

GKV-Spitzenverband zu IT-Sicherheit

„Es kann es nicht sein, dass Ärzte jetzt nach einem Investitionszuschlag rufen“

Mehr Sprechstunden, mehr Online-Visiten, mehr Vernetzung – viele Niedergelassene fühlen sich vom Gesetzgeber gegängelt. Den Krankenkassen dagegen geht das alles noch nicht weit genug. Im änd-Interview spricht die Vorständin des GKV-Spitzenverbandes, Stefanie Stoff-Ahnis, darüber, welche Erwartungen sie an die Kassenärzte hat. Und warum sie nicht bereit ist, den Niedergelassenen bei der IT-Sicherheit finanziell unter die Arme zu greifen.



Eine Eingebeteiligung der Patienten lehnt Verabstndsfunktionärin Stoff-Ahnis ab: Diese könnte dazu führen, Patienten „von einer erforderlichen und notwendigen ärztlichen Akutversorgung abzuhalten, weil die individuellen finanziellen Möglichkeiten fehlen.“
© GKV-Spitzenverband

Frau Stoff-Ahnis, mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz hat der Gesetzgeber die Mindestsprechstundenzeiten auf 25 Stunden in der Woche angehoben. Wie zufrieden sind Sie mit der Umsetzung in den Praxen? Lässt sich schon ein Effekt feststellen?

Für uns ist wichtig, dass sich die Versorgungsstrukturen am Bedarf der Versicherten ausrichten und nicht umgekehrt. Darum begrüßen wir es, dass der Gesetzgeber den Versorgungsauftrag konkretisiert und das Mindest-Sprechstundenangebot erweitert hat. Für messbare Effekte ist es sicherlich noch zu früh.

Sie fordern, dass sich die Niedergelassenen mit ihren Sprechzeiten stärker an den Bedürfnissen der Patienten ausrichten sollen. In Deutschland könne man schließlich auch rund um die Uhr einkaufen. Sollte man die Gesundheitsversorgung tatsächlich mit unserem Konsumverhalten vergleichen?

Nicht ganz: Die Gesundheitsversorgung nimmt einen viel höheren Stellenwert ein. Den Kauf eines Pullovers kann man leicht verschieben, den dringenden Arztbesuch nicht. Es geht darum, Patienten bedarfsgerechte Versorgungsangebote zu machen. Dazu gehört es beispielsweise, dass auch Berufstätige die Chance haben, ärztliche Leistungen oder Vorsorgetermine in Anspruch zu nehmen, ohne dafür Urlaub nehmen zu müssen. Es ist auch nicht so, dass die Patienten am Mittwoch- und Freitagnachmittag oder an den Wochenenden keine akuten Beschwerden hätten. Das sehen wir an der Inanspruchnahme der Krankenhausambulanzen.

Würde eine Ausweitung der Sprechstundenzeiten in die frühen Morgen- oder späten Abendstunden tatsächlich die Probleme lösen? Oder würde sich die Nachfrage nach Terminen nicht vielmehr noch weiter erhöhen – frei nach dem Motto ‚Jedes Angebot schafft sich seine Nachfrage‘?

Das Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage sehen wir im Gesundheitswesen tatsächlich sehr häufig. Vor allem in Regionen, in denen es viele Anbieter gibt, haben diese einen wirtschaftlichen Anreiz, ihr Leistungsangebot zu verdichten, auszuweiten und sich zu spezialisieren. Viele Ärzte bieten dort auch attraktive Sprechzeiten an. Sprechstunden in den Morgen- und Abendstunden sind für Berufstätige wichtig, um planbare Leistungen und Vorsorgetermine wahrnehmen zu können. Der Bedarf ist da; das Angebot noch nicht ausreichend. Dabei geht es übrigens meistens gar nicht um eine Ausweitung der Sprechzeiten, sondern um eine Flexibilisierung.

Was halten Sie von einer Eigenbeteiligung der Patienten bei Arztbesuchen außerhalb der Sprechzeiten? Wäre das ein geeignetes Instrument die Patienten besser zu steuern?

Zunächst ist festzuhalten, dass durch den Gesetzgeber klar geregelt ist, dass die vertragsärztliche Versorgung rund um die Uhr durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherzustellen ist. Das heißt, auch zu den stundenfreien Zeiten sind Patientinnen und Patienten vertragsärztlich zu versorgen. Die Finanzierung erfolgt durch die gesetzliche Krankenversicherung.

Wir dürfen nicht vergessen, dass jemand in der Regel nur dann außerhalb der regulären Sprechzeiten ärztliche Leistungen nachfragt, wenn es eine akute Behandlungsnotwendigkeit gibt. In solchen Situationen steuernd durch Eigenbeteiligungen der Patientinnen und Patienten eingreifen zu wollen, lehne ich ab. Eine Eigenbeteiligung könnte mitunter sogar dazu führen, Patientinnen und Patienten von einer erforderlichen und notwendigen ärztlichen Akutversorgung abzuhalten, weil die individuellen finanziellen Möglichkeiten fehlen.

Viele Kassenärztlichen Vereinigungen warnen vor einem drohenden Ärztemangel auf dem Land. Wird es in fünf Jahren überall noch ausreichend Kassenärzte geben?

Wir haben insgesamt eine gute Versorgungssituation. Tatsächlich gab es in der Versorgung noch nie so viele Ärztinnen und Ärzte wie heute. Allerdings sind diese nicht optimal verteilt. Perspektivisch zeichnen sich Versorgungsprobleme in den ländlichen, strukturschwachen Regionen ab, während in den Städten ein Überangebot besteht. Wir würden die Ärztinnen und Ärzte gern besser verteilen. Leider lassen das die gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht zu. Eine einmal bestehende Überversorgung kann kaum abgebaut werden. In fünf Jahren wird es keine flächendeckenden Versorgungsprobleme geben.

Perspektivisch sehen wir in der ärztlichen Versorgung aber, was sich gesamtgesellschaftlich abzeichnet: Wenn die Babyboomer das Renteneintrittsalter erreichen, werden in kurzer Zeit viele Stellen frei und ihre Nachbesetzung wird vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in vielen Bereichen eine Herausforderung. Gleichzeitig können wir aber noch einiges an Effizienzreserven heben.

Die Digitalisierung wird uns neue Möglichkeiten aufzeigen. Hinzu kommt der medizinisch-technische Fortschritt. Die Koordination der Versorgung, aber auch die Kooperation innerhalb und zwischen den Sektoren und die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsberufe, können noch viel besser werden. Insgesamt bin ich optimistisch, was die Zukunft der ambulanten Versorgung als zentralen Baustein in der Versorgung der Patientinnen und Patienten betrifft.



Videosprechstunden würden das Versorgungsangebot für die Patienten erhöhen und Wartezeiten reduzieren, ist Stoff-Ahnis überzeugt.
© rocketclips/Fotolia.com

Welche Rolle sollten Videosprechstunden künftig spielen? Werden diese ausreichend vergütet? Oder sind hier weitere finanzielle Anreize nötig?

Videosprechstunden sind bereits seit 2017 in der Regelversorgung, wurden bislang aber nur in einem sehr geringen Umfang von Vertragsärzten erbracht, wofür es unterschiedliche Ursachen gibt. Beispielsweise konnten Videosprechstunden in der Vergangenheit nur bei ausgewählten Indikationen und persönlich bekannten Patientinnen und Patienten durchgeführt werden.

Ich wünsche mir, dass sich dies ändert und der Einsatz von Videosprechstunden als selbstverständliche Arzt-Patienten-Kommunikation in der vertragsärztlichen Versorgung etabliert und sich die Versorgung für alle Beteiligten flexibilisiert und verbessert.

Damit das gelingt, haben wir uns mit der KBV auf verschiedene Maßnahmen verständigt. Beispielsweise gibt es eine zweijährige Phase der außerbudgetären Anschubfinanzierung und die Möglichkeit, eine ausschließliche Fernbehandlung durchzuführen und über eine etwas angepasste Quartalspauschale abzurechnen.

Ich bin mir sicher, dass die getroffenen Maßnahmen Früchte tragen werden und Videosprechstunden, die beispielsweise für berufstätige Versicherte ein echter Gewinn wären, zu einem integralen Bestandteil der Versorgung werden. Letztlich wird das für unsere Versicherten das Versorgungsangebot erhöhen und Wartezeiten reduzieren.

Ärzteverbände kritisieren, dass die Bezahlung der Vertragsärzte seit Jahren hinter dem allgemeinen Ausgabenanstieg zurückbleibt. Dies habe zuletzt die EBM-Reform gezeigt, bei denen die Kassen auf eine „Ausgabenneutralität“ bestanden haben. Honorieren die die gesetzlichen Krankenkassen ihre Vertragsärzte nicht angemessen?

Die Steigerungen der Ausgaben der GKV für vertragsärztliche Leistungen lagen in den letzten fünf Jahren zwischen 3 und 4,5 Prozent, während die Veränderungsrate der Grundlohnsumme im gleichen Zeitraum zwischen 2,5 und 3 Prozent lag. Der durchschnittliche Reinertrag je Praxisinhaber, also die Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit einschließlich PKV und sonstigen Einkünften abzüglich aller Aufwendungen, hat sich laut dem Statistischen Bundesamt zwischen den Jahren 2011 und 2015 von 166.000 Euro auf 190.000 Euro erhöht. Die geäußerte Kritik, dass die Bezahlung von Vertragsärzten seit Jahren hinter dem allgemeinen Ausgabenanstieg zurückbleibt, ist somit unberechtigt.

Dass die EBM-Weiterentwicklung ausgabenneutral erfolgte, hat ihren Ursprung in dem mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gefassten Grundsatzbeschluss aus dem Jahr 2012. In diesem Beschluss wurden die Ziele und Eckpunkte der EBM-Weiterentwicklung festgelegt. Ein Aspekt dieses Gesamtpaketes war die punktsammen- und ausgabenneutrale Umsetzung.

Um es klar zu sagen: Der EBM als Leistungskatalog bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Wie viel am Ende tatsächlich für die einzelne Leistung im Rahmen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung bezahlt wird, kann sich von KV zu KV unterscheiden, denn darüber befinden grundsätzlich die Kassenärztlichen Vereinigung vor Ort durch den Honorarverteilungsmaßstab.

Aktuell diskutiert die Branche den Referentenentwurf zur Notfallversorgung. Dieser belässt den Sicherstellungsauftrag bei den KVen. Eine richtige Entscheidung?

Ja, absolut richtig. Der Gesetzentwurf konkretisiert den Sicherstellungsauftrag und sorgt für klare Verhältnisse. Das begrüßen wir. Sicherstellung heißt, dass jemand die Spielregeln durchsetzt, auf die man sich gemeinsam geeinigt hat. Für eine qualitativ hochwertige Versorgung ist das sehr wichtig.

So ist beispielsweise im aktuellen Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung vorgesehen, den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen zu den sprechstundenfreien Zeiten neu zu definieren. Unter dem neuen Begriff „notdienstliche Versorgung“ wird klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche in Fällen, für die eine sofortige Behandlung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, sicherzustellen haben. Darüber hinaus wird konkretisiert, dass die notdienstliche Versorgung durch integrierte Notfallzentren, durch den aufsuchenden Bereitschaftsdienst und durch einen telemedizinischen Bereitschaftsdienst gewährleistet wird.

„Wenn es um Leben und Tod geht, geht es im Gesundheitssystem vielfach noch zu wie vor 30 Jahren“, beklagen Sie die mangelhafte Vernetzung. Woran hapert es aus Ihrer Sicht bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens?

Über gemeinsame Notfalleitsysteme zum Beispiel können die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung eng zusammenarbeiten und digital miteinander vernetzt werden. Dabei werden die zur Weiterversorgung erforderlichen Daten digital ausgetauscht und per Echtzeitübertragung die Versorgungskapazitäten von Rettungsmitteln, aufsuchendem Bereitschaftsdienst und Krankenhäusern ausgetauscht, was eine effektive und effiziente Notfallversorgung über Ländergrenzen hinweg ermöglicht. Durch digitalen Zugriff auf die Versorgungskapazitäten kann entschieden werden, welcher Leistungserbringer mit dem passenden Versorgungsspektrum für den individuellen Patientenfall in Frage kommt.

Die Übertragung der zur Weiterversorgung erforderlichen Falldaten zwischen dem Rettungsdienst und z. B. dem aufnehmenden Krankenhaus ermöglicht, dass sich das medizinische Personal auf den spezifischen Notfall vorbereiten kann. Es kann somit frühzeitig entscheiden, welche Ressourcen zur Versorgung benötigt und aktiviert werden müssen, was gerade bei lebensbedrohlichen Notfällen entscheidend ist.

Die Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) läuft alles andere als reibungslos. Wiederholt haben IT-Fachleute zuletzt vor Schwächen im System gewarnt. Wie groß ist die Gefahr, dass das Vertrauen von Patienten und Ärzten in die Sicherheit eines vernetzten Gesundheitssystems erodiert?

Man muss hier unterscheiden. Grundsätzliche Schwächen im System gibt es nicht. Die Sicherheit der Telematikinfrastruktur ist unter anderem durch die permanente Einbindung von Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und Bundesdatenschutzbeauftragtem sichergestellt, alle Komponenten haben die höchst mögliche Sicherheitszertifizierung. Selbst der Chaos Computer Club hat keine Probleme bei der Sicherheit des Systems und der Infrastruktur entdeckt. Die vom Chaos Computer Club aufgedeckte Schwäche hatte mit der Sicherheit der Telematikinfrastruktur nichts zu tun. Hier wurde eine Schwäche bei der Zustellung von Karten offengelegt, bei der ein Angreifer in Besitz einer Zugangskarte kommt, die auf eine andere, berechnigte Person ausgestellt ist.

Es wird alles für eine sichere Telematikinfrastruktur getan. Sollten einzelne Patientinnen und Patienten Sorgen um ihre Gesundheitsdaten haben, so muss man das ernst nehmen. Daher sind alle medizinischen Anwendungen für die Patienten freiwillig.

KV-Vertreter sehen eine Kostenlawine auf die Niedergelassenen zurollen. Grund seien Aufwendungen für weitere IT-Sicherheitslösungen in Praxen, die noch gar nicht abzusehen seien. Die Kassen sollten daher einen Investitionszuschlag für die Umsetzung der Datensicherheit in den Praxen zahlen. Was halten Sie von der Forderung?

Hier sollte man mal die ‚Kirche im Dorf lassen‘. Die niedergelassenen Ärzte bekommen von der GKV den Anschluss mittels eines vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zertifizierten Konnektors bezahlt. Ist dieser korrekt angeschlossen, ist die Praxis maximal sicher. Es ist natürlich auch die Verantwortung des Arztes, seinen Dienstleister entsprechend anzuweisen; auch die Installation wird schließlich refinanziert. Dass die Praxen nach innen sicher sind, kann wohl keine neue Anforderung sein.

Genauso kann es nicht die Aufgabe der Beitragszahler sein, Mehraufwände zu finanzieren, weil die korrekte Anbindung des Konnektors dem Dienstleister zu aufwändig ist. Auch muss darauf hingewiesen werden, dass immer noch Arztpraxen mit einem IT-Stand unterwegs sind, der schon lange nicht mehr aktuell ist. Von daher kann es nicht sein, dass jetzt nach einem Investitionszuschlag gerufen wird, wenn die bereits gezahlten Kosten für die Arztpraxis dort bisher nicht investiert wurden.

Anm. d. Redaktion: Aus Termingründen hat Stefanie Stoff-Ahnis unsere Fragen schriftlich beantwortet.