

Nach einem Jahr benutzt erst ein kleiner Teil der Versicherten die neue Identifikation

Zwang zur Gesundheitskarte

Seit über einem Jahr dümpelt die Einführung der neuen elektronischen Gesundheitskarte vor sich hin. Jetzt macht die Bundesregierung Druck. Bis Ende 2011 soll bundesweit jeder Zehnte der 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherten mit der Chipkarte ausgerüstet sein. Die Strategie heißt Zuckerbrot und Peitsche.

Bundesgesundheitsminister Philip Rösler (FDP) hat die Rute rausgeholt. Mit Zwangsmaßnahmen will die schwarz-gelbe Bundesregierung Schwung in das kränkelnde Milliarden-Projekt „elektronische Gesundheitskarte“ bringen. Per Gesetz wurden alle Kassen bundesweit dazu verdonnert, bis Ende 2011 mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten mit der bei vielen Ärzten auch aus Datenschutzgründen ungeliebten E-Card auszustatten. Rund sieben Millionen Karten müssen binnen zwölf Monaten produziert und verteilt sein. Andernfalls drohen saftige Strafzahlungen: Bei den Kassen sollen die Verwaltungskosten um zwei Prozent gekürzt werden – und das dürfte dann in die Millionen gehen.

Große Unsicherheit

Keine Rede ist mehr von der Pilotregion Nordrhein, wo die rund neun Millionen Versicherten nach ursprünglichem Plan schon seit Ende des Jahres die Chipkarte im Portemonnaie haben sollten. Nun soll die Karte gleich übers ganze Bundesgebiet verteilt werden. Dabei verlief die Ausgabe schon im Testgebiet monatelang im Schnecken tempo, denn die Unsicherheit über das, was das Kärtchen eigentlich mal können soll, ist groß. Die AOK Rheinland/Hamburg, mit knapp drei Millio-

nen Versicherten größte Kasse der Nordrhein-Region, hat bislang nur 25 000 Karten ausgegeben. Immerhin 2,4 Millionen müssen es bei der AOK bundesweit bis Ende 2011 sein. Bei der Techniker Krankenkasse sind bisher nur 5000 neue Karten unter die Leute gekommen – 760 000 sind bundesweit gefordert.

„Zwang ist immer ein schlechtes Mittel“, meint dazu der Vorstandschef der AOK Rheinland/Hamburg, Wilfried Jacobs. Immerhin stehe die Gesundheitskarte schon seit vier Jahren im Gesetz. „Rund um die Karte ist nur herumgejert worden.“ Schon kurz nach dem Start im Oktober 2009 kam die Ausgabe ins Stocken, auch der Neustart nach einem Streit zwischen Kassen und Politik brachte keinen Schwung. Bisher könne die neue E-Card nicht viel mehr als die alte Versichertenkarte, meint Jacobs. Neu ist das Foto und der Auslandskrankenschein. Außerdem können die Stammdaten etwa bei Heirat oder Umzug online geändert werden, so dass nicht mehr wie bisher eine neue Karte gedruckt werden müsse.

„Aber das reicht nicht für dieses Investment!“, sagt Jacobs. „Da muss noch etwas draufgeladen werden.“ Die neue Karte hat viele Speicher, die aber außer den Notfalldaten zur Blutgruppe oder zu Allergien nur online zum Einsatz kommen. So kann die Karte Kennzeichen für den Organspendeausweis, das elektronische Re-



Auf der Karte ist neben den gespeicherten elektronischen Patientendaten auch ein Foto des Karteninhabers zu sehen.

FOTO DAPD

zept, aber auch das Ruhen der Leistungen und den Zuzahlungsstatus enthalten.

Die Kassen setzen vor allem auf die elektronische Patientenakte, um den Papierkrieg zwischen Praxen und Kassen zu beenden. Über alle Daten auf dem Chip entschei-

det der Versicherte. „Wir spüren nach wie vor eine relative Abwehr innerhalb der Ärzteschaft“, sagt Jacobs. Die Ärzte haben Zweifel an der Datensicherheit. Vertrauliche Patientenakten gehören ihrer Meinung nach nicht auf einen Zentralserver. Mit der Online-Anbindung

der Karte rechnen Fachleute nicht vor 2012 oder 2013. „Wir wollen nicht eine Karte produzieren, die nachher nicht eingesetzt werden kann“, heißt es bei der Techniker. Damit die Karte zum Einsatz kommt, müssen bundesweit Arztpraxen und Kliniken mit neuen Le-

geräten ausgestattet werden. Ärzte fürchten Chaos in den Praxen und noch längere Wartezeiten, falls das System einmal abstürzen sollte. Und allen ist klar: Wenn sie nicht zu benutzen ist, fliegt die Karte aus dem Portemonnaie. > DOROTHA HÜLSMEIER, DPA

Bund will Ärzte und Kliniken besser koordinieren

Kampf dem Mediziner-Mangel

Gegen den Ärztemangel in ländlichen Regionen setzt die Bundesärztekammer auf die Neuordnung der medizinischen Versorgung. Ärzte und Kliniken sollen besser koordiniert werden, sagte Vizechef Frank Ulrich Montgomery der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung*. Patienten könnten demnach je nach örtlicher Gegebenheit einmal eher in einer Klinik, ein anderes Mal jedoch vorzugsweise beim Arzt versorgt werden.

Künftig würden dann nicht mehr die Länder mit den Kostenträgern die Klinikbetten planen und die Ärztevereinigungen mit den Krankenkassen die Arztstühle, sagte Montgomery angesichts des von der Koalition geplanten Gesetzes für Ärzte und Kliniken. „Stattdessen gäbe es eine Landesplanungskonferenz, in der die Krankenhausesellschaft, die Kassen, die

Kassenärztliche Vereinigung, die Ärztekammer und der Landesgesetzgeber gemeinsam festlegen, was stationär und was ambulant versorgt wird.“

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) will in Kürze mit Ländern und Verbänden darüber verhandeln, wie die ärztliche Versorgung in Kliniken und Praxen mit einem Versorgungsgesetz verbessert werden kann. Strikt lehnte Montgomery den Vorstoß der Krankenkassen ab, Ärzten am Ende ihres Berufslebens den Verkauf ihrer Praxis zu untersagen. Der Kassen-Spitzenverband will so der Ärzteschwemme in Ballungsräumen entgegenwirken und Kapazitäten für unterversorgte Regionen frei machen. Montgomery entgegnete, der Praxiswert stelle einen Teil der Altersversorgung der Mediziner dar. > DPA

Kassen: Neue Behandlungsmethoden besser erproben

Kliniken unter Druck

Die Krankenkassen erhöhen den Druck für Kliniken in Deutschland hin zu einer besseren Erprobung neuer Behandlungsmethoden. „An vielen Stellen werden an Krankenhäusern neue Methoden eingesetzt, die nicht erprobt sind und über die es keine Studien gibt“, sagte die Vorsitzende des Kassen-Spitzenverbands, Doris Pfeiffer. „Hier muss ein Umdenken stattfinden.“ Nötig sei eine Qualitätssicherung ähnlich wie bei den Arzneimitteln. „Wir brauchen eine Nutzenbewertung“, sagte Pfeiffer. „Diese Bewertungen sollten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss initiiert werden.“

Das Spitzengremium von Ärzten, Kassen und Kliniken spielt bereits eine zentrale Rolle bei der Bewertung neuer Arzneimittel. „Wenn keine Studien vorliegen, sollte eine Studie durchgeführt und

die Methode geprüft werden müssen“, forderte Pfeiffer. „In der Zwischenzeit sollte die Methode nur in bestimmten Innovationszentren unter kontrollierten Bedingungen angewendet werden.“

Die Patienten könnten so schnell und sicher auch mit modernen Methoden versorgt werden. „Daran sollte eine ganze Reihe von Kliniken beteiligt sein, die bei den einzelnen neuen Behandlungsmethoden an einer Studie teilnehmen.“ Zum Beispiel gebe es bei den Medizinprodukten keine ausreichenden Qualitätsprüfungen. „So gibt es medikamentenbeschichtete Ballonkatheter für Herzpatienten, die bei uns breit angewendet werden, obwohl nur ein geringer Vorteil für eine sehr kleine Gruppe von Patienten nachgewiesen ist“, erläuterte Pfeiffer. > DPA

In Bayern kümmern sich neun Teams um Schwerstkranken

Ausbau der Palliativmedizin

Der Freistaat Bayern fördert den Ausbau der Versorgung schwerstkranker Menschen in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung. „Für die bayerische Staatsregierung ist die Verbesserung der Versorgung schwerstkranker und Sterbender bereits seit Jahren ein zentrales Anliegen. Schwerstkranken Menschen haben ein Recht darauf, ihre Würde zu bewahren“, sagte Bayerns Gesundheitsstaatssekretärin Melanie Huml (CSU) bei der Fachtagung „1 Jahr SAPV in Bayern“ im Bayerischen Landtag.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist ein weiterer wichtiger Baustein im umfassenden Palliativprogramm des Freistaats. Sie richtet sich an Menschen, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen. Deshalb unterstützt das Gesundheitsministerium auch im kommenden Jahr die spezialisierte ambulante Palliativversorgung mit 100 000 Euro. In ihrem Grußwort

zur Eröffnung der Fachtagung beehrte Landtagspräsidentin Barbara Stamm die Bedeutung der Thematik für viele betroffene Menschen. „Wie und wo wir das Ende unseres Lebens erfahren wollen, das hat nichts mit Beliebigkeit zu tun – das ist eine Frage der Selbstbestimmung und damit der Menschenwürde.“

Würdigung des Ehrenamts

Alois Glück (CSU), Bayerns früherer Landtagspräsident, betonte die Bedeutung des Ehrenamts in der Palliativversorgung: „Die ehrenamtlichen Helfer sorgen sich um die Schwerstkranken und unterstützen die Hauptamtlichen aus Medizin und Pflege.“

Bayern verfügt als einziges Bundesland in Deutschland über ein eigenes Fachprogramm zur Palliativversorgung in Krankenhäusern.

Das Ausbauziel im stationären Bereich ist bereits zu 97 Prozent erreicht. Das Gesundheitsministerium hat bereits in diesem Jahr die Studie zur Wirksamkeit und Qualitätssicherung in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung an der Universität Augsburg gefördert. Zusätzlich gab es eine Anschubfinanzierung in Höhe von 15 000 Euro je SAPV-Team.

Mittlerweile kümmern sich in Bayern neun Teams in Regensburg, München (2), Fürth, Erlangen, Bamberg, Taufkirchen, Würzburg und Augsburg um die schwerstkranken Erwachsenen. Für Kinder sind in München und in Erlangen zwei weitere Gruppen im Einsatz. 2011 ist mit weiteren Vertragsabschlüssen zu rechnen. „Um die palliativmedizinische Versorgung auch im ländlichen Raum zu stärken, hat eine Arbeitsgruppe des Gesundheitsministeriums bereits Maßnahmen erarbeitet“, so Melanie Huml. > BSZ

Die Änderungen für gesetzlich Krankenversicherte im Überblick

Teurer und weniger Leistungen

Mit dem Start der Gesundheitsreform hat sich für die rund 70 Millionen gesetzlich Versicherten in Deutschland vieles geändert und teils verteuert. Ein Überblick: **Beitragserrhöhung.** Der Beitragssatz steigt von 14,9 auf 15,5 Prozent. Arbeitgeber zahlen nun 7,5 Prozent, Arbeitnehmer 8,2 Prozent. Das spült runAd 6 Milliarden Euro zu den Kassen. Bei einem Bruttoeinkalt von 2000 Euro werden 164 statt 158 Euro fällig. Dieser Beitragssatz soll fest bleiben.

Einsparungen. Der Ausgabenanstieg für Ärzte, Kliniken und die Pharmaindustrie soll um 3,5 Milliarden Euro gesenkt werden. Zusammen mit dem Beitragssatz soll

so das Kassendefizit 2011 gedeckt werden.

Zusatzbeiträge. Künftige Mehrkosten für Ärzte, Kliniken und Arzneimittel müssen die Kassenmitglieder über Zusatzbeiträge bezahlen. Die geltende Ein-Prozent-Obergrenze für diese von Kasse zu Kasse unterschiedlichen Pauschalen entfällt. Unabhängig vom Einkommen muss jedes Mitglied einer Kasse den verlangten Betrag in gleicher Höhe überweisen.

Sozialausgleich. Übersteigt der durchschnittlich von allen Kassen gebrauchte Zusatzbeitrag zwei Prozent des Einkommens eines Kassenmitglieds, erhält es die Differenz als Senkung des normalen Kassenbeitrags zurück. Der Aus-

gleich wird aus Steuermitteln bezahlt.

Steuern. Der Bundeszuschuss für die gesetzlichen Kassen sinkt von 15,7 auf 15,3 Milliarden Euro. Wegen wegfallender Staatshilfe in der zurückliegenden Krise hätte eigentlich auf etwa 13 Milliarden Euro sinken sollen. Die nun doch höhere Summe soll die Finanzierung des Sozialausgleichs bis 2014 sichern.

Privatversicherte. Ein Jahr nach Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze von derzeit noch 49 950 Euro dürfen gesetzlich Versicherte in eine Privatkasse wechseln. Bisher waren es drei Jahre. 2011 beträgt die Grenze 49 500 Euro im Jahr. > DPA

Ärzte profitieren beim Image dank der TV-Serien

Jahrelang bewirkten die TV-Ärzte, dass ihre realen Kollegen in der Öffentlichkeit das höchste Ansehen aller Berufsstände besaßen. Die Schauspieler Christian Quadflieg (*Der Landarzt*), Rainer Huhold (*Praxis Bülowbogen*) und vor allem Klausjürgen Wussow (*Die Schwarzwalddoktrin*) besicherten den Halbgöttern in Weiß einen Image-Schub, wie ihm sich keine PR-Agentur besser ausdenken konnte – und das nahezu zum Nulltarif. Die Bewerberzahlen an den Hochschulen gingen kontinuierlich nach oben. Davon können Maschinenbauer und Elektrotechniker nur träumen.

Studenten der Kommunikationswissenschaft haben sich nun den Spaß gemacht, einmal auszurechnen, was eine Werbekonktion hätte kosten müssen, um den selben Effekt zu erzielen. Sie kamen dabei auf die sagenhafte Summe von mehr als 1 Milliarde Euro. Dreist wäre nun allerdings die Forderung, dass dieser Betrag auch nur zu einem Teil bei den aktuellen Honorarforderungen der Mediziner in irgend einer Form berücksichtigt werden soll... > APL

NaturaMed
vitadivine

Erschöpft?

- Migräne
- Rücken
- Gelenke
- Infekte

Attraktive Pauschaltangebot!

Ursachendiagnose Schnupper- und Seniorenwoche
beihilfefähig
0 75 24 990-222
88339 Bad Waldsee
naturamed.de