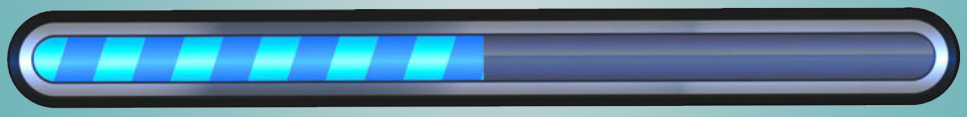
KBV klartext

4. QUARTAL 2018

DAS MAGAZIN DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG



50 %

Update für die Versorgung

Sicherstellung durch Umwandlung defizitärer Krankenhäuser in ambulante Zentren

Bürokratieindex 2018
Belastung steigt, KBV fordert Abbauziel

Gemeinsamer Bundesausschuss
Die neuen Unparteiischen Dr. Lelgemann und Prof. Pott im Interview

Digitalisierung
PraxisBarometer zeigt Stand und Perspektiven

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 (Chefredakteurin), Birte Christophers, Tabea Breidenbach, Tom Funke, Corina Glorius

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:
KloseDetering, Hamburg

Druck:
Druckerei Kohlhammer, Stuttgart

Fotos:
Titel: © shutterstock/M.Svetlana/KloseDetering › S. 2: © Lopata/axentis.de › S. 3: © shutterstock/Bay_Design/KloseDetering; iStock.com/Wavebreakmedia › S. 4: © shutterstock/ Bay_Design/KloseDetering; © shutterstock/6kor3dos/KloseDetering › S. 5: © iStock.com/Squaredpixels › S. 7: © iStock.com/alvarez › S. 8: © privat › S. 9: © iStock.com/mediaphotos › S. 10: © joyfotoliakid/Fotolia › S. 12: © iStock.com/KatarzynaBialasiewicz › S. 15: © Lopata/axentis.de › S. 16: © iStock.com/Nomad › S. 18: © Birte Christophers/KBV › S. 19: © G-BA › S. 20: © Birte Christophers/KBV › S. 21: © G-BA › S. 22: © maxsim/stock.adobe.com; Lopata/axentis.de › S. 23: © iStock.com/NanoStockk › S. 24: © iStock.com/AndreyPopov › S. 25: © KloseDetering › S. 26: © iStock.com/Koji_Ishii › S. 27: © KBV

Liebe Leserin, lieber Leser,

in vielen strukturschwachen Regionen Deutschlands kämpfen kleine Krankenhäuser ums Überleben. Wie lassen sich die Standorte so umwandeln, dass die Versorgung vor Ort erhalten bleibt und gleichzeitig Kapazitäten besser genutzt werden können? ‚Umbau statt Abbau' lautet der Ansatz, den die KBV verfolgt. Er wird gestützt von einem Gutachten, das eine neue Versorgungsform als Lösung proklamiert: das Intersektorale Gesundheitszentrum. Mehr dazu lesen Sie in unserem Schwerpunktthema (ab Seite 4).

Im Herbst dieses Jahres haben wir drei große Studien veröffentlicht, welche Aufschluss über das Innenleben deutscher Arztpraxen geben. Den Auftakt bildete der Ärztemonitor, die größte Befragung Niedergelassener hierzulande. Er zeigt, dass Ärzte ihren Patienten schon heute mehr Zeit widmen, als der Gesetzgeber ihnen künftig vorschreiben will. Allerdings: Die verfügbare Arbeitszeit sinkt – und wird damit umso kostbarer (ab Seite 10). Ein unverändert großes Ärgernis ist die Bürokratie in den Praxen. Der neue Bürokratieindex verdeutlicht: Trotz einzelner Erfolge beim Bürokratieabbau steigt die Belastung unter dem Strich an (ab Seite 13). Das „PraxisBarometer Digitalisierung" zeigt Wege des Bürokratieabbaus auf, die bislang noch nicht voll ausgeschöpft werden (ab Seite 16).

Seit Juli komplettieren Dr. Monika Lelgemann und Prof. Elisabeth Pott das Trio der Unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dem Klartext gaben sie ihr jeweils erstes Interview in dieser Position. Darin berichten sie unter anderem über den Reiz ihrer neuen Aufgaben, die Eindrücke der ersten Monate und Ziele für die aktuelle Amtsperiode (ab Seite 18).

In der Rubrik „Gesundheit anderswo" schauen wir nach Fernost. In Sachen Bevölkerungsstruktur und Gesundheitskosten stellt Japan eine Art Blaupause für die Entwicklung der Bundesrepublik dar. Ab Seite 24 lesen Sie, vor welchen Herausforderungen die Japaner stehen und wie sie diese zu meistern versuchen.

Ich wünsche Ihnen eine informative und anregende Lektüre.

Ihr Dr. Andreas Gassen,
Vorsitzender 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 Update für die Versorgung: Sicherstellen durch Umwandlung

Themen

10 Ärztemonitor: Hohes Engagement, sinkende Arbeitszeit

12 Psychotherapie: Proteste gegen Steuerung

13 Bürokratieindex: Belastung in den Praxen steigt

15 Historie: Ärzteschaft arbeitet NS-Vergangenheit auf

16 PraxisBarometer: Wie digital sind Deutschlands Praxen?

22 Bericht aus Brüssel: EU-weiter Datenaustausch soll kommen

Interviews

18 Dr. Monika Lelgemann: „Der G-BA will Interessenkonflikte lösen“

20 Prof. Elisabeth Pott: „Alle müssen über den Tellerrand schauen“

Gesundheit anderswo

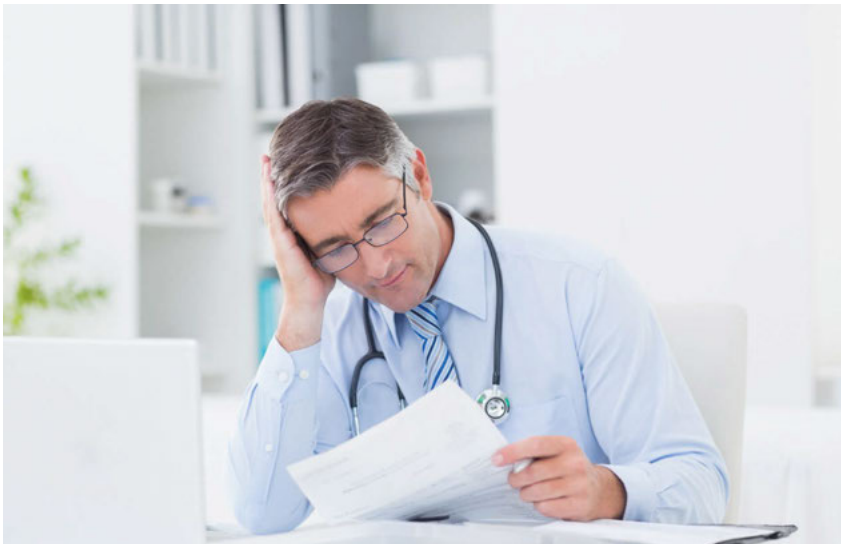
24 Japan: Das Problem mit der Demografie

Kurz gefasst

9 Meldungen aus dem Bund

23 Meldungen aus den Ländern

27 Angeklickt und Aufgeblättert



Zu wenig Zeit und zu viel Bürokratie – das sind und bleiben die größten Ärgernisse in Deutschlands Praxen.

Update für die Versorgung

Der Spagat zwischen Wirtschaftlichkeit und qualitativ hochwertiger Vollversorgung droht manches Krankenhaus zu zerreißen. Betroffen sind vor allem kleinere Häuser auf dem Land. Ein Gutachten belegt: Der Umbau defizitärer Standorte zu ambulanten Zentren mit erweitertem Betreuungsangebot wäre eine Lösung. Erste vergleichbare Ansätze gibt es bereits.

Alle Jahre wieder stellen Experten die gleiche Diagnose: Deutschland hat zu viele Krankenhäuser, von denen viele nicht wirtschaftlich arbeiten. Das Krankenhaus-Barometer 2017 des Deutschen Krankenhaus-Instituts (DKI) stellt fest: „Fast jedes dritte Allgemeinkrankenhaus in Deutschland (29 Prozent) hat im Jahr 2016 Verluste geschrieben. Die Entwicklung der Jahresergebnisse hängt stark von der Größe des Krankenhauses ab: Insbesondere die kleineren Häuser mit 100 bis 299 Betten wiesen einen Jahresfehlbetrag aus (rund 34 Prozent).“ Vor allem in ländlichen Regionen werden Strukturen einer stationären Vollversorgung am Leben erhalten, die nicht aus sich selbst heraus tragfähig sind und die auch nicht dem wesentlichen Bedarf der Bevölkerung entsprechen. Der Krankenhaus-Report 2018 stellt fest: „Im internationalen Vergleich weist Deutschland deutliche Anzeichen für eine Überversorgung im stationären Bereich auf. Das vorhandene Potenzial für eine Ambulantisierung der Leistungserbringung ist noch längst nicht ausgeschöpft.“ Fünf Millionen Krankenhausfälle seien pro Jahr vermeidbar, so die Autoren. Anhand verschiedener Parameter rechnen sie den künftigen Bedarf an Krankenhäusern hoch und kommen zu dem Ergebnis, dass 286 Standorte bis zum Jahr 2025 geschlossen werden könnten, wobei es sich insbesondere um kleine Einrichtungen mit durchschnittlich 132 Betten handelt.

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit der Frage: Wie lassen sich Strukturen so verändern, dass Standorte sowie Infrastruktur und Arbeitsplätze erhalten bleiben und gleichzeitig den Menschen vor Ort eine bedarfsgerechte „Alltagsversorgung“ gewährleistet werden kann (siehe auch Klartext Ausgabe 1/2018)? Um diese Frage zu beantworten hat die KBV die Universität Bayreuth und die Oberender AG mit einem Gutachten beauftragt (siehe auch „Drei Fragen an …“ auf Seite 8). Darin entwickeln die Autoren das Konzept einer neuen Versorgungsform, welche die Lücke zwischen vollstationärer und ambulanter Regelversorgung schließt: das Intersektorale Gesundheitszentrum, kurz IGZ. „Primäres Ziel ist nicht, Krankenhäuser dicht zu machen. ‚Umbau statt Abbau‘ lautet das Motto“, betonte KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen bei der Vorstellung des Gutachtens im Oktober.

Die IGZ sind im ambulanten Sektor angesiedelt und sollen im Kern die regionale Grundversorgung mit dem Schwerpunkt auf allgemeinärztlichen, internistischen und weiteren konservativen Angeboten sichern. Darüber hinaus sollen die Zentren über bettenführende Einheiten verfügen, in denen Patienten bei Bedarf über Nacht, längstens fünf Tage, bleiben können. Die Gutachter sprechen hier von der „erweiterten ambulanten Versorgung“ (EAV). Sie ist für Patienten vorgesehen, die keiner akutstationären Versorgung durch ein Krankenhaus, jedoch einer kontinuierlichen Überwachung und Pflege bedürfen. Dafür sollen im IGZ qualifiziertes Pflegepersonal rund um die Uhr sowie Ärzte außerhalb der Sprechzeiten in Rufbereitschaft zur Verfügung stehen. „Die Menschen nur deshalb in eine Klinik zu schicken, weil es kein anderes niederschwelliges Angebot ›

KERNLEISTUNG UND MÖGLICHE ERWEITERUNG EINES INTERSEKTORALEN GESUNDHEITSZENTRUMS (IGZ)

Schmid, A., Hacker, J., Rinsche, F. und Distler, F. (2018), Intersektorale Gesundheitszentren: Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte, Gutachten der Universität Bayreuth und der Oberender AG im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Epub Bayreuth

der ärztlichen Überwachung und Pflege gibt, ist nicht nur wirtschaftlich absurd. Es entspricht auch nicht den heutigen medizinischen Möglichkeiten oder den Wünschen der Patienten“, so Gassen. Das Leistungsangebot der IGZ könnte bei Bedarf modular erweitert werden, etwa durch Kooperationen mit anderen niedergelassenen Ärzten, zum Beispiel im Bereich des ambulanten Operierens. Aber auch ergänzende nichtärztliche Versorgungsangebote sind denkbar (Physiotherapie, Apotheke und dergleichen).

Win-win-Situation für alle

„Das Entscheidende an unserem Konzept ist, dass die Versorgung vor Ort überhaupt gewährleistet bleibt. Für die Patienten ist wichtig, dass Alltagserkrankungen und alles, was eben nicht zwingend einen stationären Klinikaufenthalt erfordert, wohnortnah versorgt werden kann. Dann akzeptieren sie auch, wenn sie für größere planbare Eingriffe und nicht zuletzt aus Qualitätsgründen mal 30 Kilometer weiter in das nächste Vollversorgerkrankenhaus fahren müssen“, betont Gassen.

Der Krankenhaus-Report 2018 bestätigt dies: Demnach suchen schon heute bei fast allen Indikationen mehr als die Hälfte der Patienten nicht das nächstgelegene, sondern ein weiter entferntes Krankenhaus auf.

Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV betont: „Die IGZ wären eine Win-win-Situation für alle Beteiligten: Standorte und Arbeitsplätzen in den Kommunen blieben erhalten, Klinikträger würden finanziell entlastet, da sie keine Defizite mehr ausgleichen müssten, und die Bürgerinnen und Bürger könnten auch unter veränderten demografischen Bedingungen bedarfsgerecht versorgt werden. Ein vollstationäres Angebot – das obendrein auch noch die teuerste Variante der Versorgung ist – ist doch oft gar nicht das, was die Menschen vor Ort regelhaft brauchen. Hinzu kommt, dass die meisten Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen die ganze Palette an ärztlichen Leistungen gar nicht anbieten können: Sie haben entweder zu wenig Personal oder zu wenige Abteilungen – oder beides.“

Das Gutachten identifiziert insgesamt 190, bei stärkerer methodischer Eingrenzung 75 Standorte in Deutschland, die unter wirtschaftlichen, geografischen und medizinischen Kriterien für die Einrichtung eines IGZ infrage kommen. Gleichwohl stellen die Gutachter fest, dass für das Angebot einer EAV auch an weiteren Standorten eine Nachfrage bestünde. Projektleiter Prof. Andreas Schmid betont: „Die Umwandlung in ein IGZ würde es ermöglichen, die Schließung eines Krankenhauses nicht als Unglück, sondern als Chance zu begreifen.“

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft reagierte umgehend auf die Studie. Ihr Präsident Dr. Gerald Gaß warf KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in einer Pressemitteilung vor, mit dem Vorschlag der IGZ die eigenen Versäumnisse bezüglich der Sicherstellung in ländlichen Regionen kaschieren zu wollen. Die Krankenhäuser dort würden nicht nur ein akutstationäres Angebot vorhalten, sondern überdies oft auch die ambulante fachärztliche Regelversorgung sowie die Notfallversorgung sicherstellen, so Gaß. Doch sowohl der KBV-Vorstand als auch die Gutachter betonen die klare Aufgabentrennung: An den IGZ sollen eben keine High-Tech-Medizin, keine Akut- und Notversorgung und keine fachärztliche Rundum-Versorgung stattfinden. Angesichts des immer weiter steigenden Mangels an Ärzten und Pflegekräften sollten diese Ressourcen möglichst an zentralen Standorten gebündelt werden. Gleichzeitig können die IGZ die Grundversorgung in der Fläche übernehmen. „Ziel ist, dass die Kollegen am Krankenhaus sich auf die Patienten konzentrieren können, die ihrer

wirklich bedürfen und keine ‚Bagatellfälle' aus ihrer Sicht versorgen müssen", erklärt KBV-Chef Gassen.

Ambulantisierung als Chance

Tatsache ist: Die Krankenhäuser selbst denken bereits in eine ähnliche Richtung. „Ambulantisierung als Chance" formuliert die Unternehmensberatung Roland Berger es in ihrer Krankenhausstudie 2017. Demnach arbeiten über 80 Prozent der an der Erhebung teilnehmenden Kliniken an entsprechenden Initiativen. 70 Prozent würden die Ambulantisierung der Medizin eher als Chance denn als Risiko sehen. „Dies ist ein beachtlicher Wert – repräsentieren die Studienteilnehmer doch ausschließlich den ‚klassischen' stationären Sektor", stellt Berger fest. Die Krankenhäuser befassen sich notgedrungen mit der Frage, welche Strategien helfen könnten, um ihre Zukunft zu sichern. Dass die regionale Lage dabei eine Rolle spielt, hat das DKI zusammen mit der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO herausgefunden. Demnach wird eine stärkere Beteiligung an der ambulanten ärztlichen Versorgung vor allem von Kliniken in dünn besiedelten ländlichen Regionen angestrebt – allerdings eher als „Add-on", sprich ohne das eigene stationäre Angebot zu reduzieren. Ganz anders sieht es bei Häusern in „ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen" aus. Diese erwägen laut DKI und BDO überdurchschnittlich häufig eine Veränderung von Leistungsschwerpunkten (52,8 Prozent), eine deutliche Reduktion ihres stationären Leistungsangebots beziehungsweise eine Spezialisierung (30,6 Prozent), die Schließung von Abteilungen (22,2 Prozent), Fusionen mit anderen Krankenhäusern (22,9 Prozent), eine integrierte Versorgung mit anderen Sektoren (58,3 Prozent) sowie eine stärkere Beteiligung an der ambulanten ärztlichen Versorgung in der Region (69,4 Prozent).

Krankenhäuser am Tropf

Zukunftsfähige Strukturen aufzubauen, das ist der gemeinsame Nenner, unter dem die Akteure in vielen Regionen Deutschlands zurzeit versuchen, Krankenhäuser aus der Defizitzone zu holen und gleichzeitig die Versorgung vor Ort zu erhalten. Dabei heißt die erste Lösung oft schlichtweg: mehr Geld in unwirtschaftliche Strukturen stecken. So hat etwa die bayerische Staatsregierung im Juli 2018 ein Förderprogramm zum Erhalt defizitärer Kliniken beschlossen. Stolz verkündete Ministerpräsident Markus Söder, dessen Land ohnehin über die größte Krankenhausdichte in Deutschland verfügt, man investiere „ganz bewusst zum Erhalt der kleineren Krankenhäuser bis zu 150 Betten, die häufig sehr große Defizite haben und die manchmal nicht ganz wirtschaftlich arbeiten". Diese sollen vor der Schließung bewahrt werden. Zwar ist die Finanzspritze an Bedingungen geknüpft, dennoch erntete das Vorhaben Kritik auf breiter Front. Vertreter der Krankenkassen kritisierten, die Verantwortlichen sollten nicht nur im „Reparaturmodus" arbeiten, sondern insbesondere auch das Leistungspotenzial der betroffenen Krankenhäuser und die Qualität in den Blick nehmen. „Wenn Kliniken trotz der vielen Gelder aus den Portemonnaies der Beitragszahler regelmäßig Verluste machen, sollten die Strukturen hinterfragt werden", zitiert das Portal BibliomedManager den Sprecher des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenversicherung, Florian Lanz. Selbst Klinikvertreter und Gesundheitsökonomen gingen mit der Entscheidung hart ins Gericht. Sie mahnten unter anderem an, doch eher den Umbau von Versorgungsangeboten, etwa von Krankenhausstandorten in ambulante Zentren, zu fördern.

Der FDP-Bundestagsabgeordnete und Facharzt für Innere Medizin Prof. Andrew Ullmann plädierte jüngst in einem Gastbeitrag für den Ärztenachrichtendienst ebenfalls für das Umwandlungskonzept: Man dürfe sich nicht „wider jede ökonomische Vernunft für den Erhalt veralteter kommunaler Strukturen einsetzen". Die ›

Vor allem ältere Patienten, die nach einem Eingriff nicht gleich nach Hause können, würden von einer erweiterten ambulanten Versorgung profitieren.

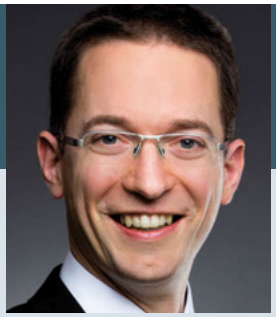
Krankenhausstruktur müsse reformiert werden, damit die Menschen vor Ort die beste Gesundheitsversorgung erhalten. „Dabei kann nicht auf politische Empfindlichkeiten Rücksicht genommen werden, sondern eine wissenschaftliche Basis muss fundieren, was zu tun ist“, so Ullmann. Sein Fazit: „Wandeln wir ineffiziente Krankenhäuser in hervorragende Intersektorale Gesundheitszentren um, handeln wir ambulant vor stationär, investieren wir in bessere und hochspezialisierte Krankenhäuser (...).“

Erfolgreiche Umwandlung

Wie eine solche Umwandlung gelingen kann, zeigt ein Beispiel aus Brandenburg. Das östliche Bundesland ist schon heute mit den demografischen Herausforderungen konfrontiert, die anderen Teilen Deutschlands erst noch bevorstehen: Bevölkerungsrückgang, insbesondere auf dem Land, Überalterung und Fachkräftemangel, nicht zuletzt im Gesundheitswesen. Um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen sucht man hier nach sektorübergreifenden Lösungen. In der Stadt Templin wird die dortige Sana-Klinik zu einem ambulant-stationären Versorgungszentrum umgebaut. Die Bettenzahl wird reduziert, im Gegenzug werden Praxisräume eröffnet und eine sogenannte Low-Care-Unit für Patienten eingerichtet, die zwar medizinische Beobachtung, aber keine vollstationäre Überwachung benötigen. Das Projekt erhält Fördermittel aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie dem Strukturfonds auf Basis des Krankenhausstrukturgesetzes von 2016. Projektbeteiligte sind neben Sana die Arbeitsgemeinschaft IGiB (Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg) der KV Brandenburg und mehrerer Krankenkassen. Die damalige Landesgesundheitsministerin Diana Golze betonte anlässlich der Förderzusage: „Für die notwendige Umwandlung der unverzichtbaren Landkrankenhäuser in ambulant-stationäre Gesundheitszentren in Flächenländern wie Brandenburg ist diese Maßnahme in Templin ein wichtiges Pilotprojekt. Es nutzt den Patientinnen und Patienten und trägt ebenso zur Zukunftssicherung des Krankenhaus-Standortes bei.“.

Alexandra Bodemer

Das Gutachten „Intersektorale Gesundheitszentren – ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte“ ist hier zu finden: www.kbv.de/html/igz-gutachten.php



DREI FRAGEN AN ... PROF. ANDREAS SCHMID

PROFESSOR FÜR GESUNDHEITSMANAGEMENT AN DER UNIVERSITÄT BAYREUTH

Sie haben das Konzept der Intersektoralen Gesundheitszentren (IGZ) als neue Versorgungsform entwickelt. Welche Krankenhäuser kommen für die Umwandlung in ein IGZ infrage?

Das vorliegende Konzept adressiert Fälle von kleinen Krankenhäusern in dünn besiedelten Regionen, die aufgrund ihrer strukturellen Merkmale sowohl ökonomisch vor großen Herausforderungen stehen, also auch Mühe haben, den steigenden Qualitätsanforderungen gerecht zu werden. Der typische Kandidat für eine Transformation in ein IGZ hat in unserer Analyse 50 bis 150 Betten und deckt die übliche Grundversorgung ab. Darüber hinaus sind aber sicherlich auch weitere Anwendungskontexte denkbar, die im Gutachten allerdings nicht explizit adressiert wurden.

Warum wären IGZ die Lösung aktueller Versorgungsprobleme?

Es gibt viele Fälle, in denen die bereits erwähnten Krankenhäuser keine Zukunft haben. Statt diese Häuser zu schließen, werden die häufig notwendigen (politischen) Entscheidungen aufgeschoben, wodurch in den Einrichtungen selbst sowie in der Region Unsicherheit und Unzufriedenheit wachsen. Dabei werden die Standorte mehr und mehr ausgeblutet und kämpfen mit weiteren Problemen, wie einer mangelnden Attraktivität für ärztliches Personal. Dadurch können diese Einrichtungen häufig den eigentlichen Bedarf der lokalen Bevölkerung an einer hochwertigen stationären Versorgung nur noch eingeschränkt abdecken. Die Patienten wären in einem geringfügig weiter entfernten, größeren Krankenhaus besser aufgehoben. Darüber hinaus gibt es generell eine Versorgungslücke für Patienten, die nicht rein ambulant versorgt werden können, aber eigentlich auch kein Krankenhaus benötigen. Wir haben den Bedarf in den typischerweise betroffenen Regionen analysiert und sind zum Ergebnis gekommen, dass das IGZ diese Lücke schließen könnte. In der bettenführenden Einheit kann eine qualifizierte medizinische Überwachung und Betreuung wohnortnah erfolgen, schwerere Fälle werden in einem dafür adäquat ausgestatteten Krankenhaus versorgt.

Welche Voraussetzungen (rechtliche etc.) müssen erfüllt werden, um IGZ in die Fläche zu bringen?

Ziel war es, ein auch unter den derzeitigen Bedingungen tragfähiges Konzept zu erarbeiten. Da der intersektorale Raum aber in den existierenden sektoralen Vergütungsmodellen nicht abgebildet ist, müssen wir uns zunächst mit einer selektivvertraglichen Lösung behelfen. Diese eröffnet Flexibilität in der Ausgestaltung, geht aber auch mit entsprechend hohen Transaktionskosten einher. Es wäre wünschenswert, hier eine einheitliche Blaupause zu schaffen, die dennoch hinreichend offen ist, um auf lokale Besonderheiten eingehen zu können. Im Gutachten haben wir weitere kritische Punkte diskutiert, die jedoch alle lösbar erscheinen.

AIS-Anforderungen definiert

Ende Oktober hat das Bundesgesundheitsministerium einen Entwurf zur Rechtsverordnung über die künftigen Anforderungen an das sogenannte Arztinformationssystem (AIS) vorgelegt. Der Entwurf sieht unter anderem vor, welche Mindestangaben zu nutzenbewerteten Arzneimitteln in der Praxissoftware enthalten sein müssen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Bundesärztekammer (BÄK) und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) begrüßen den Entwurf grundsätzlich, mahnen jedoch an, dass die ausgewählten Informationen praxisrelevant sein müssen und den Arzt bei der Therapieentscheidung unterstützen sollen. KBV, BÄK und AkdÄ fordern mit Blick auf die Intersektoralität im Gesundheitswesen außerdem eine Ausweitung in den stationären Bereich: Krankenhausinformationssysteme und AIS sollten kompatibel sein, auch im Hinblick auf das Entlassmanagement. Eine einheitliche Schnittstelle sollte Praxen zudem den Wechsel zwischen verschiedenen Anbietern von AIS ermöglichen. Die KBV mahnt zusätzlich an, dass das AIS nicht in Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung Anwendung finden darf – die Einschätzung des individuellen Nutzens eines Arzneimittels obliege dem Arzt. *(tab)*

Pflegepersonalstärkungsgesetz beschlossen

Am 9. November hat der Bundestag das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) verabschiedet. Darin werden Pflegepersonaluntergrenzen in Kliniken festgelegt sowie der Ausbau der Videosprechstunde und die Entwicklung von Standards zum Datenaustausch zwischen Pflegeeinrichtungen und Vertragsärzten beschlossen. Außerdem wird geregelt, dass Kassenärztliche Vereinigungen bei Bedarf Verträge zwischen Pflegeeinrichtungen und Vertragsärzten vermitteln müssen. Durch einen Änderungsantrag zum PpSG gab es für Vertragsärzte und -psychotherapeuten außerdem eine Verlängerung der Bestellfrist technischer Komponenten für den Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI). Bis zum 31. März 2019 haben die Niedergelassenen nun Zeit, die nötige Technik wie Konnektor und Kartenterminal verbindlich zu bestellen. Vor der Änderung war der 31. Dezember 2018 hierfür Stichtag. An der Vorgabe, ab wann der technische Anschluss vorhanden sein muss, hat sich indes nichts geändert: Dieser muss bis zum 30. Juni erfolgt sein. Ärzten, die diese Frist nicht einhalten, droht ab dem dritten Quartal (ab 1. Juli 2019) eine Honorarkürzung von einem Prozent. *(tab)*

Immer mehr Ärzte bilden Nachwuchs aus

Immer mehr niedergelassene Ärzte bilden in ihrer Praxis junge Mediziner zum Facharzt aus. Das zeigt eine neue Erhebung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Demnach haben im Jahr 2017 mehr als 11.000 Vertragsärzte einen sogenannten Weiterbildungsassistenten beschäftigt. Das sind rund 1.900 mehr als im Jahr 2015. Im Zeitraum zwischen 2015 und 2017 stieg die Zahl der aktiven Weiterbilder in der allgemeinmedizinischen Versorgung von 4.834 auf 5.811, in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung von 2.786 auf 3.328. Die höchsten Zuwachsraten sind bei den Augen- sowie den Kinder- und Jugendärzten zu verzeichnen. Hinzu kommen die Weiterbildungsstellen in den spezialisierten Fachrichtungen, etwa Anästhesie oder Nuklearmedizin. Das vor drei Jahren mit dem Versorgungsstärkungsgesetz im Fünften Sozialgesetzbuch verankerte erweiterte „Förderprogramm Weiterbildung“ zeigt demnach Wirkung. Mit dem Programm wurde unter anderem die Zahl der Förderplätze angehoben und der monatliche Förderbetrag von 3.500 auf 4.800 Euro erhöht. *(abo)*

Reger Austausch auf Praxisnetzgipfel

Ende November hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen „Praxisnetzgipfel“ in Berlin veranstaltet. Anlass war das fünfjährige Bestehen der Rahmenvorgabe Praxisnetze, welche die gesetzliche Grundlage zur Anerkennung von Praxisnetzen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bildet. Mittlerweile engagieren sich 6.000 Ärzte in 72 Netzen, die unter anderem dem kollegialen Austausch, der Prozessoptimierung und der Kooperation mit anderen Fachärzten dienen. Die Netze können durch die jeweilige KV finanziell gefördert werden, wenn sie bestimmte Struktur- und Qualitätsanforderungen erfüllen. Auf dem Praxisnetzgipfel standen die Entwicklung und die Perspektiven der Praxisnetze im Fokus. Die Ergebnisse werden in das Weiterentwicklungskonzept der KBV aufgenommen. *(tab)*

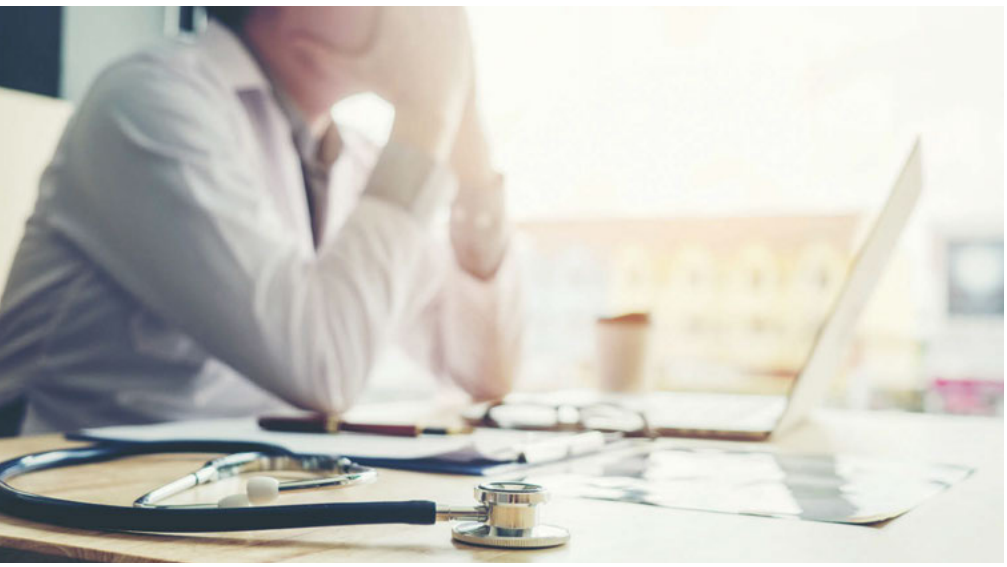
Zufriedenheit trotz steigender Belastung

Der aktuelle Ärztemonitor verdeutlicht, Ärzte und Psychotherapeuten sind motiviert und engagieren sich für ihre Patienten. Die Umfrage zeigt aber auch einen Wandel: Immer mehr Ärzte sind angestellt tätig, die verfügbare Arbeitszeit sinkt.

Bereits zum vierten Mal haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow-Bund) den Ärztemonitor in Auftrag gegeben. Die Umfrage führte das Institut für angewandte Sozialforschung (infas) durch. Mit rund 11.000 Telefoninterviews ist sie die größte repräsentative Erhebung unter niedergelassenen und angestellt ambulant tätigen Ärzten und Psychotherapeuten in Deutschland.

Sinkende Wochenarbeitszeit

In der aktuellen Studie setzt sich ein Trend der vergangenen Erhebungen fort. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit ist von 56,4 Stunden (2012) auf aktuell 51,1 Stunden gesunken. Niedergelassene Ärzte arbeiten mit 53,3 Stunden pro Woche mehr als zehn Stunden länger als ihre angestellten Kollegen. „Das ist immer noch viel, verglichen mit einem normalen Büroangestellten, aber es ist immerhin ein Rückgang von mehr als zehn Prozent in nur sechs Jahren. Hierfür gibt es mehrere Gründe. Es mag beispielsweise daran liegen, dass die Neigung zur Selbstausbeutung auch unter Ärzten heutzutage nicht mehr so ausgeprägt ist wie noch vor zwanzig Jahren," sagte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, bei der Vorstellung des Ärztemonitors in Berlin. Die generell sinkende Wochenarbeitszeit kommt aber auch dadurch zustande, dass es immer mehr ambulant tätige Ärzte in Anstellung gibt, für die entsprechende Arbeitszeitgesetze gelten. „Wenn wir uns die bundesweiten Entwicklungen anschauen, dann haben wir vor zehn Jahren gerade einmal 5.500 angestellte Ärzte in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren und ähnlichen Einrichtungen gehabt. Das waren quasi Exoten. Mittlerweile haben wir 32.000, Tendenz steigend", führte der KBV-Chef aus. Mit angestellten Medizinern den Ärztemangel zu bekämpfen sei „nicht besonders schlau", so Gassen. Die durch Arbeitszeitgesetze gedeckelte niedrigere Wochenarbeitszeit führe dazu, dass rund 20 bis 25 Prozent mehr Kollegen benötigt würden, um die Versorgung auf dem derzeitigen Level zu halten.



Gleichzeitig greift die Politik mit immer mehr Vorgaben, zuletzt dem neuen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), immer stärker in die Praxisorganisation und damit in die freie Berufsausübung niedergelassener Ärzte ein. „Die ärztliche Freiberuflichkeit und Selbständigkeit sind das zentrale Element der Leistungsfähigkeit des ambulanten Bereiches. Dass der Arzt nur dem Patienten verpflichtet und nicht von Weisungen Dritter abhängig ist, ist eine der Säulen unseres Gesundheitssystems", so Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender des NAV-Virchow Bundes.

Burnout-Gefahr steigt

Die Forscher von infas fragten die Ärzte und Psychotherapeuten nach verschiedenen Aspekten ihrer beruflichen Tätigkeit. Rund 90 Prozent der Ärzte und 97 Prozent der Psychotherapeuten sind zufrieden mit ihrem Beruf, 99 Prozent der Befragten beider Gruppen empfinden ihre Arbeit als nützlich und sinnvoll. Allerdings gibt es auch hier Schattenseiten: Ein Drittel der Ärzte und mehr als ein Sechstel der Psychotherapeuten gaben an, von ihrer Arbeit ausgebrannt zu sein. Des Weiteren gaben 57 Prozent der Ärzte und 32 Prozent der Psychotherapeuten an, für die Behandlung von Patienten nicht genügend Zeit zu haben. So müssen Ärzte 7,4 Stunden und Psychotherapeuten sieben Stunden pro Woche für Verwaltungsarbeit, also Bürokratie aufbringen. „Damit nicht genug, kurbelt der Gesetzgeber nun auch noch künstlich die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen an, Stichworte offene Sprechstunden und Terminservicestellen. Statt dafür zu sorgen, die Nachfrage zu reduzieren oder zumindest sinnvoll zu kanalisieren, wird das Scheunentor, beziehungsweise die Praxistür, richtig weit geöffnet. Noch

mehr Patienten, noch weniger Zeit für den Einzelnen, geschweige denn die wirklich Kranken“ kommentierte Gassen.

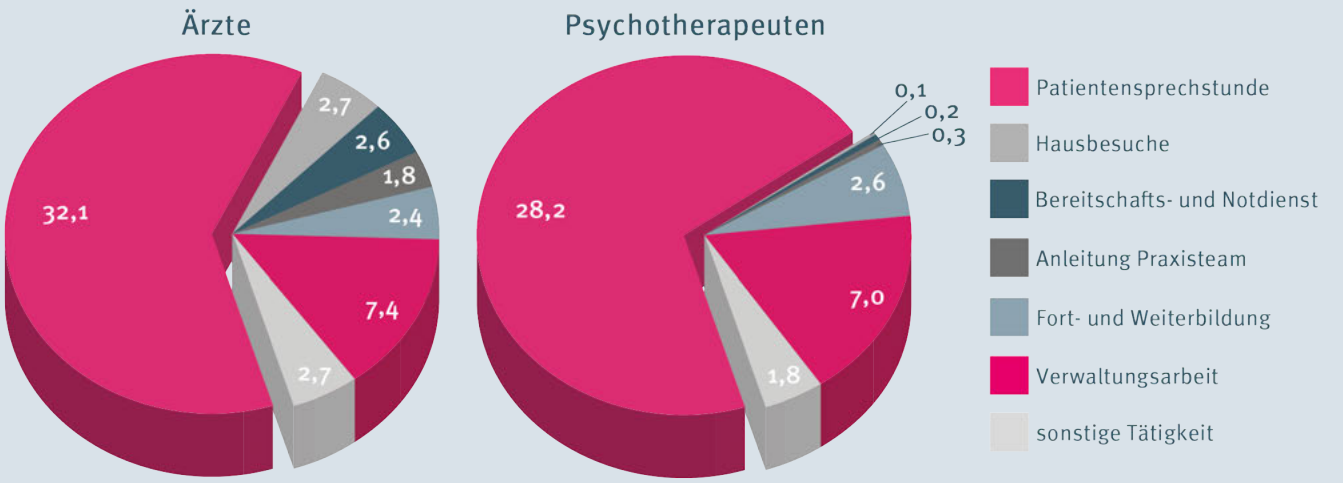
Sonderthema Gewalt

Der Ärztemonitor liefert erstmalig auch Zahlen zu dem Thema Gewalt gegenüber Ärzten. Demnach sprachen fast 40 Prozent der Ärzte und mehr als 20 Prozent der Psychotherapeuten davon, in den vergangenen zwölf Monaten verbale Übergriffe in der Praxis erlebt zu haben. Annähernd jeder vierte Arzt hat darüber hinaus in seiner beruflichen Laufbahn Erfahrungen mit körperlicher Gewalt oder psychischer Bedrohung machen müssen. Vier Prozent gaben sogar an, in den vergangenen zwölf Monaten körperliche Gewalt in der Praxis erlebt zu haben. Auch Heinrich gehört dazu: „Ein Patient stand hinter dem Tresen und ist einfach auf mich losgegangen. Gerettet wurde ich damals von zwei Patienten aus dem Wartezimmer. Wenn Sie das erlebt haben, dann sind Sie traumatisiert.“ Für Wochen sei dieser Vorfall Thema in der Praxis gewesen. Der NAV-Virchow-Bund fordert, den Straftatbestand „Widerstand gegen oder tätlicher Angriff auf Personen, die Vollstreckungsbeamten gleichstehen“ zu erweitern und Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis mit aufzunehmen.

Tom Funke

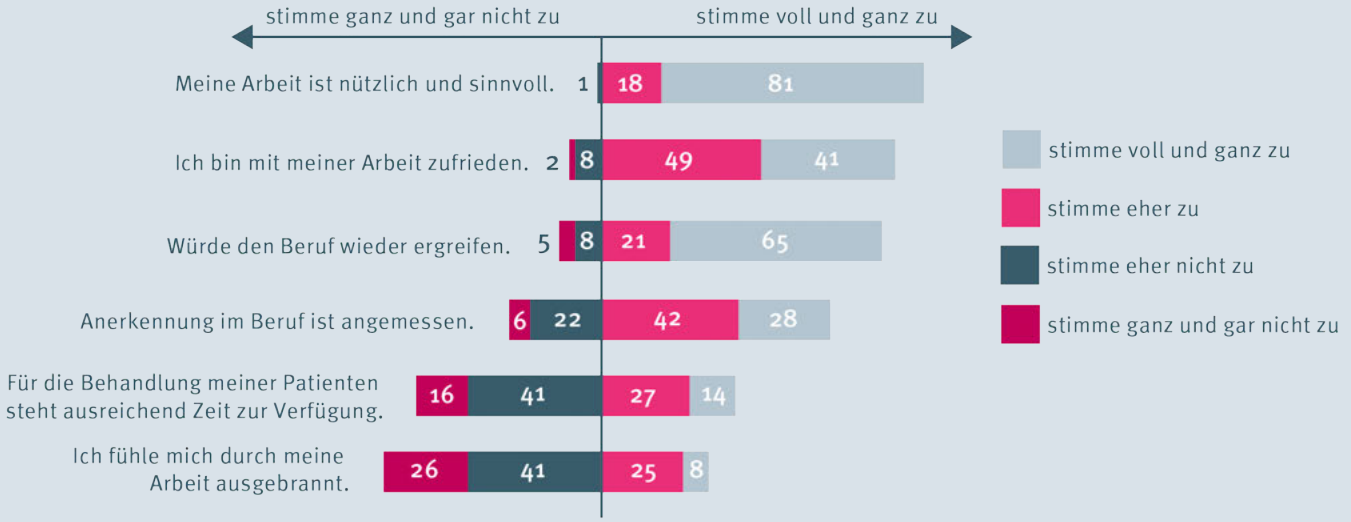
Weitere Informationen sowie Zahlen finden Sie unter: www.kbv.de/html/aerztemonitor.php

AUFTEILUNG DER WOCHENARBEITSZEIT IN STUNDEN: PATIENTENSPRECHSTUNDE UND VERWALTUNGSARBEIT MIT GRÖSSTEM ANTEIL



Angaben von Mittelwerten; n=8.389 (Ärzte); n=2.709 (Psychotherapeuten)

EINSCHÄTZUNG ZUR BERUFLICHEN TÄTIGKEIT: HOHE ZUFRIEDENHEIT, ABER ZU WENIG ZEIT FÜR PATIENTEN



Angaben in Prozent; n=8.389; an 100 % Fehlende: weiß nicht/trifft nicht zu, arbeite nicht mit Patienten

Quelle: Ärztemonitor 2018, KBV

Diskussionen um psychotherapeutische Versorgung

Ein Vorschlag im Regierungsentwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sorgt für Unruhe bei Psychotherapeuten. Er sieht eine gesteuerte Zuweisung von Patienten durch eine vorgeschaltete Stelle vor. Dabei sollen Dringlichkeit und Indikation der psychisch kranken Patienten geprüft werden.

Das Stufen-Modell, so erhofft sich die Bundesregierung, soll Wartezeiten verkürzen, Kosten senken und Krankheitsverläufe verbessern. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist angewiesen, eine entsprechende Richtlinie für diese gestufte Versorgung auszugestalten.

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hatte sich mit einer Resolution gegen das geplante Modell ausgesprochen. Auf großes Unverständnis stößt der Vorschlag auch bei den vier großen Fach- und Berufsverbänden der Psychotherapeuten. Neue Hürden würden entstehen, statt Erleichterungen zu schaffen, äußern sich der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp), die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV), die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) und die Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (VAKJP) in einer gemeinsamen Erklärung. Die Delegierten des 33. Deutschen Psychotherapeutentages (DPT) forderten die ersatzlose Streichung der neu geplanten Regelung. Eine Petition des bvvp, der DPtV und der VAKJP findet derweil große Unterstützung. Bereits vor Zeichnungsende erhielt die Petition die nötigen 50.000 Stimmen, die eine öffentliche Beratung im Petitionsausschuss des Bundestages ermöglichen.

Zustimmung erhalten die Gegner des Gesetzentwurfs vom Bundesrat. In seiner Stellungnahme vom 23. November 2018 hat dieser die Pläne der Bundesregierung abgelehnt. Offen bleibt, ob der Gesetzesentwurf Nr. 51b (Paragraf 92 Fünftes Sozialgesetzbuch) in das TSVG aufgenommen wird. Dies entscheidet letztlich der Deutsche Bundestag.

Große Hemmschwelle für Patienten

Für die Patienten entstünde durch die Gesetzesänderung eine noch größere Hemmschwelle, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das Vorhaben der Regierung führe zur Diskriminierung der Patienten, argumentiert die VV der KBV. So müssten Patienten längere Versorgungswege durchlaufen, da zunächst der nötige Behandlungsbedarf geprüft würde. Anschließend müssten sie bei einem zugewiesenen Therapeuten vorstellig werden. Dieser Prozess führe dazu, dass sich psychisch labile Menschen mehreren Personen öffnen und anvertrauen müssten. Dies stellt für psychisch erkrankte Menschen oft ein großes Hemmnis dar.

Bisherige Neuerungen wirken lassen

Bereits 2017 hatte es eine Neuordnung in der psychotherapeutischen Versorgung gegeben. Die Ergebnisse dieser Maßnahme müssten zunächst abgewartet werden, bevor durch neue Verordnungen die Entwicklungen der vergangenen Jahre zerstört würden, plädiert die VV der KBV in ihrer Resolution.

Birte Christophers

Zeit für Patienten statt für Papier

Der Bürokratieindex 2018 zeigt, dass die Belastung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten weiter zunimmt. Hauptgrund ist die insgesamt gestiegene Anzahl von Informationspflichten, besonders im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel. Die KBV möchte der Entwicklung entgegenwirken und fordert unter anderem ein verbindliches Abbauziel.

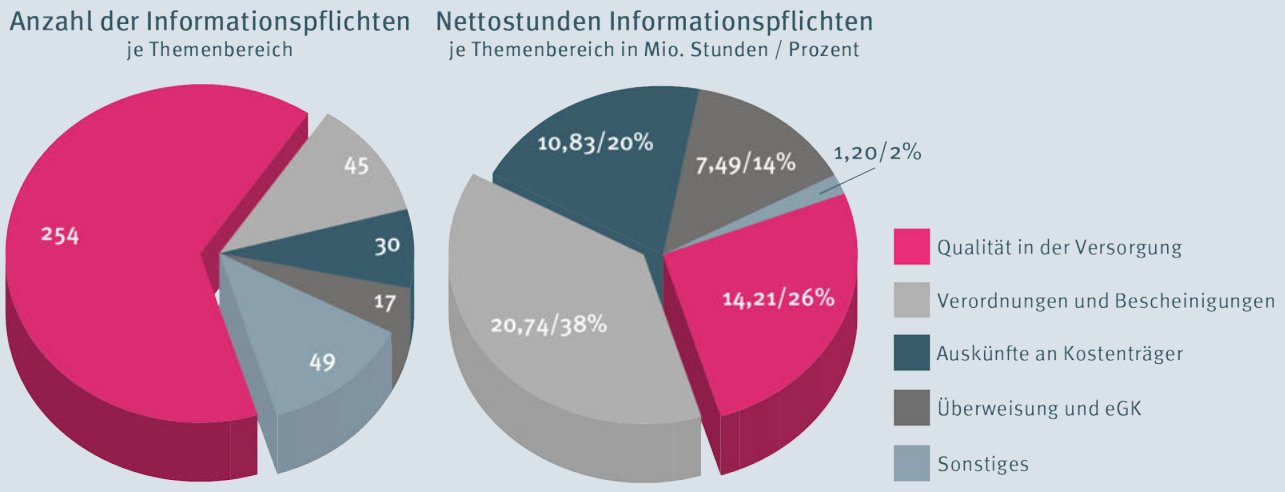
Die Bürokratielasten für Ärzte und Psychotherapeuten sind im Vergleich zum Vorjahr um 0,6 Prozent gestiegen – demnach müssen die Niedergelassenen knapp 323.000 Stunden mehr Zeit für Verwaltungstätigkeiten aufwenden als noch 2017. Das ist ein Ergebnis des Bürokratieindex' für die vertragsärztliche Versorgung (BIX), einer Untersuchung, die seit 2016 von der KBV beauftragt und von der Fachhochschule des Mittelstandes (FHM) durchgeführt wird. Der BIX erhebt, wie viel Zeit niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten für Verwaltungsarbeit aufwenden. Er orientiert sich methodisch am Bürokratiekostenindex des Statistischen Bundesamtes, der die Bürokratiebelastung der Wirtschaft durch bundesgesetzliche Vorgaben beziffern und so greifbarer machen möchte.

Insgesamt 54,49 Millionen Nettoarbeitsstunden verbringen die Niedergelassenen aktuell mit Büroarbeit. Gerechnet auf die einzelne Praxis sind das 60 Tage im Jahr beziehungsweise 7,4 Stunden pro Woche. Das entspricht fast einem ganzen Arbeitstag. „Der BIX erfasst dabei allerdings nur die Zeit, die für Informationspflichten der gemeinsamen Selbstverwaltung aufgewandt werden muss. Die Belastung wäre also noch deutlich höher, wenn etwa bundesgesetzliche Regelungen oder solche auf regionaler und kommunaler Ebene mit einbezogen würden", erklärt Prof. Volker Wittberg von der FHM, Leiter des Nationalen Zentrums für Bürokratiekostenabbau.

„Wenn man ein Formular abschafft, kommt das nächste"

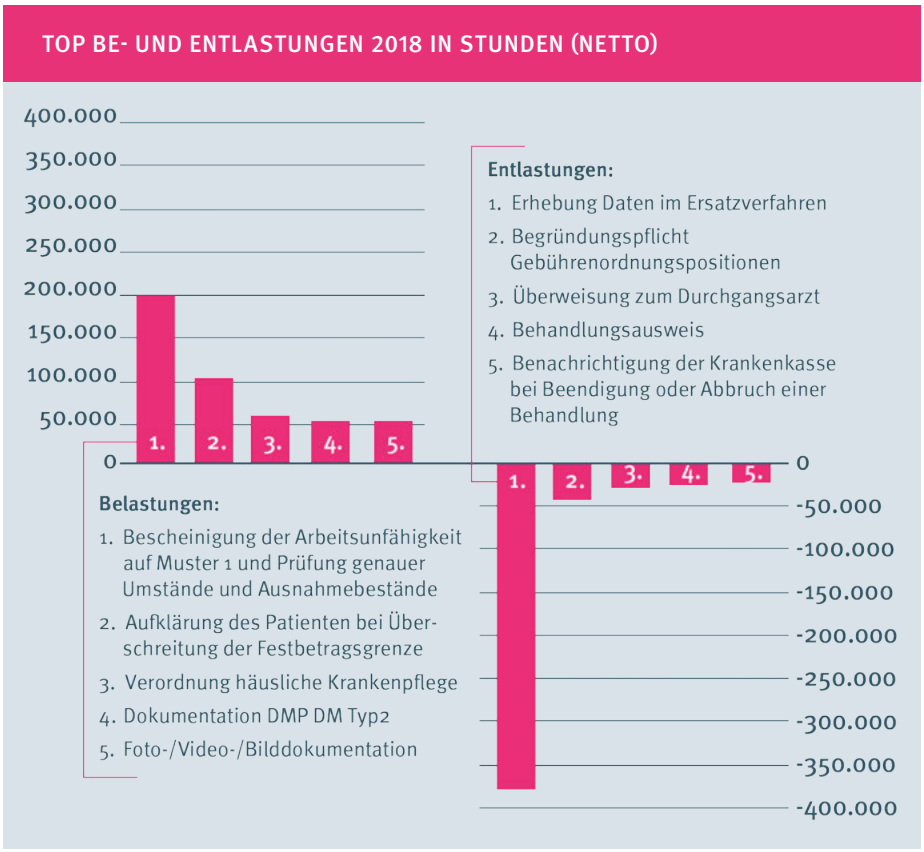
Dabei gab es durchaus Entlastungen im Dokumentendschungel, so beispielsweise bei der Erhebung von Patientendaten wie Name und Adresse. Eine aktuelle elektronische Gesundheitskarte macht das Erfassen der Daten per Hand, das sogenannte Ersatzverfahren, etwa bei einem neu aufgesuchten Arzt, überflüssig. Insgesamt werden dadurch mehr als 350.000 Arbeitsstunden gespart. Erleichterungen gab es auch durch den Wegfall der „Überweisung zum Durchgangsarzt" und des „Behandlungsausweises" für Opiatabhängige. Es gab daher auch Lob vom Nationalen Normenkontrollrat ›

INFORMATIONSPFLICHTEN JE THEMENBEREICH 2018
Nicht erfasst werden einmalige Informationspflichten



Die Grafik zeigt, welche Informationspflichten der gemeinsamen Selbstverwaltung die Ärzte und Psychotherapeuten am meisten Zeit kosten.

Quelle: Bürokratieindex 2018, KBV



Obgleich der Zeitaufwand für die Erhebung von Patientendaten im sogenannten Ersatzverfahren in den Praxen stark gesunken ist, ist der zeitliche Aufwand für bürokratische Pflichten insgesamt gestiegen.

(NKR): Er bescheinigt den Trägern der Selbstverwaltung in seinem aktuellen Bericht, dass es mit dem Bürokratieabbau im Gesundheitswesen vorangehe.

„Ich habe das Gefühl: Wenn man ein Formular abschafft, kommen zwei neue. Uns wäre lieber: Zwei abgeschafft und es kommt trotzdem nur noch eins dazu", schildert KBV-Vorstandmitglied Dr. Thomas Kriedel die Situation. Die Entlastungen reichen nicht aus, um die steigende Zahl von Informationspflichten zu kompensieren. Diese resultieren vor allem aus einem Anstieg der Behandlungsfallzahlen aufgrund des demografischen Wandels. Mehr ältere und chronisch Kranke führen zu einem höheren Betreuungs- und damit auch Verwaltungsaufwand in den Praxen: Neben der allgemeinen Patientendokumentation und dem Datenaustausch mit Kollegen sind es vor allem die Verordnungen für häusliche Krankenpflege, für Heilmittel und zur Krankenbeförderung, die Ärzte im Praxisalltag viel Zeit kosten. Für das Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) benötigen Praxen, trotz Vereinfachungen im Formular, insgesamt zirka 4,9 Millionen Arbeitsstunden – damit ist die AU unter den Top 3 zeitraubender Dokumente.

Einen Großteil bürokratischer Aufgaben können Ärzte zudem nicht an das Praxispersonal delegieren, da für die Bearbeitung ärztliche Expertise erforderlich ist. Zwei Drittel der Verwaltungsarbeit müssen die Niedergelassenen daher selbst erledigen.

Verbindliches Abbauziel erforderlich

Der demografische Wandel wird fortschreiten. Daher sei ein verbindliches Abbauziel von 25 Prozent umso dringlicher, mahnt Kriedel an. „Wir müssen im Gesundheitswesen Bürokratie abbauen – das kann die KBV nicht alleine, das können nur KBV, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam", so Kriedel.

Den Erfolg einer solchen Vorgabe zeigt das Beispiel der Bundesregierung: Diese konnte ihre Bürokratiebelastung von 2006 bis 2012 um 25 Prozent reduzieren. Würde dieses Ziel erreicht, wären mehr als 13 Millionen Stunden zusätzlich für die Versorgung gewonnen, verdeutlicht Kriedel. „Ein solcher Abbau entspricht 15 Arbeitstagen je Praxis. Zeit, die zusätzlich für die Behandlung der Patienten zur Verfügung steht. Letztlich wäre dies gleichzusetzen mit einem rechnerischen Plus von mehr als 4.000 Arztstellen, wenn man 52 Stunden als durchschnittliche Wochenarbeitszeit der Niedergelassenen zugrunde legt", führt das KBV-Vorstandsmitglied aus. „Das wäre ein großer Gewinn, gerade in Zeiten, in denen die ärztliche Arbeitszeit pro Kopf abnimmt und immer kostbarer wird."

Chancen für den Bürokratieabbau

KBV und Kassenärztliche Vereinigungen engagieren sich bereits in verschiedenen Initiativen für einen Abbau von Bürokratie, beispielsweise im Best-Practice-Forum Bürokratieabbau oder im Projekt „Mehr Zeit für die Behandlung", gemeinsam mit dem NKR und dem Bundesgesundheitsministerium. Außerdem werden in sogenannten Formularlaboren Vorschläge zur Vereinfachung von Formularen für die Praxis erarbeitet. Im September fand in der KBV in Berlin das Symposium „Bürokratieabbau im Gesundheitswesen" statt, auf dem sich Vertreter der KBV, des NKR und des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung zum Thema austauschten.

Potenzial für einen spürbaren Abbau von Bürokratie liege in der Digitalisierung – allerdings nur, wenn diese sinnvoll eingesetzt würde, meint Kriedel. „Meine Sorge ist, dass ohne Nachdenken digitalisiert wird. Wir müssen uns gemeinsam die analogen Prozesse ansehen und neu durchdenken." Klar ist: Der durch die demografische Entwicklung bedingte Trend zu mehr bürokratischem Aufwand macht einen nachhaltigen und proaktiven Bürokratieabbau unabdingbar. Nur so kann sichergestellt werden, was sich Ärzte und Psychotherapeuten wünschen: „Zeit für Patienten statt für Papier", so Kriedels Fazit.

Tabea Breidenbach

Den Bürokratieindex 2018 sowie weitere Informationen zum Thema finden Sie online: www.kbv.de/html/bix.php

Aufarbeitung der NS-Vergangenheit: „KBV übernimmt Verantwortung“

Die KBV hat die Aufarbeitung der eigenen Geschichte während des Nationalsozialismus in Auftrag gegeben. Im Rahmen des Projektes „KBV übernimmt Verantwortung“ werden erstmals die Akten der Vorgängerorganisation Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) gesichtet. Zudem erinnern KBV und Bundesärztekammer mit einer neuen Gedenktafel an die Opfer des NS-Regimes.

Die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) und die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen waren Teil der NS-Administration. Sie waren Täter, begründet Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen den Hintergrund der Aufarbeitung. Die KVD war die Vorgängerorganisation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). 1933 gegründet, war sie maßgeblich an der Entrechtung und Vertreibung der jüdischen und politisch oppositionellen Kassenärzte beteiligt. Um die Rolle der KVD genauer zu verstehen, hat die KBV-Vertreterversammlung für zunächst zwei Jahre die Finanzierung eines Projektes bewilligt, das die Rolle der KVD während der Zeit des Nazi-Terrors zwischen 1933 und 1945 untersuchen wird.

„Die wissenschaftliche Aufarbeitung der KVD-Vergangenheit ist ein elementarer Teil unseres beruflichen Selbstverständnisses“, so Gassen. Unter der Leitung von Prof. Samuel Salzborn werden am Zentrum für Antisemitismusforschung an der Technischen Universität Berlin geschätzt rund 30 Aktenmeter gesichtet und in einem sogenannten Findbuch katalogisiert. Dieses soll als Grundlage für die weitere Forschung zur Verfügung stehen. Auch ist geplant, die Ergebnisse niederschwellig einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen – etwa im Internet und auf einer Wanderausstellung.

Durch das Projekt erhoffen sich die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten Aufklärung der Vergangenheit und Impulse für ethische Fragen. Die Erinnerung an die Rolle der Ärzte bei der Verdrängung und Vertreibung jüdischer Kollegen im Nationalsozialismus soll wachgehalten werden. Deshalb kamen im Rahmen einer „Gedenkfeier der deutschen Ärzteschaft“ am 8. November neben Bundestagsvizepräsidentin Petra Pau und Gesundheitsminister Jens Spahn auch der Vizepräsident der Knesset, Yehiel Bar, sowie der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Frank-Ulrich Montgomery, und der Präsident des Weltärztebundes, Prof. Leonid Eidelman, in Berlin zusammen, um an die nationalsozialistischen Verbrechen zu erinnern. Gemeinsam mit den Vorständen der KBV, Dr. Andreas Gassen, Dr. Stephan Hofmeister und Dr. Thomas Kriedel, sowie der Vorsitzenden der KBV-Vertreterversammlung, Dr. Petra Reis-Berkowicz, weihten sie zwischen den Gebäuden der KBV und der Bundesärztekammer eine Gedenktafel ein. Sie trägt die Inschrift „Die Vergangenheit ist uns Verpflichtung für die Zukunft. Gegen Antisemitismus und Ausgrenzung. In Erinnerung an unsere jüdischen Kolleginnen und Kollegen und alle Opfer des menschenverachtenden NS-Regimes“. Alle Anwesenden waren sich einig: Die Vergangenheit sollte eine Mahnung für eine bessere Zukunft sein, die es gemeinsam zu gestalten gilt. „Wir wollen auch nach außen zeigen, dass wir als Ärzteschaft die Lehren aus der Vergangenheit ziehen: Ausgrenzung, Hass und Gewalt werden wir entschieden entgegentreten“, sagte Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV.

Tabea Breidenbach

„Rendezvous mit der Realität“

Erstmals zeigt eine repräsentative Studie, wie es in deutschen Praxen um Digitalisierung bestellt ist. Das „PraxisBarometer“ macht deutlich: Die Digitalisierung schreitet voran, es gibt jedoch noch einige Hemmnisse zu überwinden.

Digitale Anwendungen sind in vielen deutschen Praxen bereits in den Alltag integriert. Das belegt das PraxisBarometer. Die Erhebung ist die bislang umfassendste repräsentative, wissenschaftlich begleitete Befragung von Praxisinhabern zum Stand der Digitalisierung. Auftraggeber ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Durchführung oblag dem IGES Institut. Von 7.000 angefragten Praxen haben 1.764 Ärzte und Psychotherapeuten Fragen zu Praxismanagement, praxisexterner Kommunikation und der Kommunikation mit Patienten beantwortet. Außerdem machten sie Angaben, von welchen digitalen Anwendungen sie sich die größten Vorteile erhoffen und welche Chancen und Risiken sie generell in der Digitalisierung sehen.

Hoffnungen legt die Ärzteschaft demnach in elektronische Medikationspläne, digitale Notfalldatensätze oder digitale Verordnungen. Einer einrichtungsübergreifenden elektronischen Patientenakte messen 45 Prozent der Ärzte einen sehr oder eher hohen Nutzen im Hinblick auf eine verbesserte individuelle Patientenversorgung zu. Auch könnte die Kommunikation mit Krankenhäusern oder niedergelassenen Kollegen von digitalem Austausch profitieren, beispielsweise durch den elektronischen Arztbrief, befindet mehr als die Hälfte der Befragten.

Bedenken haben die Niedergelassenen allerdings, was den Schutz von Patientendaten betrifft. „Ärzte sind besonders besorgt, weil sie sich zu Recht auch als Sachwalter der berechtigten Datenschutzinteressen ihrer Patienten sehen“, erklärt KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel. So sehen die Ärzte und Psychotherapeuten in Sicherheitslücken der EDV-Systeme das größte Hemmnis für digitale Neuerungen, gefolgt von der Fehleranfälligkeit der Systeme. Dies stößt auf Verständnis bei KBV-Vorstandsvorsitzendem Dr. Andreas Gassen: „Es vergeht kaum eine Woche, in der nicht ein Unternehmen gehackt wird, das vielleicht sogar selbst im Sicherheitsbereich tätig ist.“

Mehr Zeit für Patienten?

Eine weitere Sorge der Ärzte betrifft die Zeit, die sie ihren Patienten widmen

können. 44 Prozent der Befragten haben ernsthafte Zweifel, ob sie durch die Digitalisierung wirklich Zeit bei Dokumentation und Verwaltung einsparen können. „Alle Maßnahmen im Rahmen der Digitalisierung sollten idealerweise den Arzt entlasten und Zeit schaffen, die der eigentlichen Arbeit mit den Patienten zugute kommt“, betont Gassen.

Einheitliche Standards erforderlich

Ein Angebot stößt bereits auf breite Zustimmung: Programme, die Wechselwirkungen von Medikamenten anzeigen. „60 Prozent der Hausärzte nutzen bereits auf eigene Kosten Systeme zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Das zeigt, dass die Ärzte nicht die Digitalisierungsmuffel sind, als die Politiker sie gerne stigmatisieren“, stellt Gassen klar.

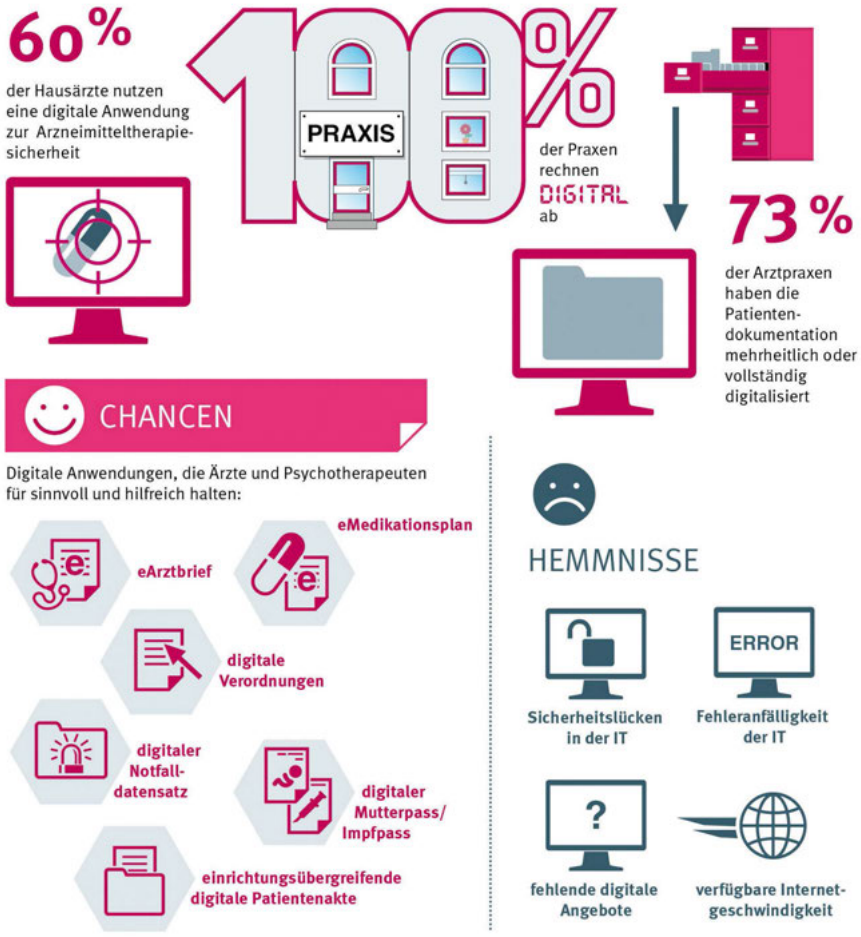
Bereits 73 Prozent der befragten Arztpraxen haben die Patientendokumentation mehrheitlich oder vollständig digitalisiert. 75 Prozent der großen, meist interdisziplinär besetzten Praxen nutzen zudem Programme für die Raumplanung und Gerätenutzung. „Die Industrie muss den Praxen sichere, funktionale und bezahlbare Lösungen bieten, so können auch Skeptiker überzeugt werden“, fordert Gassen. In 74 Prozent der Arztpraxen gibt es medizinische Geräte mit digitalen Schnittstellen, doch nur in 62 Prozent dieser Praxen können die Geräte mehrheitlich mit dem Praxisverwaltungssystem verbunden werden. „Das ist weit weg vom Idealzustand“, so Kriedel. Auch zwischen Praxen untereinander sowie intersektoral zwischen Praxis und Klinik funktioniert der Datenaustausch aufgrund der fehlenden Interoperabilität nur eingeschränkt. Ausnahme hierbei bildet die Übertragung von Labordaten zwischen Praxen. Rund 86 Prozent der Hausärzte empfangen Laborwerte digital. Dafür gibt es einen definierten Austauschstandard, für andere Bereiche hingegen nicht. „Hier muss Deutschland besser werden“, sagt Kriedel. „Wir als KBV fordern deshalb die Richtlinienkompetenz, um die medizinischen Inhalte für den Datenaustausch festlegen zu dürfen.“

Forderungen an die Politik

Einheitliche Standards und eine gesetzgeberische Normierung sind Voraussetzung für Digitalisierung. „Stellen Sie sich vor: Sie haben ein Formular online ausgefüllt und dann schicken Sie es zum Drucker statt zum Kollegen. Der Arzt möchte gerne digitaler arbeiten, kann es aber nicht – daraus resultieren Forderungen an die Politik“, so Kriedel. Weitere Herausforderungen sieht das KBV-Vorstandsmitglied daher in den Voraussetzungen, die als Grundlage für digitale Neuerungen vorhanden sein müssten. Es mache wenig Sinn, eine Praxis digital auf den neuesten Stand zu bringen, wenn der Breitbandausbau in einigen Regionen nicht vorangehe. Es könne auch nicht sein, dass die engagierten Ärzte und Psychotherapeuten auf dem zeitlichen Aufwand und den personellen Kosten der Digitalisierungsmaßnahmen sitzen bleiben, während andere Organisationen im Gesundheitswesen die Digitalisierungsaufwände mit extra Mitteln bestreiten, meint Kriedel. Der Wille der Ärzte zur Digitalisierung müsse finanziell unterstützt werden. Zudem sei es dringend erforderlich, formale Hürden zu hinterfragen: So würden Krankenkassen aktuell bei einer Vielzahl an Dokumenten auf der qualifizierten elektronischen Signatur mittels elektronischem Heilberufsausweis bestehen. „Aus unserer Sicht ist eine solche Signatur jedoch nur in bestimmten Fällen zwingend erforderlich. Hier würden wir uns mehr Pragmatismus auf Seiten der Krankenkassen, aber auch des Gesetzgebers wünschen“, erläutert Kriedel. Gassens Fazit: „Die Digitalisierung braucht in vielerlei Hinsicht noch ein Rendezvous mit der Realität.“

Tabea Breidenbach

SO DIGITAL SIND DIE PRAXEN



Quelle: PraxisBarometer Digitalisierung, KBV

Weitere Informationen sowie alle Ergebnisse aus dem PraxisBarometer Digitalisierung gibt es online: www.kbv.de/html/praxisbarometer.php

INTERVIEW

„Wir wollen Interessenkonflikte lösen“

Seit dem Sommer ist Dr. Monika Lelgemann unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). In ihrem ersten Interview in dieser Funktion spricht sie über das Bohren dicker Bretter, Interessenvertretung sowie die Reaktion ärztlicher Kollegen auf ihren Job.

Sie bilden seit Juli zusammen mit Prof. Dr. Elisabeth Pott und dem wiederberufenen Prof. Josef Hecken das Führungstrio des G-BA. Was sind Ihre Eindrücke der ersten Monate?

Mein Eindruck ist, dass ich sowohl fachlich als auch persönlich sehr gut „gelandet“ bin. Wir haben als Unparteiische das Interesse, über die verschiedenen Themen hinweg eine gemeinsame Linie zu ziehen. Die Zusammenarbeit mit den Vertretern der Träger- und der Patientenorganisationen ist sehr gut und vertrauensvoll, genauso wie mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle.

Der G-BA bestimmt, welche Leistungen die Versicherten von ihrer Krankenkasse bezahlt bekommen, die Patienten selbst haben aber kein Stimmrecht. Wie erklären Sie das einem Außenstehenden?

Das Fünfte Sozialgesetzbuch regelt, wie der G-BA zusammengesetzt ist und welche Beteiligungsrechte es gibt. Die Rolle der Patientenvertretung ist auch ohne Stimmrecht sehr wichtig und stark. Das gilt besonders für den Unterausschuss Methodenbewertung. Die Patientenvertreter haben ein Antragsrecht. Indem sie dieses wahrnehmen, sind sie maßgeblich an der Themensetzung beteiligt. Aus meiner Sicht haben sie damit eine entscheidende Stellschraube in der Hand. Insofern gibt es zwei Seiten: Sie haben zwar kein Stimmrecht, aber wichtige Einflussmöglichkeiten. Auch die Pflege und andere Gesundheitsfachberufe sind an vielen Beratungsprozessen beteiligt, zum Beispiel im Unterausschuss Qualitätssicherung. Gerade hatten wir eine Anhörung zur Änderung des Heilmittelkataloges, bei der die Gesundheitsfachberufe sehr überzeugend ihre Positionen dargestellt haben.

Beim G-BA müssen Sie sich in langen Sitzungen mit sehr komplexen Themen und unterschiedlichen Interessen befassen. Sagt Ihnen dieses Bohren dicker Bretter zu?

„Durch ihr Antragsrecht haben die Patientenvertreter eine wesentliche Stellschraube in der Hand“

Lange Sitzungen können ja auch Ausdruck eines konstruktiven Bemühens um ein gutes Ergebnis sein. Insbesondere dann, wenn wir keine eindeutige Datenlage haben. Das ist vielleicht manchmal etwas ermüdend, aber es geht schließlich darum, eine richtige Entscheidung im Sinne der Patientinnen und Patienten zu treffen. Um es an einem Beispiel festzumachen: Wir haben gerade ein zähes Ringen um den Einsatz von Biomarker-Tests beim Mammakarzinom. Der Beschluss wird große Auswirkungen auf Therapieentscheidungen haben. Da ist es nicht so einfach, den richtigen Weg zu finden. Dann muss man halt länger „bohren“.

Sehen Sie Ihre Rolle eher als Moderatorin oder bringen Sie sich fachlich ein?

Ich sehe meine Rolle nicht nur als Moderatorin. Wir bearbeiten ein weites Themenspektrum in den Unterausschüssen. Sehr hilfreich ist für mich meine Expertise in der evidenzbasierten Medizin und der Studienbewertung. Vor allem geht es als Unparteiische aber darum, den Blick „von oben“ zu bewahren, um zu identifizieren, wo es hakt und was es braucht, um zu einer konsensfähigen Lösung zu kommen.

Dem G-BA wird immer wieder mangelnde demokratische Legitimation vorgeworfen. Was sagen Sie dazu?

Die Frage der Legitimation ist so alt wie der G-BA selbst. Bisher ist er seinen Aufgaben gut gewachsen – es werden von Jahr zu Jahr mehr an ihn delegiert. Ich sehe kein alternatives Modell. Natürlich stehen wir immer in der Pflicht, zu beweisen, dass wir selbstkritisch und flexibel genug sind, mit neuen Anforderungen umzugehen. Es ist jedenfalls richtig, dass der G-BA abseits von politischen Interessenlagen sachgerechte Versorgungsentscheidungen trifft. Und er steht ja unter der Rechtsaufsicht des Bundesgesundheitsministeriums.

Gibt es etwas, was Sie gerne anders machen würden?

Wir müssen uns neuen Herausforderungen stellen, vor allem im Bereich Methodenbewertung. Das Thema Digitalisierung – Stichwort Medizin-Apps – steht vor der Tür. Die Frage ist, wie wir damit so umgehen, dass Patientinnen und Patienten das bekommen, was sie für eine gute Behandlung brauchen. Gleichzeitig müssen wir sie vor Anwendungen schützen, die sie gefährden oder unnötig sind. Dafür ist zu prüfen, ob und wie die Verfahren im G-BA angepasst werden sollten.

Sie sehen den G-BA auch in der Rolle einer Schutzmacht?

Unbedingt. Und zwar im Sinne eines Schutzes vor unmittelbaren Behandlungsrisiken für den Einzelnen, aber auch Schutz des solidarischen Krankenversicherungssystems vor unnützen Ausgaben. Allerdings: Wir wissen alle, dass es viele Möglichkeiten gibt, sogenannte Innovationen auch am G-BA vorbei in das System zu bringen. Leider.

Was braucht der G-BA aus Ihrer Sicht um gut gerüstet zu sein für die Zukunft?

Vor allem braucht er das Vertrauen der Politik. Dann kann man sich über Kritik im Einzelnen austauschen. Und er braucht auch das klare Bekenntnis der Trägerorganisationen zum G-BA. Ohne das wird es schwierig.

Würden Sie das bitte näher erläutern?

Es ist das legitime Interesse einer Trägerorganisation, Themen durchsetzen zu wollen. Oder auch auf der anderen Seite Themen zu verhindern, weil das der Interessenvertretung entspricht. Es gehört dazu, dass man auf Sach- und Fachebene gelegentlich diametral entgegengesetzte Auffassungen zu vertreten hat. Aber die gemeinsame Grundlage „Wir wollen diese Institution und wir wollen Interessenkonflikte ausgleichen und lösen“ muss am Ende über allem stehen.

Was wünschen Sie sich persönlich für die kommenden fünfeinhalb Jahre Ihrer Amtsperiode?

Ich wünsche mir, dass es uns gelingt unter Beweis zu stellen, dass wir auch für neue Themen, insbesondere im Bereich der nichtmedikamentösen Verfahren, gut aufgestellt sind. Ich denke da an Themen wie Telemedizin und E-Health. Um die Digitalisierung gibt es zurzeit einen großen Hype. Ich glaube, hier sind Sortierung, Kategorisierung und Rationalität in der Debatte gefragt. Außerdem wünsche ich mir, dass es uns gelingt, mehr Kenntnis über den G-BA zu vermitteln. In meinem Bekanntenkreis habe ich viele Ärzte. Als ich gesagt habe, ich gehe zum G-BA, war die übliche Frage: Was ist das denn? Ich wünsche mit, dass die Systemkenntnis bei den Kollegen größer wird, aber auch, dass die Öffentlichkeit uns noch mehr wahrnimmt. Die Kommunikation beim Thema Bluttest zur Trisomie 21 im Rahmen der Pränataldiagnostik war hierfür ein gelungenes Beispiel. Wir haben mitunter schwierige Entscheidungen zu treffen, bei denen nicht nur Studien, sondern auch Werte und persönliche Präferenzen eine Rolle spielen. Das können wir gar nicht alleine schultern. Über solche Themen muss es gegebenenfalls auch eine öffentliche und parlamentarische Debatte geben.

Die Fragen stellte Alexandra Bodemer.

Dr. Monika Lelgemann MSc (Jahrgang 1959) ist Fachärztin für Anästhesie und klinische Epidemiologin. Sie ist Gründungsmitglied des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin und war von 2011 bis 2013 dessen Erste Vorsitzende. Seit Juli 2018 ist sie unparteiisches Mitglied des G-BA. Dort ist sie Vorsitzende der Unterausschüsse Methodenbewertung, Psychotherapie und Veranlasste Leistungen. Bevor sie zum G-BA kam, war sie unter anderem Leiterin des Bereichs Evidenzbasierte Medizin beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und Leiterin des Zentrums für Health Technology Assessment an der Universität Bremen.

„Die Player im System müssen über ihren Tellerrand schauen“

Seit dem Sommer ist Prof. Dr. Elisabeth Pott unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). In ihrem ersten Interview in dieser Funktion spricht sie über Volksnähe, die „Versäulung“ des Gesundheitswesens und Konsens als vertraglich vereinbartes Ziel.

Prof. Dr. Elisabeth Pott (Jahrgang 1949) ist Chirurgin und Ärztin für Öffentliches Gesundheitswesen. Nach Tätigkeiten im damaligen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung sowie im Niedersächsischen Landesministerium für Soziales war sie von 1985 bis 2015 Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Seit Juli 2018 ist sie unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dort ist sie Vorsitzende der Unterausschüsse Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung, Qualitätssicherung und Disease-Management-Programme.

„Es ist eine Kunst, die richtigen Partner für anstehende Aufgaben zusammenzubringen“

Sie sind seit Juli unparteiisches Mitglied des G-BA. Was hat Sie an dieser Aufgabe gereizt?

Mich hat das ganze Aufgabenspektrum gereizt. Hier im G-BA kann ich daran mitarbeiten, bundesweit eine Versorgungsverbesserung für Patientinnen und Patienten zu bewirken. Der Gesetzgeber erwartet, dass seine Vorgaben umgesetzt werden und der G-BA hat die Aufgabe, dies zu ermöglichen.

Bevor Sie zum G-BA kamen, waren Sie 30 Jahre lang Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Was haben Sie aus dieser Zeit an Erfahrungen, vielleicht auch Prägungen in Ihr neues Amt mitgebracht?

Gesundheit war immer mein Thema. Als ich zur BZgA kam, war Prävention ein Bereich, der mehr oder weniger belächelt wurde, nach dem Motto: Gut gemeint, aber nicht gut gemacht. Es war meine Aufgabe, dafür zu sorgen, dass Prävention auf fachlich solide und evidenzbasierte Füße gestellt wurde. Mithilfe wissenschaftlicher Untersuchungen konnten wir schließlich zeigen, dass gute Prävention wirkt, und zwar nachhaltig. Ich denke, diese Art der Qualitätssicherung, die wir damals ja erst einmal aufbauen mussten, ist eine gute Grundlage für die Arbeit hier im G-BA.

Die BZgA ist der breiten Öffentlichkeit besonders durch ihre Aufklärungskampagnen bekannt, etwa zu HIV und Aids. Der G-BA spielt zwar eine wichtige Rolle für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, ist vielen Bürgern aber nicht einmal dem Namen nach ein Begriff. Vermissen Sie Volksnähe?

Ich fühle mich den Menschen immer verbunden, bei jeder Aufgabe (lacht). Die Beschlüsse des G-BA haben aber als Adressaten nur mittelbar Patienten und Versicherte. Zunächst werden vor allem die Leistungserbringer und -träger angesprochen, also diejenigen, die eine bessere Versorgung gewährleisten sollen. Ich selbst bin ja ursprünglich Chirurgin und habe lange in der Klinik Patienten versorgt. Allerdings hat mich die konzeptionelle Tätigkeit immer gereizt und ich habe im Laufe meiner bisherigen beruflichen Stationen, etwa in Ministerien, festgestellt, dass ich da auch viel bewirken kann.

Sie sind im G-BA zuständig für die Themen Allgemeine Spezialfachärztliche Versorgung, Qualitätssicherung und Disease-Management-Programme. Was wollen Sie dort erreichen?

Ein Problem, das mich schon lange beschäftigt, ist die „Versäulung“ unseres Gesundheitswesens. Es ist unabdingbar, die verschiedenen Bereiche besser zu verzahnen. Auf vielen Gebieten findet eine Zusammenarbeit ja bereits statt. Aber es gibt auch noch viele Stellen, an denen mehr Kooperation notwendig wäre, wo die unterschiedlichen Fachgebiete und Sektoren mit der Selbsthilfe und der Zivilgesellschaft noch besser zusammenarbeiten müssen. Deshalb ist es großartig, dass der G-BA es geschafft hat, die Richtlinie zur sektorenübergreifenden datengestützten Qualitätssicherung zu verabschieden, die ab 1. Januar 2019 in Kraft tritt. Also: Die bessere Verzahnung ist ein ganz großes Ziel, aber wir brauchen hier sicher einen langen Atem, um dies in der erforderlichen Qualität zu erreichen.

Sehen Sie Ihre Rolle in den Unterausschüssen eher als Moderatorin oder bringen Sie sich fachlich ein?

Das Eine geht nicht ohne das Andere. In diesen Ausschüssen sitzen die Träger des G-BA und die Patientenvertretung, die ihre Themen einbringen und auch durchsetzen wollen. Die Prozessverantwortung, die ich hier habe, erfordert meine Fachkompetenz, aber vor allem auch die Moderationsfähigkeit. Mein Arbeitsvertrag beschreibt die Aufgabe so, dass die Bänke mit den

INTERVIEW

unterschiedlichen Interessenlagen so weit wie möglich zusammenzubringen und zum Konsens zu führen sind, und in diesem Sinne gehe ich die Arbeit auch an.

Der G-BA wird manchmal als „kleiner Gesetzgeber“ bezeichnet in Anspielung auf die vielen Entscheidungen, welche die Politik an ihn delegiert. Sehen Sie darin eine Chance für die Selbstverwaltung oder droht Überfrachtung?

Der Begriff ist aus meiner Sicht nicht glücklich, das Bild ist schief. Zunächst einmal finde ich die Delegation an die Selbstverwaltung sachgerecht. Diejenigen, an die sich die Vorgaben richten, sollten auch über das Was und Wie entscheiden. Was den zunehmenden Umfang der gesetzlichen Aufträge betrifft, zeugt das ja vor allem vom Vertrauen des Gesetzgebers. Man wird schauen müssen, wie viel wir im G-BA mit den vorhandenen Kapazitäten leisten können. Bis jetzt funktioniert es.

Der G-BA sieht sich immer wieder dem Vorwurf mangelnder Legitimation ausgesetzt, zuletzt in Form dreier wissenschaftlicher Gutachten. Deren Empfehlungen reichen von minimalen Korrekturen bis zu völliger Reorganisation. Was nun?

Ich finde es grundsätzlich richtig, sich zunächst von Experten beraten zu lassen, um sich anschließend eine Meinung zu bilden. Kritik gibt es immer. Die Frage ist, ob sie berechtigt ist und ob die Vorschläge tatsächlich Verbesserungen bringen. Bisher habe ich noch keine bessere Lösung als die einer Selbstverwaltungsorganisation gesehen. Eine Konstruktion, die diejenigen einbezieht und beauftragt, die die Umsetzer sind und die wirklich auch die Verantwortung tragen, ist in meinen Augen immer sachgerecht und auch legitim. Ich sehe keinen Änderungsbedarf.

Was braucht der G-BA aus Ihrer Sicht, um gut gerüstet zu sein für die Zukunft?

Es wäre wünschenswert, dass breitere Teile der Bevölkerung und auch mehr Experten wissen, was wir tun. Es gibt immer noch viel Unkenntnis und falsche Vorstellungen über unsere Arbeit. Ein anderes Thema ist die Dauer der Entscheidungsprozesse, die oft kritisiert wird. Da kann ich nur sagen: Komplexe Themen und die Mitwirkung und Einbeziehung vieler Akteure brauchen eben Zeit. Wir arbeiten in klar strukturierten Schritten nach den gesetzlichen Kriterien und unserer Verfahrensordnung, dies ist inhaltlich und formal wichtig und richtig. Ich bin dagegen, Schnelligkeit vor Qualität zu setzen.

Der dritte Aspekt ist der, den ich vorhin schon angesprochen habe: Die Zusammenarbeit und Koordinierung der verschiedenen Sektoren und Akteure liegen mir sehr am Herzen. Es macht keinen Sinn, Versorgung nur mit Blick auf den eigenen Radius zu gestalten. Das kann nur in Kooperation gut gelingen, und es ist eine Kunst, die richtigen Kooperationspartner zusammenzubringen, genau für die Aufgaben, die gerade anstehen. Das heißt, dass alle Player im System über ihren Tellerrand und das aktuelle Tagesgeschäft hinausschauen müssen, um tragfähige Lösungen zu erreichen. Da kommen wir gar nicht drum herum, auch nicht im G-BA.

Die Fragen stellte Alexandra Bodemer.

Kommission will EU-weiten Datenaustausch ermöglichen

Die Legislaturperiode der amtierenden EU-Kommission endet 2019. Bis dahin will die Kommission noch ihr Programm abarbeiten, zu dem auch zwei Gesundheitsthemen gehören. Dabei geht es unter anderem um den europaweiten Zugriff auf Patientenakten.

Das letzte Jahresprogramm der amtierenden EU-Kommission umfasst 15 neue, zehn zu überarbeitende und 45 noch abzuschließende Initiativen. Viel Zeit bleibt nicht mehr, wenn man bedenkt, dass im Mai 2019 die Europawahlen stattfinden und danach die EU-Kommission neu besetzt wird.

In ihrem am 23. Oktober 2018 vorgelegten Dokument konzentriert sich die EU-Kommission auf drei Schwerpunkte: Sie will die bereits vorgelegten Gesetzgebungsvorschläge rasch abarbeiten, die noch vorzulegenden neuen Initiativen annehmen und den Brexit vorbereiten.

Zwei neue Initiativen plant die EU-Kommission dabei im Gesundheitsbereich. Zum einen beabsichtigt die Kommission, elektronische Patientenakten auch grenzübergreifend interoperabel zu gestalten. Das bedeutet, dass Vertragsärzte in Deutschland, die zum Beispiel einen österreichischen Patienten behandeln, auf dessen Daten zugreifen können. Dies soll bis 2020 ermöglicht werden.

Damit Interoperabilität zwischen den Mitgliedstaaten hergestellt werden kann, ist unter anderem ein einheitliches Datenaustauschformat für die elektronischen Patientenakten notwendig. Wie das gemeinsame Vorgehen bei der Festlegung eines solchen Formats aussehen soll, möchte die Kommission in Form einer Empfehlung erarbeiten. Die spannende Frage wird sein, ob Patientinnen und Patienten in Deutschland bis 2020 überhaupt eine elektronische Patientenakte haben werden oder ob das Projekt erst einmal ohne die Teilnahme des bevölkerungsreichsten Mitgliedstaates starten wird – zumal der Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes vorsieht, dass für Patienten in Deutschland erst ab 2021 ein Anspruch auf eine elektronische Patientenakte bestehen soll.

Des Weiteren will die EU-Kommission den Mitgliedstaaten empfehlen, wie sie mit endokrinen Disruptoren umgehen sollen. Endokrine Disruptoren sind Stoffe, die das Hormonsystem verändern und bereits ab geringsten Mengen schädlich sind. Sie kommen hauptsächlich in synthetisch hergestellten Materialien vor, wie Pestiziden, Lösemitteln und Plastikprodukten, und gelangen beispielsweise über die Haut oder Nahrungsmittel in den Körper.

Corina Glorius

NEUER PRÄSIDENT DER CMPE

Prof. Frank Ulrich Montgomery

Die Generalversammlung des Ständigen Ausschusses der Ärzte der Europäischen Union (CPME) hat Prof. Frank Ulrich Montgomery, den Präsidenten der Bundesärztekammer, zu ihrem Präsidenten gewählt. Ab dem 1. Januar 2019 wird er die Interessen der europäischen Ärzte bei der EU-Kommission und dem Europaparlament vertreten. Er löst den Schweizer Jacques de Haller ab. Dem CPME gehören die nationalen Ärzteorganisationen der EU-Mitgliedstaaten an. Die Organisation koordiniert die Positionen der einzelnen nationalen Ärzteschaften. So können diese geschlossen vor den europäischen Institutionen auftreten.

KV THÜRINGEN/KV NIEDERSACHSEN

Klage gegen Bundesversicherungsamt

Weimar/Hannover: Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Thüringen und die KV Niedersachsen haben in ihren Ländern jeweils Klage gegen das Bundesversicherungsamt (BVA) erhoben. Die Klage richtet sich gegen einen Bescheid, den das BVA im September 2018 gegen die seiner Aufsicht unterstehenden Krankenkassen erlassen hat. Dieser Bescheid schränkt aus Sicht der KVen in unzulässiger Weise die Vertragsfreiheit der Ärzte und Krankenkassen ein. In dem betreffenden Bescheid bestimmt das BVA konkrete Anforderungen an Honorarverträge, die weit über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehen. Vor allem förderungswürdige Leistungen, für die laut Gesetz Vergütungszuschläge vereinbart werden können, sind davon betroffen. Mit solchen Leistungen werden besondere Versorgungsangebote für Patienten gesichert und Versorgungslücken verhindert. Das BVA will derartige Förderungen hingegen nur in Bereichen ermöglichen, in denen bereits Versorgungslücken bestehen. Dies würde bedeuten, dass die Vertragspartner drohende Versorgungsengpässe zunächst ignorieren müssten und erst dann Maßnahmen ergreifen könnten, wenn die Probleme bereits bestehen. Auch andere KVen haben angekündigt, Klage gegen das BVA einzureichen. *(bic)*

KV BAYERNS

Privatärzte sollen ärztlichen Bereitschaftsdienst mittragen

Nürnberg: In Bayern sollen Privatärzte künftig zum ärztlichen Bereitschaftsdienst hinzugezogen werden. Das hat der 77. Bayerische Ärztetag Ende Oktober in Nürnberg beschlossen. Die Delegierten beauftragten den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer, Satzungsregelungen zu erarbeiten, nach denen auch Niedergelassene, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sich am von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst außerhalb der Praxisöffnungszeiten beteiligen müssen. Die Privatärzte sollen zur Teilnahme „berechtigt und verpflichtet sowie zur Finanzierung herangezogen werden“, heißt es in dem Beschluss. Auf dem nächsten Bayerischen Ärztetag soll der Satzungsentwurf vorgelegt werden. Die KV Bayerns unterstützt das Vorhaben, eine solche Regelung sei „sachgerecht“. Auch die KV Baden-Württemberg wünscht sich diese Möglichkeit. In Brandenburg, Thüringen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und im Saarland wird der ärztliche Bereitschaftsdienst bereits gemeinsam von vertrags- und privatärztlichen Niedergelassenen bestritten. *(tab)*

KV BERLIN

Modellstadt für Digitalisierung

Berlin: Die Stadt Berlin soll nach Plänen von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ab 2020 als Modellregion für die Digitalisierung im Gesundheitswesen dienen. Hier sollen digitale Anwendungen getestet, angepasst und verbessert werden, bevor sie bundesweit Einsatz finden. Bis Ende 2022 sollen laut „Tagesspiegel“ 20 Millionen Euro dafür im Haushalt vorgesehen sein. Geplant ist unter anderem eine finanzielle Förderung von Ärzten, die digitale Anwendungen zur Versorgung von Patienten nutzen. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin begrüßte das Vorhaben und sichert Unterstützung bei der Umsetzung zu: „Wir kennen die aktuelle Situation in den Praxen, wissen um die Themen, die die Ärzte in Sachen Digitalisierung umtreiben, und können jede Menge Input liefern, damit sinnhafte Anwendungen keine Insellösungen werden“, so Dr. Margret Stennes, Vorstandsvorsitzende der KV Berlin. Die Wahl Spahns fiel auf Berlin, weil hier eine repräsentative Zahl an Patienten sowie die erforderliche IT-Infrastruktur vorhanden sind. Zudem ist die Dichte an Fachärzten, Medizintechnikern und Pharmazeuten in der Hauptstadt so hoch wie in kaum einer anderen Region. *(tab)*

KVen wehren sich gegen TSVG

Berlin: Das geplante Terminservice- und Versorgungsgesetz stößt auf breiten Widerstand. Zahlreiche Verbände und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) protestieren gegen den Gesetzentwurf. Im Mittelpunkt der Kritik steht vor allem die kleinteilige Regelungsdichte der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsausübung, etwa die Vorgaben zur Sprechstundengestaltung und Terminvergabe. Die Vertreterversammlungen (VVen) mehrerer KVen verabschiedeten Resolutionen, in denen sie Bundesgesundheitsminister Jens Spahn dazu auffordern, das Gesetz grundlegend zu überarbeiten. Die VV der KV Niedersachsen kritisierte die Missachtung ärztlicher Freiberuflichkeit, das „heiße Eisen“ einer echten Patientensteuerung werde hingegen nicht angefasst. Die VV der KV Bayerns bezeichnete das Gesetz als „Affront“ gegenüber der Ärzteschaft. *(abo)*

Japan: Das Problem mit der Demografie

Weltweit beeindrucken die Japaner in den Statistiken mit ihrer hohen Lebenserwartung. Jährlich steigt die Lebensdauer der Asiaten an. Doch gerade diese positiven Zahlen könnten dem Land und seinem Gesundheitswesen langfristig große Sorgen bereiten. Finanzielle und Existenzielle.

Auf einer Fläche von 378.000 Quadratkilometern und mit mehr als 6.800 Inseln zählt Japan rund 127 Millionen Einwohner. Der Großteil der Bevölkerung lebt auf den vier Hauptinseln des Landes. Japan gehört zu den größten Industrienationen, wobei der Dienstleistungssektor mit rund 70 Prozent den größten Anteil am Bruttoinlandsprodukt trägt, die Industrie liegt mit knapp 26 Prozent an zweiter Stelle. Großes Potenzial liegt in der Robotertechnologie, die stetig wächst und bereits in vielen gesellschaftlichen Bereichen Anwendung findet – auch im Gesundheitsbereich.

Laut einer Erhebung der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) liegt die Zufriedenheit der japanischen Bevölkerung unter dem Durchschnitt aller OECD-Länder. Bei der Befragung gibt die Bevölkerung eine subjektive Einschätzung zu Merkmalen wie dem Bildungsniveau, den sozialen Bedingungen und der Gesundheit. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung, zu der als Indikatoren die Lebenserwartung und die gesundheitliche Selbsteinschätzung zählen, liegt in Japan unter dem Durchschnitt. Dies mag zunächst verwundern, da die Japaner statistisch zu den Bevölkerungsgruppen mit der höchsten Lebenserwartung zählen.

Lebenserwartung ist die Krux

Sicherlich leistet der technische Fortschritt in Japan einen großen Beitrag dazu, dass die medizinische Versorgung hochmodern ist und die Japaner auch im Alter bestens versorgt sind. Die hohe Lebenserwartung ist jedoch nicht nur auf die medizinische Versorgung zurückzuführen, sondern

Japan in Zahlen
(im Vergleich zu Deutschland)

Bevölkerung:
127,0 Mio.
82,5 Mio.

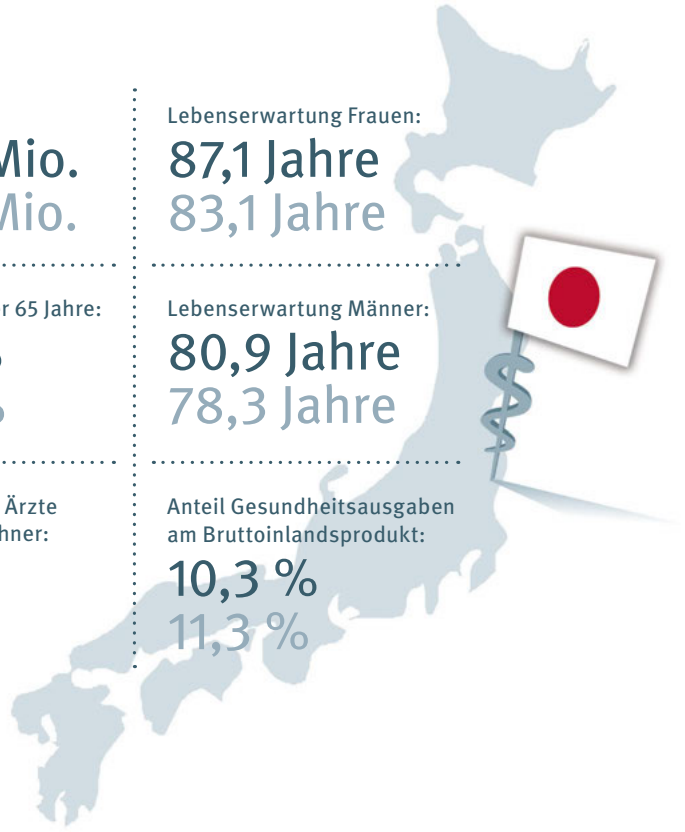
Einwohner über 65 Jahre:
27,7 %
21,0 %

Praktizierende Ärzte
je 1.000 Einwohner:
2,3
4,1

Lebenserwartung Frauen:
87,1 Jahre
83,1 Jahre

Lebenserwartung Männer:
80,9 Jahre
78,3 Jahre

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



auch auf die Lebensweise der Japaner. Das Bewusstsein für die Gesundheit und die Führung eines entsprechenden Lebensstils fließt bereits in die Erziehung der Kinder mit ein. Einen großen Anteil an der gesunden Lebensweise hat die Ernährung. Japaner nehmen viel Getreide, Reis und Nudeln zu sich, ebenso wie Gemüse und Fisch. Fettleibigkeit spielt in Japan keine so gewichtige Rolle wie in anderen Industrienationen, auch weil die Regierung eingreift, um Adipositas vorzubeugen oder direkt zu bekämpfen – mit teilweise drastischen Maßnahmen. So führen Unternehmen oder Kommunen auch mal eine Messung des Taillenumfangs ihrer Mitarbeiter beziehungsweise Bewohner durch. Die Messung betrifft 40- bis 74-jährige Japaner, die sich bei Übergewicht einer Diät unterziehen müssen. Bei anhaltender Fettleibigkeit können Sanktionen drohen.

Die überwiegend gesunde Lebensweise der Asiaten trägt dazu bei, dass die meisten Einwohner des Landes ein hohes Alter erreichen. Bei japanischen Männern liegt die Lebenserwartung bei 81 Jahren, bei Frauen sogar bei stolzen 87 Jahren. Parallel dazu stagniert die Geburtenrate bei rund 1,4 Kindern pro Frau. Mehr als ein Viertel der Bevölkerung ist über 65 Jahre alt. Für das Jahr 2030 liegen die Schätzungen bei einem Anteil von 31 Prozent. Die Geburtenrate hingegen, so die Schätzungen, wird wohl auf konstantem Niveau bleiben. Für das Jahr 2065 erwarten die Japaner eine Einwohnerzahl von rund 88 Millionen, wobei der Anteil der über 65-Jährigen hier bereits bei knapp 38 Prozent liegen wird. Eine sinkende Einwohnerzahl, die Bevölkerung wird älter: Ein Problem, das vor allem das Gesundheitsministerium alarmiert.

Freie Arztwahl und Zuzahlung

Die Krankenversicherung in Japan ist verpflichtend. Jeder Bürger muss sich bei der gesetzlichen Krankenversicherung anmelden. Neben der staatlichen Pflichtversicherung können sich Japaner durch diverse Zusatzversicherungen absichern. Bei den Behandlungskosten zahlen die Versicherten einen Teil selbst. Die Zuzahlungen für Arbeitnehmer liegen bei etwa 30 Prozent, für Kinder bei 20 Prozent. Personen ab 70 Jahren zahlen einen Eigenanteil von zehn bis 20 Prozent. Die Versicherten haben dabei freie Arzt- beziehungsweise Krankenhauswahl und können auch ohne Überweisung einen Facharzt aufsuchen. Die japanische Regierung verfolgt jedoch die Absicht, dass jeder Patient einen bestimmten Hausarzt haben soll. Falls die Japaner ohne weitere Referenzen als erstes beispielsweise in einer Universitätsklinik vorsprechen, fallen zusätzliche Kosten (circa 45 Euro) an.

Japanische Ärzte treten freiwillig der japanischen Ärztekammer bei. Derzeit hat sie rund 170.000 Mitglieder, bei insgesamt etwa 320.000 Ärzten im Land. Kassenärztliche Vereinigungen gibt es in Japan nicht. Die japanischen Ärzte erhalten ihre Position als Kassenärzte vom Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt.

Die Abrechnung der Behandlungskosten erfolgt über eine Gebührenordnung mit Punktesystem, das sich – vergleichbar mit dem deutschen Modell – an einem einheitlichen Bewertungsmaßstab orientiert. Dieser umfasst etwa 4.000 Positionen ärztlicher Leistungen, 1.300 zahnärztliche Leistungen und etwa 70 Positionen im Apothekenbereich. Ein Punkt steht für zehn Yen, was etwa acht Euro-Cent entspricht. Ein zentrales Gremium, mit Vertretern aus Krankenkassen und Beitragszahlern, Ärzten und unparteiischen Mitgliedern, berät über die Gebühren. Der zuständige Minister legt sie letztlich fest.

Status entscheidet über die Versicherung

Es gibt fünf Versichertengruppen in Japan. Die Zugehörigkeit zu einer Versicherung hängt vom Alter und vom Status beziehungsweise von der Beschäftigung des Versicherten ab. Eine der größten ist die „Nationale Krankenversicherung“ (Kokumin Kenkõ Hoken, kurz Kokuho). Mitglieder sind Selbstständige, Arbeitslose und Rentner. Etwa 40 Millionen Japaner sind über die Nationale Krankenversicherung abgesichert, wobei es an die 2.000 Versicherungsanbieter gibt. Auch ›

die „Krankenversicherung als Körperschaft des öffentlichen Rechts“ (Kyokai Kenpo) zählt zu den größeren Versicherungsformen, da hier circa 35 Millionen Japaner versichert sind. Mitglieder sind Beschäftigte aus Klein- und mittleren Unternehmen. Eine weitere Form der Versicherung stellen die Genossenschaften dar. Diese sind in zwei Gruppen zu unterteilen: die „Krankenkassen-Genossenschaft“ für Beschäftigte aus Großunternehmen (Kenpokumiai), mit etwa 30 Millionen Versicherten, und die „Genossenschaft für Beamte“ (Kyosaikumiai), die etwa neun Millionen Mitglieder zählt. Die Beiträge setzen sich aus Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteilen sowie Steuermitteln zusammen.

Eine gesonderte Rolle nimmt der Bevölkerungsteil der Menschen ab 75 Jahren ein. Hier ist vor gut zehn Jahren ein Versorgungssystem entstanden, das durch die japanische Gesellschaft finanziert wird. Ein Großteil der Kosten wird durch Steuereinnahmen abgedeckt, einen bedeutenden Anteil tragen auch die nachfolgenden Generationen mit ihren Kassenbeiträgen. Gut 14 Millionen Japaner gehören zu dieser älteren Versichertengruppe – und die Zahl steigt.

Die Behandlungskosten sind schon jetzt auf einem hohen Niveau. Nicht nur die in Japan recht lange Aufenthaltsdauer in den Krankenhäusern (im Durchschnitt 18 Tage), auch die Entwicklung technischer Innovationen und die Ausstattung in den Behandlungsräumen treiben die Kosten in die Höhe. Dadurch wächst die finanzielle Belastung für die nachfolgenden Generationen.

Um den finanziellen Druck für den Einzelnen gering zu halten, versucht die Regierung, ältere Bürgerinnen und Bürger in der Beschäftigung zu halten. Arbeitgeber haben die Möglichkeit, ältere Mitarbeiter nach deren eigentlicher Verrentung für geringeres Gehalt wieder einzustellen. Oftmals arbeiten diese aus finanzieller Not weiter, weil ihre Rente nicht ausreicht.

Oftmals arbeiten viele Arbeitnehmer in Japan auch nach der eigentlichen Verrentung weiter – weil die Renten nicht ausreichen.

Humanoide Helfer gegen den Personalnotstand

Angesichts der demografischen Entwicklung muss die Gesellschaft umdenken. Seit Jahren herrscht in Japan ein Personalmangel im medizinischen Bereich. Die Zahlen zeigen: 2,3 Ärzte stehen pro 1.000 Einwohner zur Verfügung. In Deutschland sind es 4,1 Ärzte. Zum einen sind es die schlechten Arbeitsbedingungen, wie lange Arbeitszeiten, die die Japaner abschrecken, den Beruf zu ergreifen. Aber auch die Zulassungsbedingungen sowie die Kosten für ein Medizinstudium sind hoch. Laut eines Berichts der Süddeutschen Zeitung haben Frauen einen schweren Stand: Ärztinnen machen nur etwa 20 Prozent der Ärzteschaft in Japan aus. Eine japanische Universität soll sogar den Frauenanteil künstlich niedrig gehalten haben – zu groß sei die Gefahr, dass die potenzielle Ärztin eine Familie gründen und den Beruf aufgeben könnte. Auch bei den Pflegekräften herrscht eine große Knappheit, die sich in den kommenden Jahren verstärken wird. Japan, als eines der führenden Länder im Bereich technologischer Entwicklungen, sorgt deshalb vor: durch Künstliche Intelligenz. Die Informations- und Kommunikationstechnik durchdringt viele Bereiche der Gesundheitsindustrie, immer mehr Service- und Pflegeroboter halten Einzug in medizinische Einrichtungen. Roboter, die zunächst im Unterhaltungssektor Anwendung fanden, erobern den Pflegebereich. Eine Möglichkeit, von der sich die Japaner viel versprechen. Nicht nur die Lebensqualität der Patienten soll mit Hilfe der Maschinen verbessert werden, auch die Pflegekräfte erhoffen sich dadurch Entlastung in ihrer Arbeit. Es gibt Roboter, die mit älteren Patienten sprechen und für deren Unterhaltung sorgen. Aber auch Pflegeroboter, die aus dem Bett helfen oder beim Gang zur Toilette. Außerdem gibt es maschinelle Helfer für psychotherapeutische Übungen, ebenso wie Betten, die sich zu Rollstühlen umwandeln. Gerade in der Pflege erscheint ein Roboter zunächst gewöhnungsbedürftig. Doch es ist vielleicht die einzige Chance der Japaner, der alternden Gesellschaft gerecht zu werden.

Birte Christophers

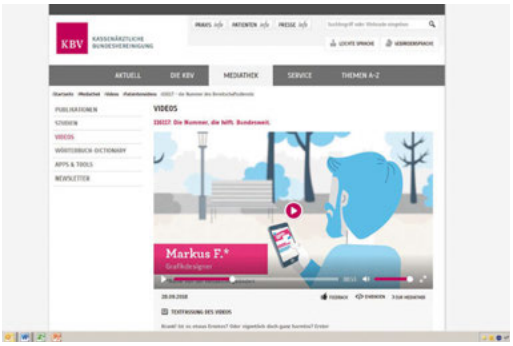
KBV ZUKUNFTS PRAXIS

KBV-Zukunftspraxis: Sieger gekürt

Die Sieger des Wettbewerbs „KBV-Zukunftspraxis“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) stehen fest. Das Unternehmen AMA mit dem Produkt „XpertEye“, einer Videobrille für Pflegekräfte in Seniorenheimen, sicherte sich den 1. Platz. Auf Platz zwei folgt mit dem Produkt „Idana“ von der Firma Tomes eine Anamnese-App fürs Smartphone. Den dritten Platz machte „DermaFC“ vom Start-up Magnosco. Dabei handelt es sich um ein Lasergerät, das bei Patienten mit Verdacht auf Hautkrebs die betroffene Hautpartie abscannt und analysiert. Die ersten drei Plätze waren jeweils mit Preisgeldern dotiert, die Produkte werden in Praxen getestet. Sieben weitere Anwendungen konnten ebenfalls überzeugen und dürfen ab dem 1. Januar 2019 in den Praxistest. Im Sommer 2022 soll in einer Evaluations- und Abschlussphase Resümee gezogen werden. Die KBV hatte im Rahmen des Wettbewerbs IT-Unternehmen und Start-ups dazu aufgerufen, ihre digitalen Ideen für die Arztpraxen und eine sinnvolle Digitalisierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu präsentieren. Nähere Informationen zum Wettbewerb, zu den Gewinnern sowie zu der nun anstehenden Praxisphase gibt es unter
www.kbv.de/html/zukunftspraxis.php (tab)

Infomaterialien zur eGK für Patienten

Seit Kurzem stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung neue Informationsmaterialien für Praxen zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zur Verfügung. Es handelt sich dabei um Plakate und Infokarten für den Tresen oder das Wartezimmer. Die Materialien erklären, dass nur aktuelle Gesundheitskarten in der Praxis eingelesen werden können. Patienten werden darüber informiert, dass sie bei Erhalt einer neuen Gesundheitskarte die alte entsorgen sollen. Hintergrund ist, dass die Krankenkassen alte eGK zwar sperren, die Versicherten mitunter aber nicht wissen, dass sie nur noch die neue Chipkarte nutzen dürfen, da sie sonst ihr Versichertenverhältnis nicht nachweisen können. Das Plakat und die Infokarte „Sie brauchen nur eine Karte: die neueste!“ sind kostenfrei per E-Mail zu bestellen (*versand@kbv.de*). Die Produkte stehen auch online zum Download bereit:
www.kbv.de/html/egk.php (tab)



Neues Video informiert über 116117

Ein neues Online-Video der Kassenärztlichen Bundesvereinigung informiert auf unterhaltsame Art über die Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117. In dem, im Stil eines Investigativmagazins aufbereiteten zweieinhalbminütigen Zeichentrickfilm wird deutlich, wann und wie ein Patient sich an den ärztlichen Bereitschaftsdienst wenden kann. Dabei kommen eine Bereitschaftsdienstärztin, ein Notarzt im Krankenhaus und ein Versicherter zu Wort und erläutern aus ihrer jeweiligen Perspektive den Nutzen der 116117. Unter der bundesweiten Rufnummer sowie über die Website www.116117.de können Patienten mit dringenden gesundheitlichen Problemen einen Arzt erreichen, wenn die Praxen geschlossen haben. Für lebensbedrohliche Fälle gilt weiterhin die Rufnummer 112.
Das Video gibt es hier: *www.kbv.de/html/37369.php.*
(abo)

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