

**Telematik-
Infrastruktur I**

Zeitplan:
Flächendeckung bis 2021

Drei Bereiche
festgelegt

**Telematik-
Infrastruktur II**

Aktualität und
Validität der Daten
muss gesichert sein

**Berufs- und
Gesundheitspolitik I**

KZBV:
Renditeerzielung steht im
Vordergrund

Standardisierte Architektur und strukturiertes Vorgehen bei ePA

GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die **Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte** (gematik) haben sich in einem Letter of Intent auf ein gemeinsames Konzept zur elektronischen Patientenakte (ePA) geeinigt. Dies geht aus Veröffentlichungen des *Deutschen Ärzteblatts*, der *Ärzte Zeitung* und der *KZBV* hervor. Das **Bundesministerium für Gesundheit** sei nun gefordert, die vereinbarten Vorgehensweisen durch entsprechende Rechtsgrundlagen zu unterstützen.

Laut Zeitplan soll die elektronische Patientenakte allen Versicherten bis zum Jahr 2021 zur Verfügung stehen. Nach vorliegenden Informationen sieht die Vereinbarung der o.g. Akteure bis dahin folgende Aufgabenverteilung vor:

- **Spezifikation:** Die gematik soll bis zum Ende des Jahres 2018 die Spezifikation für die Architektur hinsichtlich Sicherheit, Interoperabilität und Praktikabilität vorlegen.
- **Struktur:** Der GKV-Spitzenverband koordiniert einen Arbeitskreis der Krankenkassen, in dem die Struktur der ePA festgelegt werden soll, zum Beispiel ein standardisierter Bereich für die Ablage medizinischer Informationen (etwa Notfalldaten, Arztbrief, Medikationsplan), ein Wettbewerbsbereich mit Informationen der einzelnen Kassen (zum Beispiel Bonusprogramme) und ein Bereich, den die Patienten mit Fitness- oder Ernährungsdaten verwalten.
- **Technische Anforderungen:** KBV und KZBV definieren die technischen und semantischen Anforderungen an die medizinischen Daten, wobei beide sich mit allen Leistungserbringer-Organisationen, Krankenkassen und der gematik abstimmen. Basis dafür sollen internationale Standards sein.

Die bisher schon angelaufenen Initiativen der Krankenkassen auf diesem Feld – siehe elektronische Gesundheitsakten (EGA) der AOK sowie „Vivy“ und „TK-Safe“ – sollen zunächst weiterlaufen und später in die ePA integriert werden.

Für die Grundstruktur der e-Patientenakte wurden laut Absichtserklärung der beteiligten Organisationen drei Sektoren definiert: Ein „Standardbereich“ für die gleichartige Ablage von medizinischen Informationen, ein „Kassenbereich“ für die von den Krankenkassen bereitgestellten Informationen sowie ein „Versichertenbereich“ für alle Daten, die von den Versicherten bereitgestellt werden. *Quellen: Deutsches Ärzteblatt, Ärzte Zeitung, KZBV*

TI: Ohne Nutzen keine Akzeptanz

In einer Presseinformation betonte der für die Telematik-Infrastruktur (TI) zuständige **stv. KZBV-Vorsitzende Dr. Karl-Georg Pochhammer**, dass die digitalen Anwendungen kein Selbstzweck sein dürften, sondern „immer einen nachhaltigen und erkennbaren Nutzen für alle Beteiligten haben“ müssten. Ansonsten könne man auch bei den Anwendern nicht mit der notwendigen Akzeptanz rechnen. So ziele die Einführung der e-Patientenakte auf die Beseitigung unnötiger Bürokratie ab. Daher sei der jetzt unterzeichnete Letter of Intent als „starkes Signal im Sinne von Patienten und Praxen“ zu werten.

Der **ärztliche Beirat Telematik** der **Ärztikammern Nordrhein und Westfalen-Lippe** begrüßte in einem Statement zwar die Einführung der ePA, wies jedoch gleichzeitig darauf hin, dass die Qualität der Behandlung auf der Basis der elektronischen Patientenakte von der Integrität ihrer Einträge abhängig sei. Bei den derzeitigen elektronischen Gesundheitsakten (eGAs) der Krankenkassen komme es zu teilweise über Monate verzögerte Eintragungen. Eine weitere Forderung des Beirats laute: Die Patientenakte dürfe ausschließlich nur ärztlich validierte Daten enthalten. *Quellen: KZBV, KBV, ÄkNo in der 43. KW 2018*

KZBV zur Gründung des „Bundesverbandes nachhaltige Zahnheilkunde“

Meldungen über die Gründung des „Bundesverbandes nachhaltige Zahnheilkunde e.V.“ (BNZK) – Verband zahnmedizinischer Versorgungszentren – kommentierte der **Vorstandsvorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Wolfgang Eßer**, Anfang der vergangenen Woche:

„Nach unseren Erkenntnissen stehen hinter den Gründern dieser neuen Interessenvertretung aus- und inländische Fremdinvestoren wie beispielsweise Acura Zahnärzte (Frankfurt am Main) = Investcorp (Bahrain), DentConnect (München) = EQT (Schweden), auch im Besitz der Ketten/Marken (Implaneo und Cureos) und Zahneins (Hamburg) = Summit Partners (USA).

Bei den BNZK-Gründern handelt es sich also um einen Bundesverband der Private Equity-Fonds in der Zahnmedizin, deren wohlfeil dargestellte Versorgungsabsichten wir derzeit nicht bestätigen können. Vielmehr ist schon aus den Internetveröffentlichungen und Fondsprospekten solcher Investmentgesellschaften erkennbar, dass nicht nachhaltige Versorgung der Menschen in unserem Land, sondern Renditeerzielungsabsichten die Motivation ihres Engagements im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung sind.“

Es sei naheliegend, dass der aktuelle Zusammenschluss auch zum Ziel habe, die gemeinsamen

Gewerbliche Anzeige

DIE ZA – Zahnärzte für Zahnärzte

Factoring – Inkasso – GOZ – BEMA – Teilzahlungsangebote – Einwände – Abrechnungen
 Weitere Informationen unter die-za.de oder **0800 92 92 582**

Bemühungen der Bundesorganisationen KZBV, BZÄK und FVDZ zu torpedieren, die dem Zugang solcher Kapitalgesellschaften mit äußerster Skepsis begegnen und diesen gesetzlich einschränken wollen. Die von Kapitalgesellschaften und Private Equity Fonds betriebenen Z-MVZ und Z-MVZ-Ketten stellten keinen Zugewinn für die zahnmedizinische Versorgung dar, so Eßer, sondern bewirkten vielmehr eine Industrialisierung der gesundheitlichen Versorgung zu Gunsten der Investoren und zu Lasten einer dem Patientenwohl dienenden Versorgung. *Quelle: KZBV am 16. Oktober 2018*

Berufs- und Gesundheitspolitik II

„Milliardenschwere Investoren“

BMG will prüfen

ARD: So funktioniert das Modell der Zahnarztketten

Auch das **ARD-Magazin „Plusminus“** setzte sich am vergangenen Mittwoch informativ und kritisch mit dem Thema „Zahnarztpraxen als Renditeobjekt“ auseinander. In der Anmoderation heißt es: „...Bundesweit breiten sich die Zahnarztketten aus. Auffallend dabei ist: Sie entstehen vor allem in zahlungskräftigen Regionen, auf dem Land und in Ostdeutschland weniger. Was viele Patienten nicht wissen: Finanzgeber dieser Praxen sind Private-Equity-Gesellschaften, also milliardenschwere Investoren, die zentral Abrechnung und Verwaltung der Praxen steuern. Ihr Sitz ist in Jersey, USA, Bahrain, Schweden und Deutschland ...“

Ziel der Investoren sei auch in anderen Fachbereichen: kaufen und später gewinnbringend verkaufen, berichtet das Magazin. Im Moment werde kräftig gekauft. Während 2013 circa elf Gesundheitsunternehmen mit ungefähr 8.100 Beschäftigten in der Hand von Investoren gewesen seien, zähle man im Sommer 2018 bereits 130 – mit insgesamt 83.000 Mitarbeitern. Im Interview schildert ein angestellter Zahnarzt seine eigenen Erfahrungen im MVZ einer Kette, die einem Investor gehört: „Behandlungsfreiheit, die hatte ich persönlich nicht. Und wenn man nicht mitmacht, dann gibt es Abmahnungen.“

Die Redaktion von „Plusminus“ habe im **Bundesgesundheitsministerium** nachgefragt: Wie werden die Patienten vor solchen renditeorientierten Praxen geschützt? Antwort: „Diese Sorge nimmt das BMG ernst und prüft eine Weiterentwicklung der Regelungen zu den MVZ. Die Beratungen sind allerdings noch nicht abgeschlossen.“ *Quelle: ARD; Sendung ist noch bis 24.10.2019 in der „Mediathek“ zu finden*

Studium

Inhalte des Masterplans bereits erfüllt

Verdoppelung der Medizin-Studienplätze

Finanzierung anpassen

Neuer Modellstudiengang in Humanmedizin an der UW/H

Seit dem Wintersemester 2018/19 wird ein neuer Modellstudiengang in Humanmedizin an der **Universität Witten/Herdecke (UW/H)** angeboten. Das Programm wurde vom zuständigen **Ministerium des Landes Nordrhein-Westfalen** genehmigt. Der Studiengang erfüllt schon heute die Vorgaben des **Masterplans Medizinstudium 2020**. Zu den erklärten Inhalten des Masterplans gehört u.a. die Reformierung der Studienzulassung durch geeignetere Auswahlverfahren und die Stärkung der Allgemeinmedizin. Zudem soll die Praxisnähe im Medizinstudium vorangetrieben sowie theoretische und praktische Studieninhalte besser miteinander verzahnt werden.

„Die geforderten Maßnahmen wurden an der UW/H auch schon in der Vergangenheit engagiert umgesetzt“, so **Prof. Dr. Stefan Wirth, Dekan der Fakultät für Gesundheit an der UW/H**. Dennoch sei der Modellstudiengang der UW/H noch einmal überarbeitet und verbessert worden. Ein weiterer neuer Baustein der Ausbildung werde künftig die geplante **Hochschulambulanz** der UW/H sein. Diese Einrichtung, die noch in diesem Jahr öffnen soll, Sorge für weitere Einblicke während des Studiums in eine integrierte Patientenversorgung.

Laut gemeinsamer Absichtserklärung von **NRW-Wissenschaftsministerin Isabel Pfeiffer-Poensgen** und **NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann** soll die Zahl der Studienplätze im Fach Humanmedizin an der UW/H verdoppelt werden. Dann können jährlich 168 Studierende neu an der Privatuniversität aufgenommen werden. Im Gegenzug wird die jährliche Förderung durch das Ministerium für Kultur und Wissenschaft schrittweise erhöht. Vorbehaltlich der Haushaltsgesetzgebung soll die jährliche Landesförderung von 10,7 Millionen Euro im Jahr 2019 auf 18,25 Millionen Euro im Jahr 2024 angehoben werden. *Quellen: UW/H-PM 38. KW 2018 und 22.10.2018*

GKV-Szene

Drei Beitragserhöhungen auf einen Schlag

„Gutverdiener“ zahlen weit über 800 Euro pro Monat für eine Basisversorgung

Rechengrößen 2019 – Mehrbelastungen durch die Hintertür

Das **Bundeskabinett** hat Mitte Oktober die Verordnung über die Sozialversicherungsrechengrößen 2019 beschlossen. Dadurch werden die maßgeblichen Rechengrößen der Sozialversicherung gemäß der Einkommensentwicklung im vergangenen Jahr (2017) turnusgemäß angepasst. Die wichtigsten Rechengrößen für das Jahr 2019 im Überblick:

Die bundesweit einheitliche **Versicherungspflichtgrenze** in der **gesetzlichen Krankenversicherung** (Jahresarbeitsentgeltgrenze) steigt auf 60.750 Euro (2018: 59.400 Euro). Erst ab diesem Einkommen haben Arbeitnehmer die Möglichkeit, sich privat zu versichern. Die ebenfalls bundesweit einheitliche **Beitragsbemessungsgrenze** für das Jahr 2019 in der **gesetzlichen Krankenversicherung** beträgt 54.450 Euro jährlich (2018: 53.100 Euro) bzw. 4.537,50 Euro monatlich (2018: 4.425 Euro). Für freiwillig GKV-Versicherte mit einem Einkommen oberhalb der bisher geltenden Grenze bedeutet dies, dass sich mit einem Schlag drei Beiträge erhöhen: der allgemeine Beitrag zur **Krankenversicherung**, der kassenindividuelle **Zusatzbeitrag** und der Beitrag zur **Pflegepflichtversicherung**. Die GKV-Versicherten, deren Einkommen über der neuen Grenze liegt, müssen dann ab dem kommenden Jahr durchschnittlich 707,85 Euro im Monat für die Krankenversicherung und 138,39 Euro für die Pflegeversicherung (Kinderlose: 149,74 Euro) zahlen. Zusammen sind das also 846,24 Euro im Monat bzw. sogar 857,59 Euro bei Kinderlosen.

Die **Beitragsbemessungsgrenze** in der **allgemeinen Rentenversicherung** steigt auf 6.700 Euro/Monat (2018: 6.500 Euro/Monat) und die Beitragsbemessungsgrenze (Ost) auf 6.150 Euro/Monat (2018: 5.800 Euro/Monat). *Quellen: Redaktion Steuern & Recht der DATEV eG; PKV Verband am 18.10.2018*