



DGK.

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
– Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf
Telefon: +49 (0) 211 / 600 692-0
Fax: +49 (0) 211 / 600 692-10
E-Mail: info@dgk.org
Web: www.dgk.org

Herrn
Dr. Dirk Bernhardt
Bundesgesundheitsministerium
Referat 221
11055 Berlin

Per E-Mail: 221@bmg.bund.de
Nachrichtlich : stn@awmf.de

Düsseldorf, den 17. August 2018

DGK_V2018_044 Referentene Entwurf TSVG

AZ 221 - 20020

„Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung“

Sehr geehrter Herr Dr. Bernhardt,

gerne nimmt die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung (DGK) die gebotene Möglichkeit wahr um den vorgelegten Entwurf zu kommentieren:

Die Planung, die Terminservicestellen in die bestehende bundeseinheitliche Telefonnummer 116 117 für den Not- und Bereitschaftsdienst 24/7 zu integrieren, ist aus unserer Sicht begrüßenswert. Insbesondere auch die Verknüpfung zu der Notrufzentrale 112 wird als sinnvoll erachtet, um eine effektive Triagierung der Patienten bereits im Rahmen des Telefonservice zu ermöglichen. So sollten Notfälle, von dringlichen und von elektiven Terminen bereits auf dieser Ebene differenziert und entsprechend vermittelt werden. Eine Optimierung des Versorgungsbedarfs wird so allerdings aus unserer Sicht nicht erreicht. Vielmehr muss hier eine Verbesserung der Bedarfsplanung erfolgen, welche die realistischen Bedürfnisse der Bevölkerung und die demographischen Fakten sowie die krankheitsbezogenen Morbiditäts- und Mortalitäts- Statistiken widerspiegelt. Die zunehmend ansteigende Relevanz der Morbidität und Mortalität im Bereich der Herz-/Kreislaferkrankungen müssen dabei dringlich Berücksichtigung finden.

Der weitere Versuch, den Versorgungsbedarf durch Ausbau der Mindest-Sprechzeiten und offenen Sprechzeiten gerecht zu werden, erscheint ebenfalls nicht zielführend. Daten des ZI belegen, dass Kardiologen bereits jetzt zu den Ärzten mit den längsten Sprechzeiten im Bundesvergleich zählen. Auch hier sollte vielmehr eine krankheitsbezogene korrekte Bedarfsplanung erfolgen.

Aus einer Ausweitung der offenen Sprechstunden werden, in Analogie zu der bereits bestehenden Situation der Notaufnahmen der Krankenhäuser, schlussendlich nur überfüllte Wartezimmer und stundenlange Wartezeiten resultieren. Vielmehr muss hier der Fokus auf eine massive Entbürokratisierung zur Entlastung der Ärzte und Strukturen gelegt werden. Als ein aktuelles Beispiel seien die momentan zunehmenden Anfragen der Krankenkassen genannt, welche Informationen zu z.T. mehrere Jahre alten Abrechnungen einfordern. In der Vergangenheit oblag diese Aufgabe den Kassenärztlichen Vereinigungen. Nun treten die Kassen direkt an die jeweiligen ärztlichen Versorger heran. Hier muss sogar eine fragwürdige Einflussnahme auf die freie Praxis diskutiert werden.

Aber auch andere Modelle sollten in Betracht gezogen werden. So ist die Einbeziehung der Patienten selbst zu einem wirtschaftlichen Verhalten wünschenswert. Denkbar sind Steuerungselemente über Selbstbeteiligungsmodelle bei Wahlтарifen, um das Kostenbewusstsein der Patienten zu erhöhen.

Der Anreiz einer extrabudgetären Vergütung für die ärztliche Versorgung neuer Patienten und auch eine erhöhte Vergütung zur Behandlung in der Akutversorgung (in Analogie zur Vergütung der Notaufnahmen der Krankenhäuser) wird als sinnvoll erachtet.

Der akute Herzinfarkt und die chronisch ischämische Herzkrankheit führen leider weiterhin die Liste der häufigsten Todesursachen, laut dem Statistischen Bundesamt, in der Bundesrepublik Deutschland an. In diesem Zusammenhang sei auch im Hinblick auf die spezielle kardiologische Akutversorgung auf bereits eigeninitiativ entwickelte Strukturen wie Brustschmerzambulanzen verwiesen. Diese entsprechen letztlich einer offenen Sprechstunde, welche allerdings speziell Patienten mit unklaren akuten Brustschmerzen zur schnellen Abklärung vorbehalten ist.

Insgesamt werden die beschriebenen ersten Maßnahmen einer „Entbudgetierung“ jedoch begrüßt und dienen sicherlich einer kurzfristigen Lösung zur Verbesserung des bestehenden Versorgungsbedarfes. Langfristig müssen hier jedoch andere Maßnahmen, wie der Ausbau der Anzahl verfügbarer Studienplätze für das Fach Medizin ergriffen werden. Zudem muss der Tendenz junger Ärzte entgegengewirkt werden zunehmend ihre ärztliche Tätigkeit im Ausland aufzunehmen oder frühzeitig nach dem Studium in die Industrie abzuwandern. Der alltägliche Umgang mit Ärzten in der Öffentlichkeit, gesteuert durch Politik und Journalismus, dient sicherlich nicht dazu dieses Abwandern aus der medizinischen Versorgung innerhalb der BRD entgegenzuwirken.

Zuschüsse für Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten ländlichen Regionen und für die Koordination von Terminvermittlungen sind gute Ansätze. Aber wie bereits angesprochen, kann eine bedarfsgerechte Versorgung auch in Ballungsgebieten nur über eine ausreichende Zahl an Versorgern gedeckt werden, weshalb auch hier eine Anpassung erfolgen muss.

Diese Anpassung halten wir nicht nur aus den bereits geschilderten Gründen für notwendig, sondern auch vor dem Hintergrund der zunehmenden „Ambulantisierung“ von Eingriffen wie Herzkatheteruntersuchungen, Schrittmacher- und Defibrillator-Implantationen oder elektrischer Kardioversionen und dem damit verbundenen Mehraufwand der ambulanten Medizin.

Davon abgesehen, gehört die sog. „Sprechende Medizin“ nicht nur in die Routine der hausärztlichen Versorgung, sondern findet im Alltag von Fachärzten, wie zum Beispiel Kardiologen, selbstverständlich ebenso statt. Somit wird die Neubewertung medizinisch-technischer Leistungen zur Förderung der „Sprechenden Medizin“ sehr kritisch bewertet. Durch den stetigen technischen Fortschritt, wäre zwar ein ebenso stetiger Ausbau der vorgehaltenen Gerätschaften wünschenswert; dies ist jedoch betriebswirtschaftlich durch die gleichzeitig steigenden Personal- und Nebenkosten nicht realisierbar. Hierdurch ist bereits jetzt vielerorts (sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor) ein Investitionsstau entstanden. Gerade im Bereich Kardiologie seien in diesem Zusammenhang nicht-kostendeckende Untersuchungen wie Schrittmacherkontrollen, Langzeit-EKGs, Langzeit-Blutdruckmessungen oder die transösophageale Echokardiographie (Schluckultraschall) genannt. Dadurch findet eine Subventionierung durch die Ärzte zum Wohle des Patienten statt, welche jedoch letztlich zu Lasten der Neuanschaffungen geht.

Vor diesem Hintergrund ist auch die Notwendigkeit eines Ausbaus der sektorenübergreifenden Versorgung zu erwähnen, einhergehend mit einer optimierten Vernetzung zum Befundaustausch. Alleine hierdurch könnten Doppeluntersuchungen in nicht unerheblicher Zahl vermieden werden und so Kapazitäten für andere Patienten geschaffen werden. Diesbezüglich ist eine Digitalisierung wünschenswert, jedoch (noch) nicht zwingend erforderlich. Hierzu müssten zunächst bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden, wie Finanzierbarkeit der notwendigen Soft- und Hardwareprodukte, eine gesetzliche Verankerung sowie die Unterstützung durch die Bundesregierung für einen entsprechenden Datenaustausch unter Einbehaltung der Regelungen des Datenschutzgesetzes.

Weiterhin muss ein Schutz der beteiligten Ärzte und Institutionen gewährleistet sein, für den Fall eines unkalkulierbaren Cyberangriffes. Im Hinblick auf die geplante elektronische Patientenakte, welche auch über mobile Geräte wie Smartphones abrufbar sein soll, muss der damit entstehende Aufklärungsbedarf für Patienten gesichert sein.

Weiterhin ist in Bezug auf eine erfolgreiche sektorenübergreifende Versorgung ein Ausbau selektiver Vertragsstrukturen sinnvoll und effektiv. Dies haben z.B. der Kardiologievertrag nach 73c in BW oder der CorBene Vertrag bewiesen. Deshalb wäre eine gesetzlich verankerte Pflicht von 140er Verträgen neben den 73b Verträgen sinnvoll.

Um die Verzahnung zur Klinik zu verbessern, muss eine sinnvolle ASV geschaffen werden mit deutlich geringerem bürokratischen Aufwand und eigenständiger Vergütungsstruktur und der Pflicht der Beteiligung niedergelassener Praxen.

Wir lehnen Modelle wie die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen eine Sicherstellung durch Eigeneinrichtungen zu erweitern ab. Hierdurch würde eine nicht nachvollziehbare Konkurrenzsituation entstehen. Ein Mangel sollte vielmehr durch neue Anreize für bereits bestehende Niederlassungen ausgeglichen werden. Auch die Eigeneinrichtungen der KVen müssten Ärzte generieren, die derzeit nicht verfügbar sind.

Es würde also eine Konkurrenzsituation nicht nur bezüglich der Patientenversorgung entstehen, sondern auch in Bezug auf die Anstellung von Ärzten. Gehälter würden sich potenzieren und zu guter Letzt auf Kosten der beitragszahlenden Niedergelassenen steigen.

Die bereits angeregte Sicherstellung der Versorgung, insbesondere in unterversorgten Regionen durch die Förderung des Potentials von Praxisnetzen und Gründung medizinischer Versorgungszentren, ist deutliche vielversprechender und ohne Entwicklung möglicher Konfliktsituationen durchführbar.

Schlussendlich sollte aber, in Anbetracht des zunehmenden Mangels an potentiellen Praxisnachfolgern (bedingt durch die geringere Bereitschaft Investitionen in die eigene Selbstständigkeit zu tätigen, die zunehmende Feminisierung der Medizin und den sich dadurch entwickelnden progredienten Ärztemangel) durch die Legislative keinesfalls weitere Hürden für die Erhaltung der ambulanten Medizin, zum Beispiel durch Erschwerung von MVZ Trägerschaften, errichtet werden.

Zusammengefasst finden sich im Referentenentwurf einige positive Ansätze, welche in vielen Bereichen jedoch sicherlich nachreguliert werden müssten und in manchen Bereichen sollten ganz neue Ansätze verfolgt werden. Zumindest, wenn man die kardiologische Versorgung im ambulanten Bereich weiter flächendeckend aufrechterhalten möchte.

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Hugo A. Katus
Präsident
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Herz- und Kreislaufforschung e.V.



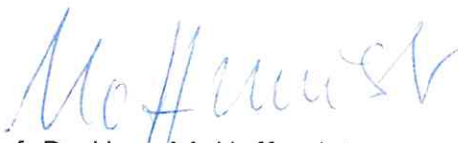
Dr. Norbert Smetak
federführender Autor
und Mitglied des Vorstandes der DGK e.V.
Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie
Bundesvorsitzender BNK e.V.



Prof. Dr. Steffen Massberg
Vorsitzender
Kommission für Klinische Kardiovaskuläre Medizin



Priv.-Doz. Dr. Stefan Perings
federführender Autor
und Mitglied der Kommission für Klinische
Kardiovaskuläre Medizin
Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie
Stellv. Bundesvorsitzender BNK e.V.



Prof. Dr. Hans M. Hoffmeister
Vorsitzender
Ständiger Ausschuss *Kardiologische Versorgung*