

# ***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](http://www.lig-gesundheit.at) finden.***

## ***INHALT***

**Veranstaltung:** 8. Linzer Gesundheitspolitisches Gespräch: Erfolgsmessung in der sozialen Krankenversicherung

**Schweiz:** Mindestfallzahlen auf Operateure erweitert

**Europa:** Neuauflage von „Health at a Glance: Europe“

**Österreich:** „Therapie Aktiv“ im Kampf gegen Diabetes

**Deutschland:** HPV-Impfungen auch für Buben

**Großbritannien:** Kindersterblichkeit könnte stark ansteigen

**Niederlande:** Spitalskonkurs: bedrohliche Situation in Flevoland

**Deutschland:** Wie digital ist die Praxis?

**Österreich:** Anstellung von Ärzten bei Ärzten wird möglich

## ***LIG-Newsletter***

***Die „News aus den Gesundheitssystemen“ können regelmäßig bezogen werden.***

***Newsletter-Abo unter [www.lig-gesundheit.at/newsletter](http://www.lig-gesundheit.at/newsletter)***

## VERANSTALTUNG

**8. Linzer Gesundheitspolitisches Gespräch:  
Erfolgsmessung in der sozialen Krankenversicherung**

Beim 8. Gesundheitspolitischen Gespräch zum Thema „Erfolgsmessung in der sozialen Krankenversicherung“ am Montag, 13. November 2018 im Ars Electronica Center Linz bezogen die Expertinnen und Experten klare Positionen zur Österreichischen Gesundheitskasse ÖGK. Das Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung und die Ärztekammer für OÖ luden zu zwei Vorträgen mit anschließender Podiumsdiskussion ein.

*„Gruppenpraxen, HÄND, Wegfall der Chefarztpflicht, diese in Oberösterreich erzielten Errungenschaften sind einzigartig in Österreich“, sagte Dr. Peter Niedermoser, Präsident der Ärztekammer für OÖ, bei der Podiumsdiskussion. „Allerdings wird dies künftig mit der Österreichischen Gesundheitskasse ÖGK nicht mehr so unkompliziert und partnerschaftlich wie bisher möglich sein.“*

OÖGKK-Direktorin Mag. Dr. Andrea Wesenauer ergänzte: *„Am Beispiel der Zahnärzte sieht man deutlich, dass die Entwicklung des Leistungskataloges auf Bundesebene nur schleppend vorangeht und keine Innovationen in Sicht sind.“*

Der em. Univ.-Prof. Dr. Dr.h.c.mult. Friedrich Schneider, Johannes Kepler Universität Linz, betonte in der Diskussion den für ihn wichtigsten Punkt: *„Diese Reform ist ein teures Experiment ohne Ziele.“* Laut seiner besorgniserregenden Diagnose werde die Politik diese Kassenzusammenlegung in einigen Jahren aus Kostengründen wieder zurücknehmen müssen, was wiederum teuer zu stehen kommen werde. In seinem Vortrag „Entwicklung von Kennzahlen zur Leistungsbewertung der österreichischen Gesundheitsklasse“ gemeinsam mit Univ.-Prof. Dr. Dorothea Greiling ging es vor allem darum, wie wesentlich Benchmarks zur Bewertung der Qualität einer Krankenkasse seien. Die ÖGK könnte sich zum Beispiel in den Bereichen Personalausstattung, Servicestellennetz, Versicherungszufriedenheit und Zufriedenheit der Leistungsanbieter einem Vergleich stellen. Greiling: *„Das allerdings wird schwierig werden, wenn es keine vergleichbaren Konkurrenten und es in dieser Monopolstellung keine Anreize zur Innovation gibt.“*

Prof. Dr. Volker Ulrich von der Universität Bayreuth ging auf die Situation in Deutschland ein: *„Eine gewisse Innovationsoffenheit ist unumgänglich in sol-*

chen Systemen. Sie ist selbst in Deutschland in der gesetzlichen Krankenversicherung niedrig.“ Für das in Österreich geplante zentralistische System äußerte er dahingehend große Bedenken. In seinem Vortrag führte er aus, wie wichtig der Risikostrukturausgleich in Deutschland sei.

Unisono sagten OMR Dr. Thomas Fiedler und Präsident Dr. Peter Niedermoser bei der Podiumsdiskussion: „Die Einsparungen durch eine zentralisierte ÖGK sind sehr fraglich, da es ohne sinnvolle Vergleichsmöglichkeiten auch kein vernünftiges Benchmarking geben kann, so wie es bisher von den Gebietskrankenkassen der Länder gelebt worden ist.“ Dr. Niedermoser betonte abschließend mit Nachdruck: „Sollte der Gesamtvertrag schlechter ausfallen als die bisherige oberösterreichische Lösung, werden wir dem auf keinen Fall zustimmen!“

Das Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung bedankt sich bei der MedAK für die perfekte Organisation des Events und bei seinen Sponsoren, der LGT-Bank und der Deutschen Bank, für die großzügige Unterstützung.

## SCHWEIZ

### Mindestfallzahlen auf Operateure erweitert

Mindestfallzahlen werden seit dem Jahr 2012 für die Festlegung des Leistungsumfanges von Spitälern herangezogen. Der Kanton Zürich lobt in einer kürzlichen Mitteilung die positiven Auswirkungen dieser Vorgangsweise und will nun für sechs Leistungsgruppen Mindestfallzahlen für einzelne Operateure und Operateurinnen festlegen.

#### Positive Erfahrungen

In der Schweiz sind die Kantone dazu verpflichtet, sogenannte Spitalisten zu führen, die den Leistungsumfang der einzelnen Standorte festlegen und Grundlage für eine Übernahme der Behandlungskosten durch die obligatorische Krankenversicherung und die Kantone sind. Eine wichtige Vorgabe bei der Erstellung der Spitalisten sind Mindestfallzahlen bei ca. 30 stationären Eingriffen, die eine hohe Qualität der Behandlungen sicherstellen sollen. Laut einer aktuellen Mitteilung des Kantons Zürich haben sich die Vorgaben zu den Mindestfallzahlen nicht nur gesundheitlich, sondern auch wirtschaftlich bezahlt gemacht. Demnach ist die Mortalität zwischen 2012 und 2015 bei

Behandlungen mit Mindestfallzahlen doppelt so stark zurückgegangen wie bei Behandlungen ohne Vorgaben. Die Fallkosten stiegen im selben Zeitraum bei Behandlungen mit Mindestfallzahlen rund dreimal weniger stark als in den anderen Bereichen.

### **Operateur-Liste**

Diese Ergebnisse nimmt der Kanton Zürich zum Anlass, um die Vorgaben für Mindestfallzahlen zu erweitern und dehnt die Vorgaben in sechs Bereichen auf Operateure aus. Konkret betrifft dies die Leistungen Erstprothese Hüfte, Erstprothese Knie, Wechseloperationen Hüfte- und Knieprothesen, Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum, Gynäkologische Tumore und die Radikale Prostatektomie. Die Vorgaben werden mit 1. Jänner 2019 gültig. So sollen „Gelegenheitseingriffe“ verhindert werden. Die Operateure und Operateurinnen, die die notwendigen Fallzahlen erfüllen, sind auf einer Liste vermerkt. Die Maßnahme wird durch Qualitätscontrollings mit Qualitätssicherung durch Fachgesellschaften oder Zertifizierungen begleitet.

## **EUROPA**

### **Neuaufgabe von „Health at a Glance: Europe“**

2016 wurde der Bericht zum Gesundheitszustand innerhalb der EU gemeinsam von der OECD und der Europäischen Kommission das erste Mal herausgegeben. Nun wurde im November 2018 die zweite Auflage des Zyklus veröffentlicht. Fazit: Das Papier hat einen realen Nutzen für die Mitgliedsstaaten.

### **Politischer Mehrwert**

Die neue Generaldirektorin für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in der Europäischen Kommission Anne Bucher betont, dass die Informationen des Berichts „Health at a Glance: Europe“ für die Politiker der Mitgliedstaaten eine wichtige Informationsquelle für Entscheidungen darstellen. Das Format, die Länderprofile sowie der Begleitbericht sollen alle zwei Jahre erscheinen. Auch die erste Serie freiwilliger Austausche über politische Maßnahmen zeigte Erfolg. Unter anderen profitierte auch Österreich von der Möglichkeit, aktuelle Herausforderungen und Lösungsmöglichkeiten mit Sachverständigen der Kommission, der OECD und des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik diskutieren zu können. Die Fakten

des Berichts im Abschnitt „Gesundheitszustand in der EU“ liefern politischen Entscheidungsträgern der Länder eine gute Grundlage, um das Gesundheitssystem fairer, erschwinglicher, schneller erreichbar und wirkungsvoller zu gestalten.

### **Wichtigste Themenfelder**

Ein zentrales Thema des Berichts sind ineffiziente Ausgaben im Gesundheitssystem, die in manchen Mitgliedsstaaten bis zu 20 % ausmachen. Als Beispiel werden etwa vermeidbare stationäre Aufnahmen gebracht, die in Österreich 4,8 % aller Spitalsaufenthalte betragen. Österreich liegt hier im Schnitt zwar unter dem EU-25-Durchschnitt (5,5 %), weist in diesem Bereich aber aufgrund der hohen Spitallastigkeit ein überdurchschnittliches Einsparungspotential auf. Als Gegenstrategien werden etwa der Ausbau der Primärversorgung und der Tagesklinik genannt. Frei werdende Gelder aufgrund von Vermeidung solcher Ineffizienzen könnten Finanzierungsprobleme in anderen Bereichen lösen.

Ein zweiter Schwerpunkt des Berichts ist die psychische Gesundheit. Jeder sechste EU-Bürger ist bereits von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen, was allerdings oft übersehen wird. Dabei machen die Folgekosten dieser Problematik ganze 4 % des BIPs aus.

### **Länderberichte**

Im Laufe des Jahres 2019 werden die Länderprofile der EU-Mitgliedsstaaten (inkl. Island und Norwegen) erstellt. Die Daten von „Health at a Glance: Europe“ werden hier länderweise analysiert und textlich kommentiert. Ein weiterer Bericht wird ergänzend dazu bereichsübergreifende politische Hebel und den Mehrwert von Maßnahmen auf EU-Ebene behandeln.

**ÖSTERREICH****„Therapie Aktiv“ im Kampf gegen Diabetes**

Seit 2007 gibt es in Österreich das Disease Management Programm (DMP) „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“, das nachweislich positive Auswirkungen für Betroffene zeigt. Die OÖGKK und der Verein AM PLUS setzen sich in Oberösterreich für eine höhere Teilnehmerzahl unter Ärztinnen und Patientinnen ein – mit Erfolg.

**Diabetes und Komplikationen**

Dr. Erwin Rebhandl, Präsident von AM PULS und der Oberösterreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (OBGAM) und Hausarzt im Primärversorgungszentrum Haslach an der Mühl (OÖ) betont, dass Diabetes mellitus Typ 2 auch heute immer noch relativ häufig zu schweren Komplikationen führt. Dazu gehören etwa Nierenversagen mit Dialyse, Amputationen, Erblindung und koronare Herzerkrankungen. „Viele dieser Komplikationen wären durch eine frühzeitige optimale Betreuung durchaus vermeidbar“, zeigt sich der Mediziner überzeugt.

**Das Programm**

Genau hier setzt das zentral organisierte DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ an. Regelmäßige Arztuntersuchungen und eine entsprechende Dokumentation ermöglichen für die Patienten eine langfristige, an deren Bedürfnisse angepasste Therapie. Und auch das Wissen der Patienten über die eigene Krankheit, also eine hohe Eigenkompetenz, ist ein zentraler Punkt des Programms. Die wissenschaftliche Evaluierung des Programms zeigte eine um signifikante 35 % niedrigere Mortalität als bei Patienten außerhalb des Programms und auch von diabetesspezifischen Folgeerkrankungen waren Teilnehmer von „Therapie Aktiv“ weniger häufig betroffen (Herzinfarkte: -8 %; Schlaganfälle -10 %; Aufenthalte im Krankenhaus -2,3 Tage). Neben den gesundheitlichen Effekten hat das Programm aber auch positive Auswirkungen auf die Betreuungskosten: „Vom DMP-Programm profitieren die Erkrankten wie auch das Gesundheitssystem“, informiert Mag. Franz Kiesel, Ressortdirektor der OÖGKK.

## **AM PLUS**

Um die Vorteile von „Therapie Aktiv“ besser ausschöpfen zu können, hat die OÖGKK den Verein AM PLUS beauftragt, das Programm in Oberösterreich zu bewerben. Ziel ist eine bessere Einbindung von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Patienten in das DMP. Im Bundesländervergleich ist Oberösterreich mit 418 teilnehmenden Ärzten und 16.416 teilnehmenden Patienten (Stand 1. Okt. 2018) an der Spitze. AM PLUS organisierte im Herbst 2017 sowie im Frühling 2018 Workshops für Allgemeinmediziner und deren Ordinationsteams, die die Vorteile des Programms aufzeigten. Informations- und Motivationsarbeit bei Ärzten und Patienten sollen innerhalb kürzester Zeit mehr als die Hälfte der Betroffenen der strukturierten Langzeitbetreuung im Rahmen von „Therapie Aktiv“ zuführen.

## **DEUTSCHLAND**

### **HPV-Impfungen auch für Buben**

Bereits seit 2007 wird in Deutschland für Mädchen zwischen 9 und 14 Jahren die HPV-Impfung von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt. Der humane Papillomvirus gilt als Auslöser für Gebärmutterhalskrebs. Nun wird die Impfung auch für Buben empfohlen, um die Ansteckungsgefahr weiter zu senken.

#### **Impfung wird Kassenleistung**

Ab Dezember 2018 soll die HPV-Impfung nun auch für Buben im Alter von 9 bis 14 Jahren von der sozialen Krankenversicherung bezahlt werden. Grundlage für diese Entscheidung ist eine Empfehlung der ständigen Impfkommision (STIKO), basierend auf dem Robert-Koch-Institut für diese Altersgruppe. Die Impfung gilt als sehr sicher und wirksam. Weltweit wurden bereits 270 Millionen HPV-Impfungen durchgeführt, ohne dass wesentliche Impfreaktionen aufgetreten sind.

#### **Niedrige Impfquote**

Leider ist die Durchimpfungsrate bei den Mädchen sehr gering. 2015 waren lediglich 44,6 % der 17-jährigen Mädchen geimpft – obwohl dieser kleine Pieks vor Krebs schützt. Jährlich erkranken etwa 4.600 Frauen an Gebärmutterhalskrebs und bei fast 100 % der Tumore sind HPV-Viren beteiligt. Und

auch bei Männern spielt das HPV-Virus im Zusammenhang mit Karzinomen eine Rolle: Penis- und Analkrebs sowie Krebserkrankungen des Rachens und der Mundhöhle werden mit dem Erreger in Verbindung gebracht. Die Impfung der Buben schützt also nicht nur die Mädchen, sondern auch die Geimpften selber. Eine von der STIKO durchgeführte mathematische Modellierung zeigte, dass sich durch die Impfung der Buben langfristig zusätzlich tausende von Krebserkrankungen vermeiden lassen.

Deutschland ist mit der gesetzlichen Übernahme der HPV-Impfung in das Leistungsspektrum der sozialen Krankenversicherung Vorreiterland.

## GROßBRITANNIEN

### Kindersterblichkeit könnte stark ansteigen

Eine aktuelle Studie des Royal College of Paediatrics and Child Health warnt, dass in England und Wales die Säuglings- und Kindergesundheit ohne wirksame Maßnahmen unter Druck geraten wird. 2030 könnte die Kindersterblichkeit bereits um 140 % höher liegen als in vergleichbaren Ländern. Rasches Handeln ist daher gefragt.

#### Prognose

In den letzten beiden Jahren ist die Kindersterblichkeit – nach mehr als einem Jahrzehnt kontinuierlicher Verbesserung – wieder angestiegen. Derzeit liegt der Wert bereits um 30 % höher als im Durchschnitt der EU-15-Staaten, erweitert um Australien, Kanada und Norwegen (EU15+). Und dieser Unterschied wird ohne rasche Trendumkehrung weiter wachsen. Die psychischen Gesundheitsprobleme bei Kindern werden um ganze 60 % zunehmen und die Kindertotfälle werden um 50 % steigen, so die düstere Prognose der Studie.

#### Ursachen

Eine Ursache für die gefährdete Kindergesundheit ist die steigende Armut unter den Jüngsten der Gesellschaft. Das College rechnet mit einem Anstieg der Kinderarmut in der Höhe von 40 % in den nächsten zwölf Jahren. Zwar hat die Regierung bereits einige Programme gestartet, die dieses Problem angehen, der Handlungsbedarf könnte jedoch bei weitem unterschätzt werden.

Der Autor der Studie, Prof. Russel Viner, betont jedoch auch, dass die Vorhersagen der Studie keinesfalls unumkehrbar seien, wenn die richtigen Maßnahmen gesetzt würden. So hätte etwa auch unermüdlicher Einsatz in den Bereichen Diabeteskontrolle und Rauchen zu guten Ergebnissen geführt. Er schätzt, dass Rauchen im Jahr 2030 zu einem vernachlässigbaren Problem geworden sein wird.

Dennoch sind gerade in der Gruppe der werdenden Mütter die Zahlen der Raucherinnen vergleichsweise hoch, was zu den Schlüsselfaktoren für Kindersterblichkeit zählt. Ebenso wie der Anteil von sehr jungen Müttern und die niedrige Stillrate – beides drängende Probleme im Vereinigten Königreich. Aber auch unter den vermeidbaren Todesursachen bei Kindern und Jugendlichen wurden Bereiche identifiziert, in denen das Vereinigte Königreich hinter den EU15+ hinterherhinkt. Darunter gewöhnliche Infektionskrankheiten und chronische Atemwegserkrankungen.

### **Finanzierung**

Die Grundlage vieler Ursachen für Kindersterblichkeit bleibt aber Armut, was vor allem eine größere Unterstützung vulnerabler Gruppen als Lösung voraussetzt. Ein Sprecher des Gesundheits- und Sozialministeriums informierte, dass die Kindergesundheit ein zentrales Thema der Regierung für die langfristige Planung des NHS sei und deshalb 2023–24 jährlich zusätzlich 20,5 Milliarden Pfund in den NHS fließen werden.

## **NIEDERLANDE**

### **Spitalskonkurs: bedrohliche Situation in Flevoland**

Zwei Spitäler in den Niederlanden werden wegen Konkurses kurzfristig geschlossen. Eines davon befindet sich in Amsterdam, wo es die Spitalsdichte erlaubt, dass Patienten in andere Häuser übersiedelt werden. Das andere befindet sich hingegen in der Provinz Flevoland, wo es in der näheren Umgebung keine Alternativen gibt. Für die Bevölkerung könnte es dadurch zu lebensbedrohlichen Situationen kommen.

**Mitarbeiter und Patienten betroffen**

Die beiden insolventen Spitäler gehören der MC Group und sind unabhängig voneinander in die Insolvenz geschlittert. 2.500 Beschäftigte sind davon betroffen. Für das MC Slotervaart Krankenhaus in Amsterdam wurde eine Vereinbarung getroffen, die die Übernahme der 150 dort befindlichen Patienten in andere Einrichtungen in Amsterdam sicherstellt. Im IJsselmeer-Krankenhaus in Flevoland stellte man, mangels Übernahmemöglichkeiten, seitens der Versicherungen vorerst sicher, dass für die 200 bereits dort befindlichen Patienten des Spitals die Behandlung weiter finanziert wird, bis eine Alternative gefunden ist. Anfangs wurde diese Zusage von den Versicherungen nicht getätigt. Die Begründung: Es sei nicht Aufgabe der Versicherer, einem Krankenhaus finanziell auszuweichen.

**Lösung für Flevoland**

Eine dauerhafte Lösung für das Spital in Flevoland könnte sich glücklicherweise schnell ergeben, da sich ein potentieller Käufer mit ernststen Absichten aufgetan hätte, so berichtet zumindest das Rundfunkunternehmen NOS. Die Schließung des Krankenhauses könnte hingegen lebensbedrohliche Situationen nach sich ziehen, da es in der Region keine benachbarten Alternativen für die Bevölkerung gebe, warnen Vertreter der Provinz den Gesundheitsminister Bruno Bruins.

**DEUTSCHLAND****Wie digital ist die Praxis?**

Erstmals kam in Deutschland das PraxisBarometer Digitalisierung zum Einsatz. Erfragt wurden dabei die tatsächliche Verwendung digitaler Applikationen in den Praxen und Einschätzungen zu deren Nutzen. Doch obwohl in einigen Anwendungen großes Potenzial gesehen wird, steht es mit dem Vertrauen in die Technik nicht allzu gut.

Die Befragung wurde von der KBV in Auftrag gegeben und vom IGES Institut durchgeführt. Insgesamt wurden 7.000 Praxen von Ärzten und Psychotherapeuten angeschrieben, wovon 1.764 Praxen ausgewertet werden konnten. Künftig soll die Befragung regemäßig wiederholt werden.

### **Bereits genutzt**

Nicht Teil der Befragung war, dass heute alle Ärzte elektronisch mit ihrer Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen, das ist keine große Überraschung. Bei der Befragung kam jedoch auch heraus, dass mittlerweile 73 % der befragten Praxen die Patientendokumentation vollständig oder mehrheitlich digitalisiert haben. Unter den großen, häufig interdisziplinär besetzten Praxen nutzen bereits 75 % Programme, um die Raumplanung und Gerätenutzung zu organisieren. Ebenfalls etwa drei Viertel der Praxen verfügen über eine digitale Schnittstelle zum Praxisverwaltungssystem\*. Des Weiteren verwenden 60 % der Praxen eine Software, die Wechselwirkungen von Medikamenten erkennt.

### **Zukunftspotenzial**

Potenzial sehen die Ärzte und Psychotherapeuten vor allem in elektronischen Medikationsplänen (54 %), digitalen Notfalldatensätzen (49 %) und digitalen Verordnungen (44 %). Aber auch die elektronische Abbildung des Mutter-beziehungsweise Impfpasses halten viele Befragte für sinnvoll (43 %). Ebenfalls Potenzial für die Patientenversorgung birgt laut Meinung der Ärzte und Psychotherapeuten die einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte (38 %). KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel betont dazu, dass die Digitalisierung viele Möglichkeiten bietet, um die Zukunft sinnvoll und patientengerecht zu gestalten: „Wir unterstützen die Entwicklung aller digitalen Anwendungen, die für Patienten, Ärzte und Psychotherapeuten Mehrwerte bringen und so die Versorgungsqualität steigern“, sagt der Ärztevertreter.

Einen solchen Mehrwert hätten laut den befragten Praxen etwa Zeitersparnisse durch Prozessoptimierungen im Praxismanagement und durch verbesserte Kommunikation mit Kollegen und Krankenhäusern (jeweils 60 %). Als besonders hilfreich wird dabei der eArztbrief eingeschätzt (54 %).

### **Hemmnisse**

Dem KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Andreas Gassen ist dabei wichtig, dass alle Maßnahmen der Digitalisierung den Arzt entlasten müssen und dabei Zeit frei wird, die für die eigentliche Behandlung des Patienten zur Verfügung steht. Dies ist nämlich eine große Sorge von Ärzten und Psychotherapeuten: dass die Digitalisierung kein Mehr an Zeit für den Patienten generiert, sondern zum Selbstzweck mutiert (44 %). Als weitere mögliche Hemmnisse der Digitalisierung sehen die befragten Praxen das Thema IT-Sicherheit (78 %)

und die Fehleranfälligkeit elektronischer Systeme (43 %). Gassen greift diese Aussagen ebenfalls auf und meint, dass Digitalisierung weder ein Allheilmittel noch ein Selbstzweck ist, sondern dass es auf planvolle Umsetzung, sinnvolle Einbettung und Funktionalität im Praxisalltag ankommt. Um auch Skeptiker zu überzeugen, müsse die Industrie sichere, funktionale und bezahlbare Lösungen anbieten, die ärztliches Handeln unterstützen und nicht beeinträchtigen, sind Gassen und Kriedel überzeugt.

Die Ärztevertreter kritisieren, dass die Praxen bisher selbst für den zeitlichen und personellen Aufwand aufkommen müssen, der für Digitalisierungsmaßnahmen notwendig ist. Hier müsse man Seitens der Politik mehr finanzielle Mittel zur Verfügung stellen. Außerdem solle der Breitbandausbau gefördert werden und eine gesetzliche Basis geschaffen werden, die eine Interoperabilität der elektronischen Systeme gewährleistet.

\*Das Praxisverwaltungssystem – kurz PVS – gehört zur Grundausrüstung in jedem Praxismanagement. Die Software unterstützt niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten bei der Organisation und Dokumentation der Praxisaufgaben. Alle Abläufe einer Einzelpraxis, einer Gemeinschaftspraxis, aber auch eines Medizinischen Versorgungszentrums können digital abgebildet werden. Ärzten stehen dabei nicht nur Funktionen wie die elektronische Patientenakte oder die Online-Abrechnung mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zur Verfügung. Wesentlicher Bestandteil sind auch Terminplanung, Buchhaltung und elektronische Kommunikation mit Kollegen. (Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung)

## ÖSTERREICH

### Anstellung von Ärzten bei Ärzten wird möglich

Endlich ist es so weit: Nach langem Einsatz der Ärztekammer gab das Gesundheitsministerium nun einen Entwurf für ein neues Ärztegesetz in Begutachtung, indem die Möglichkeit zur Anstellung von Ärzten bei Ärzten vorgesehen ist. Ein Erfolg – auch für das LiG.

#### Die Eckpunkte

Ärzte, die selbstständig in einer Ordination tätig sind, dürfen künftig „zum Zwecke einer nicht nur vorübergehenden Erbringung ärztlicher Leistung“ einen anderen Arzt anstellen. In einer Einzelordination darf höchstens ein weiterer Arzt auf Vollzeitbasis (40 Stunden Vollzeitäquivalent) eingestellt werden, in Gruppenpraxen maximal zwei. Die Ausbildung von PraktikantInnen im Rah-

men der Lehrpraxis ist von diesem Gesetz nicht betroffen. Eine klare Abgrenzung von Ordinationen und Gruppenpraxen von Strukturen selbstständiger Ambulatorien muss allerdings weiterhin bestehen. Für Patienten soll dabei das Recht auf eine freie Arztwahl erhalten bleiben.

Mit dem Gesetz soll der Beruf des Hausarztes gestärkt werden, indem eine bessere Work-Life-Balance ermöglicht wird – auch im Sinne einer guten Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Die Anstellung von Ärzten in Ordinationen ist ein Eckpfeiler in der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung. Das Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung hat sich im Rahmen der Zeitschrift für Gesundheitspolitik bereits zu Beginn des Jahres mit dem Thema „Anstellung von Ärzten bei Ärzten“ auseinandergesetzt. Rechtliche Themen wurden aufgearbeitet, eigene Überlegungen angestellt, ein Blick nach Deutschland geworfen und eine Befragung der Ärztinnen und Ärzte in Oberösterreich, inklusive Fokusgruppe, abgehalten.

### **Andere Änderungen**

Im Ärztegesetz sind des Weiteren Änderungen in der Ausbildung zum Notarzt, eine Regelung des ärztlichen Beistands für Sterbende und eine Anerkennung alternativer Heilverfahren vorgesehen. Die Begutachtungsfrist für die Gesetzesänderung lief bis 8. November.