

<http://www.patientenformalisch.de/>

<http://stoppt-die-e-card.de/>

Inhalt:

- [Hausarztverträge](#)
- [elektronische Gesundheitskarte](#)
- [Satirische Zukunftsvision - Dr. Stein und die eCard von Christoph Scholber](#)
- [Ambulante Spezialärztliche Versorgung \(ASV\)](#)

Hausarztverträge:

Eine zentrale Veränderung der letzten Gesundheitsreform war die Möglichkeit für die Krankenkassen mit einzelnen Ärztegruppen Verträge außerhalb des sogenannten Kollektivvertrages (Abrechnung aller Leistungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen) abzuschließen. Besonders hervorzuheben sind dabei die sogenannten Hausarztverträge (nach § 73b, Sozialgesetzbuch V). Ziel dieser Verträge soll eine verbesserte hausärztliche Versorgung sein, da über sie für die Hausärzte mehr Geld für die Versorgung ihrer Patienten

zur Verfügung gestellt wird. Gleichzeitig verpflichten sich die Hausärzte verschiedene Regularien der Krankenkassen zu erfüllen. Für Patienten die sich einschreiben besteht u.a. die Verpflichtung, immer erst zu ihrem Hausarzt zu gehen, dafür wird ihnen in manchen Verträgen die Praxisgebühr erlassen.

Bis heute sind nicht alle Krankenkassen dieser Verpflichtung nachgekommen bzw. gibt es Streit um diese Verträge. So hatte die AOK Bayern im Jahr 2009 einen solchen Vertrag mit dem Bayerischen Hausärzterverband geschlossen, ihn aber im letzten Jahr nach massiven Streitigkeiten wieder gekündigt. Über einen Schiedsspruch wurden nun neue Verträge abgeschlossen, die aber für Patienten wie auch Ärzte zum Teil deutlich schlechter sind. Auch haben die AOK und die Ersatzkassen (außer TK) schon wieder gerichtliche Schritte gegen die Verträge angekündigt.

zusammengestellt von Ute Hascher

Weitere Informationen finden Sie unter www.arztwiki.de, Stichwort „Hausarztvertrag“.

Die elektronische Gesundheitskarte:

Was ist die elektronische Gesundheitskarte (e-Card) überhaupt? Bis auf noch nicht absehbare Zeit ist sie nicht mehr als eine übliche Krankenversichertenkarte mit Bild. Alle anderen Funktionen vom elektronischen Rezept über den Notfalldatensatz bis zur elektronischen

Patientenakte sind in Tests aufgrund von nicht praktikabler Handhabung und datenschutzrechtlichen Problemen auf unbestimmte Zukunft verschoben. Sie ist allerdings deutlich teurer als das Vorgängermodell und eigentlich sind sogar die Krankenkassen gegen die derzeitige Einführung dieser „Light-Version“.

Wem nützt also die Einführung der e-Card?

Sie nützt der IT-Industrie durch die Installation tausender neuer Lesegeräte und Software in Praxen und Krankenhäusern, denn nur mit diesen kann die neue Karte gelesen werden. Außerdem ist die durch gesetzlichen Druck vorgeschriebene Einführung der „Türöffner“ für die große Lösung der e-Card mit allen Anwendungen (s.o.), für die schon dreistellige Millionenbeträge ausgegeben wurden und die eine wahre Goldgräberstimmung im IT-Wesen auslöst.

Sie nützt den Krankenkassen, wenn wie geplant der Online-Stammdatenabgleich in die Praxen verlagert wird. Die Angestellten der Arztpraxen müssen dann überprüfen, ob Adresse und Versichertenstatus noch stimmen und Fehler ggf. sofort ändern. Der Arzt trägt dafür die Verantwortung und die Kasse hat Verwaltungsarbeit und –kosten gespart.

Und der Patient? Das Geld, das dem Gesundheitswesen für dieses irrsinnige Projekt entzogen wird steht seiner Behandlung nicht mehr zur Verfügung. In den Praxen findet er sich in der Warteschlange, bis sein Stammdatenabgleich erfolgt ist. Vorteile hat er keine!

Und der große Nachteil: Ist der Anfang des Systems e-Card erst einmal gemacht, die ersten Karten und Lesegeräte installiert, werden IT- und Gesundheitsindustrie den Druck auf die Politik noch weiter erhöhen. Denn wer die Daten hat, hat die Macht! Nur dieser Druck hat auch jetzt dazu geführt, daß das Gesundheitsministerium gegen den Willen der letzten Ärztetage und sogar der Krankenkassen ein Gesetz auf den Weg gebracht hat, gemäß dem bis zum 1. Oktober 2011 mindestens 10% der Versicherten einer Kasse mit der „eCard-Light“ ausgestattet werden müssen. Schaffen sie das nicht, drohen den Kassen empfindliche finanzielle Einbußen. Unter diesem Gesichtspunkt versteht man, warum dieses für die Patienten unnütze Projekt von IT-Industrie und Kassen derzeit so massiv beworben und hochgelobt wird.

zusammengestellt von Ute Hascher

Weitere Informationen finden Sie unter www.stoppt-die-e-card.de , www.patient-informiert-sich.de , www.arztwiki.de ,
Stichwort „eCard“.

Satirische Zukunftsvision von Christoph Scholber, Internist, Hannover

Veröffentlicht am 18.10.2011 auf facharzt.de

Dr. Stein und die eCard

Thorsten Nobyte legte eine weitere DVD in den Brenner: Neumann, Alfred, lebenslange Bürgernummer (LBNR) 21031923456 war der letzte Kandidat für heute. Morgen würde er die 250 bestellten Datensätze bei der Allgemeinen Lebensversicherung („Ihr Leben ist unsere Berufung“) gegen einen Verrechnungsscheck eintauschen. Es wurde aber auch Zeit, denn die nächste Rate für das Häuschen war fällig. Wieder wurde ihm schmerzlich bewusst, dass er als IT-Techniker in der Serverfarm total unterbezahlt war. Sein Arbeitgeber, die Gesundheitsagentur, war eben ein alter Geizkragen. Er steckte die DVD zurück in die Kitteltasche und schlenderte bewusst lässig aus dem Kontrollraum.

Dr. Frank Stein war auf dem Weg in die Allgemeinmedizinische Abteilung des MVZ. Seit das MVZ in das konzerneigene Krankenhaus eingezogen war, nahm er gerne die Abkürzung durch die Notaufnahme. Sein Blick fiel auf eine zusammengekauerte Gestalt auf einer Trage an der Wand unter dem Banner „Alles für die Qualität“. Das Gesicht war vom Fieber gerötet, die trüben Augen starrten teilnahmslos, der schmutzige Verband am Unterarm war von Eiter und Blut durchtränkt. „Was ist denn mit dem los?“ sprach Stein einen vorbeihastenden Pfleger an. „Ein Illegaler, Spritzenabszess“, klärte der Pfleger auf.

Ach ja, die Illegalen, erinnerte sich Stein. Seit dem Gesundheitstransparenzgesetz vom Mai 2013 wurden es immer mehr. Seitdem kein Arzt mehr einen Patienten behandeln durfte, ohne die kompletten Behandlungsdaten auf die Server der Gesundheitsagentur zu spielen. Diese strafbewehrte Anordnung sollte dem Verbraucherschutz und der Transparenz dienen, schwarze Schafe unter den Ärzten und Patienten sollten identifiziert werden, doppelte Untersuchungen vermieden und die Behandlungsdaten im Notfall immer verfügbar sein. Doch viele Patienten fürchteten sich vor der Datenspeicherung: Abteilungsleiter mit Depressionen, Versicherungsvertreter mit Alkoholabhängigkeit, alleinreisende Männer mit unangenehmen Souvenirs aus Asien, schwangere Teenager.

Inzwischen gab es hunderte von illegalen Hinterzimmer-Sprechstunden, hatte Stein gehört. Dort wurden unter fragwürdigen Bedingungen Alkoholentzugsbehandlungen, Antibiotikatherapien und Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. Die anonymen Ärzte fragten nicht nach der elektronischen Gesundheitskarte, aber sie verlangten horrenden Preise für ihre diskreten Dienste. Oft strandeten die Patienten nach Komplikationen hier in der Klinik.

Bezirksdirektor Zwickel tobte. Der Datensatz von Schulze, Ernst August, LBNR 212382132193 war völlig unbrauchbar. Wie sollte er damit eine vernünftige Risikobeurteilung der beantragten Lebensversicherung machen? Diesem Rechenknecht Nobyte würde er Beine machen! Ernst August Schulze soll 2013 eine Wochenbettdepression und 2014 einen auffälligen Mammographiebefund gehabt haben – sehr witzig. Verärgert warf er die DVD in den Papierkorb.

Stein betrat den Gemeinschaftsraum des MVZ und sein Blick wurde sofort auf die Titelschlagzeile des „Kleinstädter Einheitsboten“ gelenkt, der in einer Kaffeepfütze auf dem Tisch lag: „Kartenfälscher – die Baumarktbande hat wieder zugeschlagen“. Stein erinnerte sich an die Vorfälle in norddeutschen Baumärkten im Jahr 2011. Damals hatte eine Bande an mehreren Baumarktkassen Kartenleser manipuliert und so EC-Kartenkopien mit passender

Geheimnummer hergestellt. Stein las weiter: „... gelang es der Bande diesmal, in mehreren MVZs zahlreiche Kartenleser zu manipulieren und die Gesundheitskarten einschliesslich Geheimzahl auszulesen. Für ein Kartenduplikat erzielten sie auf dem Schwarzmarkt mehrere hundert Euro... aufgefallen war der Schwindel, weil in den Patientenakten in der Serverfarm immer mehr Behandlungs- und Laborberichte gefunden wurden, deren Befunde und Diagnosen gar nicht zum ursprünglichen Kartenbesitzer passten.“ Kopfschüttelnd legte Stein die Zeitung zurück und machte sich auf den Weg in sein Sprechzimmer.

Ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV)

Mit dem geplanten Versorgungsstrukturgesetz, das ab Januar in Kraft treten soll, soll eine dritte Behandlungsebene für Patienten zwischen die ambulante und die stationäre Ebene geschaltet werden. Dazu wird der § 116b SGB V so verändert, daß Krankenhäuser bei besonderen Krankheiten ambulant behandeln dürfen. So wie das Gesetz zur Zeit formuliert ist, soll

- das Honorar des ambulanten Sektors um die Summe bereinigt werden, die die ASV braucht.

Dabei sind die Leistungen in der ASV nicht budgetiert. Es wird damit zu einem Abfluß von Mitteln insbesondere aus der fachärztlichen Basisversorgung kommen.

- der gBA die Bedingungen und Krankheitsbilder festlegen.

Da der GBA deutlich Krankenkassen- und Krankenhaus-dominiert ist, wird sich die Ausgestaltung nach den finanziellen Bedürfnissen der Krankenkassen und Krankenhäuser richten. Auch ist der Text so schwammig formuliert, daß die Leistungen immer weiter ausgeweitet werden können. Damit werden den niedergelassenen Ärzten, die nicht an der ASV teilnehmen dürfen Untersuchungen entzogen. Dies sind aller Voraussicht nach die Untersuchungen, die zur Zeit noch gewinnbringend erbracht werden können.

- es keinen verbindlichen Facharztstandard für den ausführenden Arzt geben.

Damit ist die Qualität für die Patienten nicht gesichert!

- es keinen Überweisungsvorbehalt aus der hausärztlichen bzw. fachärztlichen Ebene geben.

So können sich die Krankenhäuser die Patienten beliebig einbestellen.

- es zwar einen Investitionskostenabschlag von 5% für die Kliniken geben. Dieser fängt die wirtschaftlichen Mehrkosten, die ein selbstständiger niedergelassener Arzt hat aber nicht auf.

Außerdem ist es für die Krankenkassen dann noch lukrativer bei ihren Patienten darauf hinzuwirken, sich für 5% weniger in den Kliniken behandeln zu lassen.

Außerdem entstehen für die Ausgestaltung, Verwaltung und Kontrolle dieser zusätzlichen Versorgungsebene erneut Kosten, die einen fraglichen Zusatznutzen für die Patienten bringen.

zusammengestellt von Ute Hascher

Link zum Gesetz auf der Homepage des BMG: [klicken Sie hier!](#)