

Inhalt

- 903 Digitalisierung im Gesundheitswesen: zwischen Zumutung und Heilsbringer
- 905 „Wir müssen diejenigen mitnehmen, die am Ende vor dem Patienten stehen“
- 906 Beim E-Rezept läuft längst noch nicht alles rund
- 907 Studie sieht durch Digitalisierung enorme Chancen für das deutsche Gesundheitswesen
- 908 Pleiten, Pech und Pannen rund um die TI-Einführung
- 910 SpiFa fordert: „Sprechstundenzeit verkürzen!“
- 910 Zwölf oder doch nur sechs Monate? Welche Nachbesetzungsfrist gilt für Viertel-Arztstellen?
- 912 Veranstaltungsübersicht BvDU & SgDU

Aus dem Präsidium

Digitalisierung im Gesundheitswesen: zwischen Zumutung und Heilsbringer

Die Digitalisierung hat auch das Gesundheitswesen erfasst. Welche Chancen bietet sie? Wo liegen die Herausforderungen?



Digitale Technologien können uns helfen, die Herausforderungen, vor denen fast alle Gesundheitssysteme der westlichen Welt stehen, besser zu lösen. Immer mehr ältere und

chronisch kranke Menschen sind zu behandeln, immer komplexer werdende Behandlungsabläufe, gerade auch in der intersektoralen Zusammenarbeit, sind zu beherrschen. Teure medizinische Innovationen müssen finanziert werden und strukturschwache ländliche Gebiete sind medizinisch zu versorgen.

Digitalisierung ist weit mehr als die Telematikinfrastruktur

Die Digitalisierung beinhaltet weitaus mehr als die Telematikinfrastruktur. Wenn Konzepte und Systeme funktionieren, könnten Ärztinnen und Ärzten besser patientenzentriert arbeiten und die Diagnose- und Therapiequalität könnte verbessert

Urologie 2022 · 61:903–912

<https://doi.org/10.1007/s00120-022-01903-7>

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022



Redaktion

Dr. R. Zielke (V. i. S. d. P.)
BvDU-Geschäftsführer
Kantstr. 149, 10623 Berlin

werden. Doppeluntersuchungen könnten vermieden, die Patientensicherheit erhöht und die intersektorale Zusammenarbeit gefördert werden. Dynamisches Lernen würde Realität werden. Bestehende Gender-Gaps könnten im Zuge der erweiterten Datenbasis aufgelöst werden und die jeweiligen spezifischen medizinischen Belange im Sinne einer Gendergerechtigkeit berücksichtigt werden.

Herausforderungen sind funktionierende Konzepte und Systeme

Die Herausforderungen, die sich durch die Digitalisierung, auch im Gesundheitswesen, stellen, sind funktionierende Konzepte, Systeme und Umsetzungen und das Mitnehmen aller Beteiligten. Strukturprobleme, wie der Mangel an Ärztinnen und Ärzten und medizinischem Fachpersonal, auch in der Pflege, werden sich durch die Digitalisierung nicht lösen lassen.

Das Bundesministerium für Gesundheit schaffte grundsätzlich den Rahmen für die Digitalisierung mit der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA), der Einführung des elektronischen Rezeptes (E-Rezept), der Schaffung eines neuen Zugangs für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA beziehungsweise „App auf Rezept“), dem Voranbringen der Telemedizin oder auch dem Aufbau des Forschungsdatenzentrums Gesundheit im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Doch die bisherige Einführung zeigte die Schwachstellen auf.

Chancen der Digitalisierung im Gesundheitswesen

Die Digitalisierung bietet insgesamt vielfältige Möglichkeiten, lästige administrative Aufgaben zu vereinfachen. Wir sollten sie nutzen. Ich würde mir wünschen, dass es digitale Patientenakten gibt, sodass Klinik und Ärztinnen und Ärzte auf Medikationspläne eines Patienten zugreifen können und alle notwendigen Informationen an einem Ort finden, um das Hin- und Herschicken von Unterlagen endgültig zu eliminieren. Apps, um E-Rezepte auszustellen, halte ich ebenfalls für sinnvoll. Voraussetzung ist, dass die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden für alle Beteiligten und der Schutz der Daten gewährleistet ist. Sicher muss es hier eine Übergangszeit geben, um gerade ältere Patienten nicht zu verlieren. Dennoch ist es in der heutigen Zeit eigentlich nicht mehr zu erklären, warum man persönlich eine Praxis aufsuchen muss, um ein Rezept abzuholen. Das geht einfacher.



Weitere Informationen unter:
www.sgdu-mbh.de



Eine engere Verzahnung zwischen Klinik und Praxis wäre ebenfalls erstrebenswert. Die Nachsorge von Patienten nach einem Klinikaufenthalt könnte so optimiert werden. Hier herrscht oft großer Informationsbedarf, was die weiterführende Behandlung betrifft, welche Pflegestufen ggf. notwendig sind, wo welche Zuschüsse beantragt werden müssen oder können. Diese Lücke wird derzeit noch nicht geschlossen. Wer diesen Part leisten soll, ist ebenfalls nicht geklärt. Wir müssen uns weiter an die Weiterbildungsverordnung setzen und diese so anpassen, dass Ärztinnen und Ärzte noch mehr digitale Angebote wahrnehmen können.

Die Einführung der eAU (elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung), die den Versand vom Arzt an die Kassen erleichtern sollte, und die Konnektorenproblematik haben gezeigt, wie **h**

rig digitale Einführungen waren. Solche Prozesse müssen definitiv optimiert und auch getestet werden. Es kann nicht sein, dass Ärztinnen und Ärzte und in der Folge Patientinnen und Patienten für fehlerhafte und ungenügend getestete Hard- und Software und schlecht aufgesetzte Implementierungen verantwortlich gemacht werden und zudem alle **Störungen der Arbeitsabläufe** und die damit verbundenen **Kosten und Mehrkosten für Einführung und Nichtfunktionieren** tragen. Urologinnen und Urologen sind grundsätzlich aufgeschlossen der Digitalisierung gegenüber. Aber: es gibt noch viel zu tun!

Quellen: BvDU, Interview mit Catrin Steiniger in UrologiInside, BMG



Catrin Steiniger,
Präsidentin Berufsverband der Deutschen Urologen (BvDU)

In Klinik und Praxis

Die Zukunft der Urologie gestalten!

Medizinische Qualität. Wirtschaftlicher Erfolg.



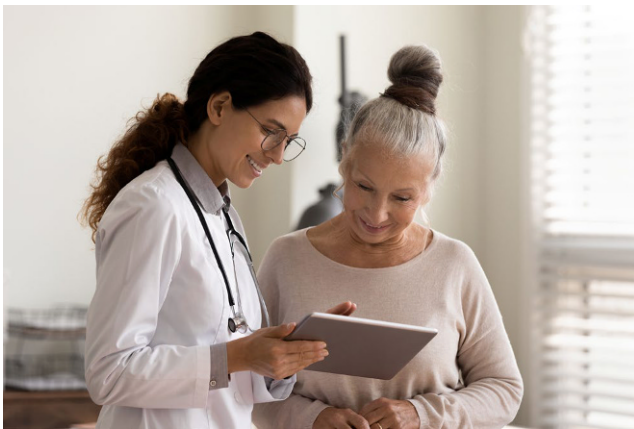
Mitglied werden im Berufsverband!

Mehr Informationen unter: www.urologie-gestalten.de



„Wir müssen diejenigen mitnehmen, die am Ende vor dem Patienten stehen“

Was plant das Bundesgesundheitsministerium (BMG) in Sachen Digitalisierung? Einblicke von Susanne Ozegowski, Abteilungsleiterin ‚Digitalisierung‘ im BMG, mit einem aus Sicht des Berufsverbandes BvDU schon seit lange erforderlichen Ansatz „Sie setze bei der Einführung neuer Anwendungen auf ein Miteinander mit den Ärztinnen und Ärzten“.



© fizkes

Im Mittelpunkt der Anstrengungen des BMG steht die elektronische Patientenakte (ePA). Sie soll das Herzstück der Digitalisierung im Gesundheitswesen sein, eine Art zentrale Datendrehscheibe. „Die ePA ist das Tool, von dem ich als Patient:in auf alle meine anderen Anwendungen zugreifen kann – also auf DiGA oder E-Rezept.“ Allerdings kommt sie nicht recht vom Fleck. Gerade mal knapp eine halbe Million Nutzer zählt sie aktuell.

„Der Anmeldeprozess ist noch zu mühsam, die Hürden sind noch zu hoch.“

Deshalb setze man große Hoffnung auf die Widerspruchslösung, das sogenannte Opt-out-Verfahren. „Jeder Patient, der nicht widerspricht, muss eine ePA haben, und es müssen dann auch Daten in der Akte sein.“ Nur eine leere Aktenhülle anzulegen, ergäbe wenig Sinn. Man wolle sich jetzt schnell darauf verständigen, welche Daten in der Akte standardmäßig angelegt sein sollen.

Auch die Frage, wie sich die ePA in die Primärsysteme der Niedergelassenen integrieren lasse, wolle man schnell klären. Dies solle so einfach wie möglich gemacht werden. Und müsse zur Normalität im Praxisablauf werden. Es dürfe nicht mehr Arbeit für die Ärzte bedeuten. Ein konkretes Versprechen, ob es künftig für die Niedergelassenen finanzielle Anreize für die Befüllung der ePA geben wird, wollte Ozegowski allerdings nicht geben.

Als erste große digitale Massenapplikation, die man ausrollen wolle, bezeichnete sie das E-Rezept. Die Qualitätskriterien, auf die man sich mit den gematik-Gesellschaftern verständigt habe, werde

BvDU-Position

„Es könne nicht sein, dass alle Probleme und Kosten, die im Rahmen der Digitalisierung entstehen – beginnend beim Thema Konnektivitätsproblematik – auf Ärztinnen und Ärzte abgewälzt würden. Sie müssten sich aktuell mit unausgereiften Konzepten und Hard- und Software herumschlagen und würden ohnehin den zeitlichen und personellen Aufwand bereits alleine stemmen.“, so BvDU-Präsidentin Catrin Steiniger.

man bis zum Spätsommer erfüllen. Das sich daran anschließende abgestufte Einführungsverfahren halte sie für nachhaltiger, als mit einem großen Knall zu starten. Die Einführung werde ein Prozess sein, in engem Austausch mit KVen und Apotheken.

„Wir müssen diejenigen mitnehmen, die am Ende vor den Patienten stehen und deren Betrieb auch weiterlaufen muss“, so Ozegowski.

Wichtig sei also eine schrittweise Einführung mit den Beteiligten und nicht gegen sie, betonte sie. Das lässt zumindest eine Abkehr von der Spahnschen Strategie der Einführung neuer digitaler Anwendungen über Sanktionen vermuten. Ozegowski: „Die Digitalisierung muss so ausgestaltet sein, dass sie den Ärzten etwas bringt und ihnen nicht zusätzlichen Ärger macht.“

Dritte wichtige Anwendung seien die Gesundheits-Apps, die sogenannten DiGA. Diese müssten in die Versorgungsabläufe integriert werden, sie dürften sich also nicht zu einer eigenen Säule im Versorgungsgeschehen entwickeln. „Ein Arzt kann eine DiGA zwar heute verschreiben, er erfährt aber nicht, ob und wie es seinem Patienten hilft.“ Dies sei nicht zielführend. Deshalb brauche es eine Integration in die Versorgungsabläufe. Man wolle auf keinen Fall ein Parallelsystem aufbauen.

Neben diesen konkreten Anwendungen wolle man sich im BMG Zeit für eine „echte Digitalisierungsstrategie“ nehmen. Diese solle langfristig angelegt sein, bis 2028 oder 2030. Darin wolle man unter anderem folgende Fragen beantworten: Wie sollen die geplanten digitalen Anwendungen künftig zusammenspielen? Welche Institutionen braucht man dafür an welcher Stelle? Wo braucht es Wettbewerb? Und wo braucht es klare Standards?

Die Strategie solle nicht im stillen Kämmerlein entstehen, sondern sie soll partizipativ sein, also auch die Selbstverwaltung mit einbeziehen. Starten wolle man damit im Spätsommer.

Quellen: BvDU, änd-Nachrichtendienst

Exklusiv für BvDU-Mitglieder:

Weitere Informationen unter: www.sgdu-mbh.de

Sonderkonditionen Sofortdiagnostik

Beim E-Rezept läuft längst noch nicht alles rund

„Es ist eine im Idealfall moderne, sehr angenehme Versorgung von Patienten“

Auch ein Jahr nach dem offiziellen Start des E-Rezepts in Deutschland läuft längst noch nicht alles rund. Wie funktioniert die Anwendung in der Praxis? Dies diskutierten Ärzt:innen und Apotheker:innen auf einem sogenannten „E-Rezept-Summit“.

„Das Elektronische Rezept (E-Rezept) sei eines der Leuchtturmprojekte der Digitalisierung. Es werde die Arbeitsabläufe in den Praxen und bei den Kassen erleichtern“, versprach Susanne Ozegowski, Abteilungsleiterin Digitales im Bundesgesundheitsministerium, in einem Grußwort zur Veranstaltung. Die Versicherten könnten sich künftig viele Wege sparen. Die Anwendung werde künftig millionenfach genutzt und müsse daher verlässlich funktionieren. Deshalb habe man sich für die schrittweise Einführung entschieden. Man sei sehr zufrieden mit dem aktuellen Stand.

Mittlerweile sollen laut gematik rund 35.000 E-Rezepte eingelöst worden sein. Ende Juli sollen die von der Gesellschafterversammlung avisierten 30.000 E-Rezepte dann auch abgerechnet sein, schätzt die TI-Betreibergesellschaft – etwa 22.000 seien bereits abgerechnet. „Wir gehen davon aus, dass die Testphase Ende August abgeschlossen sein wird“, sagte Hannes Neumann, Produktmanager E-Rezept bei der gematik. Dann gehe es weiter mit dem schrittweisen bundesweiten Roll-Out. Ab 1. September soll es in den Pilotregionen Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein losgehen.

„Alle Apotheken in Deutschland werden ab 1. September E-Rezepte einlösen können“, sagte Neumann. Dazu habe sich die Apothekerschaft auf der jüngsten Gesellschafterversammlung der gematik verpflichtet. Alle Niedergelassenen seien daher „jetzt aufgefordert, sich auf dieses Datum vorzubereiten“, appellierte Neumann.

Denn in der Fläche ist die Anwendung noch längst nicht angekommen. Seine Apotheke sei zwar „E-Rezept ready“, berichtete unter anderem der Apotheker Stephan Torke auf der Veranstaltung. Noch aber habe er kein elektronisches Rezept gesehen. Knapp 1800 E-Rezepte habe man bislang abgerechnet – und das fehlerfrei, sagte dagegen Sven Pannicke, Mitglied der Geschäftsleitung beim Abrechnungsdienstleister spectrumK. „Wir warten darauf, dass es mehr werden.“



© miriam-doeer

Geplanter Roll-out

In den nächsten Wochen sollen weitere sechs Bundesländer benannt werden, um Ende des Jahres in den Roll-out einzusteigen – „Ziel ist die Überführung in eine Routine“, sagte gematik-Manager Neumann. Man werde in den nächsten Monaten schauen, wie gut die Ärzte mit dem Hochlaufen des Prozesses zurechtkommen. Neumann berichtete von einem „Nutzererlebnis, das begeistert“. So dauere es nur wenige Sekunden, bis das vom Arzt signierte E-Rezept in der zugehörigen App aufploppere. Entscheidend sei in den kommenden Monaten, dass die Krankenkassen ihren Versicherten das Thema kommunizieren würden. Und die Kassenärztlichen Vereinigungen müssten dafür sorgen, dass die Anwendung nachhaltig in den Praxen ankomme. Dr. Thomas Lipps, Vorstandsvorsitzender im Landesverband Sachsen des Hartmannbunds: „Es entlastet mich doch auch, wenn die Patienten nicht wegen jedes Rezepts in meine Praxis kommen müssen.“

Nach anderthalb Jahren harter Arbeit sei man mittlerweile mit allen Produkten „E-Rezept ready“, berichtete Matthias Leu, Director Business Development bei CGM Deutschland. Die Compugroup beliefert mit ihren Systemen laut eigenen Angaben rund die Hälfte der Arztpraxen in Deutschland und rund 20 % der Apotheken. Er wünsche sich bei den Ärzten allerdings mehr Innovationsbereitschaft. „Ein Pentium reicht dann eben heute nicht mehr.“ Bei den Apothekern sehe es mit der Software-Ausstattung dagegen wesentlich besser aus.

Mit Hilfe der Komfortsignatur erleichtere das E-Rezept die Prozesse in den Praxen, sagte Leu. Derzeit sei man bei acht bis zwölf Sekunden für das Erstellen eines E-Rezepts. Ziel der gematik seien sechs bis acht Sekunden.

BvDU-Position

Der BvDU warnt vor neuerlichen Pleiten, Pech und Pannen bei der Einführung für Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen und Patienten und wird das BMG an den Worten Susanne Ozegowskis, messen: „Das E-Rezept wird ein Erfolg und wird uns auf dem gemeinsamen Weg der Digitalisierung voranbringen.“

Exklusiv für
BvDU-Mitglieder:

UroAuxilia
Wichtige Handreichungen
für den Praxisalltag.

Weitere
Informationen unter:
www.sgdu-mbh.de



In der Gemeinschaftspraxis Dr. Thomas Lipps, Vorstandsvorsitzender im Landesverband Sachsen des Hartmannbunds, kümmere sich eine MFA nur um die digitalen Anwendungen.

Wenn es aber funktioniere, erleichtere es das Arbeiten enorm, berichtete der Allgemeinmediziner. „Es ist eine moderne, sehr angenehme Versorgung von Patienten“, sagte er. Seine Patienten stünden der Anwendung sehr aufgeschlossen gegenüber.

Frust der Ärzte über die Probleme in der TI ist enorm

Den Frust der Ärzte über die Probleme in der TI kann Lipp verstehen. „Die Software-Häuser müssten erheblich nachlegen bei der Service- und Support-Qualität“. Der Arbeitsablauf für das Erstellen eines E-Rezepts sei exakt derselbe wie für eine herkömmliche Verordnung. Es gehe aber elektronisch wesentlich schneller als das Ausdrucken eines Papierrezepts. „Und beim Versenden eines E-Rezepts bekomme ich sowohl eine Versand- als auch eine Empfangsbestätigung“, berichtete Lipp. Für den Hartmannbund-Funktionär ist das E-Rezept eine „vorzügliche Chance“, dass Apotheker und Ärzte über das E-Rezept „mehr zueinander finden als bisher“, sagte Lipp. „Wir müssen die Versorgung dringend geschlossen und gemeinsam planen.“

Quelle: BvDU, änd-Nachrichtendienst

Studie sieht durch Digitalisierung enorme Chancen für das deutsche Gesundheitswesen



© deepblue4you

Digitale Technologien können uns helfen, die Herausforderungen, vor denen fast alle Gesundheitssysteme der westlichen Welt stehen, besser zu lösen. Eine Studie ermittelte zudem, dass das deutsche Gesundheitswesen bis zu 42 Milliarden Euro durch digitale Technologien einsparen könnte. Die Summe würde rund zwölf Prozent der gesamten jährlichen Gesundheits- und Versorgungskosten



WISSEN, DAS WEITERBRINGT. FORTBILDUNGEN FÜR MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE



www.mfawissen.de

Die Plattform für das ganze Team
in Klinik & Praxis

ten von zuletzt 343 Milliarden Euro entsprechen. Insgesamt listet der Bericht 26 digitale Technologien auf, durch deren konsequente Anwendung Geld im Gesundheitswesen eingespart werden könnte. Allein auf den Bereich digitale Gesundheit, zu dem digitale Gesundheitslösungen wie „Onlineinteraktionen, Selbstmanagement und Self-Service“ gehören, entfallen der Studie zufolge 19,1 Milliarden Euro oder rund 45 % des Gesamtpotenzials.

Größtes Potenzial bei der elektronischen Patientenakte

Das mit sieben Milliarden Euro bezifferte größte Einzelpotenzial sehen die Studienautor:innen bei der elektronischen Patientenakte (ePA). Mit der ePA haben theoretisch alle behandelnden Ärzt:innen Zugriff auf die Daten der Patient:innen – Doppeluntersuchungen und mitunter sogar medizinische Fehler würden im Idealfall vermieden. Ein besserer Datenaustausch ermögliche auch eine gezielte pharmazeutische Forschung und Entwicklung mit einer höheren Wirksamkeit von Therapien. Insgesamt böten „Enabler-Technologien“, zu denen in der Studie neben der ePA auch E-Rezepte und andere Lösungen für einen papierlosen, standardisierten Datenaustausch gezählt werden, ein Einsparpotenzial von knapp zehn Milliarden Euro. Neben der ePA wird vor allem Videosprechstunden (5,7 Milliarden), der Fernüberwachung und -unterstützung chronisch kranker Menschen (4,3 Milliarden Euro) sowie der elektronischen Terminvereinbarung (2,5 Milliarden Euro) und Tools für das Management chronisch Erkrankter (2,4 Milliarden Euro) noch viel ungenutztes Potenzial zugeschrieben.

Weniger Behandlungen dank Digitalisierung

Durch die Digitalisierung könnte zudem insgesamt die Versorgungsqualität und Kosteneffizienz im deutschen Gesundheitswesen erhöht werden. Patient:innen profitierten durch E-Health-Lösungen wie Workflow-Unterstützung, Automatisierung, Ergebnistransparenz und Entscheidungsunterstützung von einer besseren Behandlung und Betreuung, das Gesundheitspersonal von Erleichterungen seiner Arbeit. Auch die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen könnte durch digitale Technologien indirekt reduziert werden: „Eine effektivere medizinische Entscheidungsfindung verbessert die Behandlungsergebnisse, wodurch der Bedarf an nachgelagerten Behandlungen sinkt“, heißt es in der Studie. 16,4 Milliarden Euro könnten zudem beim medizinischen Bedarf eingespart werden, wenn weniger invasive Untersuchungsmethoden durchgeführt würden. Auch das verbessere die Qualität der Behandlung und die Patientenerfahrung, fassen die Autor:innen zusammen.

Chronisch kranken Patient:innen könnten durch Fernüberwachung auch stationäre Krankenhausaufenthalte erspart werden.

Bei den digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) sei Deutschland ein digitaler Vorreiter, so die Studie. Auch die verbesserten Bedingungen für Videosprechstunden wurden positiv erwähnt. Mit Ausbruch der COVID-19-Pandemie durften Ärzt:innen unbegrenzt Patient:innen aus der Ferne behandeln. Zuvor waren es nur 20 % der Behandlungen und seit dem Ende der pandemischen Lage sind es nun 30 %.

Leistungserbringer größte Nutznießer

Um die Digitalisierung voranzubringen, müsse ein Mehrwert für die Nutzer:innen generiert werden. Ein Beispiel ist die Online-Terminvergabe, die auch ohne staatliche Förderung bei Ärzt:innen beliebt ist, weil die Tools den Praxen Arbeit ersparen.

Empfehlungen an die Politik

Gefordert wird eine Abschaffung der derzeit bestehenden Regelung, wonach Ärzt:innen in der gesetzlichen Gesundheitsversorgung maximal 30 % ihrer Patient:innen per Telekonsultation behandeln und abrechnen dürfen. Auch die flächendeckende Einführung des E-Rezepts sollte forciert werden, schreiben die Studienautor:innen.

Quelle: [monitoring.tagesspiegel.de](https://www.monitoring.tagesspiegel.de), McKinsey & Company

Weitere berufspolitische Meldungen

Pleiten, Pech und Pannen rund um die TI-Einführung

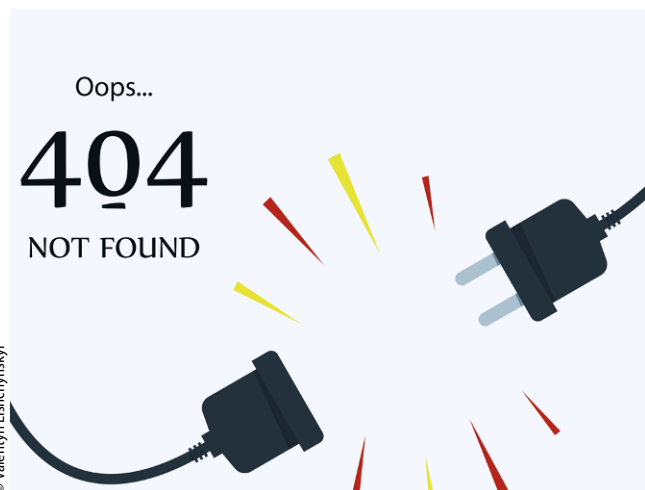
Neben dem BvDU fordern weitere Verbände ein sofortiges Umlenken bei der Digitalisierungsstrategie des deutschen Gesundheitswesens. „Die Arztpraxen sind nicht bereit, den Aufwand, den Ärger und die Zusatzkosten des beschlossenen TI-Konnektorenaustauschs ein zweites Mal mitzumachen“. Gefordert wird ein sofortiges TI-Moratorium. „Erst wenn die von der gematik angekündigte TI 2.0 verfügbar ist, die Voraussetzungen für einen störungsfreien Betrieb sichergestellt sind und die Praxen keine zusätzlichen Kosten und Risiken schultern müssen, können wir über den Neustart des Projekts sprechen.“

Hintergrund der Forderung ist der im März 2022 von der gematik einstimmig beschlossene Austausch der TI-Konnektoren. Die Konnektoren verbinden die Arztpraxen mit der Telematikinfrastruktur (TI). In den Geräten sind Sicherheitsmodul-Karten mit einer maximalen Laufzeit von fünf Jahren verbaut. Je nach Installationsdatum muss der einem DSL-Router vergleichbare Konnektor ab September 2022 ausgetauscht werden. Insgesamt sind 130.000 Geräte betroffen. Zusätzlich müssen die Modulkarten der Kartenterminals erneuert werden. Auch der Praxisausweis (SMC-B-Karte) und der elektronische Heilberufsausweis (eHBA) laufen nach fünf Jahren ab und müssen neu bestellt werden. Der Hardwareaustausch sei die „sicherste Lösung“ für die „Kontinuität des Betriebes“, so die gematik.

„Als Ärzteschaft erdulden wir die zahlreichen Pleiten und Pannen des TI-Projektes seit Jahren zähneknirschend. Mit dem Austausch-Beschluss der Konnektoren hat die gematik jetzt die maximale Schmerzgrenze überschritten“, macht HNO-Präsident Heinrich unmissverständlich deutlich. Es sei keiner Praxis zuzumu-

Oops...
404
NOT FOUND

© Valentyn Lisichynskyi



ten, den enormen Aufwand einer Technikumstellung, sei es auch nur in Teilen, ein weiteres Mal mitzumachen. Dies gelte umso mehr, als die Erfahrung zeige, dass die mit den Krankenkassen vereinbarten Finanzierungsbeträge hinten und vorne nicht ausreichen. „Uns liegen zahllose Berichte von Kolleginnen und Kollegen vor, bei denen sowohl von den Konnektoren-Herstellern als auch von IT-Firmen bei der Vor-Ort-Installation überhöhte Preise aufgerufen worden sind, die nicht durch die Pauschalen gedeckt waren.“ Der BvDU bezog zum Thema bereits im April wie folgt Stellung.

BvDU-Position

Der BvDU fordert das Bundesministerium für Gesundheit als Mehrheitsgesellschafterin der gematik auf, die Konsequenzen für das Fiasko zu übernehmen, das durch den Einbau fehlerhafter Konnektoren entstanden ist. Dem BMG obliegt die Verantwortung, die gematik in ihrer Aufgabenwahrnehmung zu überwachen. Diese ist im Rahmen des Zulassungsprozesses dafür verantwortlich zu prüfen, dass die in den Spezifikationen festgelegten datenschutzrechtlichen Anforderungen eingehalten werden. Der BvDU erwartet weiter die vollumfängliche Finanzierung der mit dem Konnektortausch verbundenen Kosten durch die Krankenkassen.

Verursacht durch den gesetzlichen Zwang auf der einen Seite und das Oligopol von lediglich drei Konnektoren-Herstellern andererseits, haben de facto nahezu alle Praxen einen nicht unerheblichen Betrag bei der TI-Einführung aus eigener Tasche bezahlt. Der große Proteststurm gegen den Austausch wird erst in den nächsten Monaten hereinbrechen. „Die meisten Kolleginnen und Kollegen haben noch nichts vom Beschluss der gematik mitbekommen. Erst, wenn die TI-Firmen sie als Kunden anschreiben und auf den notwendigen Austausch hinweisen, werden sie davon erfahren.“ Um den Frust der Praxen besser nachvollziehen zu können, müsse man sich die Situation der Ärztinnen und Ärzte deutlich machen. „Erst wird die TI mit Zwangsmaßnahmen unter Androhung von Honorarabzug durchgesetzt. Als Nächstes stellt sich heraus, dass sowohl die neuen Anwendungen, wie das E-

Stellen- und Hospitationsbörse

Eine Initiative der GeSRU unterstützt durch den BvDU

ICH BIETE



ICH SUCHE

Praxis von Urologen
für Urologen!

BvDU
Berufsverband der
Deutschen Urologen e.V.



GeSRU
Assistenzärzte der Urologie

Rezept oder die eAU, als auch die Hardware selbst hinten und vorne nicht zu Ende gedacht sind und laufend zu Abstürzen der Praxis-IT und zu Störungen der Abläufe führen. Und dann wird beschlossen, dass die schon heute völlig antiquierte und maßlos überbeuerte Technik für eine weitere Übergangsphase, bei unklarer Gegenfinanzierung durch die Kassen, ausgetauscht werden muss.“

Angesichts dieser desaströsen Bilanz wird als Sofortmaßnahme ein Moratorium der Telematikinfrastruktur gefordert. „Wir sind an dem Punkt angelangt, an dem es, nüchtern betrachtet, rationaler ist, auf einen neuen Weg umzuschwenken, als das tote TI-Pferd weiterzureiten.“ Mit der TI 2.0 habe die Gematik im vergangenen Jahr ein softwarebasiertes Vernetzungskonzept vorgestellt, das ab 2025 eingeführt werden sollte. „Wenn das neue Konzept nicht von sich aus so attraktiv ist, dass es jede Praxis auch ohne Zwang einführen möchte, wird auch der nächste TI-Anlauf scheitern. Nur wenn die Technik einen klaren Mehrwert bietet, leicht zu bedienen sei, die Finanzierung von den Kassen übernommen werde und die Praxisinhaberinnen und -inhaber bei Cyberangriffen vor Haftungsrisiken geschützt seien, habe die Digitalisierung eine Chance.“

Quelle: BvDU, Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V.

Aus dem SpiFa

SpiFa fordert: „Sprechstundenzeit verkürzen!“



Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) kritisiert wie der BvDU das Vorhaben der Ampelkoalition, die mit dem Terminservice- und

Versorgungsgesetz (TSVG) beabsichtigten und umgesetzten Verbesserungen im Bereich der ärztlichen Versorgung für die Patienten wieder zurücknehmen zu wollen und fordert in diesem Zusammenhang, auch die Erhöhung der Sprechstundenzeit wieder zurückzunehmen.

Mit dem TSVG-Paket sollte ein Anreiz geschaffen werden, mehr Termine zur Verfügung zu stellen und mehr Neupatienten aufzunehmen. Gleichzeitig wurde die Sprechstundenzeit für Ärztinnen und Ärzte im Bundesmantelvertrag für Ärzte und in der Zulassungsverordnung für Ärzte auf 25 Stunden erhöht.

Hierzu Dr. Dirk Heinrich, SpiFa-Vorstandsvorsitzender: „Die Beendigung der Budgetierung für bestimmte Patientengruppen, um Leistungen zu verbessern und mehr Termine anbieten zu können, wurde mit dieser Erhöhung der Sprechstundenzeit von der Ärzteschaft als Paketlösung quasi gegenfinanziert. Wenn Herr Lauterbach sich nun entschließt, dieses Gesamtpaket aufzuschneiden,

dann muss er auch diese Erhöhung in gleichem Maße zurücknehmen. Dies findet sich aber nicht in seinem Gesetz und seiner Begründung. Das kommt für uns einem Vertragsbruch gleich.“

Die Ärztinnen und Ärzte in den Praxen fragen sich, warum es an dieser Stelle keinen Vertrauensschutz gibt. „Wir haben im Vertrauen auf dieses Gesetz Investitionen getätigt und Personal eingestellt und jetzt soll alles nicht mehr gelten. Wer so mit uns Ärztinnen und Ärzten umgeht, zeigt, dass er vor unserer Leistung überhaupt keinen Respekt hat. Wir sind nach wie vor entsetzt über diese Pläne und warnen vor den ernstesten Konsequenzen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten,“ so Heinrich weiter.

Mangelnde Verlässlichkeit des Bundesgesundheitsministers

Auch SpiFa-Hauptgeschäftsführer Robert Schneider mahnt die Verlässlichkeit der Bundesregierung und des Bundesgesundheitsministers an: „Herr Lauterbach war maßgeblich an der Entwicklung des TSVG beteiligt. Dass er nun seine eigene von ihm mitentworfenene Regelung auseinanderpflückt, ist ein weiteres Beispiel dafür, mit welcher Unstetigkeit hier Gesundheitspolitik betrieben wird. Statt endlich dringend notwendige strukturelle Reformen – auch in der Gesundheitsfinanzierung – anzustoßen, wird hier Flickschusterei betrieben. Das ist weder nachhaltig noch vertrauensbildend. Deutschlands Fachärztinnen und Fachärzte verlieren die Geduld.“

Quelle: SpiFa

Ihr gutes Recht (D+B)

Zwölf oder doch nur sechs Monate? Welche Nachbesetzungsfrist gilt für Viertel-Arztstellen?

Das Bundessozialgericht (BSG) hat im Mai 2016 Praxen und MVZ für Viertel-Stellen eine Nachbesetzungsfrist von **zwölf** anstelle der regulären sechs Monate zugestanden. Trotz dieser Entscheidung verkürzen nunmehr einige Zulassungsausschüsse die Nachbesetzungsfrist auf sechs Monate. Daher ist bei der Nachbesetzung von Viertel-Versorgungsverträgen besondere Vorsicht geboten.

Bisheriger Rechtsrahmen

Es ist allgemein anerkannt, dass eine Praxis oder ein MVZ vakante Arztstellen – *vorbehaltlich eines geeigneten Nachfolgers* – innerhalb von sechs Monaten nachbesetzen können. Dies wird, mangels gesetzlicher Regelung, mit einem Verweis auf die Sechsmonatsfrist bei Zulassungsentziehungen begründet.

Davon abweichend hat das BSG mit Urteil vom 04. Mai 2016 (Az: B 6 KA 28/15 R) entschieden, dass **bei Viertel-Stellen** eine **Nachbesetzungsfrist von zwölf Monaten** gilt. Es begründet seine Entscheidung damit, dass Viertel-Versorgungsaufträge (seinerzeit) – anders als halbe oder volle Versorgungsaufträge – nur in der Bedarfsplanungsrichtlinie, nicht aber in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (**Ärzte-ZV**) oder dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs (**SGB V**) geregelt waren. Um dennoch bedarfsplanungsrechtliche Verwerfungen sowie Überversorgung durch „Bunkern“ von Arztstellen zu vermeiden, sieht das BSG die Notwendigkeit für eine Nachbesetzungsfrist. Hierfür hat das BSG, aufgrund der geringen bedarfsplanerischen Relevanz von Viertel-Stellen sowie den erheblichen Schwierigkeiten für Praxen und MVZ bei der Nachbesetzung (wenig Bewerber für max. 10 Wochenstunden Teilzeittätigkeit), eine Frist von zwölf (anstatt sechs) Monaten für ausreichend erachtet.

Blickwinkel der Zulassungsgremien

Der Gesetzgeber hat mit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (**TSVG**) am 11. Mai 2019 den Viertel-Versorgungsauftrag jedenfalls punktuell auch im SGB V (§ 95 Absatz 6) und der Ärzte-ZV (§ 27) geregelt. Einige Zulassungsgremien haben dies nun zum Anlass genommen, ihre Spruchpraxis bei der Festlegung der Nachbesetzungsfrist zu ändern. So wird vertreten, dass mit der Regelung des Viertel-Versorgungsauftrages die Bedarfsplanungs-Richtlinie, das SGB V und die Ärzte-ZV harmonisiert seien und nunmehr eine Nachbesetzungsfrist von sechs Monaten für alle vakanten Angestelltensitze gelte.

Rechtliche Einordnung

Diese Auffassung überzeugt nicht. Sie lässt wesentliche Argumente der BSG-Rechtsprechung unberücksichtigt und verkennt die praktischen Notwendigkeiten der längeren Frist. Die neuen Regelungen im SGB V und der Ärzte-ZV für Viertel-Versorgungsaufträge betreffen das Ruhen, den Verzicht oder die Entziehung. Der Gesetzgeber hat gerade keine Vorgaben zur Nachbesetzungsfrist für vakante Anstellungsgenehmigungen getroffen. Auch „häufen“ sich in MVZs vakante Viertel-Stellen nicht derart an, dass sie einen mit halben und ganzen Stellen vergleichbaren bedarfsplanerischen Effekt hätten. Weiterhin gilt vielmehr, MVZ vor dem „Ausbluten“ zu schützen.

Es ist nicht ersichtlich, dass sich die Umstände für die Nachbesetzung einer Viertel-Stelle verbessert hätten. Gegenteiliges dürfte der Fall sein, denn der Ärztemangel besteht fort. Zugleich geht der Trend unter den Ärzten aber weiter Richtung Anstellung und Teilzeittätigkeit. So machte zuletzt die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf ihrer Homepage darauf aufmerksam, dass *„die Zahl der Vertragsärzte und -psychotherapeuten laut Bundesarztregister im Vergleich zum Vorjahr um 2755 (1,5 %) stieg. Der eigentliche Zuwachs liegt angesichts der vielen Teilzeit- und Angestelltenverhältnisse lediglich bei 0,3 %.“* Für viele Ärzte ist mit der Angestelltentätigkeit vor allem der Wunsch nach geregelten Arbeitszeiten, einen Fokus auf das Behandeln und die Möglichkeit, das Arbeitspensum an die jeweilige Lebensphase anzupassen, verbunden. Modelle wie die „4-Tage-Woche“ oder die

„30-Stundenwoche“ erfreuen sich besonderer Beliebtheit. Was für den Arbeitnehmer charmant klingt, stellt den Arbeitgeber oft vor praktischen Herausforderungen. Die Akquise von 10-Stundenkräften ist per se schwer und wird durch die neue Spruchpraxis einiger Zulassungsausschüsse, die für die Nachbesetzung von vakanten Viertel-Stellen nur noch sechs Monate einräumt, noch schwerer.

Fazit und Ausblick

Eine aktuelle Entscheidung des BSG zur Nachbesetzungsfrist gibt es bisher nicht. Von einer vollständigen Gleichstellung des Viertel-Versorgungsauftrages mit den sonstigen Versorgungsaufträgen kann aber nicht die Rede sein. Hierfür spricht u. a. auch, dass eine Zulassung mit einem Viertel-Versorgungsauftrag weiterhin nicht möglich ist. Der Abkehr einiger Zulassungsgremien von der Zwölfmonatsfrist sollte bis zu einer Klärung daher entschlossen entgegengetreten werden. Um böse Überraschungen zu vermeiden, sollte der Bescheid über das (anteilige) Enden einer Anstellungsgenehmigung im Einzelfall sorgfältig auf die „richtige“ Nachbesetzungsfrist geprüft werden.



RAin Ricarda Maria Essel

Fachanwältin für Medizinrecht, D+B Rechtsanwältinnen Partnerschaft mbB, Berlin, db-law.de



Senken Sie Ihre PKV-Beiträge langfristig

- ✓ ohne Versicherungswechsel
- ✓ ohne Leistungskürzungen

Weitere Informationen unter:
www.mehrwertontop.de



✓ MACHEN SIE IHRE PKV FIT FÜRS ALTER!

Veranstungsübersicht BvDU & SgDU



2022

September

17. September 2022
Berlin
09:30–14:00 Uhr
Grundlagentraining – Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin

Oktober

08.–09. Oktober 2022
Bad Nauheim
ganztägig
Praxisgründungsseminar
29.–30. Oktober 2022
Essen
ganztägig
Praxisgründungs-Seminar

November

04.–05. November 2022
Köln
ganztägig
7. Urologisches Herbstforum
CME-Punkte werden beantragt
11.–12. November 2022
Neumünster
ganztägig
Urologische Tumorthherapie
CME-Punkte werden beantragt
12. November 2022
Online
10:00–15:30 Uhr
Webinar: Impfgrundlagen für die urologische Praxis
CME-Punkte werden beantragt
12.–13. November 2022
Neu-Ulm
ganztägig
Praxisgründungsseminar
18.–20. November 2022
Hannover
ganztägig
26. Urologisches Belegarztforum
CME-Punkte werden beantragt

26. November 2022

Fulda
09:30–14:00 Uhr
Grundlagentraining transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin
CME-Punkte werden beantragt

2023

März

03.–04. März 2023
Leipzig
ganztägig
8. Urologisches Frühjahrsforum
CME-Punkte werden beantragt

Wichtige Hinweise zu unseren Veranstaltungen

Unsere Veranstaltungen finden selbstverständlich unter Berücksichtigung der geltenden Hygienevorschriften statt. Im Einzelfall kann dies zu einer Begrenzung der Teilnehmerzahl führen. Wenn möglich, bieten wir derzeit als Präsenzveranstaltung geplante Seminare digital, z. B. als Webinare, an. Zum Teil kann es aber ebenso zu Terminverschiebungen kommen. Wir informieren Sie natürlich rechtzeitig über mögliche Änderungen – vielen Dank für Ihr Verständnis!

Sie möchten eine Veranstaltung durchführen oder zertifizieren lassen? Sprechen Sie uns an, wir helfen gerne weiter.

Boris Rogowski
Tel: 030 887 22 55-1
E-Mail rogowski@sgdu-mbh.de,
www.sgdu-mbh.de

Anmeldungen unter www.sgdu-mbh.de/veranstaltungen
oder diesem QR-Code

