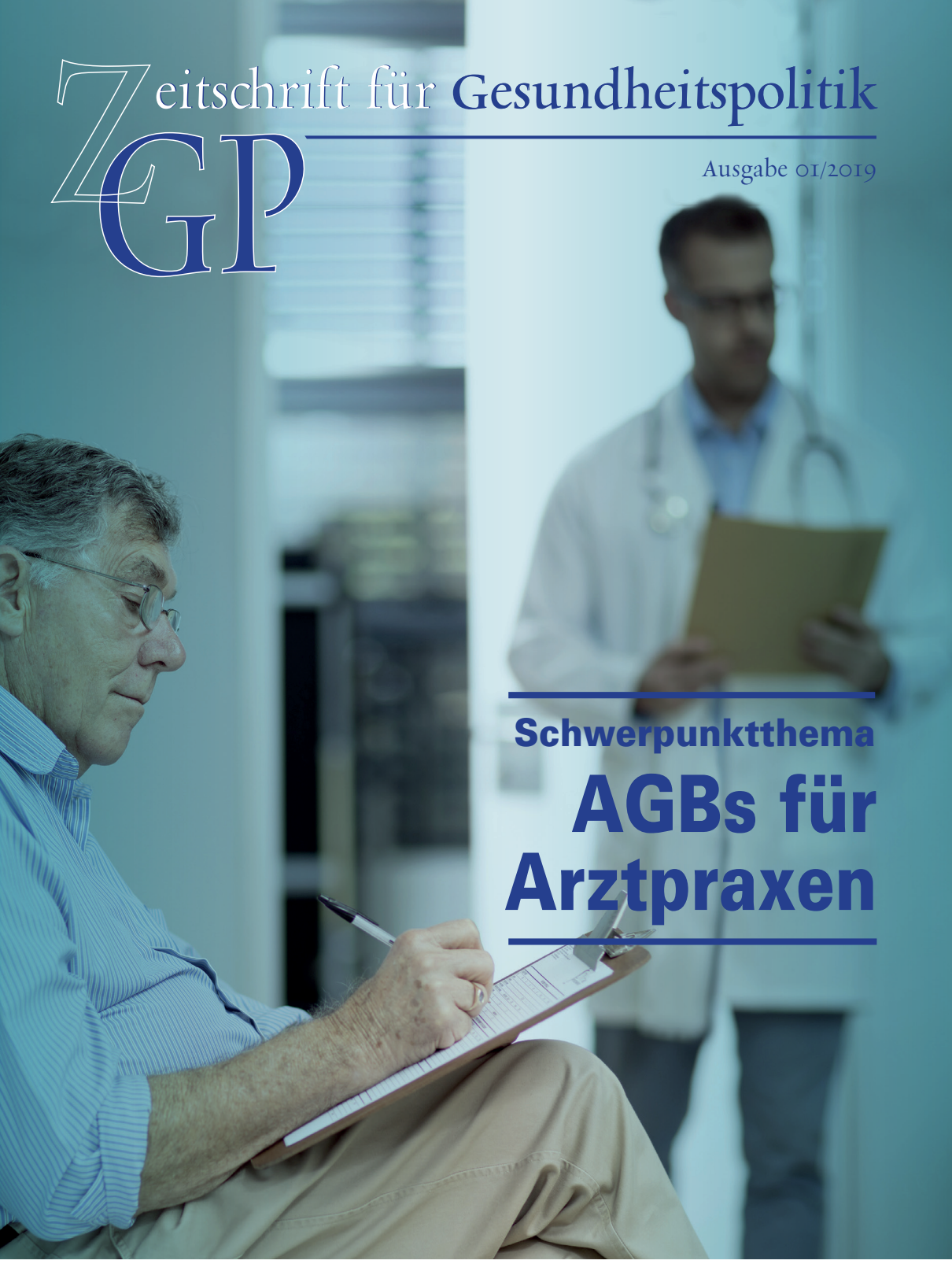
Zeitschrift für Gesundheitspolitik
ZGP
Ausgabe 01/2019



Schwerpunktthema

AGBs für Arztpraxen

LIG
LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

Schwerpunktthema

AGBs für Arztpraxen

ZGP

Zeitschrift für Gesundheitspolitik
ZGP

Schwerpunktthema

AGBs für Arztpraxen

Ausgabe 1/2019

LIG LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung
Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser
Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik
Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
www.lig-gesundheit.at

Coverfoto: Koko Productions & Photo (AdobeStock)
Redaktion: Mag. Katharina Wieser
Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien
Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser

Wo Menschen aufeinandertreffen, kann es zu Kommunikationsproblemen, Missverständnissen und im schlimmsten Fall zu Streitfällen kommen. Auch die Arzt-Patienten-Beziehung ist vor diesen Vorkommnissen leider nicht gefeit. Deshalb scheint es ratsam zu sein, die wichtigsten Fragen bereits im Vorfeld zu klären und so Spätfolgen einer missglückten Verständigung präventiv zu begegnen.

Eine Möglichkeit zur Klärung wesentlicher Aspekte vor dem Eingehen einer Geschäftsbeziehung sind die sogenannten Allgemeinen Geschäftsbedingungen. In Ordinationen ist der Einsatz von AGBs jedoch bislang nicht gebräuchlich und allenfalls bei Wahlärzten anzutreffen. Das hat sicher auch seinen Grund, denn die Beziehung zwischen Arzt und Patient beruht auf einem Vertrauensverhältnis, das durch die Vorlage juristischer Bögen eventuell gestört werden könnte so zumindest die Befürchtung. Und eines steht auch mit Sicherheit fest: AGBs, wie sie in Banken oder Versicherungen gebräuchlich sind, haben in einer Arztpraxis nichts verloren, da sie in den allermeisten Fällen überfordern. Derartig juristische Schriftwerke würden ungelesen und unverstanden unterschrieben und gehen damit am eigentlichen Ziel vorbei.

Allgemeine Geschäftsbedingungen in Arztpraxen müssen daher einen ganz eigenen Charakter haben, der vor allem in seiner Kürze und in seiner unkomplizierten, allgemeinen Verständlichkeit liegt. Der Patient soll Information erhalten und nicht etwa mit Paragrafen erschlagen werden. In dieser Ausgabe haben wir einige Beiträge für Sie zusammengestellt, die zeigen, wie solche Geschäftsbedingungen, oder besser „Behandlungsbedingungen", konkret aussehen könnten, welche gesetzlichen Hintergründe es dazu gibt und was Ärzte zur praktischen Umsetzbarkeit des Konzeptes zu sagen haben.

Wie immer wünschen wir Ihnen viele anregende Momente beim Lesen!

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhaltsverzeichnis

Möglichkeiten des Einsatzes schriftlicher Behandlungsverträge 9

Univ.-Prof. Mag. Dr. Christoph Kietaibl

AGB-Beispiel für die ärztliche Ordination 15

Mag. Manuela Felke-Mangi, LL.M, HR Dr. Thomas Holzgruber, Dr. Maria Leitner, Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Auf den Standpunkt gebracht 23

News aus den Gesundheitssystemen 29

Univ.-Prof. Mag. Dr. Christoph Kietaibl

Stellvertretender Institutsvorstand, Institut für Rechtswissenschaften, Universität Klagenfurt

Möglichkeiten des Einsatzes schriftlicher Behandlungsverträge[1]

1. Grundsätzliches **10**

2. Mögliche Regelungsgegenstände **11**

2.1. Behandlungsumfang/Vertragsparteien **11**

2.2. Datenschutz **12**

2.3. Beendigung und Honorar **13**

3. Zusammenfassung **14**

1 Der Beitrag beruht auf einem Vortrag, den der Verfasser am 4.5.2018 am Gmundner Medizinrechtskongress gehalten hat. Eine Langversion des Beitrages mit Fußnoten und Nachweisen findet sich in RdM 2018, 241 ff.

1. Grundsätzliches

Im niedergelassenen Bereich und in öffentlichen Krankenanstalten werden Behandlungsverträge meist mündlich und konkludent geschlossen; oftmals ist den Beteiligten das Eingehen einer vertraglichen Rechtsbeziehung gar nicht bewusst. Zwar mag nach dem historisch gewachsenen Selbstverständnis vom Arztberuf der Einsatz schriftlicher Vertragsbedingungen auf den ersten Blick nur schwer vorstellbar erscheinen. Bei nüchterner Betrachtung spricht aber wohl einiges für diese Form des Vertragsschlusses auch bei Heilbehandlungen. In diesem Zusammenhang ist auch daran zu erinnern, dass niedergelassene Ärzte Unternehmer im rechtlichen Sinne sind, die ihre Dienstleistungen entgeltlich am Markt anbieten und ihr Unternehmen nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten organisieren und kalkulieren müssen. Es ist aus diesem Blickwinkel daher wenig einsichtig, wenn sie gerade beim Vertragsschluss auf eine professionelle und effiziente Gestaltung verzichten. Außerdem birgt die ärztliche Tätigkeit durchaus erhebliche Haftungsrisiken in sich, was ebenfalls für eine sorgfältige und standardisierte Gestaltung der Rechtsbeziehung zum Patienten spricht.

Schriftliche Behandlungsverträge könnten durchaus auch im Interesse der Patienten liegen. Denn ein schriftlicher Vertrag gibt beiden Teilen Auskunft über den genauen Vertragsinhalt und schafft damit auch für die Patienten Transparenz. Überdies würden schriftliche Vertragsbedingungen beim Patienten auch mehr Bewusstsein dafür schaffen, dass der Arztbesuch ein Vertragsverhältnis begründet und damit auch eine gewisse Verbindlichkeit. Dies könnte nicht nur die Termintreue mancher Patienten steigern, sondern auch schon im Vorfeld mehr Verständnis dafür schaffen, dass z.B. Ausgleichsansprüche des Arztes wegen nicht wahrgenommener und auch nicht abgesagter Termine in Betracht kommen.

Schriftliche, standardisierte Behandlungsverträge könnten insgesamt der Information, Klarstellung und Dokumentation des genauen Vertragsinhalts dienen, wobei vor allem folgende Regelungsgegenstände für schriftliche Behandlungsbedingungen in Betracht kommen.

2. Mögliche Regelungsgegenstände

2.1. Behandlungsumfang/Vertragsparteien

Ein wichtiger Regelungsgegenstand im schriftlichen Behandlungsvertrag wäre die klare Aufgaben- und Pflichtenverteilung für den Fall, dass vom Arzt ein weiterer Behandler (wie etwa ein Labor zur Probenbefundung) beigezogen wird. Denn bei Hinzuziehung eines weiteren Arztes kann schnell unklar werden, wer dem Patienten eigentlich welche Leistungen schuldet und insoweit eigentlich sein Vertragspartner ist. Dies ist neben Honorarfragen vor allem haftungsrechtlich relevant. Im Behandlungsvertrag sollte daher vorab klar geregelt werden, ob ein beigezogener Arzt nur als Gehilfe des beiziehenden Arztes tätig wird, sodass der beiziehende Arzt dann auch für allfällige Fehlleistungen des beigezogenen haftet, oder ob der beigezogene Arzt mit dem Patienten einen eigenen Behandlungsvertrag schließt, sodass auch nur er selbst für allfällige Behandlungsfehler haftet. Mangels klarer Vertragslage entscheidet die Rechtsprechung derzeit im Einzelfall einmal in die eine, manchmal in die andere Richtung. Die daraus resultierenden Unsicherheiten und Haftungsrisiken wären durch eine Regelung in schriftlichen Behandlungsbedingungen leicht vermeidbar.

Auch im Fall der Urlaubsvertretung kann sich die Frage stellen, ob der Vertretungsarzt als Gehilfe für seinen abwesenden Kollegen tätig wird, sodass dieser dann für Behandlungsfehler des Vertreters haftet, oder ob der Vertretungsarzt im eigenen Namen Behandlungsverträge schließt, aus denen dann auch nur er selbst haftet. Vor allem, wenn der Vertretungsarzt in den Ordinationsräumlichkeiten des abwesenden Arztes tätig wird, kann die Abgrenzung schwierig sein. Im Streit- und Schadensfall entscheiden darüber mangels ausdrücklicher vertraglicher Regelung wieder die Gerichte im Auslegungsweg, wobei die Entscheidung im Einzelfall oft nicht vorhersehbar ist. Auch dies ließe sich leicht vermeiden, wenn im Behandlungsvertrag vorab ausdrücklich klargestellt würde, ob der Ordinationsinhaber während seiner Abwesenheit eigene Behandlung unter Gehilfeneinsatz verspricht oder bloß die Vermittlung eines Vertretungsarztes, der dann im eigenen Namen Behandlungsverträge mit den Patienten schließt.

Schließlich bestehen auch im Rahmen der Anstaltspflege im Hinblick auf die genaue Festlegung des zugesagten Behandlungsumfanges und des jeweiligen Vertragspartners vergleichbare Einsatzmöglichkeiten für schriftliche Behandlungsbedingungen wie im niedergelassenen Bereich. Vor allem in Belegspitälern emp-

fiehlt sich eine klare Vereinbarung dahingehend, ob der Krankenanstaltenträger neben der Unterbringung auch die gesamte medizinische Behandlung schuldet und daher für die behandelnden Ärzte haftet oder ob der Träger nur die Unterbringung sowie manche Zusatzdienste zur Behandlung schuldet, wohingegen die Behandlung der vom Patienten gewählte Belegarzt aus einem eigenen Behandlungsvertrag mit dem Patienten schuldet (und daher auch nur der Belegarzt für die ordnungsgemäße Durchführung dieser Behandlungsleistung selbst haftet). Hat der Patient einen eigenständigen Behandlungsvertrag mit dem Belegarzt geschlossen, so wäre in weiterer Folge auch eine präzise schriftliche Abgrenzung der jeweiligen Aufgabenbereiche von Belegarzt und Spital im Vertrag dringend geboten. Ansonsten muss im Streitfall das Gericht die kaum voraussehbare Entscheidung über die exakte Pflichtenverteilung zwischen Belegarzt und Spital treffen, was wieder zu ungewollten Haftungsfolgen führen kann.

2.2. Datenschutz

Ein sinnvolles Einsatzfeld für schriftliche Behandlungsbedingungen könnte auch im Bereich des Datenschutzes liegen. Das Datenschutzrecht auferlegt den verantwortlichen Datenverwendern ein erhebliches Pflichtenprogramm, von dem auch Ärzte betroffen sind. Die Ärzte als Datenverwender treffen umfassende Informationspflichten gegenüber den Patienten, z.B. detaillierte Informationen über Art, Zweck und Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung, Speicherdauer, allfällige Weiterleitung der Daten an Dritte sowie Beschwerde- und Rechtsschutzmöglichkeiten. Dabei ist in der Praxis eine schriftliche Informationserteilung empfehlenswert, die ohne weiteres als standardisierte Information durch vorformulierte Informationsblätter als Bestandteil der schriftlichen Behandlungsbedingungen erfolgen kann.

Ist für die Datenverwendung die Einwilligung des Patienten erforderlich, so kann die Einwilligung ebenfalls formularmäßig in den schriftlichen Behandlungsbedingungen erfolgen. Die Einwilligungserklärung im schriftlichen Behandlungsvertrag muss nur leicht als solche erkennbar sein, etwa durch textliche Hervorhebungen wie eigene Überschrift, Platzierung auf einer eigenen Seite des Dokuments oder Fettdruck.

2.3. Beendigung und Honorar

Auch manche Fragen der Beendigung des Behandlungsvertrages sowie damit zusammenhängend manche Honorarfragen könnten taugliche Regelungsgegenstände von schriftlichen Behandlungsbedingungen sein. In der Regel haben Honorarfragen zwar kaum Relevanz, wenn und weil die gesetzliche Krankenversicherung leistungspflichtig ist. Außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung empfiehlt sich aber jedenfalls eine klare Regelung im Behandlungsvertrag.

Aber auch bei Behandlungsleistungen, die an sich von der Krankenversicherung gedeckt sind, können sich Entgeltfragen im Verhältnis zum Patienten stellen; und zwar insbesondere dann, wenn der Patient im Behandlungsvertrag vereinbarte Leistungen nicht in Anspruch nimmt; sei es, dass ein vereinbarter Termin ohne Absage nicht wahrgenommen wird oder dass der Patient z.B. von einem bereits vereinbarten Eingriff kurzfristig Abstand nimmt. Zwar kann der Patient auch während der Behandlung die Einwilligung jederzeit widerrufen und damit letztlich den Behandlungsvertrag vorzeitig auflösen. Damit ist aber noch nicht gesagt, dass keine Ausgleichsansprüche des Arztes für die entfallenen Behandlungsleistungen bestehen können. Im Einzelnen ist die Rechtslage hier zwar strittig, es spricht aber einiges dafür, dass zumindest für manche Fälle des Behandlungsabbruchs ein Ausgleichsanspruch des Arztes in den schriftlichen Behandlungsbedingungen vereinbart werden könnte. Dies ist etwa dann denkbar, wenn kein wichtiger Grund für den Behandlungsabbruch besteht oder der Patient Termine ganz kurzfristig absagt bzw. einen Termin überhaupt ohne Absage verstreichen lässt und damit dem Arzt die Chance nimmt, einen Ersatzpatienten für diesen Termin zu finden. Im Detail bedürfen die Entgeltkonsequenzen des Behandlungsabbruches zwar einer eigenständigen Untersuchung; auch ohne abschließende Klärung dieser Frage kann aber gesagt werden, dass hier dem Grunde nach ein taugliches Einsatzgebiet für eine Regelung durch schriftliche Behandlungsbedingungen besteht.

3. Zusammenfassung

Derzeit werden ärztliche Behandlungsverträge (wohl auch aus Tradition heraus) meist formlos und konkludent geschlossen. Es sprechen aber durchaus Gründe für den Abschluss schriftlicher Behandlungsverträge auf Grundlage standardisierter Behandlungsbedingungen. Solche Behandlungsbedingungen würden der genauen Festlegung des Vertragsinhaltes dienen und insoweit für beide Seiten Transparenz schaffen. Die wesentlichen Regelungsgegenstände für schriftliche Behandlungsbedingungen sind überschaubar und verlangen keine komplexen Regelungskonvolute. Neben allfälligen Honorarregelungen und Beendigungsfragen kommt als Regelungsgegenstand vor allem eine klare Aufgaben- und Pflichtenverteilung für den Fall in Betracht, dass vom Arzt ein weiterer Behandler (wie etwa ein Labor zur Probenbefundung) beigezogen wird. Die Behandlungsbedingungen sollten hier zur Vermeidung ungewollter Haftungsrisiken klar regeln, wer dem Patienten welche Leistungen schuldet und insoweit sein Vertragspartner ist. Schließlich kann auch den datenschutzrechtlichen Informationspflichten im Wege standardisierter Informationsblätter als Bestandteil der Behandlungsbedingungen entsprochen werden. Soweit zur Datenverwendung eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist, könnte diese ebenfalls formularmäßig in den Behandlungsbedingungen erfolgen.

Mag. Manuela Felke-Mangi, LL.M (Medical Law)
Leiterin der Abteilung Stabsstelle Recht, Ärztekammer für Wien

HR Dr. Thomas Holzgruber
Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Wien

Dr. Maria Leitner
Bereichsleiterin Recht & Schiedsstellen, Ärztekammer für OÖ

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Kammeramtsdirektor der Ärztekammer für OÖ

AGB-Beispiel für die ärztliche Ordination

1. Einleitung 16
2. Muster-AGBs 17

1. Einleitung

Wir wollten in dieser Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik nicht nur über das Thema der Allgemeinen Geschäftsbedingungen in Arztordinationen theoretisieren, sondern auch ein praktisches Beispiel als Diskussionsgrundlage abdrucken. So wie die Artikel dieser Ausgabe aber nur ein Denkanstoß sein können, über die Anwendbarkeit von Allgemeinen Geschäftsbedingungen in Arztordinationen nachzudenken, kann es sich bei diesem Beispiel auch nur um einen Vorschlag handeln, der noch nicht vollständig ausgereift ist und die Grundlage für weitere Überlegungen bilden sollte.

Wir haben uns dafür entschieden, die AGB als Merkblatt zu konzipieren, das dem Patienten übergeben und von ihm unterschrieben werden sollte. Diese Fassung geht davon aus, dass es derzeit nicht der Kultur von Arztordinationen entspricht, dass Patienten „Kleingedrucktes" unterschreiben, wie das bei Banken, Reisebüros oder Versicherungen mittlerweile schon selbstverständlich geworden ist. Es wurde daher bei diesem Vorschlag versucht, den Inhalt in für den Patienten möglichst verständliche Formulierungen zu fassen und ihn nicht mit juridischer Terminologie „abzuschrecken". Wir waren der Auffassung, dass es vielleicht den Patienten in Arztordinationen leichter vermittelbar wäre, sich mit einem derartigen Merkblatt zu informieren und dazu die Zustimmung zu geben.

Die Autoren hoffen, dass die Beiträge dieser Ausgabe der ZGP dazu beitragen können, die Diskussion um den aus unserer Sicht sowohl für Ärzte als auch für Patienten sinnvollen Einsatz von Allgemeinen Geschäftsbedingungen in Ordinationen anzustoßen. In diesem Sinne soll auch das praktische Beispiel für Allgemeine Geschäftsbedingungen eine Grundlage für den weiteren Diskussionsprozess bieten."

Hon-Prof. Dr. Felix Wallner

2. Muster-AGBs

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient!

1. Wozu dieses Merkblatt?

Üblicherweise schließen Ärzte und Patienten keinen schriftlichen Vertrag ab. Das kann zu Missverständnisses und mitunter auch zu rechtlichen Problemen führen. Ich bitte Sie daher, sich dieses Merkblatt genau durchzulesen und am Ende Ihr Einverständnis zu geben.

2. Ärztliche Leistungen

Ich freue mich, dass Sie zu mir in Behandlung gekommen sind. Ich werde diese Behandlung nach Maßgabe der medizinischen Wissenschaft und der ärztlichen Erfahrung unter Einhaltung der üblichen Sorgfalt eines ordentlichen, pflichtgetreuen Arztes durchführen und alle medizinisch notwendigen Leistungen durchführen, die in meinen Fachbereich fallen und in meiner Ordination, nach meiner ärztlichen Verantwortung und den medizinischen Möglichkeiten der Ordination erbringbar sind.

3. Wie wird das Honorar verrechnet?

Variante 1 (Kassenarzt): Die in meiner Ordination anfallenden Leistungen werden direkt mit Ihrer Krankenkasse abgerechnet. Es kann allerdings vorkommen, dass Ihre Krankenkasse einzelne Leistungen nicht übernimmt. In diesem Fall würde ich Sie darauf aufmerksam machen. Sie müssten dann, wenn Sie diese Leistungen wünschen, das zwischen uns besprochene Honorar (falls nichts besprochen wird, ein angemessenes Honorar) selbst bezahlen.

Variante 2 (Nicht-Kassenarzt): Wie Sie wissen, bin ich als Wahlarzt tätig. Ich muss Ihnen daher das Honorar privat in Rechnung stellen. Sie haben allerdings die Möglichkeit, eine (teilweise) Rückerstattung bei Ihrer Krankenkasse zu beantragen. Die Höhe des Honorars hängt von Art und Umfang der erbrachten Leistungen ab. Eine Übersicht über die von mir zugrunde gelegten Tarife können Sie gerne beim Empfang erhalten. Ich darf Sie höflich ersuchen, die Rechnung entweder beim

Empfang bar oder mit Bankomat- bzw. Kreditkarte zu begleichen oder innerhalb von 14 Tagen nach Zugang der Rechnung, andernfalls Verzugszinsen in Höhe von 4%p.a. anfallen würden.

4. Ich zähle auf Ihre Termintreue …

Ich darf Sie höflich bitten, vereinbarte Termine auch einzuhalten. Falls etwas dazwischenkommt und Sie verhindert sind, ersuche ich um rechtzeitige Information, möglichst 24 Stunden vorher. Bedenken Sie bitte, dass unsere Termine knapp sind und dass andere PatientInnen länger auf einen Termin warten müssen, wenn vereinbarte Termine nicht genützt werden. Ich muss mir daher auch vorbehalten, ein Stornopauschale in Höhe von bis zu 100 €, je nach Länge des vereinbarten Termins, den ich für Sie freigehalten habe, in Rechnung zu stellen, falls Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen und uns nicht rechtzeitig Bescheid geben.

5. Auch ich kann krank sein …

Sollte ich verhindert sein (z.B. Krankheit, Urlaub, Fortbildungsurlaub) werde ich möglicherweise eine Kollegin/einen Kollegen bitten, mich in der Ordination zu vertreten. Wichtig ist: Ärzte arbeiten eigenverantwortlich! Wenn ein Vertreter in meiner Ordination tätig wird, werden Sie darauf hingewiesen und der Behandlungsvertrag kommt mit dem Vertreter zustande.

6. In einer Ordination kann nicht alles gemacht werden …

Falls Leistungen notwendig sind, die in meiner Ordination nicht erbracht werden können, werde ich Sie an andere Kolleginnen/Kollegen oder an eine Krankenanstalt überweisen. In meiner Ordination habe ich auch keine Möglichkeit, selbst alle Blut- oder Harnwerte zu bestimmen, Abstriche auszuwerten, etc. Diese Leistungen werden von Kolleginnen/Kollegen erbracht, die ich nach bestem Wissen auswähle und entweder die Proben an diese weiterleite oder Ihnen empfehle, wo Sie hingehen können. Aber auch hier gilt: jeder Arzt arbeitet unter eigener Verantwortung, das gilt auch für Laborfachärzte, Radiologen oder Pathologen.

7. Falls wir nicht mehr zusammenarbeiten wollen …

Medizin ist Vertrauenssache. Es bleibt Ihnen daher natürlich jederzeit unbenommen, zu einem anderen Kollegen/einer anderen Kollegin zu wechseln. Umgekehrt habe auch ich jederzeit die Möglichkeit, die weitere Behandlung abzulehnen.

8. Ihre Adresse ist für uns wichtig …

Wir erfassen Ihre Personaldaten in unserem Ordinations-PC. Ihre Adresse (Postzustellung oder Mail) bzw. Ihre Handynummer sind für uns wichtig, weil es sein kann, dass wir wegen Ihrer Behandlung oder wegen eingelangter Befundergebnisse mit Ihnen Kontakt aufnehmen müssen. Falls Sie Ihre Kontaktdaten ändern, informieren Sie uns bitte so rasch als möglich. Wir können Sie nur unter den bei uns gemeldeten Kontaktdaten erreichen und Ihnen auch Befunde nur dorthin senden!

Wie sie wahrscheinlich wissen, sind die Ordinations-PCs mittlerweile auch mit einem elektronischen Archivsystem verbunden, in dem vor allem die Medikamente (sogenannte E-Medikation als Teil von ELGA), enthalten sind. Sie können der Aufnahme Ihrer Medikationsdaten entweder generell schriftlich beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger oder im Einzelfall mir gegenüber widersprechen. Dieses Recht, die Nichtaufnahme von Medikationsdaten zu verlangen, haben Sie insbesondere wenn die Medikamente im Zusammenhang mit einer HIV-Infektion, einer psychischen Erkrankung oder einem Schwangerschaftsabbruch verordnet werden.

9. Information ist wichtig …

Ich bin als behandelnder Arzt davon abhängig, dass Sie mir von sich aus alle notwendigen Informationen geben (z.B. über die Medikamente die Sie einnehmen, Vorerkrankungen und Vorbehandlungen). Ich bitte um Verständnis, dass ich keine Verantwortung übernehmen kann, wenn ich nur unvollständige Informationen bekomme.

Ich bin aus organisatorischen Gründen auch nicht in der Lage, Ihre Angaben, insbesondere ELGA-Daten ständig zu überprüfen, zumal dieses Portal leider keine strukturierte Suche ermöglicht. Daher müssen Sie mich bitte über alles Notwendige informieren, egal ob es in ELGA enthalten ist oder nicht.

10. Zusammenarbeit ist entscheidend …

In Ihrem eigenen Interesse ist es wichtig, dass Sie meine Empfehlungen einhalten, insbesondere was die Lebensführung, die Medikamenteneinnahme und Überweisungen zu anderen Ärzten anlangt. Genauso wichtig ist es, dass Sie die vereinbarten Kontrolltermine einhalten!

Da Sie letztendlich aber natürlich selbst entscheiden, kann ich keine Verantwortung übernehmen, falls Sie Therapievorschläge nicht einhalten oder Kontrolltermine nicht wahrnehmen.

11. Zu Risiken und Nebenwirkungen …

Sollten mit der von mir vorgeschlagenen Behandlung besondere Risiken verbunden sein, werde ich Sie darauf aufmerksam machen. Was die verordneten Medikamente anlangt, darf ich auf die Packungsbeilage verweisen, in der aus rechtlichen Gründen alle jemals aufgetretenen und beobachteten Risiken aufgezählt sind. Sollten Sie weitere Informationen zu Risiken und Nebenwirkungen erhalten wollen, bitte ich Sie nachzufragen.

12. Das ärztliche Berufsgeheimnis ist mir heilig …

Ich unterliege der sehr strengen ärztlichen Schweigepflicht. Ich kann daher – abgesehen von den im Ärztegesetz vorgesehenen Ausnahmen – keine Informationen an Dritte weitergeben. Telefonische Auskünfte können daher von uns auch nur dann erteilt werden, wenn wir sicher sein können, dass der Patient selbst (oder ein Pflegeberechtigter) anruft.

Soweit es allerdings medizinisch notwendig ist, muss ich mich mit Ärzten oder anderen mit mir zusammenarbeitenden Gesundheits- und Sozialberufen über Ihre Gesundheitssituation beraten, bzw. Befunde weitergeben.

13. Datenschutz

Wir gehen mit ihren Daten sehr sorgfältig um. In unserer Ordination rufen wir die Patientinnen und Patienten im Wartezimmer mit Namen auf. Wenn sie das nicht wünschen, sagen Sie uns das bitte vorher.

14. Zum Abschluss noch eine Formsache …

Eine letzte Bemerkung, weil es die Juristen so wünschen: Auf unseren Behandlungsvertrag ist österreichisches Recht anwendbar. Sollte es unerfreulicherweise einmal zu einem Gerichtsverfahren kommen, ist das Gericht am Standort meiner Ordination zuständig.

Ihr Arzt/Ihre Ärztin

Ich habe alles gelesen und verstanden,

ich bin einverstanden

der/die PatientIn

Deutsche Bank
Wealth Management

Die Welt ist nicht vorhersagbar.

Vertrauen Sie auf ein weltweit erfahrenes Investment-Team.

Die Finanzmärkte werden zunehmend komplexer. Wir sind davon überzeugt, dass Anlageentscheidungen von der Bewertung eines erfahrenen globalen Teams profitieren. Dabei haben wir nicht nur die Welt im Blick, sondern beachten Ihre individuellen Anlagebedürfnisse. So profitieren Sie von einem ebenso strukturierten wie erprobten Investment-Prozess. wm.austria@db.com

Deutsche Bank Wealth Management ist der Markenname für den Wealth Management Geschäftsbereich der Deutsche Bank AG und ihrer Tochtergesellschaften. Die jeweils verantwortlichen rechtlichen Einheiten, die Kunden Produkte oder Dienstleistungen der Deutsche Bank Wealth Management anbieten, werden in den entsprechenden Verträgen, Verkaufsunterlagen oder sonstigen Produktinformationen benannt.
Quelle: Deutsche Bank Wealth Management Investment GmbH.

Auf den StandPunkt gebracht

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht" beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärztinnen und Ärzte in Österreich und aus weiteren Interessensgruppen zum Schwerpunktthema „AGBs für Arztpraxen".

Dieses Mal mit Beiträgen von:

Dr. Ursula Hammel, Hausärztin in Schärding

OMR Dr. Johannes Neuhofer, Hautarzt in Linz und 1. Vizepräsident der Ärztekammer für OÖ

MR Dr. Wolfgang Ziegler, Hausarzt in Kremsmünster und Kurienobmann-Stv. der niedergelassenen Ärzte in der Ärztekammer für OÖ

Interview mit
Dr. Ursula Hammel (Hausärztin in Schärding),
OMR Dr. Johannes Neuhofer (Hautarzt in Linz) und
MR Dr. Wolfgang Ziegler (Hausarzt in Kremsmünster)

„Grundsätzlich könnten AGBs in Arztpraxen dabei helfen, dem Patienten zu signalisieren, dass er nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten hat."

Die Rahmenbedingungen in Arztpraxen haben sich in den letzten Jahrzehnten mit Sicherheit verändert. Patienten haben heute ein höheres Anspruchsdenken, sind sich ihrer Rechte bewusster und auch eher gewillt, bei Problemen zu klagen. Hier könnte ein genauer definierter Rahmen für die Behandlungsbeziehung in Form von einfach verständlichen, kurz gefassten Allgemeinen Geschäftsbedingungen auf jeden Fall hilfreich sein, sind sich Dr. Neuhofer und Dr. Ziegler einig. Sogenannte Behandlungsbedingungen könnten den Patienten bewusst machen, dass es bei einem Behandlungsvertrag nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten gibt. „Dazu gehören etwa die rechtzeitige Absage von Terminen, die korrekte Angabe von Daten, die Mitnahme der e-Card und die ehrliche Information des Arztes über gesundheitsrelevante Angelegenheiten", führt Dr. Hammel dazu aus und fügt noch hinzu: „Besonders bei Versäumnissen in puncto Gesundheitsinformationen kann es im schlimmsten Fall zu Fehlern bei der Diagnosestellung und der Behandlung kommen. Und auch die Beistellung eines Dolmetschers muss aus diesem Grund in manchen Fällen durch den Patienten gewährleitstet werden." Auch sie ist der Meinung, dass Behandlungsbedingungen prinzipiell hilfreich sein könnten, weil viele Patienten den Besuch in einer Arztpraxis – insbesondere in einer Kassenpraxis – so handhaben, als würden sie einkaufen gehen: „Es wird als selbstverständlich angenommen, dass der Arzt immer da ist, jederzeit alle Wünsche erfüllt und dafür nichts verlangt. Der Arzt ist in den Augen vieler Patientinnen und Patienten ein Konsumgut, das zur Verfügung zu stehen hat." Dennoch ist die erfahrene Medizinerin davon überzeugt, dass einige Patienten auch mit einfach gehaltenen AGBs an ihre Grenzen stoßen werden: „Die Lesekompetenzen vieler Patienten sind sehr eingeschränkt, manche schaffen es nicht einmal, eine Urlaubsankündigung korrekt zu interpretieren. Hinzu kommt dann noch, dass die Behandlungsbe-

dingungen in vielen verschiedenen Sprachen angeboten werden müssten – auch in Arabisch und Farsi."

Dr. Neuhofer ist davon überzeugt, dass der informative Charakter der Behandlungsbedingungen sicherlich Missverständnissen bereits im Vorhinein begegnen kann. „Der Inhalt der Behandlungsbeziehung kann dem Patienten so verständlich erklärt werden", meint der Hautarzt. Dr. Ziegler schließt sich dem an und meint, dass es darin auch die Möglichkeit gebe, zu erläutern, welche Leistungen nicht zu den Kassenleistungen gehören und daher privat zu bezahlen sind. „Das sind häufig organisatorische Dienstleistungen wie etwa Befundanforderungen oder Terminvereinbarungen", berichtet Dr. Ziegler aus seinem Praxisalltag. Dr. Hammel ist allerdings der Ansicht, dass Allgemeine Geschäftsbedingungen nicht von jeder Arztpraxis selbstständig verfasst werden sollten, sondern dass es besser wäre, wenn diese für alle Arztpraxen gleich lauten würden. Darüber hinaus könnten dann im Anhang noch ordinationsspezifische Regelungen angefügt werden, so die Idee.

Bei der organisatorischen Umsetzung von AGBs in Arztpraxen sehen die Mediziner eher wenige Probleme. „Praktikabel wäre etwa eine einmalige Unterzeichnung bis auf Widerruf", meint Dr. Ziegler. „Auch jetzt schon werden manche Patientenentscheidungen schriftlich dokumentiert, wie etwa das situative „Opt Out" bei Elga." Dr. Hammel denkt hier sogar noch weiter: „Man könnte eine Art Erstaufnahmeblatt entwickeln, das eine kurze Erfassung der Anamnese (z.B. bekannte Dauerdiagnosen, Dauermedikamente, relevante Allergien, Impfstatus), die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für alle Arztpraxen und die individuellen Informationen zur jeweiligen Ordination enthält. Dieses würde ich dann den Patienten beim ersten Besuch für zuhause mitgeben, damit sie es genau durchlesen und dann unterschreiben können", sagt Dr. Hammel. In Folge könnte das unterschriebene Blatt physisch abgelegt oder elektronisch eingescannt und die medizinischen Informationen könnten in die Patientenakte eingepflegt werden. Interessant ist diese Vorgehensweise für die Ärztin aber nur für längerfristige Arzt-Patienten-Beziehungen, denn nur dann macht es Sinn, Spielregeln aufzustellen. „Wenn man einmalig als Vertretungsarzt aufgesucht wird, erscheint mir das Unterschreiben von AGBs nicht als notwendig", betont Hammel. Für sie steht aber im Vordergrund, dass den Menschen kein Druck gemacht wird, die Papiere sofort an Ort und Stelle zu unterschreiben, denn das würde nicht sehr vertrauensbildend wirken. Wenn erforderlich, sollten die Inhalte auch einzeln mit den Patienten durchgegangen werden. „Das kann ja auch von der Ordi-

nationsassistenz gemacht werden. Aber ohne Verständnis für den Inhalt der AGBs haben wir nur „another signature", ohne dass sich jemand die Mühe gemacht hat den Sinn dahinter zu verstehen. Das ginge meines Erachtens am eigentlichen Ziel vorbei."

Bei möglichen Auswirkungen von AGBs auf die Arzt-Patienten-Beziehung sind sich die Ärzte nicht einig. Während Frau Dr. Hammel sich gut vorstellen kann, dass die deutliche Signalisierung der Patientenpflichten in AGBs eine Änderung des Verhältnisses zur Folge haben kann, sehen Dr. Ziegler und Dr. Neuhofer diese Möglichkeit als eher gering an. Dr. Ziegler ist der Meinung, dass eventueller Ärger seitens der Patienten eher die Gesundheitspolitik treffen würde. Generell erwartet man aber wenig negative Reaktionen der Patienten. „Heute ist es schon recht normal, vor dem Beginn einer Vertragsbeziehung, z.B. beim Rechtsanwalt, ein Merkblatt unterschreiben zu müssen. Die Menschen kennen das schon aus vielen anderen Lebensbereichen, und es wäre daher beim Arzt nicht unbedingt eine große Aufregung", führt Dr. Neuhofer aus. Er meint aber auch, dass es durchaus verschmerzbar wäre, wenn einige wenige Patienten, die die Behandlungsbedingungen partout nicht unterschreiben wollen, nicht mehr in die Ordination kommen.

Trotzdem nennen die Ärzte einige Situationen, in denen es ihrer Ansicht nach unverantwortlich wäre, die Unterfertigung der AGBs zu verlangen. Eine Ausnahmesituation, die klar auf der Hand liegt, ist etwa ein akuter Notfall. Aber auch bei Patienten mit starken Schmerzen, Menschen in schlechter Verfassung, in psychischen Ausnahmefällen, Verzweiflungszuständen und bei sehr alten Patienten, die sich mit dem Verstehen solcher Dinge schon schwertun, würden die Mediziner nicht auf der Unterzeichnung der AGBs beharren.

Inhaltlich können sich Dr. Ziegler, Dr. Hammel und Dr. Neuhofer vieles vorstellen, das in Behandlungsbedingungen gute Dienste leisten würde: von der Definition des ärztlichen Leistungsumfanges über Infos zu Zahlungsmodalitäten bis hin zu eventuellen Ersatzzahlungen bei Nichteinhaltung von Terminen durch den Patienten. Aber auch Haftungsthematiken, zum Beispiel bei Fremdleistungen durch ein Labor oder Vertretungsärzten, sind wichtige Aspekte. Die Eigenverantwortung des Patienten sollte in AGBs ebenfalls angesprochen werden, also was der Patient selbst dafür tun muss, damit die Behandlung gelingen kann. Ein weiterer wichtiger Punkt zur Information des Patienten ist das Berufsgeheimnis des Arztes, damit beispielsweise klar kommuniziert wird, wer über den Gesundheitszustand des Patienten Auskunft bekommen darf und wer nicht. Darüber hinaus könnten auch wichtige

Informationen zur elektronischen Gesundheitsakte ELGA und zur Datenschutzgrundverordnung thematisiert werden. Interessant sind Behandlungsbedingungen jedenfalls für alle Fachrichtungen, die längerfristige Patientenbeziehungen pflegen. „Gerade in der Allgemeinmedizin könnte man deshalb AGBs gut gebrauchen“, ist Dr. Hammel überzeugt.

Insgesamt ist für die Ärzte schwer vorhersagbar, wie sich die Notwendigkeit für Behandlungsbedingungen in Zukunft weiterentwickeln wird. Dr. Neuhofer sieht es als äußerst negative Entwicklung, dass man bereits heute alles schriftlich festhalten und unterschreiben lassen muss und hofft daher, dass sich dieser Trend nicht weiter fortsetzen wird. Das Problembewusstsein der Patienten könnte sich allerdings durch AGBs „Von A wie Ambulanz bis V wie Vorsorge“ steigern lassen, ist Dr. Ziegler überzeugt.

News aus den Gesundheits-systemen

Diese Rubrik stellt aktuelle Informationen aus europäischen Gesundheitssystemen und der Europäischen Union dar, die Sie auch auf der LIG-Homepage unter www.lig-gesundheit.at finden.

INHALT

Großbritannien: Umfrage zeigt Hausärztemangel auf **31**

Österreich: Gesundheitsberuferegister **32**

Schweiz: Damit die Dosis auch bei den Kleinen stimmt **33**

Deutschland: Impfpflicht für Masern wahrscheinlich **34**

Niederlande: Schon wieder Krankenhauskonkurs **36**

Europa: Tools zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens **37**

Großbritannien: Hilfestellung für die Präventionsarbeit **38**

Österreich: Generika schaffen Spielraum für Innovationen **39**

Bericht: Vertragsarzt oder Wahlarzt – was entscheidet? **41**

Bericht: Euro Health Consumer Index 2018 **42**

Schweiz: Kostenlast neu verteilt **44**

Deutschland: Hausarztmodell: Bonus für Patienten geplant **46**

Österreich: Das eRezept kommt 2020 **47**

Niederlande: Krankenhaus stellt teure Medikamente selbst her **48**

Schweiz: Neue E-Health-Strategie **49**

LIG-Newsletter

Die „News aus den Gesundheitssystemen" können regelmäßig bezogen werden.

Newsletter-Abo unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

GROßBRITANNIEN

Umfrage zeigt Hausärztemangel auf

Nicht nur hierzulande sind Hausärzte Mangelware, auch im Vereinigten Königreich kämpft man mit ähnlichen Schwierigkeiten. In einer Umfrage wird jetzt von Patientenfrequenzen berichtet, die viel höher liegen als empfohlen wird.

Belastende Arbeitsbedingungen

Auch das britische Gesundheitssystem kämpft mit Personalrückgängen und ansteigendem Bedarf an Gesundheitsleistungen. Eine Umfrage unter Hausärzten hat nun eine drohende Gefahr aufgedeckt: Hausärzte könnten aufgrund ihrer langen Arbeitszeiten von Berufskrankheiten bedroht sein. Im Vereinigten Königreich arbeiten die sogenannten GPs durchschnittlich elf Stunden pro Tag, wobei sie davon acht Stunden lang Patienten betreuen. Der Rest der Arbeitszeit wird für administrative Tätigkeiten, wie das Lesen von Krankenhausberichten und das Prüfen von Testergebnissen, verwendet.

Bedenkliche Patientenfrequenzen

Laut der Befragung behandeln GPs durchschnittlich 41 Patienten pro Tag – während ihrer Sprechstunden, bei der Visite oder per Telefon und Mail. Die Hausärzte betonten dabei, dass eine Frequenz von mehr als 30 Patienten täglich nicht empfehlenswert sei, weil es ansonsten zu Einbußen bei der Qualität der Behandlung käme und das Risiko von Fehlern ansteige. Zehn Prozent der GPs behandeln aber in der Realität sogar mehr als 60 Patienten am Tag, also mehr als die doppelte Zahl der empfohlenen Höchstgrenze. Dr. Matt Mayer, der ehemalige Vorsitzende der British Medical Association BMA im Bereich GPs, sieht die Ergebnisse der Umfrage als eine besorgniserregende Bestätigung dafür, dass Hausärzte bereits stark über ihrer Kapazität arbeiten. Die Krankheitsgefährdung durch den Beruf sei daher hoch. Dr. Farah Jameel, derzeitige Vorsitzende der BMA im Bereich GPs, beschreibt die Umfrageergebnisse als niederschmetternd, aber wenig überraschend. Prof. Helen Strokes-Lampard, die Leiterin des Royal Colleges der GPs, erzählte dazu, dass sie selbst kürzlich einen Zwölf-Stunden-Tag erlebt habe, bei dem sie 100 Patientenkontakte hatte.

Die Hausarztmedizin steckt also auch in Großbritannien mitten in einer Personalkrise, die sich einem wachsenden Bedarf nach Leistungen gegenübersieht. Hinzu kommt, dass laut den befragten Hausärzten bereits 29 Prozent der Fälle als sehr komplex einzustufen seien und damit auch die Intensität der

Arbeit ansteige. Manche Hausärzte gehen aufgrund der belastenden Arbeitsbedingungen früher in Pension und andere arbeiten weniger Stunden. GPs in Ausbildung gibt es zwar genug, viele geben aber vor dem Abschluss ihrer Ausbildung auf und somit ist auch der Nachwuchs nicht gesichert.

Pläne der Regierung

Bereits 2015 versprach die Regierung, die Zahl der GPs bis 2020 um 5.000 zu erhöhen, es kam seither aber zu einem weiteren Rückgang der GP-Zahlen. Der NHS England plant nun eine Erweiterung der Mitarbeiter in GP-Praxen um 20.000 – inklusive Physiotherapeuten, Pharmazeuten und Psychologen. Ein Sprecher teilte mit, dass der NHS 2023–2024 4,5 Millionen Pfund in niederschwellige Versorgung investieren wolle und hob hervor, dass mittlerweile 90 Prozent der Hausärzte nur noch in Teilzeit tätig seien.

ÖSTERREICH

Gesundheitsberuferegister

Mit 30. Juni 2019 läuft die Frist für die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister für zehn Berufe ab. Bringen soll das Register vor allem eine Übersicht über das verfügbare Gesundheitspersonal zur besseren Bedarfsplanung sowie eine höhere Patienten- und Qualitätssicherheit.

Bereits seit Juli 2018 gibt es die Möglichkeit, sich in das Gesundheitsberuferegister einzutragen. Neu tätig werdende Personen mussten sich bereits vor Aufnahme der Berufstätigkeit registrieren lassen, bereits Berufstätige haben eine Frist bis Ende Juli 2019. Erfasst werden im Register insgesamt zehn Gesundheitsberufe:

- Biomedizinische(r) Analytiker/Analytikerin
- Diätologin/Diätologe
- Diplomierte(r) Gesundheits- und Krankenpflegerin/Krankenpfleger
- Ergotherapeutin/Ergotherapeut
- Logopädin/Logopäde
- Orthoptistin/Orthoptist
- Pflegeassistentin/Pflegeassistent
- Pflegefachassistentin/Pflegfachassistent
- Physiotherapeutin/Physiotherapeut
- Radiologietechnologin/Radiologietechnologe

Die beruflichen Qualifikationen der erfassten Personen werden über das Gesundheitsberuferegister klar ersichtlich. Die Liste kann außerdem öffentlich im Internet eingesehen werden, wodurch sich Patienten und Arbeitgeber einfach informieren können. „Somit wird Transparenz geschaffen und über die Auswahlmöglichkeiten und Zusatzqualifikationen des Gesundheitspersonals informiert", erklärt Gesundheitsministerin Beate Hartinger-Klein. Erstmals wird somit quantifizierbar, wie viele Personen in diesen Gesundheitsberufen tätig sind. Dies bildet eine wichtige Grundlage für künftige Bedarfsplanungen im Gesundheitswesen.

Das Register erfüllt aber auch einen europäischen Standard und erhöht die nationale und internationale Mobilität von Gesundheitsberufen, denn die Vorlage von Zeugnissen und Nachweisen wird damit vereinfacht. Arbeitgeber können sich auf die im Register befindlichen Informationen und Zeugnisse verlassen und möglichen Betrugsfällen wird damit ein Riegel vorgeschoben. Die behördlichen Prüfungen erhöhen damit auch die Patientensicherheit. Die Berufsangehörigen erhalten mit der Eintragung außerdem einen Berufsausweis, mit dem sie ihre Qualifikation jederzeit nachweisen können. Dadurch soll das Gesundheitspersonal eine Aufwertung erfahren.

Registrierungsbehörden sind die Bundesarbeiterkammer und die Gesundheit Österreich GmbH.

SCHWEIZ

Damit die Dosis auch bei den Kleinen stimmt

Längst weiß man es: Was Medikamente betrifft, sind Kinder nicht einfach nur kleine Erwachsene. Dennoch gibt es bei vielen Wirkstoffen keine verlässlichen Dosierungsangaben für die Pädiatrie. Der Bund hat deshalb eine Kooperation unterstützt, die Empfehlungen für den sicheren Arzneimitteleinsatz bei den Kleinsten abgibt.

Leider gibt es für die Dosierung von Medikamenten bei Kindern und Neugeborenen sehr häufig keine Studiendaten, wodurch Empfehlungen für die Verabreichung fehlen. Dabei ist das ein sensibles Thema, denn wird zu wenig verabreicht, bleibt die Wirksamkeit aus, und wird zu viel verabreicht, kann es zu einer Vergiftung kommen. Diese Problematik hat der Bund erkannt und das Bundesamt für Gesundheit BAG hat eine Initiative gestartet.

Die Kooperation

Die Leitung der Initiative obliegt dem Verein SwissPedDose, der dafür vom BAG über acht Jahre drei Millionen Franken an Finanzmitteln erhält. In dem Verein haben sich acht Schweizer Kinderkliniken, die Schweizer Gesellschaft für Pädiatrie und der Schweizerische Verein der Amts- und Spitalapotheker zusammengeschlossen. Hier werden auf einer Informationsplattform Daten gesammelt und zu Dosierempfehlungen gebündelt. Erfahrungen der Expertinnen und Experten aus den acht Schweizer Spitälern werden dabei in einem standardisierten Prozess mit aktuellen Erkenntnissen aus der pharmakologischen und medizinischen Forschung verglichen und dann harmonisiert.

Das Ergebnis

Als Ergebnis der Kooperation stehen bereits über 200 Dosierempfehlungen zu 60 verschiedenen Wirkstoffen zur Verfügung. Ärzte können diese Informationen kostenlos online abrufen. Im Kinderspital Luzern werden die Daten bereits direkt ins interne Spitalsinformationssystem eingespeist und die dortigen Kinderärzte verwenden ausschließlich diese Empfehlungen.

Künftig sollen für die weitere Optimierung der Arzneimittelsicherheit bei Kindern auch niedergelassene Kinderärzte über die Dosierempfehlungen von SwissPedDose stärker informiert werden. Die Liste der Wirkstoffe soll bis 2022 außerdem auf 130 ausgeweitet werden.

DEUTSCHLAND

Impfpflicht für Masern wahrscheinlich

Nach vermehrt auftretenden Masernfällen wird in Österreich noch über Maßnahmen diskutiert. In Deutschland ist man indes schon einen Schritt weiter: Gesundheitsminister Spahn will die Impflicht für Masern beschließen. Kindergartenausschlüsse und hohe Geldstrafen sollen für die Einhaltung des Gesetzes sorgen.

Der Gesetzesentwurf

Kaum ein Thema wird kontroverser und emotionsgeladener diskutiert als das Impfen. Dementsprechend vorsichtig geht man in Österreich damit um und will erst einmal auf die Vernunft der Menschen setzen. In Deutschland ist man da anderer Meinung: Nach dem Gesetzesentwurf von Gesundheitsminister

Jens Spahn müssen Schul- und Kita-Kinder künftig nachweisen, dass sie gegen Masern geimpft wurden. Sind Kita-Kinder nicht geimpft, sollen sie von der Kita ausgeschlossen werden. Bei Schulkindern gilt die Schulpflicht und es kann daher kein Ausschluss erfolgen. Eltern sollen jedoch ein Bußgeld von bis zu 2.500 Euro zahlen.

Impfen sollen künftig alle Ärzte, ausgenommen Zahnärzte, dürfen. Damit ergibt sich bei jedem Arztbesuch die Möglichkeit zur Überprüfung des Impfstatus und zur Impfung, das vereinfacht es für Patienten erheblich. Zum Beispiel können beim Kinderarztbesuch die Eltern gleich mitgeimpft werden.

Überlegt soll auch werden, ob weitere Infektionskrankheiten in die Impfpflicht mit einbezogen werden sollen. Die Impfpflicht soll mit 1. März 2020 in Kraft treten, sie muss aber erst beschlossen werden. Die Rückmeldungen seitens der Politik scheinen indes eher positiv.

Auch Lehrer und Gesundheitspersonal

Einem Referentenentwurf zufolge, der dem Deutschen Ärzteblatt vorliegt, sollen in die Impfpflicht auch Lehrpersonen und das Gesundheitspersonal einbezogen werden. Das würde etwa auch Küchenpersonal in Spitälern betreffen, sofern dieses in Kontakt mit Patienten kommt. Auch Personal in Arztpraxen und Geburtshäuser müsste nachgeimpft werden. Insgesamt werden laut Berechnungen etwa 600.000 Menschen durch die Impfpflicht nachträglich zum Impfen verpflichtet (361.000 ungeimpfte Kinder und 220.000 Angestellte). Bis spätestens 31. Juli 2020 muss der Nachweis für den Impfschutz gebracht werden.

Expertenmeinung

Eine Impfpflicht stellt zwar eine Einschränkung der individuellen Freiheit dar, das betrifft aber auch andere Bereiche, wie etwa das Rauchverbot oder die Gurtpflicht, sagt der Professor für Globale Gesundheit und Impfexperte Saad Omer im Interview mit Zeit online dazu. Jede Gesellschaft müsse dem Experten zufolge eine Balance zwischen der Einschränkung der individuellen Freiheit und dem größeren gesellschaftlichen Nutzen finden. Bei der Entscheidung, sein Kind nicht impfen zu lassen, gefährdet man nämlich nicht nur das eigene Kind, sondern auch andere – etwa Kinder, die noch zu jung für eine Impfung sind, oder Personen mit krankhaft schwachem Immunsystem. Masern sind nicht nur gefährlich, sondern auch extrem ansteckend, und es braucht daher eine hohe Durchimpfungsrate, um einen Herdenschutz herzustellen (mindestens 95 Prozent). Die tatsächliche Durchimpfungsrate von derzeit 93 Prozent

bezieht sich allerdings nur auf Kinder, die gerade eingeschult werden. Dabei wird übersehen, dass der Schutz unter jüngeren Kindern und Erwachsenen viel geringer ist. Und auch regional existieren große Unterschiede. Der Impfexperte hält die Einführung einer Impfpflicht von wissenschaftlicher Seite her jedenfalls für gerechtfertigt.

Allerdings hält Omer es auch für angebracht, sich etwa auch aus religiösen oder weltanschaulichen Gründen von der Impfpflicht befreien lassen zu können. Spahns Gesetzesentwurf sieht das derzeit nur aufgrund von medizinischen Kontraindikationen vor. Es geht aber laut dem Experten nicht unbedingt darum, die Menschen auf Biegen und Brechen zum Impfen zu zwingen, sondern darum, Nicht-Impfen aufwendiger zu machen als Impfen. Eine Befreiung sollte nicht zu schwer zu bekommen sein, denn das führe zum Suchen nach Schlupflöchern.

NIEDERLANDE

Schon wieder Krankenhauskonkurs

Erst letzten Herbst wurde über den Konkurs zweier Spitäler der MC Group in den Niederlanden berichtet. Damals entschied das Gesundheitsministerium, dem privaten Gesundheitsunternehmen nicht unter die Arme zu greifen. Nun ist es wieder zu einem Konkurs eines privat betriebenen Spitals gekommen und die Regierung will jetzt helfen.

Vom Konkurs unmittelbar betroffen ist dieses Mal die Provinz Noord-Brabant. Das Spital, das sich in der Nähe von Boxmeer befindet, gehört zur Pantein Health Group und versorgt 130.000 Einwohner. Gesundheitsminister Bruno Bruins erklärt das finanzielle Eingreifen des Staates damit, dass im Falle eines Bankrotts des Spitals für die Region die grundlegende Versorgung, wie die Notfallversorgung und die Schwangerschafts- und Geburtenbetreuung, innerhalb einer 45-minütigen Anfahrtszeit nicht gewährleistet wäre.

Die Finanzprobleme des Spitals resultieren aus einem Grundstücksvertrag aus dem Jahre 2008, auf den das Krankenhaus selbst wenig Einfluss hatte. Das Gesundheitsministerium wird dem Spital mit zehn Millionen Euro aushelfen, um den drohenden Konkurs abzuwenden. Die Mittel werden bis 2022 in Teilen ausbezahlt. Die Genossenschaftsbank Rabobank und die Krankenversicherung VGZ sind ebenfalls in den Rettungsplan involviert.

EUROPA

Tools zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens

Anfang April hat die EU-Gruppe *„Health Systems Performance Assessment" (HSPA),* die sich aus Experten für die Bewertung der Qualität von Gesundheitssystemen zusammensetzt, einen Bericht publiziert. Dieser beinhaltet aktuelle Bemühungen und Möglichkeiten zur Verbesserung der Bewertung der Effizient von Gesundheitssystemen.

Die europäischen Gesundheitssysteme stehen zunehmend vor derselben Herausforderung: einem wachsenden Bedarf an Gesundheitsleistungen mit begrenzten Mitteln zu begegnen. Die Mehrzahl der Wissenschaftler vertritt heute die Meinung, dass etwa 20 Prozent der Gelder im Gesundheitswesen ineffizient eingesetzt bzw. verschwendet werden. Aber die Komplexität der nationalen Gesundheitssysteme, deren gewachsene Strukturen sowie methodische und datenbezogene Schwierigkeiten machen es den Regierungen schwer, sich um die Behebung der Ineffizienzen zu bemühen.

Die Expertengruppe von HSPA räumt ein, dass die zur Verfügung stehenden Methoden und Tools zur Bewertung der Effizienz in Gesundheitssystemen noch in den Kinderschuhen stecken. Dies könnte dazu führen, dass politisch Verantwortliche die vorliegenden (Teil-)Informationen, die ihnen zur Verfügung stehen, falsch interpretieren und die daraus resultierenden Maßnahmen im schlimmsten Fall sogar Schaden für den Patienten nach sich ziehen könnten.

Deshalb ist es ein entscheidender Schritt, eine ganze Anzahl von Instrumenten zur Bewertung von Gesundheitssystemen zu entwickeln und auch deren Schwächen zu definieren. Nur so können Entscheidungsträger Ineffizienzen in ihrem Gesundheitswesen richtig erkennen und so eingreifen, dass keine unerwünschten Nebenwirkungen eintreten. Dieser Bericht von HSPA setzt genau hier an und will eine effizientere, wissenschaftlich fundierte Gesundheitspolitik fördern.

Die wichtigsten Punkte zur Verbesserung der Bewertung der Effizienz sind demnach:

- Verbesserung von Qualität und Genauigkeit von Kostendaten
- Verbesserung der Messung von Gesundheitsergebnissen (Outcomes)
- Erweiterung der Effizienzmessungen auf Bereiche außerhalb des Spitals

- Entwicklung einer Kommunikationskultur, die Stakeholdern Effizienzziele positiv vermittelt, sodass diese sich engagiert an der Umsetzung beteiligen

Den gesamten Bericht finden Sie auf der Homepage des LIGs verlinkt. Im nächsten Jahr soll ein weiterer Bericht durch das HSPA folgen, der sich mit Tools und Methoden zur Bewertung der Resilienz von Gesundheitswesen beschäftigt.

GROßBRITANNIEN

Hilfestellung für die Präventionsarbeit

Um die präventive Funktion von Mitarbeitern im Gesundheitswesen zu fördern, hat Public Health England ein e-learning Tool entwickelt, das schnellen Zugang zu Informationen und Ratschlägen ermöglicht. Es ist also eine Hilfestellung für Ärzte und andere Gesundheitsberufe zur wirksamen Krankheitsvermeidung, Gesundheitsförderung und zur aktiven Bewerbung von Wohlbefinden.

Themen

Eine Reihe von E-learning-Themen soll künftig Mitarbeiter des Gesundheitssystems dabei unterstützen, die wichtigsten Präventionsthemen professionell und einfach zu vermitteln. Die bereits verfügbaren Themen sind die Vermeidung von kardiovaskulären Krankheiten, Übergewicht bei Erwachsenen, Antibiotikaresistenz, Bewegung, Management von sozialen Problemen („social prescribing"), ein guter Start ins Leben für Kinder und Unterstützung für Obdachlose und Menschen, die von Obdachlosigkeit bedroht sind.

Design und Inhalt

In den Tools wird erklärt, warum das jeweilige Thema für die öffentliche Gesundheit Priorität hat, und es werden praktische Tipps gegeben, welche unterschiedlichen Fertigkeiten, Techniken und Ansätze je nach Gesundheitsprofession hilfreich sein können, um den Problemen im Berufsalltag erfolgreich begegnen zu können. Zum Thema Gewichtsprobleme bei Erwachsenen werden etwa Tipps gegeben, wie das Gespräch auf die Problematik gebracht und wie der Einfluss der eigenen Arbeit dazu gemessen werden kann.

Das Ziel der Tools ist, Mitarbeitern des Gesundheitssystems eine Hilfestellung zu geben, wie sie Präventionsarbeit in den Arbeitsalltag einfacher inte-

grieren können. Darüber hinaus werden auch Informationen zum Thema zur Verfügung gestellt, um das Wissen am aktuellen Stand zu halten. Jedes Tool ist am neuesten Forschungsstand, wurde von Experten erstellt und knüpft am bisherigen Wissenstand der Gesundheitsberufe an. Professor Jamie Waterall, stellvertretender Leiter der Pflege bei Public Health England betonte dazu, dass Gesundheits- und Pflegemitarbeiter wenig Zeit hätten und die Tools deshalb flexibel genutzt werden können und es ermöglichen, neben dem Berufsalltag zu lernen.

Weitere 15 E-learning-Einheiten sind für das kommende Jahr in Planung, die Themen werden von „Rauchstopp" bis „Gesundheit im Arbeitsleben" reichen.

ÖSTERREICH

Generika schaffen Spielraum für Innovation

Die IQVIA, ein Unternehmen, das Humandaten wissenschaftlich aufbereitet, hat die Entwicklung des Arzneimittelmarktes in Österreich untersucht. General Manager Martin Spatz sieht verschiedene Aspekte: Kostentreiber und Kostensenker.

Österreich nimmt weltweit bei der Größe der Arzneimittelmärkte den 21. Platz ein – das ist sehr weit vorne, wenn man bedenkt, dass Österreich bei der Einwohnerzahl weltweit Platz 96 belegt. Das ist für sich genommen noch kein Negativum, sondern zuerst einmal ein Beleg für eine überdurchschnittlich gute Arzneimittelversorgung. Insgesamt konnte 2018 das Wachstum des Marktes gegenüber 2017 jedoch abgeflacht werden. Der erstattungsfähige, kassenfinanzierte Bereich des Marktes verzeichnete 2018 ein Wachstum von 4,4 Prozent – deutlich weniger als 2017, informiert Spatz.

Sparfaktoren

Das geringere Wachstum sei im Gesamten vor allem auf den Spitalssektor zurückzuführen, dem das Erscheinen von günstigen Nachahmern für Biotechmedikamente am Markt zugute gekommen ist. Spatz verspricht sich auch für 2019 von solchen Biosimilars eine weitere Dämpfung des Marktwachstums im Spitalsbereich.

Auch im Kassenbereich hat 2018 der Einsatz von Generika das Kostenwachstum gebremst. Wertemäßig ist daher der Anteil der Kosten für frei verschreibbare Medikamente aus der sogenannten grünen Box zurückgegangen. Dazu hat auch der Druck des neuen Preisbandes der Kassen, das die Preise von Generika und Originalprodukten beim Auslaufen der Patente weiter senkt, beigetragen.

Raum für höhere Ausgaben

Gleichzeitig zu den Einsparungen durch Generika wachsen jedoch die Ausgaben für Medikamente aus der sogenannten dunkelgelben Box, was den verstärkten Einsatz innovativer Medikamente zeigt. Zudem beobachtet die IQVIA eine Zunahme bei „Preismodellen" zwischen dem Hauptverband der österreichischen Versicherungsträger und den Herstellern, was ebenfalls eine kostendämpfende Wirkung hat.

Ein eher mildes Wachstum gab es hingegen beim OTC-Markt, also bei rezeptfreien Medikamenten. Dieses Marktsegment wuchs um nur 1,1 Prozent, wohingegen der Markt für Produkte, die keine Arzneimittel sind, um 4,7 Prozent wuchs.

Der Arzneimittelmarkt

Die Analyse der am österreichischen Arzneimittelmarkt beteiligten Firmen zeigt die Stärke von Unternehmen mit starkem Österreichbezug: Mit GSK-Gebro, Apomedica, Kwizda, Allergosan und Promedico finden sich gleich fünf solche Unternehmen unter den Top zehn des Marktes. Absoluter Wachstumssieger ist die steirische Firma Apomedica. Für die nächsten Jahre werde es spannend sein, wie sich der Arzneimarkt in Hinblick auf individualisierte, zellbasierte Therapien entwickeln werde, denn das sei ein völlig neues Feld, sagt Spatz.

BERICHT

Vertragsarzt oder Wahlarzt – was entscheidet?

Das Institut für Soziologie der Universität Wien hat im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger eine Untersuchung durchgeführt, die zeigt, aus welchen Gründen sich Menschen dazu entscheiden, einen Wahlarzt aufzusuchen. Denn obwohl Vertragsärzte sehr beliebt sind, gibt es doch einige zentrale Aspekte eines Arztbesuches, die beim Wahlarzt anders gestaltet sind.

Im Juli und September 2018 wurden insgesamt 40 Personen zwischen 18 und 83 Jahren interviewt, die im Jahr 2017 wenigstens einmal beim Arzt waren. Durchschnittlich kam es pro Person zu 8,32 Kontakten zum Wahlarzt und 8,54 Kontakten zum Kassenarzt, wobei dies von Person zu Person sehr unterschiedlich war. In den Fächern Chirurgie, Neurologie & Psychiatrie, Gynäkologie und Orthopädie wurden über die Hälfte der Arztbesuche bei einem Wahlarzt vorgenommen. Bei HNO-Krankheiten, in der Augenheilkunde, der Allgemeinmedizin und in der Radiologie wurde hingegen in den allermeisten Fällen (mehr als 80 Prozent) der Kassenarzt gewählt.

Der Faktor Zeit

Es fängt damit an, dass Patienten für einen Kontrolltermin beim Kassenarzt (etwa beim Augenarzt) ein halbes Jahr Wartezeit in Kauf nehmen müssen. Beim Wahlarzt bekommt man schneller einen Termin. Die nächste (oft lange) Wartezeit kommt im Wartezimmer auf die Patienten zu: Beim Wahlarzt ist diese bedeutend kürzer und man teilt sich das Wartezimmer auch mit weniger Leuten. Und im Arztzimmer hat der Mediziner dann häufig wenig Zeit für den Patienten. Auch hier kann sich der Wahlarzt in der Regel mehr Zeit für ein persönliches Gespräch nehmen.

Fachliche Kompetenz

Bei der fachlichen Kompetenz wurde prinzipiell kein Unterschied zwischen Kassenärzten und Wahlärzten gesehen. Allerdings erlaube das ausführliche Gespräch beim Wahlarzt eine bessere Analyse und dadurch eventuell auch eine bessere Diagnose. Zeitdruck würde auch bei Ärzten zu einer erhöhten Fehleranfälligkeit führen, das sei menschlich. Auch die bessere Ausstattung der Wahlärzte in Bezug auf Geräte wurde in den Interviews angesprochen. Wahlärzte hätten auch öfter Zusatzausbildungen, die sie sich durch das höhe-

re Einkommen in der Praxis einfacher leisten könnten, und auch alternativmedizinische Methoden (z.B. Homöopathie) würden häufiger angeboten.

Zwischenmenschliches und Service

Ganz wichtig war den Befragten, dass der Arzt nicht „in den Computer hineinschaut", sich Zeit nimmt, zuhört und den Patienten ernst nimmt. Die zwischenmenschliche Beziehung müsse stimmen. Die befragten Personen nannten außerdem Zusatzservices bei Wahlärzten wie etwa Online-Terminbuchungen, Terminerinnerungen per SMS, einen Parkplatz vor der Praxis und eine freundlich gestaltete Ordination. Grundsätzlich sind die Befragten dazu bereit, für ein Mehr an Leistung auch Geld zu bezahlen.

Im Allgemeinen schätzen die Patienten die kontinuierliche Betreuung durch einen Arzt sehr, da dieser die Krankengeschichte dann schon kennt und diese dann nicht immer von neuem erzählt werden muss. Gewechselt wird lediglich bei Unzufriedenheit mit dem Arzt, bei Umzug des Patienten oder bei Pensionierung des Mediziners.

Insgesamt stellen die interviewten Personen dem österreichischen Gesundheitswesen ein gutes Zeugnis aus und meinen, dass die Gesundheitsversorgung in Österreich im Vergleich zu anderen Ländern besser sei. Wünschen würden sie sich jedoch eine bessere Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen (z.B. mit Physiotherapeuten) sowie Ärztezentren und Gruppenpraxen.

BERICHT

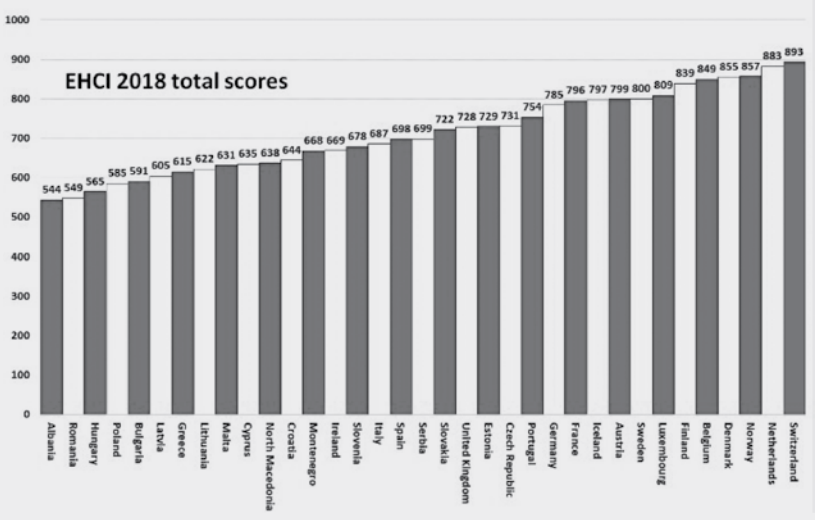
Euro Health Consumer Index 2018

Das erste Mal seit zehn Jahren stehen die Niederlande bei diesem Gesundheitssystemranking nicht auf Platz 1. Den Stockerlplatz ganz oben hat sich 2018 die Schweiz geholt. Österreich belegt den neunten Rang und verbessert sich damit gegenüber dem Vorjahr um zwei Plätze.

Der EHCI und Ergebnisse

Der Bericht, der seit 2005 jährlich vom Health Consumer Power House (HCP) publiziert wird, vergleicht 35 Länder in sechs Kategorien, die sich in 46 Ein-

zelindikatoren gliedern. Ziel ist das Aufzeigen von Schwächen und Stärken und ein gegenseitiges Voneinander-Lernen. Eine stetige Verbesserung erkennen die Autoren bei der Kindersterblichkeitsrate und den Überlebensraten von Herzinfarkten, Schlaganfällen und Krebs. Kritisiert wird hingegen in vielen Staaten das Festhalten an ineffizienten Methoden der Finanzierung und der Angebotsstrukturierung im Gesundheitswesen. Positive Beispiele könnten in diesem Bereich die Niederlande, die Schweiz und kleine Länder wie Finnland, Montenegro, Nord-Mazedonien und Serbien sein.



Österreich

Obwohl Österreich mit 799 Punkten weniger Punkte erreichte als im Vorjahr (816), rückte es um zwei Plätze auf die neunte Stelle vor. Grund dafür ist eine weitere Verschärfung der Messskala, also ein Versetzen von Grenzwerten für die Punktvergabe, um das Ranking weiter herausfordernd zu gestalten. Veränderungen an der Bewertung Österreichs zu 2017 gab es kaum. Weiter blieben als Hauptkritikpunkte die fehlende Integration der Abtreibung ins öffentliche Gesundheitssystem, die mangelhafte Prävention bei Alkohol und Tabak, das Fehlen von Anbieterlisten mit Qualitätsbeurteilungen zur besseren Patienteninformation, der verzögerte Zugang zur Krebstherapie und die schlechte Versorgung mit Arthritis-Medikamenten. Die Ergebnisqualität wird als bescheiden, aber immer noch gut beschrieben und liegt auf demselben Level wie in Belgien.

Gruppensieger

In der Kategorie „Patient Rights & Information" erreichten die Niederlande und Norwegen die höchste Punktzahl. Auch Österreich konnte hier 108 von 125 Punkten erreichen. Bei der Frage der leichten Zugänglichkeit zum Gesundheitswesen konnte sich die Schweiz mit der maximalen Punktzahl von 225 an die Spitze setzen – Österreich erhält hier 175 Punkte. Bei der Ergebnisqualität landeten die Schweiz, Norwegen und Finnland mit je 278 von 300 Punkten auf Platz 1. Österreich ist mit 244 Punkte hier nicht weit weg und schneidet damit – unberücksichtigt der Kosten des Gesundheitssystems – recht gut ab. Bei der Zugänglichkeit des Gesundheitswesens kann Österreich mit 104 Punkten ebenfalls gut abschneiden, die Niederlande und Schweden gewinnen die Kategorie allerdings mit je 125 Punkten. Eine weniger gute Position hat Österreich bei der Prävention, wo nur 89 von 125 möglichen Punkten erreicht werden konnten. Der Sieger Norwegen erreicht 119 Punkte. Bei der Versorgung mit Arzneimitteln bekam unser Land nur 78 Punkte, während die Niederlande und Deutschland, die die Kategorie gewannen, 89 von 100 möglichen Punkten erreichten.

SCHWEIZ

Kostenlast neu verteilt

In der Schweiz müssen Versicherte künftig einen größeren Teil ihrer Gesundheitskosten selbst tragen. Vor allem gesundheitlich angeschlagene Menschen werden von dieser Maßnahme betroffen sein. Das ist einer der aktuellen parlamentarischen Entscheide, die Versicherte direkt betreffen.

Franchise erhöht

In der Schweiz zahlen alle Versicherten eine Franchise – also einen Betrag der tatsächlich angefallen Gesundheitskosten, der jährlich aus eigener Tasche bezahlt werden muss, bevor die Versicherung einspringt. Die Höhe dieses Betrages, also der Franchise, kann von den Versicherten innerhalb einer gesetzlichen Minimal- und Maximalfranchise frei gewählt werden. Dieser Rahmen bewegte sich bisher zwischen 300 und 2500 Franken im Jahr.

Letzte Woche hat das Parlament beschlossen, die Minimalfranchise auf 350 Franken im Jahr zu erhöhen. Der maximale Franchisebetrag wird auf 2550

Franken angehoben, also ebenfalls um 50 Franken (44 Euro). Diese Regelung soll die Menschen zu mehr Eigenverantwortlichkeit und Zurückhaltung bei Arztbesuchen bewegen. Treffen wird die Teuerung vor allem kranke Menschen, da diese eher Tarife mit niedriger Franchise wählen. Versicherte mit hoher Franchise schöpfen diese nur selten aus und werden daher wenig von der Erhöhung bemerken.

Darüber hinaus soll die Anhebung der Franchise keine einmalige Aktion bleiben, sondern künftig mit der Entwicklung der Gesundheitskosten verknüpft werden: Übersteigen die Kosten pro Person die Minimalfranchise um das 13-fache, kommt es automatisch zu einer Erhöhung um 50 Franken. Entwickeln sich die Gesundheitskosten wie bisher, würde das bedeuten, dass die Franchise alle vier Jahre um 50 Franken ansteigt. Einziger Wehrmutstropfen: Es wird erwartet, dass die Erhöhung der Franchise zu einer Eindämmung der Prämiensteigerungen bei den Versicherungen führen wird.

Weitere Beschlüsse

Parallel zu den Kostenerhöhungen wird es eine höhere Absetzbarkeit von Gesundheitskosten bei der Bundessteuer geben. Natürlich profitieren von dieser Regelung nur Menschen, die auch Bundessteuern zahlen, und das ist in der Schweiz nur etwa jeder vierte Haushalt. Insgesamt bevorzugt die Regelung höhere Einkommen, wie auch Finanzminister Ueli Maurer (SVP) warnt.

Sogenannte Prämienregionen bilden in der Schweiz regional unterschiedliche Gesundheitskosten ab. Regionen mit höheren Kosten zahlen höhere Prämien als Regionen mit niedrigeren Kosten. Vor allem das Stadt-Land-Gefälle sollte damit abgebildet werden. Heute haben sich diese Preisunterschiede jedoch weitestgehend angepasst, wodurch die Stadtbevölkerung heute tendenziell zu viel bezahlt und die Landbevölkerung zu wenig. Eine Anpassung der Prämienregionen wurde jedoch nicht vorgenommen, um die Prämien der Landbevölkerung nicht sprunghaft ansteigen zu lassen – zum Nachteil der Städter.

Ein neu beschlossenes Qualitätsgesetz soll 250.000 Spitaltage einsparen und so Kosten eindämmen. Diese Verbesserung der Qualität soll über Kontrollen und Sanktionen erfolgen. Für den Patienten einfach kontrollierbare, transparente und nachvollziehbare Krankenhaus- und Arztrechnungen sind ein weiterer Punkt des parlamentarischen Beschlusses. Dieser soll es den Patienten erleichtern, ihrer Pflicht zur Kontrolle der Rechnungen nachzukommen. Pati-

enten sollen außerdem künftig einen elektronischen oder gedruckten Medikationsplan erhalten, der eine bessere Übersicht über die eingenommenen Arzneien schaffen soll und es Ärzten und Pflegern ermöglicht, gefährliche Wechselwirkungen zu erkennen.

DEUTSCHLAND

Hausarztmodell: Bonus für Patienten geplant

Krankenversicherungen in Deutschland bieten schon länger hausarztzentrierte Versorgungsmodelle an, bei denen sich der Patient dazu verpflichtet, zuerst den Hausarzt aufzusuchen. Ein Gesetz soll Versicherungen bald vorschreiben, die aus dem Modell erwirtschafteten Effizienzgewinne auch an ihre Versicherten weiterzugeben.

In vielen Ländern werden von den Krankenversicherungen hausarztzentrierte Versorgungsmodelle angeboten. Der Patient verpflichtet sich darin, freiwillig zuerst den Hausarzt und immer erst nach Überweisung durch diesen den Facharzt aufzusuchen. Das soll Patienten richtig steuern und Kosten einsparen. In den meisten Fällen kann der Hausarzt den Patienten restlos abklären, nur bei Unklarheiten wird zum Facharzt überwiesen. Selbstzuweisungen der Patienten in teure Strukturen sollen damit eingedämmt werden.

Neu ist, dass die Patienten in Zukunft finanziell mitprofitieren sollen. Gesundheitsminister Jens Spahn will gesetzlich festlegen, dass Effizienzgewinne der Versicherungen aus dem Hausarztmodell zur Hälfte an die Versicherten gehen. Und zwar an jene, die ein ganzes Jahr lang tatsächlich immer zuerst den Hausarzt aufgesucht haben. Bisher profitierten Patienten des Wahltarifes zum Beispiel von besonderen Sprechstundenzeiten oder verkürzten Wartezeiten beim Hausarzt.

ÖSTERREICH

Das eRezept kommt 2020

Nachdem seit 2018 die eMedikation stufenweise eingeführt wird, soll es 2020 auch das eRezept in ganz Österreich geben. Das spart 60 Millionen Papierrezepte pro Jahr und hilft bei der tagesaktuellen Abrechnung der Rezeptgebühren im Falle der Überschreitung der Obergrenze.

So geht's

Die Einführung der eMedikation und des eRezeptes sei „der nächste logische Schritt" nach der elektronischen Kranken- und Gesundmeldung, meint der Chef des Hauptverbandes der Sozialversicherung Alexander Biach. Konkret werden Rezepte künftig auf die eCard gespeichert, anstatt auf Papier ausgedruckt. Der Arzt erstellt das Rezept mit einer Software und versieht dieses mit einer elektronischen Signatur, anstatt händisch zu unterschreiben. Das Rezept erhält einen fälschungssicheren Code und wird im eCard-System abgespeichert.

Der Code des Rezeptes kann außerdem mittels einer App am Handy des Patienten gespeichert werden und auch über *www.meinesv.at* jederzeit eingesehen werden. Ein Ausdruck des Rezeptes wird natürlich auch weiterhin möglich sein, jedoch reicht es in der Apotheke, die eCard zu stecken oder den Code am Handy vorzuweisen.

Vorteile

Seit 2018 wird bereits schrittweise die eMedikation in Österreich eingeführt. Diese ermöglicht Ärzten und Apothekern die Einsicht in die Medikation des Patienten und gibt ihnen die Möglichkeit, Risiken und Wechselwirkungen zu erkennen. Nun soll durch das eRezept Papier eingespart werden. Verliert der Patient das Papierrezept, kann er immer noch die Handysignatur herzeigen oder die eCard stecken. Ein weiterer Vorteil ergibt sich für Patienten, deren Rezeptgebühren die Obergrenze überschreiten: Die Kosten können künftig tagesaktuell erfasst werden und der Patient ist sofort von der Rezeptgebühr befreit, sobald die Obergrenze erreicht wurde.

Zeitplan zur Einführung der e-Medikation:

Vorarlberg 1.2.2018; Steiermark 10.5.2018; Kärnten 14.6.2018; Tirol 18.10.2018; Salzburg 22.11.2018; Oberösterreich 28.02.2019; Niederösterreich 6.6.2019; Burgenland 20.6.2019; Wien 19.9.2019

NIEDERLANDE

Krankenhaus stellt teure Medikamente selbst her

Die großzügige Spende einer Lottoorganisation in der Höhe von 5 Millionen Euro macht es möglich: Ein Spital in Amsterdam produziert teure Medikamente in Zukunft einfach selbst. So sollen nicht nur Kosten gespart, sondern auch Lieferengpässe vermieden werden.

Konkret geht es um das UMC Lehrkrankenhaus in Amsterdam. Bereits im Vorjahr geriet das Spital in einen großen Konflikt mit der Pharmaindustrie, weil es ein lizenziertes Medikament eines Unternehmens selbst herstellte, nachdem dieses den Preis verfünffachte. CDCA, so der Name der Arzneispezialität, ist ein Mittel zur Behandlung einer seltenen Stoffwechselerkrankung und wurde nach der Preiserhöhung nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt.

Das größere Ziel hinter der Eigenproduktion von Medikamenten ist die Sicherstellung der Verfügbarkeit von Arzneien für seltene Erkrankungen. Außerdem will man herausfinden, warum manche Medikamente so teuer sind. So sollen Probleme und Fehler im System identifiziert und behoben werden, auch wenn das zu Spannungen mit Pharmaunternehmen führen wird.

Als Reaktion darauf verfassten Unternehmen der Pharmabranche, darunter MSD, Gilead und Johnson & Johnson (Bereich Janssen) – alle Mitglieder der US-amerikanischen Handelskammer in den Niederlanden –, einen Brief an Gesundheitsminister Bruno Bruins, worin sie ihn zu einem Umdenken auffordern. Die ausländische Pharmaindustrie befürchtet, dass die Regierung die Handelsbeziehungen aufs Spiel setzt, um niedrigere Preise zu erzwingen. Gesundheitsminister Bruins reagierte aber erst kürzlich auf eine extreme Preiserhöhung bei einem Medikament zur Behandlung einer seltenen Krebserkrankung durch das Schweizer Pharmaunternehmen Novartis sehr ärgerlich und bezeichnete die Maßnahme als unerhört. Das niederländische Institut für Gesundheitsversorgung „Zorginstituut Nederland" hat darüber hinaus Versicherungen dazu geraten, für teure Medikamente nicht mehr zu zahlen, solange die Pharmaunternehmen sich weigern, die Gründe für die hohen Preise zu erklären.

SCHWEIZ

Neue E-Health-Strategie

Ende letzten Jahres hat die Schweiz die Strategie E-Health Schweiz 2.0 beschlossen. Darin sind 25 Ziele in drei Handlungsfeldern definiert. Hauptpunkt ist die landesweite Einführung des E-Patientendossiers.

Die drei Handlungsfelder der neuen Strategie heißen „Digitalisierung fördern", „Digitalisierung koordinieren" und „Zur Digitalisierung befähigen". Von staatlicher Seite soll eine Sensibilisierung für Vorteile und Risiken der Digitalisierung betrieben werden, konsequent von papierbasierten Prozessen auf digitale Lösungen umgestellt und dafür Sorge getragen werden, dass Einsparungen und Mehrkosten der Digitalisierung in den Tarifsystemen abgebildet werden. Beim Punkt elektronisches Patientendossier EPD sind einheitliche Austauschformate, deren Weiterentwicklung, die Interoperabilität der Anwendungen und die Aktualisierung der Zertifizierungsvoraussetzungen wesentlich. Benutzerfreundliche und sichere Primärsysteme sind genau wie die Cyber- und Datensicherheit ebenfalls Thema. Ebenso soll die grenzüberschreitende Vernetzung in Europa gefördert werden.

Im Rahmen der Koordination der Digitalisierung soll die Mehrfachverwendung von Daten und Infrastrukturen sichergestellt, die Verwendung von Standards zur Herstellung einer technischen und semantischen Interoperabilität gewährleistet und eine Verpflichtung zu etablierten Standards eingeführt werden. Bei der Befähigung zur Digitalisierung wird vor allem auf Aufklärung gesetzt, indem man Bürger über das EPD informiert. Beim Gesundheitspersonal muss es auch Weiter- und Fortbildungen geben.

Die neue E-Health-Strategie gilt bis 2022. Das EPD ist bisher vor allem in den Kantonen Genf und Basel eingeführt, aber noch nicht flächendeckend. Ein Bundesgesetz sieht vor, dass sich Krankenhäuser, Reha-Kliniken und psychiatrische Kliniken zertifizieren und zu sogenannten Stammgemeinschaften zusammenfinden oder sich existierenden Gemeinschaften anschließen. Pflegeheime haben dafür noch bis zum Jahr 2022 Zeit und für niedergelassene Ärzte ist eine Anbindung noch freiwillig.

Friedrich Oelenhainz, Detail aus «Porträt des späteren Fürsten Johann I. von Liechtenstein», 1776.
© LIECHTENSTEIN. The Princely Collections, Vaduz–Vienna

VALUES WORTH SHARING

«Meine Bank legt Wert auf Werte.»

Peter Bollmann, LGT Kunde seit 2009

LGT Private Banking

lgt.at/values

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Tel.: ++43/732/77 83 71-320
Fax: ++43/732/78 36 60-320
E-mail: lig@aekooe.at

Bestellformular: http://www.lig-gesundheit.at/abonnieren

LIG LINZER INSTITUT FÜR GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

aekooe Ärztekammer für Oberösterreich