierungswert für die vertragsärztliche Vergütung steigt im Jahr 2018 um 1,18 Prozent. Das entspricht einer Honorarerhöhung von etwa 438 Millionen Euro. Damit entspricht ein Punkt im Leistungsverzeichnis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ab dem 1. Januar 2018 einem Wert von 10,6543 Cent. Die KBV hatte ursprünglich eine Anhebung des Orientierungswertes um 2,4 Prozent gefordert. Begründet hatte sie dies vor allem mit steigenden Praxiskosten, insbesondere beim Personal. Der GKV-Spitzenverband war zunächst gegen eine Erhöhung. Die Entscheidung fiel im Erweiterten Bewertungsausschuss (dem Gremium, das tätig wird, wenn es im Bewertungsausschuss keine Einstimmigkeit gibt), gegen die Stimmen der KBV. Außerdem müssen die Krankenkassen rund 80 Millionen Euro zusätzlich bereitstellen, um den durch Demografie und Krankheitslast steigenden Behandlungsbedarf der Versicherten zu decken. Des Weiteren müssen die Kassen den Kassenärztlichen Vereinigungen für 2015 weitere 8,5 Millionen Euro nachzahlen, da der Behandlungsbedarf von Akuterkrankungen wie Grippe in einigen Regionen stärker gestiegen war als erwartet. Insgesamt erhöht sich damit die Gesamtvergütung im nächsten Jahr um rund 525 Millionen Euro. Aktuell beträgt sie rund 37 Milliarden Euro.

Ein weiterer Beschluss betrifft die hausärztliche Vergütung. Ab 2018 sollen die Gelder für den Einsatz nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPAs) bei Hausärzten in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt werden. Nicht verbrauchte Mittel sollen so für andere hausärztliche Leistungen verwendet werden können. Dies hatte die KBV schon wiederholt gefordert. Hintergrund ist, dass das seit 2015 zur Verfügung stehende Finanzvolumen zur Vergütung der NäPAs in Höhe von jährlich 118 Millionen Euro bundesweit nicht voll ausgeschöpft wird. Die KBV hatte im Lauf der Verhandlungen neue strukturelle Förderungen vorgeschlagen, etwa bei der Behandlung von chronisch Kranken sowie multimorbiden Patienten. Diese hatte die Kassenseite jedoch abgelehnt.

Ablösung der Budgets

Der Vorstand der KBV machte keinen Hehl aus seinem Missfallen. Angesichts sprudelnder Krankenkasseneinnahmen und hoher Rücklagen sei es weder den Ärzten noch den Patienten zu vermitteln, dass zwanzig Prozent des ärztlichen Tuns nach wie vor nicht bezahlt werden, kritisierte er. Wer die Versorgung auch für künftige Generationen sicherstellen wolle, könne dies nur erreichen, wenn medizinische Leistungen zu festen Preisen ohne sachfremde Mengensteuerung vergütet würden.

Die KBV hat bereits ein Konzept entwickelt, wie die Budgetierung im ambulanten Bereich schrittweise abgelöst werden könnte. Sie sieht hierzu ein zweistufiges Verfahren vor. Kurzfristig könnten zunächst diejenigen Leistungen ausbudgetiert werden, bei denen die Gefahr einer nicht sachgerechten Mengenausweitung gering ist. Dies betrifft vor allem die sogenannten Grundleistungen in der hausbeziehungsweise fachärztlichen Versorgung, welche die Ärzte heute schon zu einem großen Teil in Form von Pauschalen abrechnen. In einem zweiten Schritt will die KBV das jetzige Vergütungssystem zu einem nicht budgetierten umbauen und hat bereits damit begonnen, ihre Vorschläge mit anderen ärztlichen Verbänden zu erörtern. Rückendeckung für das große Ziel „weg mit den Budgets“ dürfte ihr sicher sein.

Alexandra Bodemer

Der von der KBV geforderte Umbau des Vergütungssystems zu einem nicht budgetierten umfasst unter anderem folgende Elemente:

- *Variable Faktoren wie demografische Entwicklung und technischer Fortschritt sollen durch Anreizwirkungen so ausgeglichen werden, dass das System insgesamt stabiler wird.*
- *Risikoadjustierte Pauschalen sollen sowohl Unterversorgung als auch Risikoselektion vermeiden helfen.*
- *Im Gegenzug soll eine bessere Kontrolle der Fixkosten erfolgen.*
- *Bestimmte Leistungen werden weiterhin als Einzelleistungen vergütet.*

DREI FRAGEN AN … DR. ANDREAS GASSEN

VORSITZENDER DES VORSTANDES DER KBV

Die Budgetierung der vertragsärztlichen Vergütung soll helfen, die Kosten im Rahmen zu halten. Wo ist das Problem?

Natürlich wissen wir auch, dass der Himmel in diesem Bereich nicht nach oben offen ist. Dennoch kann es nicht sein, dass Ärzte und Psychotherapeuten einen messbaren Anteil ihrer Arbeit nicht bezahlt bekommen. Der Bäcker gibt Ihnen ja auch nicht jedes fünfte Brötchen gratis. Dieses finanzielle Korsett wirkt nachweislich abschreckend auf den ärztlichen Nachwuchs und ist frustrierend für die Kollegen in der Praxis.

Warum erneuern Sie Ihre Forderung nach Abschaffung der Budgets gerade jetzt?

Dafür gibt es vor allem zwei Gründe. Zum einen die jüngste Erfahrung der Honorarverhandlungen. Salopp gesagt: Die Krankenkassen sitzen auf einem Sack voll Geld und sind dennoch nicht bereit, mit uns über sinnvolle Strukturverbesserungen zu reden. Der zweite Grund ist, dass wir vor der Bildung einer neuen Bundesregierung stehen. Gesundheitspolitik hat sowohl im Wahlkampf als auch in den Verhandlungen danach keine allzu große Rolle gespielt. Für uns ist das ein Grund mehr, den künftigen Koalitionspartnern diesen Punkt mit auf den Weg zu geben.

Aber das System muss dennoch bezahlbar bleiben …

Selbstverständlich. Deshalb schlagen wir ja auch ein Mischsystem vor aus Pauschalen als mengenbegrenzende Maßnahme und Einzelleistungsvergütung. Wir haben das Ganze auch schon einmal näherungsweise durchgerechnet. Der Mehrbedarf für den fachärztlichen Versorgungsbereich etwa würde in der ersten Ausbaustufe unseres Vergütungskonzeptes einen niedrigen mittleren dreistelligen Millionenbetrag beanspruchen. Zur Erinnerung: Ende 2016 hat die GKV 25 Milliarden Euro auf der hohen Kante gehabt.

INTERVIEW

„Wir sind nicht der Moralgerichtshof der Republik.“

Professor Peter Dabrock ist Vorsitzender des Deutschen Ethikrates. Im Klartext-Interview erklärt er, warum der Datenschutz im Gesundheitswesen neu definiert werden sollte und warum das System der gesetzlichen Krankenversicherung einen befriedenden Einfluss auf die Gesellschaft hat.

Der Deutsche Ethikrat befasst sich mit einer großen Palette gesellschaftlich relevanter Fragen. Nach welchen Kriterien wählen Sie Ihre Themen?

Vorrang haben zunächst einmal diejenigen Themen, mit denen uns die Bundesregierung oder der Bundestag beauftragen. Das betrifft vor allem ethische Fragestellungen aus dem Bereich der Lebenswissenschaften und damit auch der Medizin. Wenn wir selbst ein Thema wählen, so unterscheiden wir zwischen solchen, die „jetzt dringlich“ sind und solchen, die „bleibend wichtig“ sind. In der ersten Kategorie haben wir die Möglichkeit, mit einer Ad-hoc-Empfehlung kurzfristig zu reagieren. Dies war zum Beispiel der Fall bei dem Thema Beschneidung. Ausschlaggebend für die Themenwahl ist nicht unbedingt, dass möglichst viele Leute betroffen sind. Es kann durchaus sein, dass an Fragen, die vermeintlich nur wenige Menschen betreffen, etwas sehr Grundsätzliches deutlich wird. Das gilt etwa für das Thema Intersexualität. Der Ethikrat hat bereits im Jahr 2012 eine Stellungnahme zum Umgang mit Menschen mit unklarem Geschlecht verfasst. Diese Empfehlungen sind jetzt – mehr als fünf Jahre später – nahezu eins zu eins vom Bundesverfassungsgericht aufgegriffen worden.

Im Bereich Gesundheit hat der Ethikrat das Thema „Big Data“ zu einem Arbeitsschwerpunkt erklärt. Warum?

Wir haben uns für den Schwerpunkt „Big Data und Gesundheit“ entschieden, weil er eine wichtige Brücke darstellt. Zum einen ist die Gesundheit ein Thema, das viele Menschen sehr grundlegend beschäftigt. In der Kombination mit Big Data machen wir darauf aufmerksam, dass längst alle

Lebensbereiche von der Digitalisierung durchdrungen sind. Das bedeutet eine entscheidende Veränderung für das persönliche und gesellschaftliche Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Für mich ist hierbei das Faszinierende, dass wir an einem für die Menschen enorm wichtigen Themenfeld zugleich, quasi paradigmatisch, etwas noch Grundsätzlicheres thematisieren. Deshalb ist es zu dieser Zeit das geradezu perfekte Thema für den Ethikrat.

Zu welchem Ergebnis sind Sie bei Ihren Beratungen gekommen?

Zunächst einmal erkennt der Deutsche Ethikrat an, dass wir in einer digitalen Gesellschaft leben. Das heißt, wenn wir die Vorteile von Big Data im Gesundheitsbereich nutzen wollen, dann müssen wir uns eingestehen, dass wir mit dem gut bewährten Paradigma der informationellen Selbstbestimmung und der alten Datenschutzprinzipien nicht mehr einfach fortfahren können. Der effektive Datenschutz – gerade im Umgang mit hochsensiblen Daten – würde dadurch geschwächt. Wir schlagen deshalb vor, vom „Datenschutz" auf ein neues Konzept der „Datensouveränität" umzusteigen. Wir nennen das „informationelle Freiheitsbestimmung". Um diese Datensouveränität des Einzelnen zu gewährleisten, müssen neue technische Möglichkeiten geschaffen werden – etwa Schnittstellen, die es dem Einzelnen erlauben, in den Verwertungsprozess seiner persönlichen und vor allem gesundheitsbezogenen Daten jederzeit eingreifen zu können, also eine Kontrollmöglichkeit zu besitzen.

Zum anderen weisen wir darauf hin, dass sich im Kontext von Big Data die klassische Unterscheidung von Medizinbereich und Nichtmedizinbereich verflüchtigt. Aus jedem Datum kann ein gesundheitsrelevantes Datum werden. Ein Beispiel: Facebook arbeitet an einem Tool, mit dem aus der sozialen Kommunikation eines Nutzers identifiziert werden kann, ob jemand eine Neigung zu Depressionen hat oder gegebenenfalls sogar suizidgefährdet ist. Soll man ein solches Tool installieren, oder ist das etwas, was zu stark in die Persönlichkeitssphäre des Einzelnen eintritt? Dabei stellt sich auch die Frage, welche Daten werden wie miteinander vermischt und dürfen miteinander vermischt werden? Bei Big Data geht es ja darum, Muster zu erkennen. Das kann gravierende Folgen für den Einzelnen haben. Deshalb ist die Qualität der Daten so wichtig, damit nicht falsche Schlüsse gezogen werden.

Wenn der Patient diese Datensouveränität behalten oder erlangen soll, muss er wissen, wann wo welche Daten vorhanden sind. Ist das nicht der eigentliche Knackpunkt?

Im Grunde gibt es zwei Sphären, in denen die Frage von Big Data und Gesundheit relevant wird. Zum einen der eher offene Bereich, der etwa in den sogenannten Wearables genutzt wird, der nicht den klassischen Medizinstandards entspricht. Hier geht es vor allem darum, die Menschen im Sinne einer digitalen Bildung dafür zu sensibilisieren, dass sie kritisch mit diesen ganzen Mustererkennungen umgehen und dass eine App auf Kaugummiautomatenniveau nicht ernsthaft für medizinische Fragen herangezogen werden sollte. Der andere Bereich ist die medizinisch-relevante Forschung. Auch dort müssen Patienten und Probanden die Möglichkeit haben, die Nutzung ihrer Daten weiterverfolgen zu können. Sie sollten sich außerdem proaktiv als Proben- oder Datenspender einsetzen können. Für den Ethikrat spielt in diesem Zusammenhang auch der Gedanke der Solidarität eine große Rolle. Wir brauchen eine Transformation des alten „informed consent", also der informierten Einwilligung. Hierfür machen wir in unserer Stellungnahme einen entsprechenden Vorschlag.

Der Ethikrat hat 26 Mitglieder mit unterschiedlichem professionellem Hintergrund. Sie selbst sind Theologe und Philosoph. Liegen Sie oft mit den Medizinern in Ihrem Gremium „über Kreuz"? Wie kommen Sie trotzdem zu gemeinsamen Stellungnahmen?

Der Ethikrat soll die Pluralität der Gesellschaft widerspiegeln. Deswegen wäre es geradezu alarmierend, wenn es keine Kontroversen gäbe. Wir sind nicht der Moralgerichtshof der Republik. Wir sind dazu da, ethische Kontroversen aufzudecken und zu debattieren. Dort, wo es möglich ist, versuchen wir sozusagen einen Korridor der Orientierung anzubieten, in dem durchaus unterschiedliche Positionen zum Tragen kommen können. Um das zu erreichen, ringen wir bei jeder Stellungnahme, manchmal bis wenige Minuten vor Verabschiedung des endgültigen Textes. Natürlich versuchen wir, eine möglichst hohe Gemeinsamkeit zu erzielen, weil das schon ein starkes Signal ist. Aber wir trachten nicht nach Konsens nur um des lieben Friedens willen. Nehmen wir die Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik aus dem Jahr 2011. Der damalige Rat war quasi „fifty fifty" aufgeteilt mit Blick auf die Position „dafür" und „dagegen". Man entschied sich, die Argumente beider Seiten offenzulegen, ohne dem Bundestag oder der Öffentlichkeit eine abschließende Empfehlung zu geben. Auch mit einem solchen Vorgehen kann man erheblich zur Entscheidungsfindung jedes Einzelnen beitragen.

Ich nenne Ihnen jetzt zwei Aussagen. Erstens: Neue Technologien müssen maximal genutzt werden – nur so ist echter medizinischer Fortschritt überhaupt möglich. Zweitens: Technische Machbarkeit allein darf kein Freifahrtschein sein. Beide Positionen lassen sich ethisch begründen, oder?

Absolut. Ich komme noch einmal auf das Beispiel Big Data zurück. Einerseits muss man sich fragen, um welcher Ziele Willen man diese Technologien nutzt. Man muss sich zweitens fragen, ob diese Technologien nicht bereits ein so intrinsischer Teil unserer Lebenswelt geworden sind, dass ein Sich-zurückbeamen-wollen in eine „Vor-Big-Data"-Zeit einfach nicht realistisch ist. Und eine Ethik, die wirklichkeitsfremd ist, muss sich fragen, ob sie ihrer Aufgabe gerecht wird. Drittens muss man schauen, welche allgemeinen Normen und Grundrechte durch den Einsatz einer bestimmten Technologie tangiert sind. Das sind für mich die drei entscheidenden Fragen: Was sind die Ziele? Wie realistisch ist das Ganze? Welche Grundrechte sind betroffen? Die Frage, ob wir eher Fortschrittsgläubige oder Technikfeinde sind, würde ich demgegenüber als sekundär betrachten.

Wenn Patienten heutzutage in die Praxis kommen, haben sie oft schon ihre Symptome gegoogelt oder konfrontieren ihren Arzt mit Werten einer Gesundheits-App. Ist das aus Ihrer Sicht ein Risiko oder eine Chance für die Arzt-Patienten-Beziehung?

Patienten, die mit einem „gesunden Halbwissen" daher kommen, sind vielleicht schwieriger zu behandeln als andere. Aber es bringt nichts, sich nach einer Zeit zurückzusehnen, die es nicht mehr gibt, sondern man muss mit dieser Situation umgehen. Patienten, die eine seltene Erkrankung haben, und sich etwa in einer Selbsthilfegruppe organisieren, sind oft exquisite Experten. So etwas sollte man als Arzt dankbar zur Kenntnis nehmen und das eigene Tun noch dialogischer gestalten. Was die anderen betrifft: Ja, es wird sicher anstrengender für den Arzt. Dessen Kompetenz wird sich auch daran ›

„Das alte Paradigma der informationellen Selbstbestimmung muss unter den Bedingungen von Big Data neu erfunden werden.“

festmachen, diese grundsätzlich erst einmal begrüßenswerte Neugierde der Menschen zu kanalisieren, indem er sie zum Beispiel auf gute digitale Angebote hinweist. Ärzte sollten diese nicht als Konkurrenz zum eigenen Tun sehen, sondern als einen flankierenden Faktor, der dabei hilft, die Gesundheit der Patienten zu stärken. Das müsste für einen guten Arzt ja eigentlich immer im Mittelpunkt seiner Bemühungen stehen. Befähigung des Patienten zur Eigenverantwortung wäre das Stichwort.

Es gibt bereits Krankenkassen, die ihre Versicherten für ein bestimmtes Gesundheitsverhalten oder das Teilen persönlicher Daten mit finanziellen Vergünstigungen belohnen. Wie bewerten Sie das?

Diese Tendenzen zum, wie es neudeutsch so schön heißt, „nudging“ (engl. „Anstupsen“) müssen wir in all ihrer Ambivalenz erst einmal wahrnehmen. Wer hätte grundsätzlich etwas dagegen, dass Versicherte zu einem gesundheitsbewussten Verhalten motiviert werden? Was mich beunruhigt, ist eine undifferenzierte Standardisierung dessen, was zur Gesundheit beiträgt. Wenn ich am Ende eines Tages nur 4.000 statt der empfohlenen 10.000 Schritte gelaufen bin, mich aber mit einem mir lieben Menschen gestritten habe, dann ist es für mein Wohlbefinden wahrscheinlich sinnvoller, nicht noch die 6.000 Schritte zu laufen, sondern mich mit meinem Freund auszusprechen. Das ist wichtiger als dass mir die Smartwatch jeden Morgen sagt „Du hast gestern von drei Fitness-Kreisen nur einen geschafft, streng‘ dich heute mehr an.“ Viele Leute lassen sich davon jedoch prägen. Ich rate zur Vorsicht gegenüber einer solchen undifferenzierten Standardisierung und Normalisierung, die zur Norm wird. Ein anderer Aspekt, den ich kritisch sehe, ist, dass solche Angebote denjenigen bevorzugen, der sie nutzt und denjenigen benachteiligen, der sie nicht nutzt. Das gilt zumindest für die private Krankenversicherung (PKV), die nur das verteilen kann, was sie bei den Kunden eingenommen hat. Deshalb ist das Bereitstellen etwa eines Fitnesstrackers in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) anders zu bewerten als in der PKV. Die gesetzliche Krankenkasse bezahlt solche Zusatzangebote aus einem separaten Topf, nicht aus dem allgemeinen GKV-Topf, aus dem jeder Versicherte entsprechend seiner Bedürfnisse und der medizinischen Angemessenheit versorgt wird. Dieses Element unserer klassischen GKV gewinnt im Zeitalter von Big Data eine neue Bedeutung: Wenn die Mustererkennung aus Daten es möglich macht, sehr präzise den Gesundheitsstatus zu erkennen, ist es gut zu wissen, dass es einen Bereich des medizinisch Notwendigen gibt, der unabhängig von irgendwelchen Voraussetzungen vergütet wird. Ich glaube, das bekommt für eine Gesellschaft einen befriedenden Charakter.

Angenommen, die Politik entscheidet sich für eine stärkere Steuerung innerhalb des Systems, um dieses langfristig bezahlbar zu machen. Wo sollte diese Steuerung ansetzen: Auf der Angebotsseite – also etwa durch Leistungseinschränkungen – oder auf der Nachfrageseite, also bei den Versicherten?

Ich bin skeptisch was so generelle Formeln angeht. Alle, die im System sind, haben grundsätzlich erst einmal berechtigte Interessen. Aber genauso grundsätzlich müssen diese Interessen begrenzt werden. Der politisch-ökonomisch-sozial faire Ausgleich ist ja quasi tägliche Aufgabe im Gesundheitswesen. Aber, um noch einmal zurückzukommen auf unsere Big-Data-Stellungnahme: Eine gute Datengrundlage eröffnet uns die Chance, den politischen Interessen der verschiedenen Gruppen die entsprechenden empirischen Daten gegenüberzustellen. So lässt sich herausfinden, ob eine Gruppe vielleicht nur die besseren Lobbyisten hat oder ob es tatsächlich einen guten Grund gibt, dort zu investieren, wo sie es möchte. Deshalb ist es so wichtig, dass wir qualitativ hochrangige Daten haben, die schnell verfügbar sind: damit wir den Status des Systems als Ganzes beurteilen können, sowohl was Public-Health-Fragestellungen angeht als auch abgeleitet für jeden Einzelnen. Das ist eine riesige Chance, die sich mit der Digitalisierung verbindet.

Die Fragen stellte Alexandra Bodemer.

Peter Dabrock ist seit 2010 Professor für Systematische Theologie (Ethik) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Von 2004 bis 2013 war er Mitglied der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer, ab 2008 in deren Vorstand. 2012 wurde er Mitglied und stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Ethikrates. Seit 2016 ist er dessen Vorsitzender. Im Ethikrat befasst sich der Vater von vier Kindern schwerpunktmäßig unter anderem mit der Ethik der Gesundheitsversorgung sowie Fragen der Biomedizin und Bioethik.

KV SACHSEN-ANHALT

Stipendiatin wird Hausärztin

Magdeburg: Die junge Medizinerin Ingrid Grüßner hat im Oktober eine hausärztliche Tätigkeit in Oschersleben begonnen. Sie war eine der ersten Stipendiatinnen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Sachsen-Anhalt. „Bereits während des Studiums hat mich an der Allgemeinmedizin besonders interessiert, dass Patienten langjährig betreut werden. Ich möchte wissen, wie es den Patienten geht und was erreicht wurde“, sagt Grüßner. Mittlerweile nehmen 110 Medizinstudierende das Stipendienprogramm der KV in Anspruch, von denen sich derzeit 50 in der Weiterbildung befinden und nach Abschluss ihre Tätigkeit in Sachsen-Anhalt aufnehmen wollen. Der Vorstandsvorsitzende der KV, Dr. Burkhard John, erklärt dazu: „Als wir 2010 das Stipendium ins Leben gerufen haben, war uns aufgrund der langen medizinischen Aus- und Weiterbildung bewusst, dass es einige Jahre dauert, bis unsere ersten Stipendiaten die Versorgung von Patienten übernehmen können. Umso schöner ist es zu sehen, dass unsere erste Stipendiatin jetzt Fachärztin für Allgemeinmedizin ist und ihre Tätigkeit in Sachsen-Anhalt aufgenommen hat. Das Stipendium ist ein wichtiger Baustein des Maßnahmenbündels der KV zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung.“ *(neb)*

KV THÜRINGEN

Niederlassungsförderung ausgeweitet

Weimar: Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Thüringen dehnt ihr Förderpaket für ärztliche Niederlassungen aus. Insbesondere geht es um Regionen, in denen ambulant tätige Ärzte fehlen oder in den Ruhestand gehen wollen, die der Gesetzgeber aber nicht als unterversorgt einordnet. Förderungen in solchen Regionen sind nach dem Gesetz bisher nicht vorgesehen. „Wir orientieren unsere Niederlassungsförderung damit stärker an den Bedürfnissen der Patienten“, erklärt die erste Vorsitzende des Vorstandes der KV Thüringen, Dr. Annette Rommel. „Wir wollen, dass Arztpraxen dort erhalten werden beziehungsweise neu entstehen, wo sie von den Patienten benötigt werden. Dem tragen die gesetzlichen Regelungen bisher nur in unzureichendem Maße Rechnung. Deshalb gehen wir mit unserer Förderung deutlich über das gesetzliche Maß hinaus“, so Rommel weiter. Die Mittel belaufen sich in diesem Jahr auf 5,3 Millionen Euro. Einen Teil davon möchte die KV in die Weiterbildung zusätzlicher Augenärzte in Thüringen investieren – motiviert durch die demografisch bedingte Zunahme und verbesserte Behandlungsmöglichkeiten chronischer Augenleiden in der Bevölkerung. *(neb)*

KV NORDRHEIN/KV WESTFALEN-LIPPE

Ruhrgebiet verliert Sonderstatus

Düsseldorf/Dortmund: Das Ruhrgebiet verliert seinen Sonderstatus bei der Bedarfsplanung. Ab 2018 soll die Hausarztdichte im Ruhrgebiet innerhalb eines Zeitraumes von zehn Jahren schrittweise an die bundesweit einheitliche Verhältniszahl von 1.671 Einwohnern je Hausarzt angepasst werden. Damit entstehen etwa 600 neue Zulassungsstellen. „Im nordrheinischen Teil des Ruhrgebietes entstehen im ersten Schritt etwa 34 neue Hausarztsitze, die voraussichtlich ab Mitte 2018 ausgeschrieben werden. Insgesamt wird sich der Zuwachs auf etwa 215 neue hausärztliche und rund 50 psychotherapeutische Zulassungen belaufen, deren Verhältniszahl durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angepasst wurde“, so Dr. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Die Sonderregelung für das Ruhrgebiet wurde im Zuge der Reform der Bedarfsplanung im Jahr 2012 für fünf Jahre verlängert. In dieser Zeit führte das IGES Institut (Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastrukturfragen) im Auftrag des G-BA eine Evaluation durch und erstellte ein Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. Das Institut kam zu dem Ergebnis, dass es keine tragfähigen Argumente gibt, die ein in der hausärztlichen Versorgung vergleichsweise niedriges Versorgungsniveau rechtfertigen. Im allgemeinen fachärztlichen Versorgungsbereich kommt für das Ruhrgebiet der neue Regionstyp 6 (Polyzentrischer Verflechtungsraum) zum Tragen. Er ist für Regionen vorgesehen, in denen wegen hoher Verdichtung nur intraregional wechselseitige Versorgungsbeziehungen bestehen und nicht nach mitversorgenden und mitversorgten Bereichen unterschieden werden kann. Der G-BA gibt dabei vor, die Verhältniszahl auf Basis der Einwohner und Ärzte zum Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung für die Ärzte festzulegen. Für das Ruhrgebiet ergeben sich damit keine Übergangsregelungen in diesem Versorgungsbereich, da die Zahlen den vorgesehenen Bedarf bereits abdecken. Eine Ausnahme bilden die niedergelassenen Psychotherapeuten. In Bezug auf die ländlichen Regionen sollen etwa 85 neue Zulassungen ausgestellt werden. Auch für die spezialisierte fachärztliche Versorgung hebt der G-BA das Versorgungsniveau an und passt es an die bundesweiten Standards an. *(neb)*

Diagnose steht, Therapie umstritten

Die Notfallversorgung in Deutschland gilt als reformbedürftig. Weniger Parallelstrukturen, mehr Konzentration lautet das Rezept, um das noch gerungen wird.

Wenn die Notfallversorgung zum Notfall wird“, „Rettungsstellen können sich vor Patienten kaum retten“, „Kassenärzte fordern Reform des Notrufs“. Diese und ähnliche Schlagzeilen haben in letzter Zeit den Eindruck erweckt, die medizinische Versorgung im Not- und Bereitschaftsdienst sei selbst ein Fall für die Intensivstation. Das Problem: Rund ein Drittel der Patienten, die außerhalb der Praxisöffnungszeiten einen Arzt benötigen, geht direkt in die Notaufnahme des nächsten Krankenhauses, auch wenn sie medizinisch betrachtet gar kein Notfall sind. Nachdem niedergelassene Ärzte und Krankenhausvertreter sich zunächst gegenseitig Versäumnisse vorwarfen, herrscht mittlerweile weitgehend Einigkeit, dass eine Lösung nur gemeinsam gelingen kann. „In die Reform der Notfallversorgung müssen alle Beteiligten einbezogen werden. Dazu zählen die Niedergelassenen genauso wie Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) sowie Rettungsdienste und Rettungsleitstellen“, betont Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV. Diese hatte schon früh das Gespräch mit den Krankenhausärzten gesucht – und schließlich in Gestalt des Marburger Bundes (MB) einen Partner gefunden. Im September präsentierten beide einen gemeinsamen Vorschlag für eine integrierte Notfallversorgung (siehe Kasten). „Wir sind froh, dass es möglich war, ein Konzept gemeinsam mit den Vertragsärzten zu entwickeln“, kommentierte Rudolf Henke, Erster Vorsitzender des MB. Ein wichtiges Ziel ist, die Patienten von vornherein in die für ihre jeweilige Situation geeignete Versorgungs- und Fachebene zu lotsen. „Deshalb steht in unserem Konzept die Triagierung am Anfang und nicht erst dann, wenn der Patient bereits in der Notaufnahme angekommen ist“, erklärt Gassen. Die Ersteinschätzung soll möglichst schon am Telefon erfolgen. „Wir meinen, dass auf diese Weise bereits ein Drittel der Anrufer als nicht unmittelbar hilfebedürftig herausgefiltert werden kann“, so der KBV-Chef weiter. Eine Alternative zum Telefon wäre eine Vermittlung über das Internet beziehungsweise per App. Mit deren Hilfe soll der Nutzer eine erste Selbsteinschätzung anhand eines Fragenkataloges vornehmen können und dann zum richtigen Ansprechpartner weitergeleitet werden. Die KBV ist bereits dabei, eine entsprechende Anwendung zu entwickeln.

Voraussetzung für eine zentrale Vermittlung ist, die bundesweite Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst 116117 zu einem Rund-um-die-Uhr-Service an 365 Tagen im Jahr auszubauen. Gassen wünscht sich hierfür Unterstützung seitens der Politik: „Wir brauchen eine gesetzliche Regelung um den Dienst rund um die Uhr betreiben zu können.“ Bis Ende 2017 wird die Rufnummer 116117 voraussichtlich die Marke von rund acht Millionen Anrufern erreichen. „Das ist schon ein guter Wert, dennoch ist es nötig, die Nummer noch bekannter zu machen“, so der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Stephan Hofmeister. Hierfür und auch, um die Kenntnisse der Bevölkerung in Bezug auf das Verhalten im akuten Erkrankungsfall sowie die Struktur der Notfallversorgung zu verbessern, sei mehr Aufklärung unerlässlich, betont Gassen.

Integrierte Notfallzentren

Das sieht der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) ähnlich. Kurz vor Veröffentlichung des Konzeptes von MB und KBV veranstaltete er ein Werkstattgespräch zur „Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland“. Auch der SVR plädiert dafür, integrierte, regionale Leitstellen zu schaffen, die über eine bundesweit einheitliche Telefonnummer erreichbar sind. Die Anrufer sollen eine qualifizierte Beratung erhalten und an die passende Stelle weitergeleitet werden – entweder in eine Praxis oder ein integriertes Notfallzentrum (INZ). Hausbesuche und Rettungseinsätze sollen ebenfalls so koordiniert werden. Wichtig ist dem Rat die „nahtlose Verzahnung der bislang drei getrennten Bereiche“ ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Klinikambulanzen. Die INZ sollen sektorenübergreifend ausgelegt, räumlich aber an Kliniken angesiedelt sein. Als Träger sollen entweder KVen oder Kliniken fungieren, betrieben werden sollen sie jedoch durch die KVen, „zur Vermeidung unangemessener Anreize zur stationären Aufnahme“, so der SVR. Finanziert werden soll das Ganze durch einen extrabudgetären, separaten Topf für sektorenübergreifende Notfallversorgung. Die Vorschläge des SVR riefen umgehend den Widerspruch der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) hervor. Deren Hauptgeschäftsführer Georg Baum nannte die Pläne rückwärtsgewandt. Die DKG wehrt sich gegen die Absicht, die Notfallversorgung an einigen Standorten zu konzentrieren. Sie fordert stattdessen mehr Geld für die ambulante Versorgung von Notfällen in Krankenhäusern.

Kräfte bündeln

Die KBV sieht in der Reform der Notfallversorgung eine Chance, die Kräfte von Niedergelassenen und Krankenhäusern zu bündeln und Kapazitäten sinnvoll zu konzentrieren. So müsse nicht jedes Krankenhaus eine eigene Anlaufstelle für Notfälle haben. Dass eine solche Streuung zu Minderauslastung führt, zeigt eine aktuelle Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi). Demnach behandeln die Notaufnahmen deutscher Krankenhäuser im Schnitt nur 1,7 Patienten pro Stunde. Damit liegt Deutschland weit unter europäischen Vergleichswerten. „Die Darstellung, dass die Notaufnahmen alle überlastet sind, entspricht nicht der Realität. An einigen Standorten mag das der Fall sein. Insgesamt betrachtet behandeln aber nur 30 Prozent der Notaufnahmen mehr als zwei Patienten pro Stunde und nur etwa ein Fünftel mehr als fünf Patienten pro Stunde. Das ist nicht nur wirtschaftlich problematisch, sondern birgt auch Risiken für die Patienten“, erklärte Zi-Geschäftsführer Dominik von Stillfried. Die Studie beruht auf Abrechnungsdaten der Krankenhäuser für ambulant in Notaufnahmen behandelte Patienten in 13 KV-Bezirken.

Das Konzept einer zentralen und gemeinsamen Anlaufstelle wird im Frühjahr 2018 in elf KV-Regionen erprobt. Dazu werden einheitliche „Tresen“ an Kliniken eingerichtet, sowie Telefonzentralen, welche die Patienten an die richtige Adresse verweisen. Ziel ist, die ambulanten Behandlungsfälle in Krankenhäusern zu reduzieren und gleichzeitig die KV-Ressourcen effizienter zu nutzen. Das Modellprojekt, welches das AQUA-Institut gemeinsam mit dem Zi und dem Deutschen Krankenhaus-Institut durchführt, soll vom Innovationsfonds gefördert werden.

Alexandra Bodemer

Kernpunkte einer integrierten Notfallversorgung von KBV und Marburger Bund:

- *Bedarfsgerechte Koordinierung der Patienten auf Basis einer standardisierten IT-gestützten Ersteinschätzung (Triagierung)*
- *Ausbau der bundesweiten Rufnummer des Bereitschaftsdienstes 116117 zu einem Rund-um-die-Uhr-Service, Vernetzung mit Rettungsdienstnummer 112*
- *zentrale Anlaufstellen an Krankenhäusern (Portalpraxen), die von Niedergelassenen und Klinikärzten gemeinsam betrieben werden*
- *gemeinsame Schnittstellen, beispielsweise für den Transfer von Daten bei der Befunddokumentation*

Das ausführliche Konzeptpapier steht zum Download bereit unter www.kbv.de/html/31065.php.

Die Website www.116117info.de wird derzeit von der KBV überarbeitet. Künftig werden alle wichtigen Informationen auch passend für Mobilgeräte dargestellt.

Authentisch und preisgekrönt

Vor fünf Jahren startete die Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern." von KBV und KVen. Ihr Ziel: ein realistisches Bild dessen zu vermitteln, was Ärzte und Psychotherapeuten täglich leisten. Fünf Jahre später neigt sich die Kampagne ihrem Ende entgegen. Sie war ein voller Erfolg.

„Stellt uns so dar, wie wir wirklich sind!" Das war der Auftrag, den die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der KBV im Jahr 2012 erteilten. Hintergrund war, dass zu jener Zeit die mediale Berichterstattung sowie Äußerungen von Politikern das Bild des Mediziners in ein negatives Licht getaucht hatten. Ein Zerrbild, dem die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten etwas entgegensetzen wollten. Die Vertreterversammlung der KBV folgte diesem Impuls und gab eine Imagekampagne in Auftrag. Diese startete unter dem Titel „Wir arbeiten für Ihr Leben gern." im April 2013. Fünf Jahre, 53 Plakatmotive und vier namhafte Marketing- und Kommunikationspreise später ist klar: Die Kampagne hat ihr Ziel erreicht. Jeder fünfte Deutsche kennt sie. Dass die Aktion ein Erfolg sein würde, zeichnete sich bereits nach den ersten drei Wochen ab. Damals hatte rund jeder siebte Bürger in Deutschland die Kampagne wahrgenommen. Zum Vergleich: Die Imagekampagne des Zentralverbands des Deutschen Handwerks erreichte diesen Bekanntheitsgrad erst nach 15 Monaten Laufzeit. Dabei hatte sie ein Budget von 50 Millionen Euro zur Verfügung. „Wir arbeiten für Ihr Leben gern." musste mit insgesamt 15 Millionen Euro auskommen. Eigentlich viel Geld – wie das Beispiel zeigt, für solch' eine Kampagne jedoch eine recht geringe Summe.

Das Patientenmagazin „ZIMMER EINS" informiert seit dem Jahr 2015 exklusiv in den Wartezimmern der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten und erscheint zwei Mal jährlich. Jede Ausgabe beleuchtet einen Themenschwerpunkt von verschiedenen Seiten. Dazu zählten schon „Nähe", „Angst", „Zeit" und in der aktuellen Ausgabe „Power". Zudem gibt es eine Kolumne von Deutschlands wohl bekanntestem Forensiker Dr. Mark Beneke und ein Interview mit einem Prominenten.

Viele wollten dabei sein

Auf professionelle Models verzichteten KBV und Kassenärztliche Vereinigungen komplett. Schließlich sollte der Arztberuf realistisch gezeigt werden. Und das geht am besten mit echten Ärzten und Psychotherapeuten. So motivierten KV-Mitarbeiter die Niedergelassenen im ersten Jahr in der persönlichen Ansprache zur Teilnahme. Danach war das nicht mehr notwendig. „Wir arbeiten für Ihr Leben gern." erreichte innerhalb der Ärzteschaft einen so hohen Identifikationsgrad, dass sich insgesamt rund 400 Ärzte und Psychotherapeuten darum bewarben, ein Teil der Aktion zu sein. Insgesamt sind in den vergangenen fünf Jahren 53 unterschiedliche Motive entstanden, die auf Großflächen und Citylight-Plakaten zu sehen waren. Auch vor der Videokamera standen echte Ärzte und Psychotherapeuten. Denn zu „Wir arbeiten für Ihr Leben gern." gehörte im ersten Jahr auch ein Fernsehspot, der prominent vor der Tagesschau zu sehen war. Einzig für den Kinospot, der unter anderem im Vorprogramm des Films „Der Medicus" lief, wurden Schauspieler eingesetzt. Zudem hat die Ärzte-Kampagne über die gesamte Laufzeit vier namhafte Preise aus dem Marketing- und Kommunikationsbereich gewonnen – darunter auch den Oscar der Branche, den Econ-Award in Bronze, Silber und Gold.

Auch im Internet ist „Wir arbeiten für Ihr Leben gern." präsent: mit der Website www.ihre-aerzte.de. Dort gibt es noch bis zum Jahresende 2017 neben Informationen zum Arztberuf auch persönliche Geschichten über die Kampagnenärzte und ihren Arbeitsalltag im Dienste der Patienten.

Nachwuchs nicht vergessen

Zur Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern." gehört seit dem Jahr 2014 auch die Nachwuchskampagne „Lass dich nieder!" Hier geht es in erster Linie darum, Medizinstudierende und junge Ärzte in Weiterbildung von der Niederlassung zu überzeugen. Auch hier gab es Plakate – auch hier sind ausschließlich echte Medizinstudierende zu sehen. Die gleichnamige Website ***www.lass-dich-nieder.de*** und der dazugehörige Facebookauftritt bleiben auch über das Kampagnenende hinaus bestehen. Auf den Seiten finden die Medizinstudierenden neben praktischen Informationen rund um die Niederlassung auch Möglichkeiten, Kontakt zu Mentoren aufzunehmen, Erfahrungsberichte von Nachwuchsmedizinern einzusehen und eine bundesweite Famulaturbörse mit rund 1.400 Adressen von Haus- und Fachärzten zu nutzen. Ein Angebot, das ankommt: Allein im ersten Halbjahr 2017 hat ein Drittel der Medizinstudierenden die Website besucht.

Meike Ackermann

Die Phasen der Kampagne

2013 Echte Ärzte und Psychotherapeuten sind seit Beginn der Kampagne als Testimonials auf den Plakaten zu sehen. Zum Kampagnenauftakt steht der Claim „Wir arbeiten für Ihr Leben gern." im Mittelpunkt.

2014 Der Schwerpunkt der Kampagne liegt auf dem Thema Qualität. Die Nachwuchskampagne „Lass Dich nieder!" startet. Die Website www.lass-dich-nieder.de geht ans Netz – sie bleibt auch über das Ende der Kampagne hinaus bestehen.

2015 Die Kampagne stellt die Leistungsfähigkeit der ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten dar.

2016 rückte die Kooperation der Niedergelassenen mit ihren Kollegen und Patienten in den Mittelpunkt der Kampagnenmotive.

2017 In ihrem Abschlussjahr zeigt die Kampagne ambulant tätige Ärzte und Psychotherapeuten unter freiem Himmel an ihrem Niederlassungs- oder Wirkungsort.

2014

„Ich nehme an der Kampagne teil, weil ich junge Kollegen erreichen und für die eigene Niederlassung begeistern möchte."

Michael Kirsch, Orthopäde

2015

2016

»Auch für das Unwahrscheinliche kämpfen wir unwahrscheinlich gern.«
Die Haus- und Fachärzte
Wartenberg

2017

»Ich arbeite für Ihr Leben gern. Auch bei Gegenwind.«
Dr. Sabine Meinhold
Hausärztin
Für uns niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten steht auch in Zukunft der Mensch im Mittelpunkt – egal, wo er lebt. Mehr erfahren Sie auf www.ihre-aerzte.de
Die Haus- und Fachärzte
Wir arbeiten für Ihr Leben gern.

THEMA

Psychotherapeuten-Ausbildung: Umstrittene Reform

Die geplante Erweiterung des Psychotherapeutengesetzes um eine neue Ausbildungsform – das Direktstudium – sorgt für Diskussionen. Ärzte befürchten, damit aus der psychotherapeutischen Versorgung gedrängt zu werden. Zu Unrecht, meint die KBV.

Für die Versorgung von Patienten mit Erkrankungen der seelischen Gesundheit sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht mehr wegzudenken. Dabei setzt kein Land so sehr auf die Psychotherapie als gesundheitliche Intervention wie Deutschland. Nachwuchsprobleme gibt es nicht: Gegenwärtig werden deutlich mehr Psychotherapeuten ausgebildet, als Vertragsarztsitze von den Krankenkassen finanziert werden. Für das Jahr 2017 wird von 2.800 Ausbildungsabsolventen ausgegangen. Nach dem jetzigen Ausbildungsverlauf durchlaufen Studenten der Psychologie nach ihrem Master-Abschluss eine mehrjährige praktische Ausbildung zum Therapeuten, die sie grundsätzlich aus eigener Tasche finanzieren müssen. Erst danach dürfen sie Versicherte behandeln und werden für ihre Tätigkeit vergütet, sofern sie eine Anstellung in Kliniken oder eine Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung aufnehmen.

Um den Heilberuf Psychotherapeut auf eine neue Basis zu stellen, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bereits im September dieses Jahres einen angekündigten Arbeitsentwurf mit Reformvorschlägen für die Psychotherapeutenausbildung vorgelegt. Zentraler Punkt ist: Psychotherapie soll zum eigenständigen Studienfach werden, das sich ganz auf die therapeutische Theorie und Praxis konzentriert. Der „Entwurf zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes“ sieht vor, dass das Studium der Psychotherapie fünf Jahre umfassen und in einem Master-Abschluss enden soll, der zum Staatsexamen qualifiziert. Mit bestandenem Staatsexamen erhielte der Absolvent eine Approbation (Berufszulassung). Daran schließt sich wiederum eine voraussichtlich fünfjährige, strukturierte und vergütete Weiterbildung an. Diese soll nicht nur Praxiserfahrung vermitteln, sondern kann auch zur Spezialisierung auf eine Altersgruppe (entweder Erwachsene oder Kinder und Jugendliche) dienen. Erst nach alledem dürfte man als Psychotherapeut mit Kassenzulassung praktizieren oder in Kliniken tätig werden – mit dem Vorteil, dass man wahrscheinlich schon während der Weiterbildung angemessenes Geld verdient hat.

KBV: Wir begrüßen diese Reform

Ärzte sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten aus dem beratenden Fachausschuss der KBV für Psychotherapie sind sich darüber einig, dass eine Reform nötig ist und begrüßen grundsätzlich den Gesetzesentwurf des BMG. Der Fachausschuss formulierte allerdings auch einige Kritikpunkte, nach denen der Entwurf dringend überarbeitet werden muss. So sind sich zum Beispiel alle Beteiligten einig, dass der geplante Studieninhalt „Psychopharmakologie“, mit dem die Absolventen auch zum Verschreiben psychotroper Medikamente qualifiziert würden, in dieser Form nicht zulässig ist. Denn nur bestimmte Fachrichtungen dürfen Psychopharmaka verschreiben. Dieser Aspekt der Reform stößt auch außerhalb der KBV in allen fachlichen Lagern auf Ablehnung. Weitere kritische Punkte sind die Zahl der universitären Ausbildungsplätze sowie der Ort der Weiterbildung.

Besonders bei Ärzten steht die Reform in der Kritik: Sie befürchten, dass mit ihr ein neues, paralleles Versorgungssystem geschaffen wird, das dem ärztlichen Nachwuchs womöglich die Chancen nehmen könnte, sich zum Psychotherapeuten weiterzubilden. Im Rahmen einer Pressekonferenz erklärte hingegen Dipl.-Psychologin Barbara Lubisch, Bundesvorsitzende der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV): „Es gibt mit dem geplanten Gesetz keinen neuen Heilberuf.“ Auch der Einwand, Absolventen des Direktstudiums könnten direkt nach ihrer Approbation schon in die Praxis drängen, sei unbegründet. Ärzte würden auch nicht ohne eine fachliche Weiterbildung als Vertragsarzt praktizieren dürfen. Inzwischen fordern mehrere Verbände die sachliche Betrachtung und Überarbeitung der Reform, das Vorhaben scheint auf dem besten Weg. Der Zusammenhalt der Fachgruppen innerhalb des Fachausschusses der KBV ist hierfür ein gutes Vorzeichen.

Sarah Weckerling

Eine Spezialisierung auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen soll laut Reformvorschlag künftig nach der Approbation erfolgen.

Von Pflichtkassen und Wahlärzten

Das Gesundheitssystem unseres Nachbarlandes Österreich ähnelt dem deutschen in vielerlei Hinsicht. Dennoch gibt es einige markante Unterschiede. Diese reichen von der Organisation der Mitgliedschaft in den Krankenkassen bis hin zu sogenannten Wahlärzten.

Österreich in Zahlen
(im Vergleich zu Deutschland)

Bevölkerung:
8,8 Mio.
80,6 Mio.

Lebenserwartung Frauen:
84,4 Jahre
83,3 Jahre

Einwohner über 65 Jahre:
19,3 %
22,1 %

Lebenserwartung Männer:
78,9 Jahre
78,5 Jahre

Praktizierende Ärzte je 1.000 Einwohner:
5,1
4,1

Anteil Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt:
10,4 %
11,3 %

Das österreichische Sozialversicherungssystem besteht aus den drei Komponenten Pflichtversicherung (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung), Solidaritätsprinzip und Selbstverwaltung. Circa 98 Prozent der Österreicher sind krankenversichert. Die Gesundheitsversorgung wird öffentlich organisiert. Dabei sind wie hierzulande die Zuständigkeiten der einzelnen Behörden gesetzlich geregelt. Grundsätzlich ist der Bund für die Gesetzgebung und -vollziehung zuständig. Die einzelnen Länder übernehmen Aufgaben im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung, die Sozialversicherungsträger agieren als Selbstverwaltungsorgane. Diese sind im „Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger“ zusammengeschlossen, der über verschiedene Tätigkeiten abstimmt und als Interessenvertretung fungiert. Finanziert wird das österreichische Gesundheitssystem größtenteils durch Versicherungsbeiträge. Dabei ermöglicht das Solidaritätsprinzip allen Versicherten den gleichen Zugang zu den einzelnen Gesundheitsleistungen.

System Gebietskrankenkasse

Anders als in Deutschland ist die Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse nicht frei wählbar. Welche Kasse für einen Versicherten zuständig ist, ergibt sich aus der Art und dem Ort seiner Beschäftigung. Da jeder Arbeitnehmer automatisch in einer bestimmten Gebietskrankenkasse versichert wird, entsteht hieraus kein Wettbewerb zwischen den Kassen. Insgesamt gibt es in jedem Bundesland eine Krankenkasse. Bestimmten Berufsgruppen wie beispielsweise Landwirten stehen weitere Krankenkassen zur Verfügung. Selbstständige werden bei der Anmeldung eines Gewerbes automatisch bei der für sie zuständigen Gewerbekasse versichert. Die Höhe der Beiträge richtet sich nach dem Einkommen, unabhängig vom individuellen Erkrankungsrisiko. Bei Angestellten teilen sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber den Beitrag zu fast gleichen Teilen, Angehörige werden in vielen Fällen beitragsfrei mitversichert. Private Krankenversicherungen wie in Deutschland gibt es in Österreich nur als private Zusatzversicherung. Freiberufler, wie Ärzte, die in branchenspezifischen Kammern organisiert sind, haben eine eigene gesetzliche Krankenversicherung und können eine private Zusatzversicherung abschließen. Diese deckt Leistungen ab, welche über die Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen. Zu den Zusatzleistungen gehören beispielsweise eine bessere Unterbringung im Krankenhaus oder die Übernahme bestimmter Behandlungskosten.

Kassen- oder Wahlarzt

Grundsätzlich können Patienten ihren Arzt frei wählen. Sie haben dabei zwei Optionen: den Kassen- oder den Wahlarzt („Privatarzt“). Ein Kassenarzt schließt mit einem der Krankenversicherungsträger einen Vertrag ab – so sind die Kosten einer Behandlung im Rahmen einer vertraglich festgelegten Leistung von der jeweiligen Kasse abgedeckt. Der Arzt rechnet die Kosten immer direkt mit der Krankenkasse ab, sodass dem Patienten Kosten und Aufwand erspart bleiben. Mit dem Abschluss eines solchen Vertrages ist der Arzt an vorgegebene Richtlinien, etwa zu den Praxisöffnungszeiten, gebunden.

Wahlpraxen werden von Ärzten ohne Kassenvertrag geführt. Sucht ein Patient einen solchen Arzt auf, muss er die Leistung vorerst aus eigener Tasche bezahlen. Anschließend kann er die Rechnung bei der Krankenkasse einreichen. Dabei wird aber nur ein Teil der Kosten rückerstattet, die Differenz müssen Patienten entweder selbst tragen oder durch eine entsprechende private Zusatzversicherung abdecken. Um eine Wahlpraxis zu führen, braucht ein Arzt keine Zulassung durch eine Behörde. Er muss sich auch nicht an vorgegebene Richtlinien halten und kann sein Honorar frei festlegen. Darüber hinaus ist er nicht an die Vergabe eines Arztsitzes, Öffnungszeiten oder ein Leistungsspektrum gebunden. Der Arzt muss der Ärztekammer lediglich den Praxisstandort und den Beginn der Tätigkeit melden, genehmigt werden müssen diese nicht. Der „Privatarzt“ erbringt Leistungen, die nicht in den Kassenkatalogen enthalten sind. Es besteht für den Patienten daher generell kein Recht auf Kostenerstattung. Die Behandlungskosten müssen immer voll vom Patienten getragen werden. Kassenärzte können auch als Privatärzte in den gleichen Räumlichkeiten praktizieren. Allerdings müssen Patienten über die private Behandlung und deren Kosten aufgeklärt werden. Auch hier ist die Honorargestaltung völlig frei und an keinerlei Vorgaben gebunden. ›

Gesundheitsministerin Pamela Rendi-Wagner beim Festakt „Fünf Jahre Gesundheitsziele Österreich" im Mai 2017 in Wien

Österreichische Ärzte protestierten im November 2012 gegen eine geplante Gesundheitsreform und die ELGA.

Hohe Spitaldichte

Wie in Deutschland ist die Behandlung von Patienten in einem dualen System aus ambulantem und stationärem Bereich angelegt. Ambulant sind rund 16.000 praktizierende Haus- und Fachärzte tätig. Sie behandeln Patienten und Notfälle, deren Behandlung keines Krankenhausaufenthaltes bedarf. An Wochenenden und Feiertagen organisieren die niedergelassenen Ärzte auf regionaler Ebene Not- und Bereitschaftsdienste. In einzelnen Bundesländern ist darüber hinaus der Ärztenotdienst zuständig, der dort unter der Ruf-nummer 141 zu erreichen ist. Sie verbindet den Patienten mit dem zuständigen Dienst. Einen weiteren wichtigen Teil der ambulanten Versorgung bilden sogenannte Ambulatorien, die selbstständig organisiert, rein rechtlich aber Krankenhäuser sind. Ihre Ausgestaltung reicht von Arztpraxen über ambulante Behandlungseinrichtungen bis hin zu ambulanten Spitälern mit partiellen operativen Leistungsangeboten.

Die Versorgung in Krankenhäusern hat in Österreich traditionell einen hohen Stellenwert. Es gibt öffentliche, privat-gemeinnützige und private Krankenhäuser. Geführt werden diese von Landesgesellschaften, Gemeinden, Glaubensgemeinschaften, Sozialversicherungsträgern oder privaten Eigentümern. Aufgeteilt auf neun Bundesländer gab es im Jahr 2016 insgesamt 273 Kliniken. Gemessen an der Bevölkerungszahl ist die Klinikdichte damit noch höher als in Deutschland. Ein Teil dieser Kliniken wird durch den Landesgesundheitsfonds finanziert. Dies ist ein öffentlich-rechtlicher Fonds, welcher der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens auf Landesebene dient. Die Zahl der durch diesen Fonds finanzierten Spitäler geht jedoch zurück, was größtenteils an der Zusammenlegung verschiedener Häuser liegt. Trotzdem und paradoxerweise wurde die Zahl der Krankenhausstandorte kaum reduziert. Das liegt daran, dass die Zahl der nicht durch den Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenhäuser zunimmt. Diese leisten oft keine Akutbehandlungen, dafür wird ihr Reha-Bereich ausgebaut.

Eine E-Akte für alle

Bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen gehört Österreich zu den ersten Ländern in Europa, die an der Implementierung arbeiten: Bereits im Jahr 2005 wurde die elektronische Krankenversicherungskarte (e-Card) als Versicherungsnachweis eingeführt. Daneben gibt es die elektronische Gesundheitsakte (ELGA). Heute stehen in ELGA Entlassungs- und Laborbefunde von Krankenanstalten sowie auf freiwilliger Basis die sogenannte eMedikation zur Verfügung. Die erfassten Befunde werden zeit- und ortsunabhängig vernetzt. Bereitgestellt werden sie im Rahmen von ELGA als sogenannte eBefunde. Die Nutzerfreundlichkeit von ELGA ist allerdings umstritten, unter anderem weil es keine Suchfunktionen gibt. Da der Patient selbst entscheidet, welche Daten einsehbar sind, ist die potenzielle Unvollständigkeit der Daten ein Problem, das auch in Österreich bislang nicht geklärt ist. Die Bedienung von ELGA, insbesondere im Krankenhaus, verursacht noch erheblichen Mehraufwand. Dieses Jahr startete in einigen Regionen die „e-Medikation". Hier werden alle verordneten und von Apotheken ausgehändigten Medikamente sowie noch offene Rezepte auf einer Liste gespeichert. Diese kann vom jeweiligen Patienten online abgerufen werden. Das soll helfen, den Überblick zu behalten und Wechselwirkungen sowie Mehrfachverschreibungen zu verhindern. Gespeichert werden die Daten jeweils nur für ein Jahr, danach werden sie automatisch gelöscht.

Zehn Ziele für die Zukunft

Perspektivisch legt Österreich den Fokus im Gesundheitswesen auf die Prävention und Gesundheitsförderung. Also auf Ansätze, welche die Gesundheit der Menschen bewahren und Krankheitsfälle möglichst vermeiden sollen. In diesem Jahr einigten sich der Bund, die Länder und die Sozialversicherung auf den „Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021". Damit soll das seit 2013 bestehende System zur „Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Österreich" weitergeführt und -entwickelt werden.

Eine wichtige Komponente im Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 ist die stärkere Vernetzung mit den zehn „Gesundheitszielen Österreich". Diese wurden formuliert, um die Gesundheit der Österreicher unabhängig von Faktoren wie Bildung, Abstammung, Gehalt, Wohnumfeld und Geschlecht zu verbessern. Österreich hat zwar ein sehr gutes Gesundheitssystem und liegt mit der Lebenserwartung seiner Bewohner über dem Durschnitt der OECD-Länder. Dennoch liegt die Anzahl der statistischen Lebensjahre, in denen ein Österreicher mit guter Gesundheit lebt, unter dem Durchschnitt. Allerdings beruhen diese Befunde nicht auf Messungen, sondern auf Umfragen. Da Österreich bei diesem Wert hinter Ländern wie Bulgarien und Rumänien liegt, sei eher zu vermuten, dass die gute niederschwellige Gesundheitsversorgung in Österreich zu mehr Krankenhausaufenthalten in der älter werdenden Bevölkerung führt und damit zu den Umfrageergebnissen im Bereich „gesunde Lebensjahre", argumentiert die österreichische Ärztekammer.

Die „Gesundheitssziele Österreich" wurden bereits vor fünf Jahren definiert und bilden bis 2023 den Rahmen für die „gesundheitsförderliche Gesamtpolitik". Teil dieser zehn Ziele sind unter anderem die Stärkung der Gesundheitskompetenz (siehe Kasten), der Zugang zu hochwertigen Lebensmitteln für alle und die Förderung der psychosozialen Gesundheit der Bevölkerung. Nach der diesjährigen Nationalratswahl am 15. Oktober 2017 befinden sich die Parteien derzeit in den Koalitionsverhandlungen. Welche Schwerpunkte die künftige Regierung im Bereich Gesundheit setzen wird, stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest.

Sophia Bruderhofer

österreichische plattform gesundheitskompetenz

Die Gesundheitskompetenz der Menschen zu verbessern ist eines der zehn Gesundheitsziele der österreichischen Regierung. Dafür hat sie im Jahr 2014 die „Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz" (ÖPGK) eingerichtet. Deren Aufgaben sind:

1. Unterstützung der langfristigen Entwicklung und Etablierung von Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung

2. Vernetzung, Zusammenarbeit, Erfahrungsaustausch und gemeinsames Lernen fördern

3. Maßnahmen zwischen Politik- und Gesellschaftsbereichen ermöglichen und abstimmen

4. Gemeinsames Verständnis entwickeln, Wissen verbreiten und Innovation ermöglichen

5. Monitoring und Berichterstattung aufbauen, Transparenz und Qualität entwickeln.

Die inhaltlichen Schwerpunkte lagen im Jahr 2017 auf den Themen Gesprächsqualität in der Krankenversorgung sowie qualitätsgeprüfte Gesundheitsinformationen.

https://oepgk.at/

Digitale Kompetenzen aller Beteiligten stärken

Im Rahmen einer EU-Konsultation haben KBV und Bundesärztekammer Stellung bezogen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Wie lassen sich digitale Innovationen fördern, die Menschen gesünder machen und strukturelle Probleme im Gesundheitswesen und in der Pflege lösen? Antworten auf diese Frage erhoffte sich die Europäische Kommission von ihrer Konsultation zur Digitalisierung im Gesundheitswesen, an der sich auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesärztekammer (BÄK) beteiligt haben.

Oberste Prämisse beim grenzüberschreitenden Zugang zu personenbezogenen Gesundheitsdaten sowie deren Verwaltung ist aus Sicht der KBV, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt beziehungsweise Psychotherapeut und Patient auch in einer digitalen Welt erhalten bleibt. Eine zweckgebundene Datenweitergabe dürfe nur freiwillig und mit Zustimmung des Patienten erfolgen. Voraussetzung dafür sei eine Stärkung der Kompetenzen von Ärzten, Psychotherapeuten und Praxispersonal sowie Patienten im Umgang mit digitalen Angeboten. Nur auf diese Weise wäre es möglich, die Digitalisierung in der vertragsärztlichen Versorgung sicher und effektiv voranzutreiben und zum Nutzen der Patienten einzusetzen. Eine Notwendigkeit der EU, in dem Bereich E-Health über die bereits ausgeübten Aktivitäten hinauszugehen, sieht die KBV nicht.

Datenaustausch nur zweckgebunden

Vor dem Hintergrund der diskutierten Kontrolle des Patienten über seine Gesundheitsdaten präzisierte die BÄK, dass dies nicht die Möglichkeit beinhalten solle, ärztliche Befunde in einer elektronischen Patientenakte zu löschen oder zu verändern. Die BÄK sieht die Tendenz kritisch, Gesundheitsdatenaustausch per se als sinnvoll und förderungswürdig zu propagieren. Im Hintergrund müsse stets ein konkretes Versorgungsszenario und ein definierter Nutzen für den Patienten stehen.

Die Antworten sollen in eine zunächst rechtlich nicht verbindliche Mitteilung einfließen, welche die EU-Kommission Ende dieses Jahres vorlegen wird.

Corina Glorius

Neuer Online-Service für Ärzte

Die KBV bietet einen neuen Online-Service an, mit dem Praxen ein unbürokratisches Feedback von ihren Patienten erhalten können. Der „Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus der Patientenperspektive“ (ZAP, beziehungsweise elektronisch eZAP), steht seit November im Sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung. Praxen können auf diese Weise ohne großen Aufwand eine Patientenbefragung anlegen, den Befragungszeitraum wählen und für das Wartezimmer ein Poster ausdrucken. Dieses weist die Patienten auf die Befragung und deren Verlauf hin und enthält einen Link und Zugangscode, unter dem die Fragen online für die entsprechende Praxis beantwortet werden können. Die Daten der am Computer oder über das Smartphone ausgefüllten Fragebögen werden automatisch ins Sichere Netz geladen. Am Ende der Befragung erhalten die Praxisinhaber einen Ergebnisbericht mit Grafiken, der auch auf die Praxiswebsite hochgeladen werden kann. Der Fragebogen ist in sieben Sprachen erhältlich. Weitere Informationen zum (e)ZAP gibt es hier: ***www.kbv.de/html/6332.php*** *(lk)*

Neuer PraxisCheck: Wundinfektionen

Die KBV hat einen neuen PraxisCheck veröffentlicht. Der sechste Test in dieser Reihe richtet sich vor allem an ambulante Operateure, die in ihrer täglichen Arbeit mit dem Risiko postoperativer Infektionen konfrontiert sind. Mit ein paar Klicks können sie prüfen, wie ihre Praxis in wesentlichen Bereichen aufgestellt ist, um Wundinfektionen zu vermeiden. Nutzer beantworten 16 Fragen und erhalten anschließend eine ausführliche Auswertung mit Empfehlungen zur Wundversorgung und Hygiene sowie zum Umgang mit multiresistenten Keimen. Dabei sind auch die Anforderungen der ab 2018 stattfindenden jährlichen Einrichtungsbefragungen bestimmter Arztgruppen berücksichtigt. „Mein PraxisCheck“ ist ein kostenfreies Service-Angebot der KBV, mit dem Niedergelassene ihre Praxisabläufe anonym überprüfen können. Den Test „Mein PraxisCheck: Prävention Wundinfektion“ sowie weitere Tests zu den Themen Patientensicherheit, Qualitätsmanagement, Informationssicherheit, Hygiene und Impfen finden Sie unter ***www.kbv.de/html/30364.php***. *(saw)*

Neue Entscheidungshilfe für Mammographie-Screening

Ein neuer Flyer soll Frauen bei der Früherkennungsuntersuchung auf Brustkrebs die Entscheidung erleichtern, ob sie an einem Mammographie-Screening-Programm teilnehmen. Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren haben alle zwei Jahre Anspruch auf eine Mammographie. Den neuen Flyer erhalten sie zusammen mit dem Einladungsschreiben. Zudem wurde das bisherige Merkblatt inhaltlich und grafisch weiterentwickelt. Wie bisher gibt es allgemeine Informationen zum Programm sowie Zahlen und Fakten zum Nutzen der Untersuchung. Neu hinzugekommen ist eine Checkliste: Diese enthält insgesamt vier Fragen mit Antwortmöglichkeiten zum Ankreuzen, zum Beispiel was erwartet werden kann, wenn eine Frau 20 Jahre regelmäßig am Screening-Programm teilnimmt. Offene Fragen können mit dem Frauenarzt oder dem Hausarzt besprochen werden. Möglich ist auch ein Aufklärungsgespräch mit einem Arzt des Mammographie-Programms. Mehr dazu unter: ***www.mammo-programm.de*** *(neb)*

Zi-Kodierhilfe nun auch mobil

Die Zi-Kodierhilfe steht ab sofort auch für Smartphones und Tablets zur Verfügung. Mit der App können Ärzte und Psychotherapeuten noch bequemer die ICD-10-GM durchsuchen. Abgerundet wird das Angebot durch fachliche Erläuterungen zu den jeweiligen Kodierungen, die vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) oder dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information stammen. Die Hinweise wurden in langjähriger Arbeit und unter Beteiligung von Ärzten der verschiedenen Fachgebiete erarbeitet. Auch die Zi-Thesauren für Haus- und Fachärzte sind eingebunden. Damit ist es möglich, die Kodes in einem Diagnosespektrum zu suchen, das auf den jeweiligen Behandlungsschwerpunkt zugeschnitten ist. Nutzer finden die App vom Zi im Google Play Store (Android) und im Apple App Store (iOS) über das Stichwort „Zi-Kodierhilfe“. Sie ist kostenlos und werbefrei. *(neb)*

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

HINTERHER IST MAN IMMER SCHLAUER.

Schnell und kompakt informiert:
PraxisNachrichten, der Newsletter der KBV,
exklusiv für Ärzte und Psychotherapeuten.
Jeden Donnerstag neu!

PraxisNachrichten als E-Mail:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
oder die App herunterladen:
www.kbv.de/kbv2go

PraxisNachrichten