KBV klartext

1. QUARTAL 2019

DAS MAGAZIN DER KASSENÄRZTLICHEN BUNDESVEREINIGUNG

Die Zeit verrinnt

Warum die ärztliche Arbeitszeit weniger wird

KBV-Vorstand positioniert sich zum TSVG

Medizinstudierende
Allgemeinmedizin wieder beliebter

gematik
Geschäftsführer Alexander Beyer im Interview

Gesundheit anderswo
Schweden: Warten auf den Facharzt

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, Filip Lassahn

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/koya979/LightField Studios/KloseDetering › S. 2: © Lopata/axentis.de › S. 3: © shutterstock/Evellean/KloseDetering; Tabea Breidenbach/KBV › S. 4: © shutterstock/Evellean/KloseDetering › S. 7: © Tabea Breidenbach/KBV › S. 8: © Amber Media › S. 9: © picture alliance/Monika Skolimowska/dpa-Zentralbild/dpa › S. 10: © Tabea Breidenbach/KBV › S. 11: © BMG/Schinkel › S. 13: © rogerphoto/stock.adobe.com › S. 14: © Tabea Breidenbach/KBV › S. 16: © gematik › S. 17: © KVWL › S. 18: © iStock.com/iMrSquid › S. 19: © iStock.com/KatarzynaBialasiewicz › S. 20: © iStock.com/SeventyFour › S. 21: © picture alliance/Waltraud Grubitzsch/dpa-Zentralbild/ZB › S. 22: © Liese; Häusling › S. 23: © Wölken; Montag › S. 24: © iStock.com/Rawf8 › S. 25: © KloseDetering › S. 26: © picture alliance/TT NEWS AGENCY; iStock.com/Alexander Farnsworth › S. 27: © KBV

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

nach monatelanger Debatte ist es nun beschlossene Sache: Der Bundestag hat am 14. März das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) verabschiedet. Gesundheitsminister Spahn hat mit diesem legislativen Koloss seinen Ehrgeiz unter Beweis gestellt. Immerhin: Er ist der erste Minister, der den Grundsatz „mehr Geld für mehr ärztliche Leistungen“ in einem Gesetz verankert und sogar mit konkreten Zahlen hinterlegt. Abgesehen davon liegen jedoch – wie so oft – Licht und Schatten eng beieinander, wie Sie ab Seite 8 lesen können.

Eine Tatsache kann auch das TSVG nicht ändern: Die Zeit, die Ärzten insgesamt für ihre Arbeit zur Verfügung steht, nimmt stetig ab – wie auch die Arztzeituhr der KBV zeigt. Warum das so ist und was dagegen unternommen werden müsste, lesen Sie in unserem Titelthema (ab Seite 4).

Ein Grund für die schwindende Arztzeit ist, dass immer mehr Ärzte in einem zeitlich geregelten Anstellungsverhältnis arbeiten wollen, statt 50 Stunden und mehr, wie es insbesondere ältere Praxisinhaber und -inhaberinnen noch tun. Die kommende Ärztegeneration legt Wert auf Work-Life-Balance, wie unser aktuelles Berufsmonitoring Medizinstudierende einmal mehr zeigt. Erfreulich ist: Das Interesse an der Allgemeinmedizin steigt wieder (ab Seite 12).

Schweden gilt für viele Ärzte gerade in Bezug auf die Arbeitszeiten als Schlaraffenland. Dass in einem der Pionierländer der Telemedizin jedoch nicht alles rosig ist, lesen Sie in unserer Rubrik „Gesundheit anderswo“ (ab Seite 24). Wartezeiten auf einen Facharzttermin von drei Monaten bis zu einem halben Jahr sind im hohen Norden völlig normal!

Ich wünsche Ihnen eine informative und anregende Lektüre.

Ihr Dr. Stephan Hofmeister,
Stellvertretender 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 Die Zeit verrinnt: Warum die ärztliche Arbeitszeit weniger wird

Themen

8 TSVG: Neues Gesetz kommt als „Omnibus mit Anhänger“

12 Studierendenbefragung: Medizinischer Nachwuchs weiß, was er will

18 Neue Reform: Psychotherapie wird Studienfach

21 Masterplan Medizinstudium 2020: KBV fordert schnelle Umsetzung

22 Bericht aus Brüssel: Positionen vor der Europawahl

Interview

14 Alexander Beyer: „Wir leisten Pionierarbeit“

Gesundheit anderswo

24 Schweden: Lange Wege zum Spezialisten

Kurz gefasst

11 Meldungen aus dem Bund

17 Meldungen aus den Ländern

27 Angeklickt und Aufgeblättert

KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen (links) und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bei einer Veranstaltung zum TSVG.

Die Zeit wird knapp

Eine der großen Herausforderungen in der gesundheitlichen Versorgung ist der Fachkräftemangel. Doch nicht nur das medizinische Fachpersonal fehlt, vor allem die Zeit, die ein Arzt für seine Patienten zur Verfügung hat, wird weniger. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) will der Gesetzgeber Lösungen schaffen. Doch das Vorhaben könnte die Lage zusätzlich verschlimmern.

Seit Jahren nimmt die Arztzeit, also die Stunden, die niedergelassenen Ärzten für ihre Arbeit zur Verfügung stehen, ab. Die Ursachen dafür sind vielfältig: Neben der wachsenden Bürokratie in den Praxen spielen auch veränderte Arbeitszeitmodelle eine entscheidende Rolle. Die Work-Life-Balance gewinnt auch bei Ärzten zunehmend an Bedeutung – immer mehr Mediziner arbeiten angestellt und in Teilzeit. Und auch der demografische Wandel schließt die Ärzte mit ein: Der Anteil der Niedergelassenen über 65 Jahre steigt – und hat zur Folge, dass in den kommenden Jahren zahlreiche Praxen einen Nachfolger suchen werden.

Die Versorgung müsse deshalb so organisiert werden, dass die verbleibenden Kräfte und deren Zeit so effizient wie möglich eingesetzt werden können, sagt Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). „Wir sehen heute schon, dass der Fachkräftemangel auch in der ambulanten Versorgung voll durchschlägt. Und das betrifft nicht nur die Ärzte, sondern ebenso alle anderen Fachberufe: Praxispersonal, Kranken- und Altenpflege, Rettungssanitäter, Dispatcher in den Notrufzentralen und so weiter. Wir müssen mit den personellen Ressourcen sehr bewusst umgehen“, so Gassen.

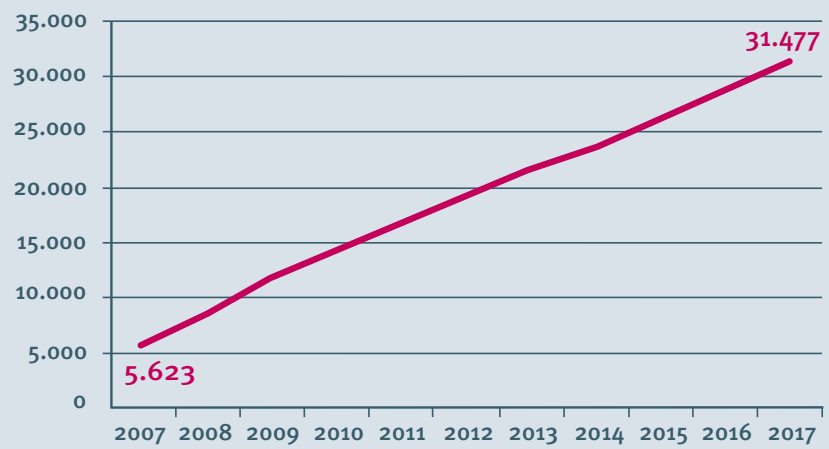
Die Vorgaben des TSVG in der bisherigen Form würden dieses Ziel aber nur mit einem erheblichen Kollateralschaden erreichen, mahnt der KBV-Vorstand. Es werde die Rahmenbedingungen für niedergelassene Ärzte immer unattraktiver machen, weil es massiv in Praxisabläufe eingreift und damit in die freiheitliche Berufsausübung der niedergelassenen selbstständigen Ärzte. Das Gesetz werde keine zusätzliche Arbeitszeit schaffen, sondern – auch durch mehr Bürokratie – die Zeit sogar weiter künstlich verknappen. Im schlimmsten Falle könnte es dazu führen, dass sich ältere Praxisinhaber früher als geplant aus der Versorgung zurückziehen.

Alternde Ärzteschaft

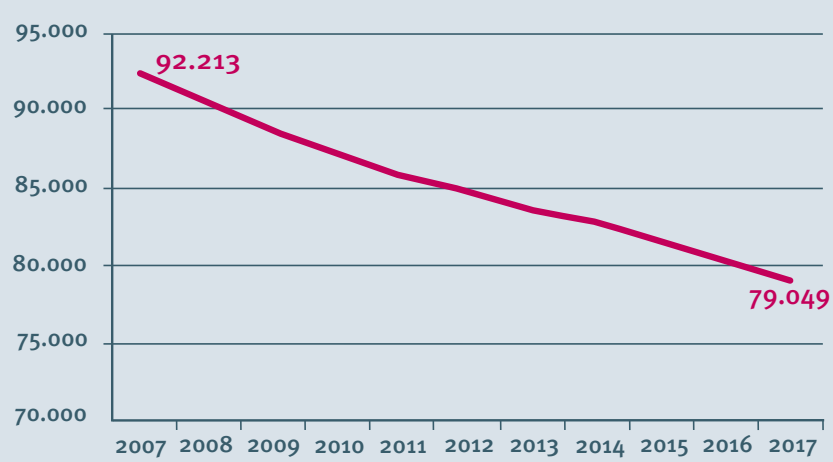
In den vergangenen Jahren wuchs der Anteil der Ärzte über 65 stetig an, 2017 lag er bei 10,3 Prozent. Vor allem ländliche Regionen sind stark von der Entwicklung betroffen: In über der Hälfte der Planungsbereiche ist bereits mehr als jeder dritte Hausarzt über 60 Jahre alt. Ein Großteil der Ärzteschaft wird in den kommenden Jahren in den Ruhestand gehen. Die Nachfolge für die Praxen gestaltet sich oft schwierig.

Gerade die ältere Generation der Niedergelassenen arbeitet mehr Stunden als ihre jüngeren Kollegen. Scheiden die Älteren aus der Versorgung aus, gehen dem System vor allem jene Ärzte verloren, die deutlich über 50 Stunden pro Woche arbeiten. Die nachfolgende Generation kann nur einen Teil der bisherigen Ärzteschaft ersetzen – das Versorgungsangebot nimmt insgesamt ab. Die Absolventenzahl in der Medizin steigt zwar seit Jahren, neue Studienplätze kommen hinzu – vor allem durch private Hochschulgründungen. Das Studienplatzangebot kann aber mit der oben beschriebenen Entwicklung nicht mithalten. Hier bedarf es weitreichender Maßnahmen in der medizinischen Aus- und Weiterbildung sowie in der späteren Berufsausübung mit dem Ziel, insbesondere die Tätigkeit in eigener Praxis zu fördern. „Ein Problem bleibt jedoch bestehen: Selbst wenn wir ab sofort die Zahl der Studienplätze in der Humanmedizin signifikant erhöhen, kommen die jungen Ärzte frühestens in zwölf Jahren in den Praxen an“, betont Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorsitzender der KBV.
Die aktuelle Studierendenbefragung (siehe auch Seite 12/13) zeigt, dass viele junge Mediziner durch – tatsächliche oder vermeintliche – negative Rahmenbedingungen von einer Niederlassung abgeschreckt werden. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und eine Tätigkeit als Angestellte stehen hingegen hoch im Kurs. „Diese gesellschaftlichen Trends machen auch vor den jungen Medizinern nicht halt. Wir müssen alles dafür tun, ihnen attraktive Rahmenbedingungen auch und gerade als potenzielle Praxisinhaber zu schaffen“, betont Hofmeister. ›

ENTWICKLUNG DER ANZAHL ANGESTELLTER ÄRZTE



ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER PRAXEN (EINZEL- UND GEMEINSCHAFTSPRAXEN)



Mehr angestellte Ärzte

Der Trend zur Anstellung gerade bei jüngeren Ärzten ist offensichtlich: Waren im Jahr 2017 nur rund 5.600 Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung angestellt, so waren es zehn Jahre später fast sechs Mal so viele, nämlich 31.477. „Für junge Mediziner, die frisch von der Uni kommen, ist die Anstellung ein guter Einstieg. Und wir brauchen angestellte Ärzte auch dringend. Aber wir sollten schauen, dass wir die Selbstständigkeit wieder als attraktives Ziel ausgestalten und den Nachwuchs wieder mehr für die Niederlassung gewinnen“, so Gassen. Die Zahl der Arztpraxen ist in den vergangenen zehn Jahren um 14,3 Prozent zurückgegangen. Dies führt dazu, dass an weniger Standorten eine ambulante Versorgung angeboten wird. Im Bereich der hausärztlichen Versorgung ist die Zahl der Niederlassungen in den vergangenen zehn Jahren um etwa acht Prozent zurückgegangen.

Dabei sind es gerade die Selbstständigen, die in der medizinischen Versorgung fehlen: „Die in eigener Praxis niedergelassenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sind das Rückgrat der Versorgung. Denn sie sind es, die als Selbstständige auch dann noch eine Schippe mehr drauflegen, wenn sie längst am Limit arbeiten. Sie sind diejenigen, die auch noch die letzten Effizienzreserven des Systems aktivieren können. Und sie sind vor allem diejenigen, an denen jede Änderung des Sozialgesetzbuches ansetzt. Nur sie können die Vorgaben des Gesetzgebers überhaupt adäquat umsetzen. Ohne die selbstständigen Vertragsärzte geht es nicht. Wer sie vergrault, führt die Versorgung in den Kollaps“, warnt Hofmeister.

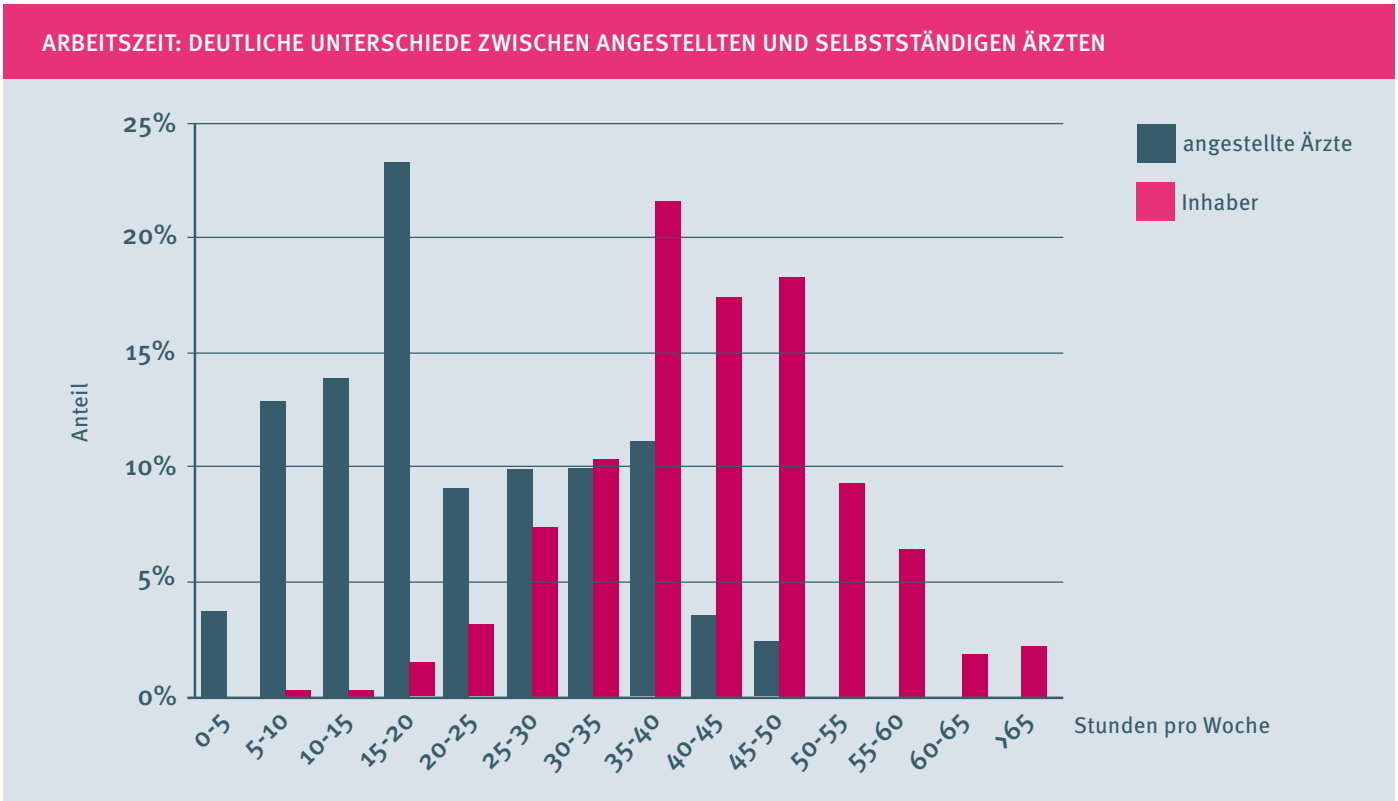
Die jüngste Erhebung des ZI-Praxis-Panels unterstreicht dies. So lag im Jahr 2017 die durchschnittliche Arbeitszeit der angestellten Ärzte bei rund 23 Stunden pro Woche – etwas weniger als die Hälfte der durchschnittlichen Arbeitszeit eines selbstständigen Arztes (siehe Grafik unten). Selbst in Vollzeit angestellte Ärzte erbringen nur etwa 80 Prozent der Leistung eines selbstständigen Vertragsarztes. Im Klartext: Die derzeit rund 31.500 Angestellten können maximal 25.000 Vertragsärzte mit einem vollen Versorgungsauftrag ersetzen. Durch den Trend zur Anstellung – vor allem auch in Teilzeit – verringert sich die Arztzeit rapide.

Digitalisierung ist nicht die Lösung

Oft sind es die Rahmenbedingungen, die Ärzte von einer Niederlassung abhalten: Bürokratielast, Angst vor drohenden Regressforderungen oder finanzielle Unsicherheit. Vor allem die steigende Bürokratie kostet die Ärzte viel Zeit. Laut Bürokratieindex 2018 bringen Ärzte und Psychotherapeuten in der Woche 7,4 Stunden für Verwaltungstätigkeiten auf. Zeit, die für die Behandlung der Patienten wegfällt. Potenzial, um die Bürokratielast zu verringern, liegt in der Digitalisierung. „Doch Digitalisierung allein kann das Problem der zurückgehenden Arztzeit nicht lösen und den Mangel an Ärzten nicht auffangen“, betont Dr. Thomas Kriedel, Vorstandsmitglied der KBV. Für Menschen mit komplexen chronischen Erkrankungen sei das persönliche Gespräch mit dem Arzt sowieso weitaus wichtiger als jede schicke App auf dem Smartphone.

Birte Christophers

ARBEITSZEIT: DEUTLICHE UNTERSCHIEDE ZWISCHEN ANGESTELLTEN UND SELBSTSTÄNDIGEN ÄRZTEN



Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi): Verteilung der ärztlichen Tätigkeiten (Wochenarbeitsstunden) von Inhabern und angestellten Ärzten im Jahr 2016. Quelle: Zi-Praxis-Panel 2017, ungewichtete Ergebnisse.

DIE UHR TICKT …

Seit Ende Januar steht die Arztzeituhr im Foyer des KBV-Gebäudes in Berlin. Die 3 x 2,5 Meter große Uhr veranschaulicht das Problem der sinkenden verfügbaren jährlichen Arztzeit. Sie ist auch ein deutliches Zeichen Richtung Politik: Die Zeit läuft langsam, aber stetig ab. Diese Botschaft möchte die KBV durch den Countdown veranschaulichen und zugleich vor der anhaltenden negativen Entwicklung warnen.

So funktioniert die Arztzeituhr

2017 gab es 162.878 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten (ohne für die ambulante Versorgung ermächtigte sowie sonstige Ärzte und Psychotherapeuten) in Teil- und Vollzeit. Selbstständig tätige Ärzte in Vollzeit arbeiten im Schnitt 52 Stunden pro Woche, bei angestellten geht die KBV von 38,5 Stunden pro Woche aus.

Beruhend auf der Annahme, dass eine Person 40 Stunden in der Woche arbeitet (Vollzeitäquivalent, VZÄ), lag die Anzahl der VZÄ Anfang 2017 bei 179.997.

2017 lag damit die verfügbare Jahresarbeitszeit der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten bei 19.007.688.810 Minuten. Die Entwicklung geht in eine Richtung: Der Zuwachs an teilzeittätigen Ärzten und die Abnahme der selbstständigen Ärzte führen zu einer sinkenden Produktivität. Diesen Rückgang zeigt die Arztzeituhr auf.

Zwischen 2010 bis 2017 lag der Rückgang der Arztzeit bei 11,8 Prozent. Wenn sich diese Entwicklung von 2017 auf 2025 linear fortsetzt, führt das zu einer Jahresarbeitszeit von 16.763.822.912 Minuten im Jahr 2025. Das ist ein Minus von 2.243.865.898 Minuten und entspricht einem Verlust von 21.249 VZÄ.

Das heißt: Pro Sekunde gehen 7,9 Minuten Arztzeit auf der Arztzeituhr verloren. Jede Minute verschwinden somit 474 Minuten auf der Uhr, die ein Arzt an Arbeitszeit aufbringt. Etwa alle 4 Stunden verliert die Versorgung somit ein VZÄ eines Arztes oder Psychotherapeuten.

Wie tickt die Arztzeituhr?

Annahme:

- *Die Arztzahlen (Köpfe) von 2025 entsprechen denen von 2017.*
- *Die Entwicklung des Teilnahmeumfangs von 2017 auf 2025 entspricht der Entwicklung von 2010 auf 2017 in Prozentpunkten (hier Rückgang um 11,8 %; konservative Rechnung).*
- *Der mögliche Ruhestand von Ärzten über 65 Jahren und Mehrbedarf durch demografische Veränderung der Bevölkerung sind nicht einbezogen.*

INFO-AKTION ZUM TSVG

Anlässlich der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) am 16. Januar hatte die KBV eine Informationsaktion gestartet. Diese sollte im Vorfeld der Anhörung über die Probleme informieren, die das neue Gesetz mit sich bringen würde.

Zwei Trucks mit LED-Leinwänden, auf denen unterschiedliche Botschaften aufleuchteten, fuhren durch das Regierungsviertel.

Hintergrund der Aktion: Die immer unattraktiver werdenden Rahmenbedingungen für niedergelassene Ärzte und die Eingriffe in die Praxisabläufe. Mit dem TSVG greift die Politik massiv in die Praxisstrukturen und -abläufe ein – und damit in die freiheitliche Berufsausübung der niedergelassenen selbstständigen Ärzte. Durch das Gesetz wird keine zusätzliche Arbeitszeit geschaffen, sondern es verknappt diese künstlich, auch durch mehr Bürokratie. Schon jetzt zeigen verschiedene Studien, dass Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt 60 Tage pro Jahr für Bürokratie aufbringen müssen. Zeit, die für die Patientenbehandlung fehlt.

Omnibus mit Anhänger

Nun ist es da: Das Terminservice- und Versorgungsgesetz, kurz TSVG. Das Prestigeprojekt von Bundesgesundheitsminister Spahn war lange umstritten – und ist es teilweise immer noch. Am Tag nach der Verabschiedung durch den Bundestag zog der KBV-Vorstand auf der Vertreterversammlung seiner Organisation ein Fazit zu dem monatelangen Ringen.

Am 14. März um etwa 10:15 Uhr war es vollbracht. Aus dem Plenarsaal des Deutschen Bundestages stieg sprichwörtlich weißer Rauch: Die Abgeordneten hatten mit der Mehrheit der Regierungskoalition das TSVG in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Dem Beschluss vorausgegangen waren monatelange, teils hitzige Debatten in Politik, Ärzteverbänden und Selbstverwaltung. In Rom verkündet der weiße Rauch die erfolgreiche Wahl eines neuen Papstes, begleitet von dem lateinischen Ausruf „habemus Papam“ – wir haben einen Papst. Nun also „habemus TSVG“. Der offizielle Name des Gesetzes lautet „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“. Ob es allerdings wirklich so segensreich für die Gesundheitsversorgung in Deutschland sein wird, wie Minister Jens Spahn in den vergangenen Monaten nicht müde wurde zu behaupten, wird sich erst noch zeigen müssen. Am Ende jedenfalls war das Werk so umfangreich und kleinteilig, dass Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, es als „Omnibus mit Anhänger“ bezeichnete.

Was passiert wann?

Ende April soll das Gesetz in Kraft treten, für bestimmte Regelungen in Bezug auf die ambulante Versorgung gelten spezielle Fristen. So sollen etwa die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bereits ab Inkrafttreten des Gesetzes neben fachärztlichen Terminen auch solche bei Haus- sowie Kinder- und Jugendärzten vermitteln. Ebenfalls mit Inkrafttreten des TSVG wird die Mindestsprechstundenzeit für gesetzlich Versicherte von 20 auf 25 Stunden angehoben. Hausbesuche werden angerechnet. Spätestens zum 1. Januar 2020 soll die heutige bundesweite Rufnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, 116117, rund um die Uhr erreichbar sein. Patienten mit akuten Beschwerden sollen mithilfe eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in die richtige Versorgungsebene vermittelt werden. Also entweder in eine Praxis, zum Bereitschaftsdienst, in eine Notfallambulanz im Krankenhaus oder an den Rettungsdienst. Unter der 116117 sollen auch die Terminservicestellen erreichbar sein und Arzttermine innerhalb von vier Wochen vermitteln.

Alle Behandlungsfälle, welche über die Terminservicestelle zustande kommen, erhalten die Ärzte künftig extrabudgetär vergütet. Dies gilt ab Ende April. Zusätzlich erhalten die Ärzte für entsprechend vermittelte Patienten Zuschläge, gestaffelt je nach Wartezeit. Diese Regelung soll ab August gelten. Ebenfalls ab August wird die „offene Sprechstunde“ bei grundversorgenden Fachärzten verpflichtend eingeführt. Welche Fachgruppen genau dies betrifft, müssen die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung noch festlegen. Für Patienten, die erstmalig in eine Praxis kommen beziehungsweise zwei Jahre lang nicht dort waren, werden die Leistungen ebenfalls extrabudgetär bezahlt. Auch das wird jedoch nur für bestimmte Arztgruppen gelten.

Am 14. März und damit später als geplant stimmte der Bundestag für das Terminservice- und Versorgungsgesetz (Archivbild).

Legislativer Kraftakt

Ursprünglich sollte das Gesetz bereits im März 2019 in Kraft treten. Doch der Gegenwind, vor allem aus der Ärzteschaft, gegen den Referentenentwurf war so groß, dass der Minister schließlich ein Angebot machte. Ende Januar fand in Berlin eine Dialogveranstaltung statt, bei der Spahn den Vertretern der KVen, Ärzte und Psychotherapeuten Rede und Antwort stand. Die rund zweistündige Veranstaltung, organisiert von der KBV, stieß auf reges Interesse. In einer lebhaften Diskussion ging es um Themen wie Budgetierung und Regulierung, aber auch Digitalisierung und die Telematikinfrastruktur. Die Eingriffe in den Praxisalltag und die gesetzlichen Vorgaben, wie Ärzte zu arbeiten hätten, beschäftigten die Teilnehmer sehr. Auch die Sorge um den Ärztemangel und die zurückgehende Zahl der Praxen wurde thematisiert. Der Beruf des Arztes müsse attraktiver gestaltet werden, zudem die sogenannte offene Sprechstunde freiwillig sein und nicht erzwungen werden, hieß es aus dem Plenum.

Der Gesundheitsminister zeigte sich offen für Anregungen aus der Basis, machte aber auch Grenzen deutlich. Ärzte träfen eine bewusste Entscheidung, wenn sie sich für die Versorgung gesetzlich Versicherter entschieden, die nun einmal gewissen Regulierungen unterliege, erklärte Spahn, gestand aber zu: „Wir müssen die Anforderungen so gestalten, dass die Lust dazu bleibt.“

In den folgenden Wochen zeigte sich, dass nicht nur die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten Diskussionsbedarf hatten. Allein in den Gesetzesentwürfen vom 25. auf den 28. Februar gab es mehr als 850 Einzeländerungen. Am 14. März fand der legislative Kraftakt nun sein vorläufiges Ende.

Weichenstellung für die Zukunft

Einen Tag nach der Verabschiedung durch das Parlament tagte die Vertreterversammlung der KBV. Dort zog der KBV-Vorstand sein Fazit zum TSVG. Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen stellte fest, die KBV habe in vielen Gesprächen erreichen können, dass manche „Chaosregel“ wieder gestrichen wurde. Der größte Aufreger des Gesetzes aus Sicht der niedergelassenen Ärzte seien nach wie vor die 25 Stunden verbindliche Sprechstundenzeit statt wie bisher 20: „Das ist eine ebenso übergriffige wie blödsinnige Regelung. Würden die Kollegen wirklich nur 20 oder 25 Stunden Sprechstunden anbieten, dann gäbe es ein echtes Terminproblem und nicht nur ein gefühltes.“ Immerhin: Minister Spahn habe mit dem Gesetz dafür gesorgt, dass mehr Leistungen auch mehr Geld für die Ärzte bringen müssen. Leider sei der nächste logische Schritt nicht erfolgt, nämlich der Einstieg in eine echte Entbudgetierung. „Bisher waren die Budgets und die Leistungsbegrenzung siamesische Zwillinge. Jetzt sind mehr Leistungen ausdrücklich gewünscht, aber das Budget bleibt“, monierte Gassen.

Der KBV-Chef betonte jedoch auch, dass das Gesetz durchaus Möglichkeiten biete. So sei die geplante Koordinierung der Rufnummer 116117 mit den Terminservicestellen und einem System zur medizinischen Ersteinschätzung die Chance, in einem ersten Bereich eine medizinisch sachgerechte Patientensteuerung zu etablieren. Auch gebe das TSVG dem KV-System Mittel an die Hand, „einen innovativen Gegenentwurf zu schaffen zu global agierenden Digitalkonzernen“. Es werde sich in den nächsten Jahren entscheiden, wohin die Versorgung sich entwickelt: ob es bei einer zuwendungsintensiven Versorgung durch inhabergeführte Praxen bleibe oder ob es zu einer „kapitalgesteuerten Versorgung mit Fokus auf ertragsgünstige Bereiche“ käme und damit zu einem Wegbrechen der Versorgung sogenannter schlechter Risiken. Letzteres könne nur vermieden werden, wenn das Modell der inhabergeführten Praxis auch für die kommende Ärztegeneration attraktiver sei als die Anstellung in einem Konzern-MVZ. „Das ist kein Prestigeprojekt der KBV, sondern eine entscheidende Weichenstellung, wer in Zukunft die Versorgung organisiert“, betonte Gassen. ›

Bankrotterklärung der Politik

Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV, ging in seiner Analyse an den Anfang des TSVG zurück. Dessen Genese, nämlich die Absicht, dass jeder Bürger in diesem Land so schnell wie möglich einen Arzttermin erhalten soll, sei aus dem Versuch der Unionsparteien entstanden, die Bürgerversicherung abzuwehren. Es handele sich also um ein klassisches politisches Kompromissprodukt. „Das Problem ist: Auf eine Fehldiagnose folgt zwangsläufig eine falsche Therapie!“, so Hofmeister. Nicht mangelnde Servicebereitschaft der Ärzte, sondern eine steigende und ungesteuerte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die wachsende Morbidität, die abnehmende ärztliche Arbeitszeit und der Fachkräftemangel sowie eine leistungsfeindliche Budgetierung seien die größten Herausforderungen in der Versorgung.

Eine Kernforderung der KBV, nämlich ein einheitlicher hausarztzentrierter Steuerungstarif auch im Kollektivvertrag, sei leider nicht von der Politik berücksichtigt worden: „Das große Thema der Versorgung, die unabdingbar notwendige Steuerung unter verantwortlicher Beteiligung der Patientinnen und Patienten, wird ignoriert! Eine Bankrotterklärung!“ Die Devise „schneller, mehr und immer“ sei auf Dauer nicht durchzuhalten, auch nicht mit mehr Geld, betonte Hofmeister. Das Verhältnis von angestellten zu selbstständigen Ärzten – und damit die zur Verfügung stehende Arbeitszeit – verschiebe sich täglich: „Ein dramatischer Strukturwandel steht uns bevor. Darauf müssen wir reagieren – und zwar als Gesellschaft insgesamt.“

Große Aufgabe für die KBV

KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel hob in seiner Rede die Bedeutung der elektronischen Patientenakte hervor, welche die Krankenkassen nun bis 2021 ihren Versicherten zur Verfügung stellen müssen. Wesentlich dafür sei die Standardisierung der medizinischen Inhalte (der sogenannten medizinischen Informationsobjekte, kurz MIOs), eine Aufgabe, die der Gesetzgeber der KBV übertragen hat. „Mit den MIOs setzen wir einen Standard für den strukturierten Datentransfer unserer Mitglieder untereinander sowie zu Kliniken, zu Apotheken oder zu anderen medizinischen Fachberufen. Allein diese Aufzählung gibt einen Eindruck vom Umfang der Aufgabe. Das ist Grundlagenarbeit für das gesamte Gesundheitswesen. Und ja – die KBV stellt sich dieser Aufgabe!“, betonte Kriedel. Diese Entscheidung sei auch folgerichtig: „Im ambulanten Bereich haben wir pro Jahr mehr als 650 Millionen Behandlungsfälle. Eine Milliarde Arzt-Patienten-Kontakte resultieren daraus – und damit die meisten Daten im Gesundheitssystem."

Kriedel ergänzte, die KBV werde dieses Vorhaben nicht als Closed Shop betreiben: „Im Gegenteil, wir beziehen selbstverständlich die maßgeblichen Akteure mit ein und suchen mit ihnen das Benehmen. Es wäre widersinnig, wenn wir die vorhandene Kompetenz nicht einbinden wollten. Aber irgendwann muss einer die Entscheidung treffen. Dafür hat die KBV jetzt das Mandat.“

Alexandra Bodemer

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (links) bei der Dialogveranstaltung der KBV zum TSVG mit Moderator Wolfgang van den Bergh

Information über Schwangerschaftsabbrüche neu geregelt

Ärzte dürfen künftig öffentlich darauf hinweisen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Das hat der Bundestag am 21. Februar in namentlicher Abstimmung beschlossen. Das Parlament stimmte mehrheitlich für eine entsprechende Ergänzung des Paragrafen 219a Strafgesetzbuch. Danach dürfen Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und Einrichtungen zukünftig ohne Risiko der Strafverfolgung darüber informieren, dass sie entsprechende Eingriffe durchführen. Neutrale Stellen, die im Gesetz benannt werden, sollen weitere Informationen über das Thema Schwangerschaftsabbruch anbieten. Ärzte dürfen auf diese Informationsangebote verweisen, etwa durch eine Verlinkung auf der Praxiswebsite. Die Bundesärztekammer (BÄK) soll künftig eine Liste mit Praxen und Einrichtungen führen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Dort sollen auch die jeweils angewendeten Methoden verzeichnet sein. Die BÄK soll die Liste monatlich aktualisieren und im Internet veröffentlichen. *(abo)*

Influenza bremst höhere Lebenserwartung aus

Das Robert-Koch-Institut (RKI) kommt in neuen Analysen zu dem Schluss, dass schwere Grippewellen möglicherweise einen Einfluss auf den Anstieg der Lebenserwartung haben. In den vergangenen Grippe-Saisons 2012/2013, 2014/2015 und 2016/2017 gab es jeweils mehr als 20.000 geschätzte Todesfälle, das entspricht gut zwei Prozent der jährlichen Todesfälle. Die Todesfälle treten dabei jeweils nach der Jahreswende auf, bei diesen Grippewellen also in den Jahren 2013, 2015 und 2017 – das waren exakt die Jahre, in denen sich der Anstieg der Lebenserwartung verlangsamt hat. Das RKI veröffentlichte die Ergebnisse im „Journal of Health Monitoring". Ein Grund für die hohen Todesraten sind die teilweise niedrigen Impfraten. Untersuchungen aus den vergangenen Jahren ergaben, dass die Influenzaimpfbereitschaft regional stark schwankt. Auswertungen des Versorgungsatlas' des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung ergaben, dass 2013/14 waren in den östlichen Bundesländern durchschnittlich knapp 53,8 Prozent der über 60- jährigen geimpft, im Westen lag die Quote lediglich bei 32,8 Prozent. Aufklärungskampagnen, auch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, versuchen die Impfquote zu erhöhen. *(fun)*

Sachverständigenrat nimmt Arbeit auf

Ende Februar hat der neu zusammengesetzte „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen" (SVR) seine Arbeit aufgenommen. Der Allgemeinmediziner Prof. Ferdinand Gerlach von der Universität Frankfurt (Main) wurde erneut zum Vorsitzenden gewählt, zu seinem Stellvertreter wählten die Ratsmitglieder erstmals den Bielefelder Gesundheitsökonomen Prof. Wolfgang Greiner. Bereits am 1. Februar hatte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zwei neue Mitglieder in den Rat berufen: die Berliner Ökonomin Prof. Beate Jochimsen und den Heidelberger Mediziner Prof. Christof von Kalle. Sie lösen die Medizinerin Prof. Marion Haubitz und den Ökonomen Prof. Eberhard Wille ab, der langjährig den Vorsitz des Rates innehatte. Weitere Mitglieder des SVR sind Prof. Gabriele Meyer von der Universität Halle (Saale), Prof. Jonas Schreyögg von der Universität Hamburg und Prof. Petra Thürmann von der Universität Witten/Herdecke. Die Amtszeit beträgt vier Jahre. In seinem nächsten Gutachten will sich der Rat dem Thema Digitalisierung widmen. *(tab)*

Neue Regeln zur Zweitmeinung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat neue Verfahrensregeln zur ärztlichen Zweitmeinung beschlossen. Bei Eingriffen an den Gaumen- und/oder Rachenmandeln (Tonsillektomie, Tonsillotomie) sowie bei Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien) haben Patientinnen und Patienten nun einen rechtlichen Zweitmeinungsanspruch. Er gilt unabhängig davon, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse die Patientin oder der Patient versichert ist. Ärztinnen und Ärzte können bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) eine Genehmigung beantragen, Zweitmeinungsleistungen abrechnen zu dürfen. Dazu müssen sie die vom G-BA festgelegten Anforderungen an die besondere, eingriffsspezifische Qualifikation erfüllen. Die KVen sollen Patienten auf ihren Internetseiten informieren, welche Ärzte Zweitmeinungen anbieten. *(fun)*

„Junge Ärztinnen und Ärzte wissen, was sie wert sind“

Angehende Ärztinnen und Ärzte wissen genau, was sie wollen: Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf steht für sie an erster Stelle. Die hausärztliche Tätigkeit hat für Studierende an Attraktivität gewonnen. Das ergab die Umfrage „Berufsmonitoring Medizinstudierende“.

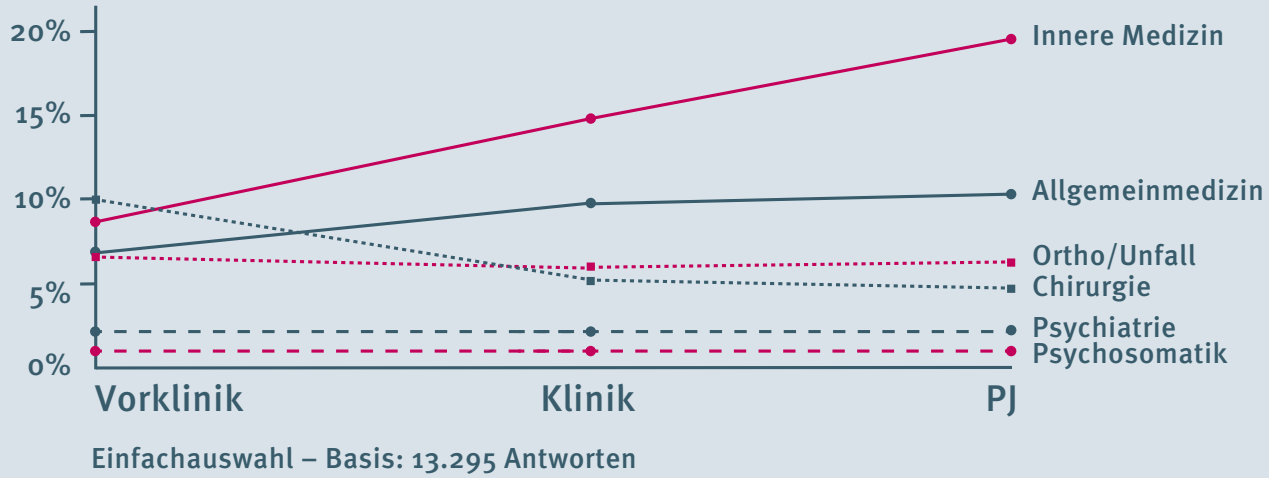
Der ambulante Sektor hat an Attraktivität gewonnen“, diagnostiziert Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV. Das zeigen die Ergebnisse des Berufsmonitorings Medizinstudierende 2018, einer bundesweiten Online-Umfrage unter fast 14.000 Studierenden. Diese hat die Universität Trier im Juni und Juli vergangenen Jahres zum dritten Mal im Auftrag der KBV durchgeführt.

Die meisten Nachwuchsmediziner wünschen sich nach wie vor, in Anstellung zu arbeiten (90,2 Prozent). Doch mehr als die Hälfte der Befragten kann sich ebenfalls vorstellen, sich niederzulassen. Dies passe gut zum Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf, machte Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV, deutlich: „Der ambulante Sektor bietet alle Optionen, welche die Studierenden sich für ihre berufliche Zukunft wünschen. Ob Anstellung, Job-Sharing, Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, Stadt oder Land, lokal oder standortübergreifend – kein anderer Bereich bietet so viele Möglichkeiten für Ärzte, sich beruflich zu verwirklichen und gleichzeitig private Bedürfnisse, je nach Lebensabschnitt, zu berücksichtigen.“ Flexible Arbeitszeitmodelle ließen sich in der ambulanten Versorgung gut umsetzen. Diese Erkenntnis sei mittlerweile auch bei den Studierenden angekommen, so Hofmeister. Die Gründe, die von einer Niederlassung abhalten, sind hingegen weiterhin konstant: Neben einer großen Bürokratielast und einem hohen finanziellen Risiko ist es auch die Angst vor drohenden Regressforderungen. „Hier müssen wir aufpassen: Die Politik sollte den Nachwuchs nicht mit immer neuen gesetzlichen Vorgaben und Eingriffen von einer Niederlassung abschrecken“, warnt Gassen. „Die jungen Ärztinnen und Ärzte wissen, was sie wert sind“, betont auch Prof. Rüdiger Jacob von der Universität Trier.

ERWARTUNGEN AN DEN BERUF: WICHTIGKEIT VERSCHIEDENER FAKTOREN

	2018	2014
Vereinbarkeit von Familie und Beruf	*94,6%*	*94,7%*
Geregelte Arbeitszeiten	*82,3%*	*84,0%*
Flexible Arbeitszeiten	*81,4%*	*83,6%*
Eigene Praxis	*53,5%*	*60,3%*

FÜR WELCHE FACHARZTWEITERBILDUNG WÜRDEN SIE SICH JETZT ENTSCHEIDEN?



Die Vorliebe für ein Fach ändert sich im Lauf der Ausbildung. (Quelle: Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018)

Allgemeinmedizin: Beliebtheit steigt

Ein weiteres Ergebnis: Das Interesse an der Allgemeinmedizin steigt, je weiter die Ausbildung voranschreitet. Dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen. Dagegen haben die Fachrichtungen Chirurgie und Orthopädie an Popularität eingebüßt, obwohl sie im Studium dominieren. „Hier sind wir offen für einen Dialog mit den Fachgesellschaften, denn es zeigt sich: Die Quantität von Fächern im Studium sagt nichts darüber aus, welche Richtung Studierende anschließend einschlagen“, so Peter Jan Chabiera, Vizepräsident 2018 der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd).

Entscheidend für die Berufswahl sei die qualitative Vermittlung von Inhalten, sagt der stellvertretende KBV-Chef Hofmeister. Das sehe man gerade im Bereich der hausärztlichen Tätigkeit. „Der persönliche Kontakt mit den Ausbildern sowie praktische Erfahrungen mit dem großen Aufgaben- und Patientenspektrum tragen dazu bei, dass die Studierenden ihr Fach in der ambulanten Versorgung als das erleben können, was es tatsächlich ist, nämlich vielseitig, spannend und sehr erfüllend. Die Patienten haben nicht nur Schnupfen, Husten, Heiserkeit!“ Auch Kampagnen wie „Lass dich nieder“ (siehe Kasten) hätten zu einem besseren Bild der Allgemeinmedizin beigetragen , so Hofmeister.

Arbeitsplatz? Am liebsten in der Heimat

Die Studie gibt auch Auskunft, wo die angehenden Ärztinnen und Ärzte bevorzugt arbeiten möchten. Heimatbundesland und -region stehen hoch im Kurs. In dem Wunsch nach Heimatnähe liegen auch Chancen für die Versorgung im ländlichen Bereich. Der Landarztmangel ist dadurch allerdings nicht zu beheben, denn: „Land ist nicht gleich Land“, meint Jacob. Dem stimmt Gassen zu: „Am Starnberger See werden Sie immer jemanden finden, der sich dort niederlassen möchte, aber es gibt auch unattraktive ländliche Regionen. Nicht nur Ärzte wollen da nicht hin, die Bevölkerung verlässt diese Gegenden ja selbst.“ Auch spielen Familie und der Beruf des Partners eine Rolle. „Wenn der Partner Physiker ist, findet er auf dem Land keine Anstellung, anders als seine Frau, die als Hausärztin arbeiten möchte“, veranschaulicht Jacob.

Insgesamt hat die Mobilität der Studierenden innerhalb Deutschlands, der Europäischen Union und weltweit abgenommen. „Die Bedingungen hierzulande sind besser geworden. Ins Ausland wollen nur noch 43,6 Prozent der Studierenden – das sind 20 Prozent weniger als bei der ersten Befragung 2010“, so Gassen.

Manko Digitalisierung

Erstmalig wurden die Studierenden 2018 auch zum Thema Digitalisierung befragt. Einen guten subjektiven Kenntnisstand zur Digitalisierung geben gut zehn Prozent der Studierenden an, im Hinblick auf die Telemedizin attestieren sich nur knapp vier Prozent gute Kenntnisse. Mit „Informations- und Wissensmanagement“ fühlen sich 11,5 Prozent der Studierenden vertraut, die Zahl liegt im Praktischen Jahr bei 12,7 Prozent. „Hier müssen wir besser werden“, äußert sich Dr. Frank Wissing, Generalsekretär des Medizinischen Fakultätentags (MFT). „Wir sehen den Auftrag, die Ergebnisse der Studie einzubringen: Zurzeit arbeiten wir an der Weiterentwicklung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs in der Medizin. Dabei stellen wir die Frage: Was bedeutet Digitalisierung für die Rolle und das Selbstverständnis des Arztes?“ Es sei jedoch schwierig, klare Inhalte für das Curriculum festzulegen. Flexibilität im Lehrplan sei wichtig, um dem Thema Digitalisierung mit all seiner Dynamik gerecht werden zu können. Dies ginge am ehesten, wenn Ziele definiert, Inhalte aber nicht zu kleinteilig geregelt würden.

Die Delegation ärztlicher Aufgaben an nichtärztliches Personal spielt zunehmend eine Rolle im Arbeitsalltag. Rund 77,2 Prozent der Befragten im Praktischen Jahr befürworten eine verstärkte Aufgabenübertragung an entsprechend qualifiziertes medizinisches Personal. Das stellt eine Zunahme um 17,6 Prozentpunkte im Vergleich zur vorhergehenden Befragung von 2014 dar. Die Studierenden selbst wünschen sich schon während des Studiums mehr interprofessionelle Zusammenarbeit und Ausbildung. Jana Aulenkamp, Präsidentin 2018 des bvmd, sagte dazu: „Wir machen später zusammen die Versorgung, dann sollten wir auch zusammen lernen.“

Tabea Breidenbach

LASS DICH NIEDER

2014 startete die KBV gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Kampagne „Lass dich nieder“.

Auf der Website können sich interessierte Medizinstudierende sowie junge Ärztinnen und Ärzte über die Arbeit im ambulanten Bereich informieren. Ob Weiterbildung, Niederlassungsoptionen oder Förderungen – viele Fragen werden direkt online beantwortet unter www.lass-dich-nieder.de/home.html.

INTERVIEW

„Wir leisten Pionierarbeit“

Alexander Beyer ist Geschäftsführer der gematik, der Betreibergesellschaft der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen. Im Klartext-Interview spricht er über die Erfolgsaussichten der digitalen Vernetzung, Eingriffe der Politik und über Vergleiche mit dem Berliner Flughafen BER.

Herr Beyer, würden Sie bitte kurz skizzieren, wie der aktuelle Stand in Sachen Telematikinfrastruktur (TI) ist, etwa bei der Anbindung der Praxen und dem Versichertenstammdaten-Management (VSDM)?

Im Jahr 2018 wurde angefangen, die Arztpraxen anzubinden. Zuständig dafür sind die Hersteller der technischen Komponenten, etwa der Konnektoren, welche die Zulassung für die TI von uns bekommen haben. Es sind jetzt etwas mehr als 50.000 angebundene Praxen (Stand Februar 2019, Anm. d. Red.). Dort wird auch das VSDM genutzt, also die Versichertenstammdaten werden abgefragt und aktualisiert.

Wie ist Ihre Einschätzung: Gelingt die Ausstattung der Praxen bis zur gesetzlichen Frist am 30. Juni 2019?

Das kann klappen, aber es bestehen natürlich Risiken. Wenn wir uns anschauen, in welchem Tempo die Anbindungen in den letzten Monaten erfolgt sind und das hochrechnen bis zum Ende der Frist, dann wird es nicht gelingen. Das liegt auch daran, dass es Ärzte gibt, die das Thema noch nicht auf der Agenda haben, die aber jetzt (bis Ende März, Anm. d. Red.) die technischen Komponenten bestellen müssen. Die Praxen müssen außerdem Termine finden, an denen ein Servicetechniker verfügbar ist, der den Anschluss vornimmt. Vier Hersteller bieten mittlerweile Konnektoren an. Die Industrie muss jetzt „rund um die Uhr“ im Rahmen ihrer Kapazitäten anbinden. Ich glaube, wenn alle zusammenwirken, dann ist es möglich, die Frist einzuhalten.

Es gibt viele Ärzte, die das Verhältnis von Aufwand und Nutzen der TI für ihre Praxis kritisch sehen. Wie überzeugen sie diese?

Ich verstehe, dass das kritisch gesehen wird, weil dies einen Eingriff in den Praxisablauf bedeutet. Wir wissen aber auch, dass sowohl die Versicherten als auch die Ärzte die Idee, die hinter der Vernetzung steht, sinnvoll finden. Nämlich, dass medizinische Daten und Informationen immer

„Minister Spahn würde nicht die Verantwortung für das Projekt übernehmen, wenn er an dessen Erfolg zweifeln würde."

dann auf Wunsch des Patienten bereitgestellt werden können, wenn sie benötigt werden. Ich kenne es von meiner Oma, die sehr viele verschiedene Medikamente von unterschiedlichen Ärzten genommen hat. Wenn das irgendwo zusammengetragen wird und bewertet werden kann, sei es vom Hausarzt oder in einer Notfallsituation, dann überzeugt das alle. Oder auch, dass Ärzte sicher miteinander kommunizieren können. Es gab gute Gründe, weshalb wir mit dem VSDM angefangen haben, um überhaupt technisch in die Breite zu vernetzen. Aber es ist natürlich keine Anwendung, welche die Ärzte davon überzeugt, dass ihnen diese Infrastruktur auch wirklich bei ihrer Arbeit hilft.

Wie geht es weiter mit den medizinischen Anwendungen?

In der nächsten Stufe soll es das Notfalldaten-Management geben und den elektronischen Medikationsplan. Die entsprechenden Spezifikationen liegen vor, wir haben die Festlegungen getroffen für die Sicherheit und für die Interoperabilität. Diese Anwendungen müssen nun von den Herstellern erprobt und dann von uns final zugelassen werden. Wir gehen davon aus, dass die Versicherten noch im laufenden Jahr diese Anwendungen nutzen können. Der nächste Schritt ist dann die elektronische Patientenakte (ePA). Auch da haben wir Ende letzten Jahres die Festlegung getroffen, wie wir uns eine ePA im ersten Schritt vorstellen. Laut Gesetz müssen die Krankenkassen als Anbieter der ePA diese bis Ende nächsten Jahres umsetzen.

Gesundheitsminister Spahn will, dass Versicherte auch mobil, etwa mit dem Smartphone und gegebenenfalls ohne elektronische Gesundheitskarte (eGK) auf ihre Daten zugreifen können. Wie sieht es damit aus?

Theoretisch ist es heute schon möglich, kontaktlos mit einem mobilen Endgerät auf Daten zuzugreifen. Die Spezifikationen der eGK sehen Kontaktlos-Schnittstellen vor, so dass man kein Kartenterminal braucht, sondern sich gegenüber dem mobilen Endgerät authentisiert. Solche Karten gibt es aber noch nicht. Im Terminservice- und Versorgungsgesetz werden die Krankenkassen verpflichtet, ab dem 1. Dezember 2019 solche Karten auszugeben. Daneben wird die gematik Festlegungen für Authentisierungsverfahren ohne eGK bis Mai 2019 treffen. Allerdings sind diese Authentisierungsverfahren heute noch nicht so sicher wie andere. Die Krankenkassen sind aufgefordert, die Versicherten darüber zu informieren. Am Ende muss der Patient die Entscheidung treffen, ob er die Funktion nutzen möchte.

Wird es diese Möglichkeit auch für Ärzte geben?

Natürlich müssen wir vorsehen, dass auch Ärzte mit mobilen Endgeräten auf Daten zugreifen können, etwa bei einem Hausbesuch. Da sind wir in Abstimmung mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik. Weil es um die medizinischen Daten des Patienten geht, muss ein hohes Sicherheitsniveau beim Zugriff des Arztes gewährleistet werden. Die Entscheidung über das Sicherheitsniveau kann der Patient treffen, wie gesagt, nicht aber der Arzt.

Die aktuelle eGK hat landläufig einen ähnlichen sprichwörtlichen Status wie der Berliner Flughafen BER, wenn es um Zeit, Kosten und technologischen Stand geht. Regt Sie das auf oder perlt das an Ihnen ab?

Bei unserem „Flughafen" Telematikinfrastruktur heben ja tagtäglich schon jetzt 50.000 Maschinen ab. Ich glaube, dass dieser Vergleich hinkt und der Komplexität, die hinter den einzelnen Aufgaben steckt, nicht gerecht wird. Von daher gibt es schon Momente, wo mich das emotional anfasst oder peinlich berührt, wenn ich merke, dass man versucht, mit solchen Stammtischparolen das Projekt zu diskreditieren. Es ist ein Pionierprojekt, das wir da machen, mit speziellen Anforderungen. Das kann man meiner Ansicht nach nicht mit einem Flughafen vergleichen.

Die gematik musste in den letzten Monaten viel Kritik einstecken, etwa bezüglich ihrer Geschwindigkeit. Kommen Sie morgens noch gerne ins Büro?

Ja, ich komme gerne ins Büro (lacht). Ich finde die Aufgabe nach wie vor spannend. Das Ziel, dem Patienten seine medizinischen Daten digital an die Hand zu geben, ist immer noch so sinnvoll wie vor 15 Jahren. Wir haben alle Fristen eingehalten, wir haben ein super Team. Ich bin überzeugt von der Leistungsfähigkeit der gematik.

Gesundheitsminister Spahn will die gematik umbauen und sein Ministerium zum Mehrheitsgesellschafter machen. Damit hätte die Politik die direkte Entscheidungsgewalt, nicht mehr die Selbstverwaltung. Wie finden Sie das?

Wir haben in den letzten Jahren bewiesen, dass wir sehr gut mit den Gesellschaftern zusammenarbeiten. Ich verstehe aber, dass die Ergebnisse in der Praxis noch nicht spürbar sind und dass eine gewisse Ungeduld herrscht bei den Versicherten, weshalb das Ministerium die Verantwortung übernehmen möchte. Ich sehe das erst mal als Kompliment. Ich gehe nicht davon aus, dass Minister Spahn die Verantwortung für zwei Jahre – wenn man bis zum Ende der Legislaturperiode denkt – für dieses Projekt übernehmen würde, wenn er nicht an einen nachweisbaren Erfolg dieses Projekts glauben würde. Auf der anderen Seite klingt ein achter Gesellschafter für mich zunächst einmal nicht nach Beschleunigung. Da habe ich noch einen weiteren Gesellschafter abzuholen. Deshalb müssen wir bei der konkreten Ausgestaltung sehen, dass wir tatsächlich schneller werden. Wobei ich auch daran erinnern muss, dass wir sehr viele Festlegungen schon getroffen haben, die jetzt in der Umsetzung sind. Diesen Prozess kann ich nicht dadurch beschleunigen, dass ich immer mehr Festlegungen treffe.

Sehen Sie denn reelle Chancen schneller zu werden ohne Qualität zu verlieren?

Die TI ist da, erste Festlegungen für die Inhalte sind getroffen. Jetzt können wir als gematik mit allen Beteiligten in die Diskussion gehen. Ich glaube, das hilft uns, Lösungen, die mit der Industrie, aber auch mit den Nutzern abgestimmt sind, schnell umzusetzen. Ob das durch eine Änderung der Governance der ›

gematik erfolgt, wird die Zukunft zeigen.

Einige Krankenkassen sind schon sehr weit bei der Installation eigener elektronischer Akten und Anwendungen. Helfen Ihnen diese Parallelentwicklungen oder verkomplizieren sie die Sache?

Es ist auf jeden Fall gut, Erfahrungen zu sammeln, was die Kommunikation zwischen Arzt und Patient angeht. Das sind wir in der Form ja bislang nicht gewohnt, dass der Arzt dem Patienten seine medizinischen Daten gibt. Ich glaube, da muss auch „kulturell" noch ein Umdenken stattfinden. Durch Gesundheitsakten wie von der Techniker Krankenkasse oder von Vivy fangen wir damit an, solche Diskussionen zu führen. Das hilft uns. Uns hilft auch, dass die Krankenkassen große Begeisterung für das Thema ePA haben. Es ist nicht mehr so wie vor vier, fünf Jahren, als wir sehr viele Beteiligte noch davon überzeugen mussten, dass das Ganze Sinn macht und dass es Geld kostet. Wir sind dabei, mit den Krankenkassen in einem geregelten Prozess in Form einer Arbeitsgruppe alles zusammenzuführen. Das Ziel ist, dass wir Akten haben, die sicher und interoperabel sind, in dem Sinne, dass Ärzte mehrere Akten mit einem System bedienen können. Ich denke, es haben alle verstanden, wie wichtig es ist, dass alle miteinander kommunizieren können auf Basis einheitlicher Regelungen. Diese Regelungen hat die gematik zur Patientenakte getroffen, die Kassen müssen sie jetzt umsetzen.

Die TI soll in der Zukunft nicht nur als Datenautobahn fungieren, auf der Informationen von A nach B fließen, sondern sie soll eine Plattform für den generellen Austausch von Daten im Gesundheitswesen werden. Wie könnte das konkret aussehen?

Die jetzige Infrastruktur zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass alle Beteiligten registriert und bekannt sind, von daher ist diese Kommunikation untereinander vertrauenswürdig. Dieses Leistungsmerkmal macht die TI für den Austausch vieler Daten im Gesundheitswesen interessant. Nehmen wir etwa das Implantateregister. Dieses soll nach Plänen des Bundesgesundheitsministeriums vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information errichtet und betrieben werden. Eine beim Robert-Koch-Institut angesiedelte Vertrauensstelle soll die Nutzung der pseudonymisierten Daten überwachen. Das wäre ein konkretes Beispiel, wie die Infrastruktur selbst als Plattform fungieren kann.
Im November haben wir die Verfahrensbeschreibungen für die Bestätigung „weiterer Anwendungen" veröffentlicht, wodurch jeder, der etwas mit Gesundheit oder Gesundheitsforschung zu tun hat, Anträge stellen kann, um die TI zu nutzen. Je nachdem, welche Leistungsmerkmale derjenige nutzen möchte, muss er bestimmte Kriterien erfüllen. Wir prüfen allerdings nicht, ob das jeweilige Vorhaben Sinn macht oder ob die entsprechenden Anwendungen funktionieren, sondern wir überprüfen, dass die Sicherheit der Infrastruktur als solcher nicht gefährdet ist.

Auch die ePA selbst wird eine Art Plattform werden, in die strukturierte Daten hochgeladen werden können. Strukturiert heißt in einem festgelegten Format, das andere Teilnehmer im System, in diesem Fall die Ärzte, weiterverarbeiten können. Das betrifft bislang den Notfalldatensatz und den elektronischen Medikationsplan. Das kann man aber auch für Mutterpässe, Röntgenpässe, Bonushefte und dergleichen machen. Die KBV hat jetzt den Auftrag, die semantische und syntaktische Interoperabilität der Inhalte der ePA zu gewährleisten.

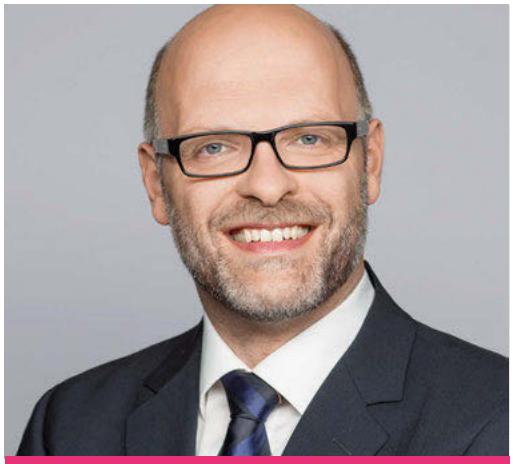
An dieser Aufgabenübertragung auf die KBV gab es ja auch Kritik, etwa seitens der Industrie. Können Sie diese nachvollziehen?

Ich verstehe, was die Vertreter der Industrie meinen. Sie fürchten, dass die KBV Festlegungen trifft, ohne auf die Vorarbeiten der Hersteller, der Fachgesellschaften oder der Standardisierungsorganisationen zurückzugreifen. Aber wenn ich die Aussagen der KBV richtig verstehe, will sie sehr wohl auf das Knowhow dieser Interessengruppen aufsetzen. Was in der Vergangenheit gefehlt hat, ist jemand, der am Ende eine Entscheidung trifft. Mir ist es letztendlich egal, wer die Entscheidungen trifft, Hauptsache, es macht jemand. Deshalb begrüße ich, dass die KBV hier die Hand gehoben hat.

Noch mal zurück zur TI als Plattform für den generellen Datenaustausch: Wann wird dieses Ziel erreicht sein?

Wir sind jetzt in der spannenden Phase, in der diese Plattform entsteht. Das betrifft ja zwei Seiten: Einerseits müssen Sie sehen, dass die Teilnehmerzahl wächst. Auf der anderen Seite müssen die Anwendungen mehr werden, dadurch gewinnen wir wieder neue Teilnehmer. Das ist ein Prozess, der nie so richtig zu Ende sein wird. Wir werden uns immer damit auseinandersetzen müssen, wie man diese Plattform weiterentwickeln kann. Es gibt viele potenzielle Nutzer, die bislang nicht eingebunden sind, etwa die Pflege oder der Reha-Bereich. Ein weiteres Thema ist, wie man die Forschung sinnvoll integrieren kann. Auch Europa wird ein Thema sein, also die Frage, wie man eine solche Infrastruktur grenzüberschreitend nutzen kann. Ich gehe davon aus, dass wir noch viele Jahre über das Thema TI, ihre Anwendungen und ihre Teilnehmer diskutieren werden.

Die Fragen stellte Alexandra Bodemer.



Alexander Beyer (Jahrgang 1973) ist seit 1. Juli 2015 Geschäftsführer der gematik Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH. Zuvor leitete der Volljurist und Rechtsanwalt dort zehn Jahre lang den Bereich Recht. Der gebürtige Hamburger hat neben seinem Staatsexamen einen Master of Law in Rechtsinformatik und einen Master of Arts in Ökonomie & Management.

Zi verleiht Innovationspreise

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) prämierte am 13. März in Berlin vier herausragende Beispiele ambulanter Versorgung mit dem Titel „Ausgezeichnete Gesundheit 2019“. Die Preise gingen an das Telemedizinprojekt docdirekt der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, die Initiative zur modernen, intersektoralen Wundversorgung des Praxisnetzes Herzogtum Lauenburg, das Medizinische Stipendium Osterburg in der sachsen-anhaltinischen Altmark und die mobile Arztpraxis Medibus der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Über die Vergabe der Auszeichnungen hatten die gut 300 Gäste aus Politik, Ärzteschaft und Forschung abgestimmt. Insgesamt 16 regionale Projekte hatten sich um die Innovationspreise beworben. Die Veranstaltung des ZI fand bereits zum zweiten Mal statt. *(fun)*

KV SCHLESWIG-HOLSTEIN

Bereitschaftsdienst besser vergütet

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Schleswig-Holstein hat die Honorierung des Bereitschaftsdienstes zum Januar 2019 erhöht. Hintergrund ist die gesunkene Bereitschaft der Ärzte, freiwillig Dienste zu übernehmen sowie der gestiegene Stundenlohn für die Arbeit in einer Anlaufpraxis im benachbarten Hamburg. In der Vergangenheit musste die KV deshalb erstmals in der Region Flensburg auf die eigentlich nicht gewollte „Zwangsverpflichtung“ zum Bereitschaftsdienst zurückgreifen. Das Stundenhonorar steigt in allgemein- und kinderärztlichen Anlaufpraxen während der Woche und an Wochenenden auf 90 Euro pro Stunde, an Feiertagen und Brückentagen auf 130 Euro pro Stunde. Auch Fahrdienste und Wegegelder werden besser bezahlt. Mit den gestiegenen Honoraren hofft die KV Schleswig-Holstein wieder auf mehr freiwillige Teilnehmer unter den Ärzten. *(fun)*

116117
DIE NUMMER, DIE HILFT!
BUNDESWEIT.
Der ärztliche Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen

KV WESTFALEN-LIPPE

Neuer zweiter Vorsitzender gewählt

Zum 1. April tritt Dr. Volker Schrage die Nachfolge von Dr. Wolfgang-Axel Dryden als zweiter Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) an. Die Vertreterversammlung wählte den 62-jährigen Facharzt für Allgemeinmedizin in ihrer Sitzung Anfang Dezember. „Ich freue mich darauf, die Zukunft der Ärzte und Psychotherapeuten aktiv zu gestalten und mich für die Belange all unserer Mitglieder und natürlich auch unserer Patienten einzusetzen“, sagte Schrage nach der Wahl. Der neue Vorstand der KVWL besteht somit ab dem 1. April aus Dr. Gerhard Nordmann (1. Vorsitzender), Schrage sowie Thomas Müller. *(fun)*

KV BAYERNS

Förderprogramme gegen Hausarztmangel

Auch das wirtschaftlich starke Bundesland Bayern leidet unter Ärztemangel, mancherorts droht Unterversorgung. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) nutzt deshalb im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages die Möglichkeit, mit Förderprogrammen die fachärztliche Versorgung in bestimmten Landkreisen und Städten langfristig zu sichern. Gefördert wird die Niederlassung in den unterversorgten Gebieten mit bis zu 60.000 Euro. Für die Errichtung oder Übernahme einer Zweigpraxis ist ein finanzieller Zuschuss von bis zu 15.000 Euro möglich. Ärzte, die 63 Jahre oder älter sind und einen Nachfolger für ihre Praxis suchen, unterstützt die KVB bei der Praxisfortführung mit bis zu 4.500 Euro für vorerst vier Quartale. *(fun)*

Psychotherapie wird Studienfach

Die Psychotherapie bekommt einen eigenen Studiengang. Ende Februar wurde der Regierungsentwurf auf den Weg gebracht. In den kommenden Wochen berät der Bundesrat, bevor das Gesetz in den Bundestag geht. Das Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz hatte in den vergangenen Monaten für viele Diskussionen gesorgt.

Der neue Studiengang für Psychotherapie ist auf fünf Jahre ausgelegt und unterteilt sich in drei Jahre Bachelorstudium und zwei Jahre Masterstudium, zum Wintersemester 2020 soll er starten. Nach bestandener Prüfung erhalten die Studierenden eine Approbation und damit die Behandlungserlaubnis. Bisher erhielten die angehenden Psychotherapeuten die Approbation erst nach einer postgradualen therapeutischen Ausbildung.

Nach dem Studium folgt wie bisher eine Fachausbildung in Kliniken oder ambulanten Einrichtungen. Statt in der „Ausbildung“ sind die Studienabgänger dann „Psychotherapeuten in Weiterbildung“. Der Gesetzesentwurf beabsichtigt – auch durch den neuen Namen – eine deutliche Verbesserung der Vergütung. Diese ähnelte bisher einem Praktikantengehalt, oft arbeiteten die angehenden Therapeuten sogar unentgeltlich. Dies sorgte in der Vergangenheit für Unmut, da die Weiterbildung nach dem Studium mit hohen Kosten verbunden ist.

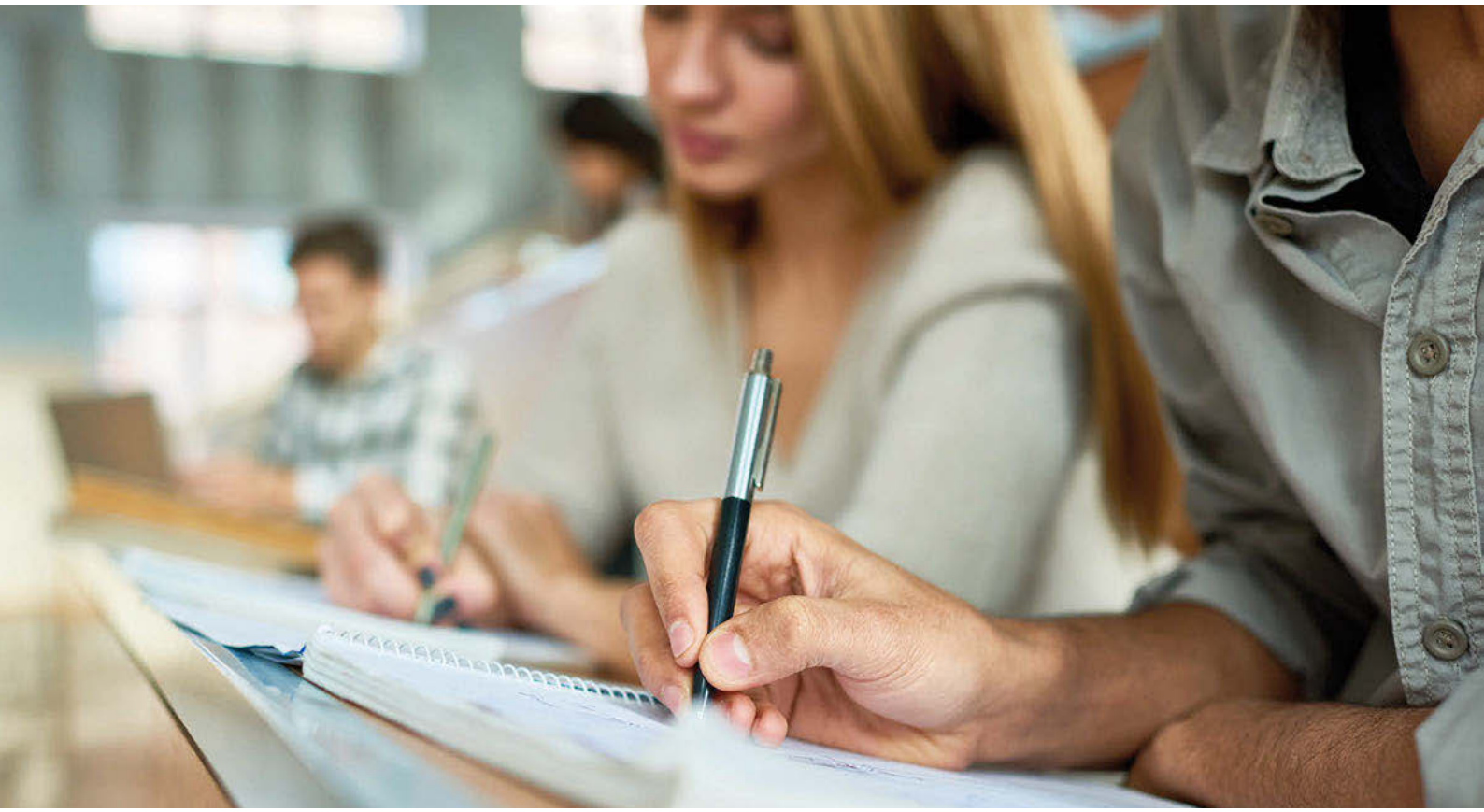
Laut Medienberichten sieht Gesundheitsminister Jens Spahn in der Reform eine Verbesserung der Qualifikation der Psychotherapeuten und somit auch in der Versorgung der Patienten. Die Bundespsychotherapeutenkammer unterstützt das Vorhaben. Sie hatte schon seit Jahren eine Reform gefordert. Auch Psychologenverbände begrüßen diese, Ärztekammern hingegen sprechen sich klar dagegen aus.

KBV begrüßt Reform

In ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 3. Januar begrüßt die KBV die Weiterentwicklung des zwischenzeitlich fest etablierten und zur Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen bewährten Heilberufes der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten. Der Gesetzgeber greife dabei in hohem Maße die Erfahrungen und die Wünsche der Fachgruppe der Psychotherapeuten auf, was Voraussetzung für ein gelingendes Reformvorhaben sei. Die Reform verankere die Heilberufsausbildung in der Wissenschaftlichkeit und Evidenz geprüfter psychotherapeutischer Therapieformen. Dies bewertet die KBV positiv. Auch begrüßt sie, dass bisherige Ausbildungs- und Weiterbildungsinstitute in das neue Modell überführt würden. Dies sorge für eine Kontinuität von Lehrorten und erlaube eine Differenzierung von Aus- und Weiterbildung an unterschiedlichen Orten des Leistungsgeschehens. Auch ordnet die KBV positiv ein, dass der Wissenschaftliche Beirat beibehalten und Verordnungsbefugnisse der Ergotherapie sowie der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege erweitert würden.

Ärztekammer reagiert ablehnend

Die Bundesärztekammer hatte den Referentenentwurf zu Beginn des Jahres strikt abgelehnt und verlangt, dass das Bundesgesundheitsministerium den Entwurf umfassend überarbeiten möge. Laut Stellungnahme der Bundesärztekammer gliedere der Referentenentwurf Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen aus dem medizinischen Versorgungssystem aus. Psychotherapeuten seien eine gute Ergänzung, garantierten aber nicht die alleinige Diagnose und Therapieversorgung. Da psychische und psychosomatische Beschwerden häufig wechselseitig auftreten und sich zudem gegenseitig verstärken würden, bedrohe die Reform eine individuelle, somatische wie psychische Aspekte integrierende Versorgung. Auch gegen den Regierungsentwurf von Ende Februar spricht sich die Bundesärztekammer klar aus. ›



NEUREGELUNG DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG VERSCHOBEN

Ebenfalls in dem Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz geregelt werden soll der künftige Zugang für Patienten zur Psychotherapie. Ursprünglich war die Neuregelung der psychologischen Versorgung im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) verankert.

Die Pläne des Gesundheitsministeriums bezüglich eines Stufen-Modells zur Versorgung psychisch kranker Patienten sind zunächst vom Tisch. Der Vorschlag im Regierungsentwurf zum TSVG hatte in den letzten Monaten für viel Kritik gesorgt (siehe Klartext Ausgabe 4/2018).

Der Zugang zur psychologischen Versorgung soll nun von der Selbstverwaltung erarbeitet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bis Mitte 2020 einen Vorschlag entwerfen. Ziel ist eine verbesserte Zusammenarbeit von Ärzten und Psychotherapeuten, sowie ein erleichterter Zugang zu Psychotherapeuten für Patienten, verlautet aus dem Ministerium.

Streitpunkt gestrichen

Ein Kritikpunkt, vor allem von der Bundesärztekammer aber auch von Seiten der Psychologenverbände und der KBV, waren die im Referentenentwurf genannten Modellversuchsstudiengänge zur Verordnung von Psychopharmaka im Rahmen der psychotherapeutischen Tätigkeit. Die Verordnung von Psychopharmaka, die laut Entwurf nach der Approbation möglich gewesen wäre, wurde nun im Regierungsentwurf vom 27. Februar gestrichen. Aufgegriffen wurden zudem Vorschläge der KBV, wonach die somatische Dimension auch psychischer Erkrankungen weiterhin im Psychotherapeutengesetz angesprochen sowie die Berufsbezeichnung so ausgestaltet wird, dass Ärzte diese weiterhin führen können.

Voraussichtlich im Mai stimmt der Bundestag in erster Lesung über den Regierungsentwurf ab. Zuvor berät der Bundesrat über das neue Gesetz.

Birte Christophers

Reform sollte schnell kommen

Die Expertenkommission zur Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020 hat Ende Januar ihre Empfehlungen vorgelegt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) fordert die zügige Umsetzung vereinbarter Ziele.

Die KBV unterstützt klar den schon 2017 beschlossenen Masterplan Medizinstudium 2020 und mahnt eine rasche Realisierung der vereinbarten 37 Einzelmaßnahmen an. Wichtig sei dabei aus Sicht der Vertragsärzte, dass es zu der vereinbarten Ausweitung des allgemeinmedizinischen Anteils sowie der ambulanten Tätigkeit während des Studiums kommt, sagt Dr. Bernhard Gibis, Dezernent bei der KBV im Geschäftsbereich Sicherstellung und Versorgungsstruktur und zuständig für den Masterplan Medizinstudium 2020. Er bewertet es als eine bemerkenswerte Leistung, dass sich alle am Prozess beteiligten Akteure, unter anderem die Gesundheits- und Wissenschaftsministerien auf Bundes- und Landesebene, überhaupt auf einen Masterplan verständigt haben. Nur hakt es derzeit an der konkreten Umsetzung, da die Zuständigkeiten sowohl zwischen Bund und Ländern als auch zwischen den Ressorts Gesundheit und Bildung überaus komplex verteilt sind. So sieht der Masterplan beispielsweise vor, neben der Abiturnote mindestens zwei weitere Auswahlkriterien für den Zugang zum Studium anzuwenden. Das Bundesverfassungsgericht hatte bereits im Dezember 2017 geurteilt, dass neben der Abiturnote weitere Kriterien zur Studienplatzvergabe herangezogen werden müssen.

Auf Bundesebene hofft die KBV, dass der Gesetzgeber Änderungen an der Approbationsordnung (ÄApprO) für Ärzte bis 2020 tatsächlich verabschiedet. Unter anderem könnten so neue Vorgaben für die staatlichen Prüfungen geschaffen werden, das Praktische Jahr von Tertialen auf Quartale umgestellt und damit vier Ausbildungsabschnitte mit mehr Wahlmöglichkeiten geschaffen werden. Ferner soll der Nationale kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin weiterentwickelt und fester Bestandteil der ÄApprO werden. Ein besonderes Augenmerk soll dabei zukünftig auf der Arzt-Patienten-Kommunikation liegen.

Kritisch bewertet die KBV Äußerungen im Gutachten der vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzten Expertenkommission, die darauf zielen, die vereinbarte Stärkung der allgemeinmedizinischen sowie ambulanten Ausbildung im Medizinstudium wieder zu relativieren. Die durch die schleppende Umsetzung entstehenden Verzögerungen sollten nicht genutzt werden, sinnvolle Ergebnisse des Masterplans nachträglich umzudeuten oder gar die Umsetzung zu behindern, so die KBV in ihrer Stellungnahme.

Tom Funke

Von Antibiotika bis Zulassungsverfahren

Am 26. Mai ist Europawahl. Welche Positionen vertreten deutsche Kandidaten in der Gesundheitspolitik? Klartext hat einigen von ihnen dieselben drei Fragen gestellt.

DR. PETER LIESE, CDU

Welche sind die aus Ihrer Sicht drängendsten gesundheitspolitischen Herausforderungen, die in der nächsten Legislaturperiode auf europäischer Ebene bewältigt werden müssen?

Ein Schwerpunkt wird die Bekämpfung von Krebs sein. Außerdem wollen wir die Nutzenbewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten in Europa in Zukunft gemeinsam durchführen. Hier geht es ausdrücklich nur um die Bewertung, nicht um die Frage der Kostenerstattung. Letztere soll weiterhin national entschieden werden. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen. Wir haben erste Schritte unternommen, den Einsatz von Antibiotika in der Landwirtschaft zurückzudrängen. Wir brauchen aber auch Anreize für neue Humanantibiotika.

Welche Rolle sollte die EU bei der Digitalisierung im Gesundheitsbereich spielen?

Die EU sollte hier eine Führungsrolle einnehmen. Die Digitalisierung schreitet immer weiter voran. Denken wir zum Beispiel an die elektronische Patientenakte oder das E-Rezept. Patienten besuchen Ärzte im EU-Ausland. Da ist es doch nur angebracht und folgerichtig, dass den Ärzten dort auch alle relevanten Informationen über den Patienten vorliegen. Die EU sollte deshalb die Voraussetzungen schaffen, dass die verschiedenen Systeme zumindest kompatibel sind. Der Datenschutz muss dann natürlich auch europaweit einheitlich gewährleistet werden.

Die KBV warnt davor, durch die angestrebte Deregulierung freier Berufe auf europäischer Ebene leichtfertig bewährte Strukturen der freiberuflichen Selbstverwaltung zugunsten einmaliger Beschäftigungseffekte zur Disposition zu stellen. Wie kann europäisches Handeln Freiberuflichkeit fördern?

Davor warne ich auch. Gemeinsam mit den Kollegen der CDU/CSU-Gruppe im Europäischen Parlament habe ich mich stets für das Selbstverwaltungsmodell stark gemacht. Dieses dient dem Patientenschutz und sichert die hohe Qualität im deutschen Gesundheitswesen. Hier gilt es der Kommission immer wieder klar zu machen, welchen Wert an sich dies darstellt.

MARTIN HÄUSLING, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Welche sind die aus Ihrer Sicht drängendsten gesundheitspolitischen Herausforderungen, die in der nächsten Legislaturperiode auf europäischer Ebene bewältigt werden müssen?

Die Bürgerinnen und Bürger dürfen nicht Gefahrenstoffen ausgesetzt sein: seien es toxische Pestizide, hormonverändernde Stoffe oder andere Chemikalien. Auch die grassierende Antibiotikaresistenz muss schnellstens eingedämmt werden. Dafür streiten wir.

Welche Rolle sollte die EU bei der Digitalisierung im Gesundheitsbereich spielen?

Es braucht in allen Mitgliedsländern europäische Mindeststandards für die Versorgung im Gesundheitsbereich. Wir wollen die Chancen der Digitalisierung nutzen, um europäischen Austausch und Transparenz zu Best-Practice-Modellen in den Bereichen Gesundheitsversorgung und Pflege zu fördern, die Vereinbarkeit von Beruf und Care-Arbeit zu verbessern und Arbeitsabläufe zu erleichtern.

Die KBV warnt davor, durch die angestrebte Deregulierung freier Berufe auf europäischer Ebene leichtfertig bewährte Strukturen der freiberuflichen Selbstverwaltung zugunsten einmaliger Beschäftigungseffekte zur Disposition zu stellen. Wie kann europäisches Handeln Freiberuflichkeit fördern?

Freiberuflichkeit kann durch einen verbesserten Zugang zu europäischen Bildungsprogrammen gefördert werden sowie durch einen verbesserten Zugang zu Finanzierungsprogrammen wie etwa COSME, das Programm für kleine und mittlere Unternehmen. Dieses wird momentan im Rahmen des EU-Haushalts neu verhandelt.

TIEMO WÖLKEN, SPD

Welche sind die aus Ihrer Sicht drängendsten gesundheitspolitischen Herausforderungen, die in der nächsten Legislaturperiode auf europäischer Ebene bewältigt werden müssen?

Wir werden weiterhin Themen wie die Bekämpfung von antimikrobiellen Resistenzen, Impfungen, E-Health oder die grenzüberschreitende medizinische Versorgung vorantreiben müssen. Auch die Implementierung der Verordnungen über Medizinprodukte und In-vitro-Diagnostika sowie der Abschluss der Verordnung zu Gesundheitstechnologien werden von Bedeutung sein. Unser wichtigstes Ziel ist es, die Patienten vor der Zulassung fehlerhafter oder gering getesteter Arzneimittel und Medizinprodukte zu schützen.

Welche Rolle sollte die EU bei der Digitalisierung im Gesundheitsbereich spielen?

Der immer größere Einfluss von E-Health wird von grundlegender Bedeutung für die Art und Weise sein, wie wir in Zukunft eine hochwertige Gesundheitsversorgung erreichen. Dies betrifft insbesondere den Umgang mit personenbezogenen Daten. Das Empfangen von Daten über Geräte wie Mobiltelefone oder Fitnesstracker verspricht bessere Diagnosen, eine höhere Wirksamkeit der Behandlungsmethoden und eine Suche nach neuen Heilmethoden mit weniger Aufwand und Kosten als bei herkömmlichen Forschungsmethoden. Digitalisierung ist leider auch immer mit Risiken verbunden. Der Datenschutz darf nicht als Innovationshemmnis gesehen werden, sondern muss integraler Bestandteil der Entwicklung sein. Diese Themen können nur durch eine koordinierte, sorgfältige und wirksame EU-Regulierung gelöst werden.

Die KBV warnt davor, durch die angestrebte Deregulierung freier Berufe auf europäischer Ebene leichtfertig bewährte Strukturen der freiberuflichen Selbstverwaltung zugunsten einmaliger Beschäftigungseffekte zur Disposition zu stellen. Wie kann europäisches Handeln Freiberuflichkeit fördern?

Besonders im Gesundheitsbereich, in dem das Subsidiaritätsprinzip Anwendung findet und nicht alles auf europäischer Ebene geregelt werden kann, halte ich es für sehr wichtig, die freien Berufe besser in den europäischen Gesetzgebungsprozess zu integrieren. Hier gilt es beispielsweise, die Konsultationsverfahren der Europäischen Kommission zu vereinfachen und Freiberuflern sowie kleinen und mittleren Unternehmen zugänglicher zu machen. Im Zuge der Digitalisierung dürfen durch europäische Gesetzgebung keine Nachteile für freie Berufe entstehen. Es gilt nicht nur den wirtschaftlichen Nutzen zu berücksichtigen, sondern vor allem auch den Schutz personenbezogener Daten zu gewährleisten. Vor allem müssen wir sicherstellen, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Freiberufler und Patient stets gewährleistet ist.

ROBERT-MARTIN MONTAG, FDP

Welche sind die aus Ihrer Sicht drängendsten gesundheitspolitischen Herausforderungen, die in der nächsten Legislaturperiode auf europäischer Ebene bewältigt werden müssen?

Ich sehe vor allem drei Dinge, die die EU im Blick haben muss: gemeinsame Standards bei digitalen Gesundheitslösungen (Interoperabilität), Stärkung von Investitionen in Innovationen im Wirtschaftsraum EU (Medizintechnik, E-Health) sowie die schnellere Verfügbarkeit von innovativen Versorgungslösungen für die Patienten. Letzteres durch die Entwicklung gemeinsamer Standards zur Methodik, zur Ergebnisdarstellung, zur Transparenz der Datengrundlage sowie der Unabhängigkeit der Bewertung.

Welche Rolle sollte die EU bei der Digitalisierung im Gesundheitsbereich spielen?

Wir Freie Demokraten sehen die Digitalisierung als Chance – für Patienten, Ärzte und die Versorgung insgesamt. Beispielsweise können digitale Hilfsmittel zur Aufklärung der Bürger, bei der Früherkennung von Epidemierisiken oder bei der Aufbereitung von Forschungsgrundlagen genutzt werden. Digitale Lösungen können zudem den schnelleren Zugang zu besseren Daten sicherstellen. Die Entscheidung darüber, welche Daten mit wem ausgetauscht werden dürfen, muss aber letztlich bei den Patienten bleiben. Die EU muss Standards setzen und den Prozess zwischen den Mitgliedsstaaten koordinieren, damit der Mehrwert von digitalen Angeboten nicht an den nationalen Grenzen endet. Dies wird jedoch nur erfolgreich sein, wenn sich Ärzte- und Patientenvertreter konkret in diesen Prozess einbringen können.

Die KBV warnt davor, durch die angestrebte Deregulierung freier Berufe auf europäischer Ebene leichtfertig bewährte Strukturen der freiberuflichen Selbstverwaltung zugunsten einmaliger Beschäftigungseffekte zur Disposition zu stellen. Wie kann europäisches Handeln Freiberuflichkeit fördern?

Wir Freie Demokraten stehen zu freien Berufen und der freiberuflichen Selbstverwaltung. Wir wollen den freiberuflichen Rechtsrahmen stärken statt schwächen. Denn berufsrechtliche Vorgaben dienen vor allem der Qualitätssicherung und damit unmittelbar dem Patientenschutz. Dies betonen wir – auch auf meine Initiative hin – in unserem Europawahlprogramm. „Einheit in Vielfalt“ ist der Erfolgsgarant der Europäischen Union. Dies gilt umso mehr, als dass sich die Systeme der Berufsstandsorganisation und das Kammersystem nachweislich bewährt haben.

Die Digitalisierung ist im schwedischen Gesundheitswesen bereits weit vorangeschritten.

Schweden: Lange Wege zum Spezialisten

Das Gesundheitssystem Schwedens gilt oft als Vorreiter, gerade im Bereich der Telemedizin. Doch es gibt auch Schattenseiten – so warten Patienten teilweise drei Monate oder länger auf einen Termin.

Mit einer Fläche von 447.435 Quadratkilometern und mehr als 10 Millionen Einwohnern ist Schweden das bevölkerungsreichste Land der skandinavischen Halbinsel. Zahlen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zeigen: Die Menschen in der parlamentarischen Monarchie sind zufrieden. Sowohl bei Umwelt, Wohnen, Sicherheit und Beschäftigung als auch im Bereich Gesundheit liegen die Werte über dem Durchschnitt. Ihre Lebenszufriedenheit, eine subjektive Angabe, verorten die Schweden bei 7,3 – deutlich über dem OECD-Mittel von 6,5. Das liegt auch am Lebensstandard – das verfügbare Pro-Kopf-Haushaltsnettoeinkommen liegt im Durchschnitt über dem anderer OECD-Staaten. 2017 betrug das Bruttoinlandsprodukt (BIP) 477,9 Milliarden Schwedische Kronen (SEK), wobei der öffentliche, tertiäre Dienstleistungssektor den größten Anteil mit 73 Prozent ausmacht. Rund elf Prozent des BIPs werden für Gesundheitsausgaben verwendet, gefolgt von den Ausgaben für Bildung.

Gesundheit: Aufgabe der Provinz

Das Gesundheitssystem in Schweden ist staatlich organisiert. Dabei hat die Bundesebene vergleichsweise geringe Entscheidungsbefugnisse, vielmehr obliegt seit 1982 die Sicherstellung den 20 Provinziallandtagen und vier Regionen. Diese können jeweils individuell entscheiden, wie sie die ambulante und stationäre Versorgung für ihre Region gestalten. Dafür verwenden

Schweden in Zahlen
(im Vergleich zu Deutschland)

Bevölkerung:
10,1 Mio.
82,8 Mio.

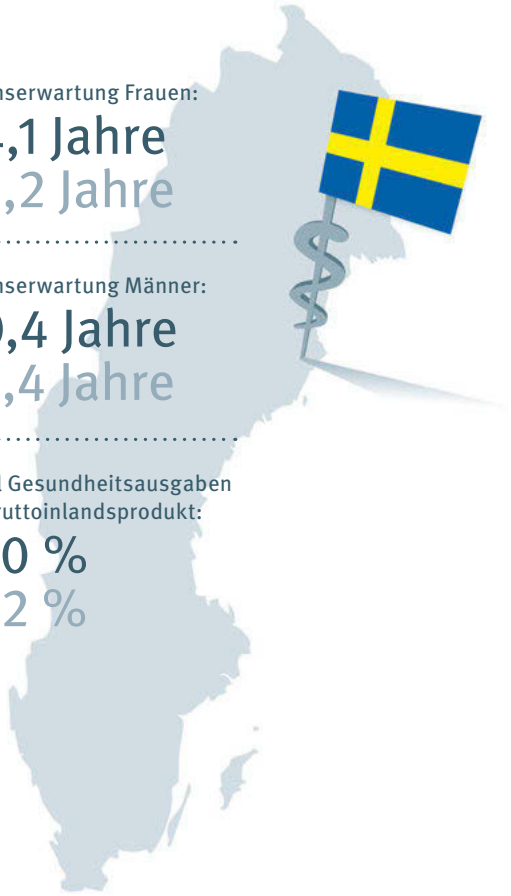
Einwohner über 65 Jahre:
19,9 %
21,0 %

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

Lebenserwartung Frauen:
84,1 Jahre
83,2 Jahre

Lebenserwartung Männer:
80,4 Jahre
78,4 Jahre

Anteil Gesundheitsausgaben
am Bruttoinlandsprodukt:
11,0 %
11,2 %



Quellen: Statistiska centralbyrån, Statistisches Bundesamt, Statista, Weltbank

sie rund 90 Prozent ihrer Haushaltsmittel. Bezahlt werden davon beispielsweise gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen. Unterste organisatorische Ebene sind die rund 290 Gemeinden, welche seit 1992 für die stationäre Langzeitpflege und die Altenpflege zuständig sind, seit 1994 und 1995 außerdem für die Versorgung von Menschen mit Behinderung und psychisch Kranken. Diese Aufteilung ist der älter werdenden Bevölkerung geschuldet. Pflegeheime und Home Care entlasten so die Strukturen, die sich um akute medizinische Fälle kümmern.

In Schweden gibt es nur eine Krankenkasse, die staatliche Försäkringskassa, in der alle Einwohner automatisch Mitglied sind. Das Angebot, aber auch die Notwendigkeit von privaten Krankenversicherungen ist gering. Denn das staatliche System ermöglicht allen Einwohnern des Landes einen Zugang zur medizinischen Versorgung – auch, wenn diese keine schwedischen Staatsbürger sind.

Zugang zur Versorgung

Insgesamt ist Schweden ein Land mit auffallend wenig Arztkontakten. Patienten haben zwar prinzipiell freie Arztwahl. Doch als erste Anlaufstelle gedacht ist das lokale Gesundheitszentrum („vårdcentralen“ oder „hälsocentral“). Etwa 1.000 gibt es davon. Dort arbeiten sowohl Hausärzte als auch Krankenschwestern. Letztere durchlaufen in Schweden eine fünfjährige universitäre Ausbildung und sind häufig erste Ansprechpartner für Hilfesuchende. Sie sind es, die entscheiden, ob die Patienten einen der Ärzte des Gesundheitszentrums sehen müssen. Die überwiegende Zahl der Hausarztkontakte erfolgt über die in den Zentren angestellten Ärzte, der weitaus geringere Teil in privaten Praxen. Abhängig vom Fall behandeln die Ärzte in den Gesundheitszentren die Patienten selbst oder überweisen sie zu Spezialisten, die meist an Krankenhäusern beziehungsweise Polikliniken angesiedelt sind. Im EU-weiten Vergleich hat Schweden die geringste Zahl an Krankenhausbetten: Auf 100.000 Einwohner kommen gerade einmal 215 Betten. Spitzenreiter Deutschland leistet sich 606 Betten (Stand 2016).

Wer einen Arztbesuch benötigt, muss sich auf mitunter lange Wartezeiten einstellen. Zwar unterstützen die Schweden, dass das Gesundheitssystem staatlich getragen wird, doch die Wartezeit ist ein konstanter Kritikpunkt. Dem begegnete der Staat 2005 mit einer gesetzlichen Vorgabe: der 0-7-90-90-Tage-Regelung. Der unmittelbare Zugang zu medizinischer Versorgung, realisiert durch die Gesundheitszentren, soll allen Bürgerinnen und Bürgern offen stehen. Außerdem soll es möglich sein, einen Termin bei einem Allgemeinarzt bei Bedarf innerhalb von sieben Tagen zu erhalten. Bis ein Patient einen Spezialisten sieht, dürfen nicht mehr als 90 Tage vergehen. Die gleiche Frist gilt für den Behandlungsbeginn, nachdem eine Diagnose gestellt wurde und beispielsweise eine Operation vorgenommen werden muss. Werden diese Fristen nicht eingehalten, so muss der Landtag die Mehrkosten für Reise, Unterbringung und die Behandlung in einem Krankenhaus oder Gesundheitszentrum in einer benachbarten Provinz begleichen. Zahlen von 2017 zeigen, dass 79 Prozent der Patienten innerhalb der 90 Tage einen Spezialisten sehen und innerhalb der maximalen Frist von 90 weiteren Tagen behandelt wurden.

Ist ein Termin bei einem Arzt erst einmal vermittelt, kann jedoch die Uhr danach gestellt werden. Die Behandlungszeiten sind gut geplant und Ärzte haben viel Zeit für Patienten. Dies macht Schweden auch für Mediziner aus dem Ausland attraktiv. Schweden wirbt intensiv um Nachwuchs, denn wie in Deutschland fehlen Ärzte. Das schwedische Gesundheitssystem ist verlockend: Der Arbeitgeber bezahlt den Sprachkurs, die Hierarchien sind flach und die Zufriedenheit des Personals ist Teil der Qualitätssicherung. Außerdem gibt es geregelte Arbeitszeiten in den Gesundheitszentren und interdisziplinäres Arbeiten ist an der Tagesordnung. ›

In Lund eröffnete der Telemedizin-Anbieter Kry Ende 2018 sein erstes eigenes Gesundheitszentrum. Die Firma ist mittlerweile auch in Deutschland aktiv.

Integraler Bestandteil der Versorgung: Telemedizin

Die geografischen Bedingungen in Schweden können es erschweren, einen Arzt aufzusuchen. Das Land ist groß, die Strecken weit und einige Gegenden sehr dünn besiedelt. Um dennoch die medizinische Versorgung sicherzustellen, setzte Schweden daher schon früh auf Digitalisierung und Vernetzung aller Beteiligten. Hierfür wurde das Sjunet geschaffen, ein Breitbandnetzwerk für den Austausch medizinischer Daten parallel zum Internet. 95 Prozent der Rezepte werden darüber digital übermittelt und sind bei Bedarf landesweit in allen Apotheken für den Patienten abrufbar. Seit 2011 gibt es eine Patientenakte, das Journal, die alle medizinischen Daten des Patienten speichert. Zunächst regional entwickelt, wurde sie standardisiert und ist nun landesweit in Gebrauch. Hausärzte wie Klinikmitarbeiter können Einträge vornehmen, jeder Kontakt mit dem Gesundheitssystem wird registriert. Seit 2012 können die Schweden außerdem selbst ihre Akte einsehen und haben das Recht, zu erfahren, wer Einsicht hatte. Zugriff erhalten nach Freigabe durch den Patienten nur die behandelnden Ärzte, die dann Krankheitsgeschichte und Medikation einsehen können. Dies hilft bei der Behandlung und erhöht die Sicherheit des Patienten. Es soll die Patienten einerseits befähigen, an ihrer gesundheitlichen Versorgung aktiv beteiligt zu sein, andererseits dient es auch der Transparenz. Im Sinne der Öffentlichkeitsbeteiligung können Patienten außerdem alle zwei Jahre in der National Patient Survey angeben, wie sie die Qualität der Versorgung wahrnehmen. Die Ergebnisse sollen für eine Verbesserung der Versorgung verwendet werden.

Teil von Schwedens digitaler Gesamtstrategie ist auch die Telemedizin. Sie ist bereits Teil des Arbeitsalltags. So werden beispielsweise dermatologische Untersuchungen live von einem Facharzt mitverfolgt, der in einem Krankenhaus mehrere hundert Kilometer entfernt sitzen kann. Es gibt eine Telefonhotline, in der eine erste Beratung stattfinden kann, die meist durch eine Krankenschwester erfolgt, aber auch Video-Sprechstunden, die in entlegenen Regionen dem tatsächlichen Arztbesuch gleichgestellt sind. Außerdem gibt es Virtual Care Rooms, in denen Patienten unter Anleitung selbst medizinische Parameter erheben können, beispielsweise Blutdruck messen – Ärzte können diese Werte dann per Video besprechen und weitere Schritte mitteilen. So wird die Versorgung auch in ländlichen, entlegenen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte gesichert.

Tabea Breidenbach

Die Finanzierung der Pflege älterer Menschen ist in Schweden größtenteils staatliche Aufgabe.

KBV veröffentlicht Qualitätsbericht

Der aktuelle Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung legt besonderen Wert auf die Visualisierung von Daten und Abläufen. So lassen sich zentrale Ergebnisse und Kennziffern beim Lesen einfacher und besser erfassen. Darüber hinaus bieten die Texte eine fundierte Erörterung und Einordnung. Einige Themen beleuchten die ambulante Qualitätssicherung in ihren verschiedenen Facetten, unter anderem die Kolloquien im Rahmen der Ultraschall-Genehmigung. Der Qualitätsbericht macht deutlich: Ganz gleich wie viele Ärzte in einem Bereich tätig sind, Qualitätssicherung wird in der ambulanten Versorgung immer großgeschrieben. Im Berichtsjahr 2017 haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit stichprobenartig rund 14.000 Einzelfälle geprüft, rund 2.000 mehr als 2016. Insgesamt erhielten Ärzte mehr als 283.000 Genehmigungen für verschiedene Leistungen. Nur 420 Genehmigungen wurden im Berichtsjahr 2017 widerrufen. *(fun)*

Honorarbericht 4. Quartal 2016 erschienen

Die Honorarberichte der KBV geben Auskunft über die Entwicklung der Honorarumsätze verschiedener Abrechnungsgruppen auf der Basis eines Quartals im Vergleich zum Vorjahresquartal. Das Sonderthema des Honorarberichtes für das vierte Quartal 2016 thematisiert die Honorarentwicklung für das gesamte Jahr 2016 gegenüber dem Vorjahr. So ist der Honorarumsatz pro Arzt 2016 im Durchschnitt um 2,4 Prozent gestiegen, pro Arzt in der hausärztlichen Versorgung um drei Prozent und pro Arzt in der fachärztlichen Versorgung um 2,1 Prozent. Der Honorarbericht steht auf der Website der KBV zum Download zur Verfügung: *www.kbv.de/html/honorarbericht.php.* *(tab)*

Update für die KBV-Website

Die Website der KBV hat zum Jahresbeginn mehrere Neuerungen erfahren. Umgestellt wurde zum einen die Transportverschlüsselung. Dank https:// werden die Daten nun noch sicherer übertragen. Neu eingerichtet ist außerdem ein Webshop. Es besteht nun die Möglichkeit, Flyer und die Ausgaben von PraxisWissen direkt über die Website zu bestellen. Die gewählten Dokumente lassen sich in den Warenkorb legen und werden nach Angabe der Adresse zugeschickt. Nach wie vor stehen die Dokumente auch als PDF-Datei zum Download bereit und können selbst ausgedruckt werden. Zu finden sind die kostenfreien Angebote unter *www.kbv.de/html/publikationen.php*.

Eine Rundum-Erneuerung hat die Karriereseite der KBV erhalten. Informationen zu aktuellen Jobangeboten werden ergänzt durch Aussagen und Bildern von Mitarbeitern, die von ihrem Arbeitsalltag und der KBV als Arbeitsgeber berichten. Zu finden ist die Seite „Jobs und Karriere“ unter *www.kbv.de/html/karriere.php.* *(tab)*

Ratgeber zum TI-Anschluss aktualisiert

Die KBV hat die Broschüre zum Thema Telematikinfrastruktur aus der Reihe „PraxisWissen“ aktualisiert. Das Heft bietet grundlegende Informationen, wie sich Praxen an die TI anbinden können sowie einen Überblick zu den notwendigen technischen Komponenten und der Finanzierung. Ärzte und Psychotherapeuten erhalten Tipps zur Umsetzung, kurze Checklisten und Hinweise, unter anderem auch zum Versichertenstammdatenmanagement. Zudem informiert die Broschüre über den Stand der nächsten TI-Anwendungen Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan sowie über die elektronische Patientenakte. Das Heft steht auf der KBV-Themenseite zur TI unter *www.kbv.de/html/telematikinfrastruktur.php* zum Download bereit. Ärzte und Psychotherapeuten können es demnächst auch gedruckt bei der KBV bestellen. *(fun)*

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