

Ist Karl Lauterbach die Abrissbirne des „besten Gesundheitswesens der Welt“?

Wem gehört der Bürger/Patient?

Pressemappe zur gemeinsamen Pressekonferenz von

IG Med e.V.

VuV e.V.

Bündnis für Datenschutz und Schweigepflicht (BfDS)

Bündnis Widerspruch gegen die elektronische Patientenakte (ePA)

Berlin, 11.09.2024

Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz

Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstr. 55

10117 Berlin



Inhaltsverzeichnis:

Forderungen der IG Med zur GOÄ/GOZ	3
Statement der Vereinigung unabhängiger Zahnärzte Niedersachsen	6
Statement Freie Apothekerschaft e.V.	7
Bündnis für Datenschutz und Schweigepflicht (BfDS)	8
Bündnis Widerspruch gegen die elektronische Patientenakte (ePA)	13
Kritisches Statement zur elektronischen Patientenakte aus hausärztlicher Sicht	15

Anhänge:

1. Präsentation: Harmonisierter Gesundheits-Preis-Index für die GOÄ

Notwendigkeit einer kurzfristigen Anpassung und langfristigen Dynamisierung sowie Flexibilisierung der GOÄ vor dem Hintergrund steigender Kosten und stagnierenden Vergütungen

Prof. Günter Neubauer, Dr. Christof Minartz, Sabine Radeck-Knorre

2. Handout

Elektronische Patientenakte - Gesetz gewordene Gefährdung der informationellen Selbstbestimmung

IG Med e.V.

Forderungen der IG Med zur GOÄ/GOZ

Dr. Ilka M. Enger



Hund, Katze, Maus - sind unsere tierischen Freunde wertvoller als Herrchen und Frauchen?

Weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit wurde von Landwirtschaftsminister Cem Özdemir die Gebührenordnung für Tierärzte nach Beratungen durch ein Expertengremium veröffentlicht - Begründung des Ministers: Eine zeitgemäße Gebührenordnung für Tierärzte ist auch für das Tierwohl entscheidend.

Und damit müssen sich alle, die an der Verzögerungstaktik und miserablen Ausgestaltung in Bezug auf Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte beteiligt waren und sind, die Frage gefallen lassen, ob das Wohl unserer tierischen Mitkreaturen mehr wert ist als die Behandlung und das Wohlergehen von Menschen.

Verweigert Karl Lauterbach wegen seines politischen Plans einer „Bürgerversicherung“, die die Behandlung für alle gleich schlecht machen soll, weiterhin die Reformen von GOÄ und GOZ mit Hinweis auf fehlende Regelungen im Koalitionsplan, trägt er damit auch zum Niedergang der medizinischen Versorgung in Deutschland bei.

Aber blicken wir auf die historische Entwicklung der Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte, um damit eben auch die Tragweite dieser politischen Fehlentwicklung über Jahrzehnte.

Ursprünglich ist die GOÄ/GOZ die offizielle und einzige Preisliste für die entsprechenden medizinischen Leistungen, die von der politischen Exekutive - also der Bundesregierung - per Rechtsverordnung einen fairen Ausgleich für die erbrachten medizinischen Leistungen zwischen Patient und Arzt/Zahnarzt schaffen sollte. Dabei sollte weder der Patient übervorteilt werden, noch sollte dem Arzt/Zahnarzt sein gerechtes Honorar vorenthalten werden.

Bei der Schaffung der gesetzlichen „Preislisten“ stand in der Tat ursprünglich die GOÄ/GOZ Pate für EGO und BMÄ und wurde dann mit einem Zwangsrabatt durch die Politik belegt, um die Beiträge stabil zu halten.

Mit der Pauschalisierung medizinischer Leistungspakete im EBM 2000plus und den entsprechenden Veränderungen der zahnärztlichen Regelungen im gesetzlichen System entfernte man sich von einer leistungsgerechten Vergütung, wie sie eigentlich gesetzlich in GOÄ und GOZ normiert ist.

Einer der Architekten dieses EBM im ärztlichen Bereich war der damalige Geschäftsführer der kassenärztlichen Bundesvereinigung, Bernhard Rochell. Als dann die Bundesärztekammer genau diesen Herrn für die Ausgestaltung der neuen GOÄ „einkaufte“, läuteten bei vielen niedergelassenen Ärzten die Alarmglocken - und das zu Recht!

So wurden von Herrn Rochell Elemente in die GOÄ eingeführt, die aus dem GKV-System stammen und unseres Erachtens dazu dienen sollten, eine Zusammenführung von GOÄ und

Interessengemeinschaft Medizin e.V., Königsallee 30, 40212 Düsseldorf, Vereinsregister: RV 1743,
Registergericht: Düsseldorf, vertreten durch Ilka M. Enger. www.ig-med.de - info@ig-med.de

EBM vorzubereiten - und zwar auf dem Niveau des GKV-Systems. Und man darf mit Fug und Recht die Frage stellen, mit welcher „Hidden Agenda“ Bernhard Rochell diese GOÄ in einer für die niedergelassenen Praxen schädlichen Form gestaltete und warum Montgomery und später auch sein Nachfolger Reinhardt an dieser GOÄ-Reform weiter festgehalten hat.

Es scheint auch wenig zielführend, dass - wie von den damaligen liberalen Gesundheitsministern Rössler und später Bahr eingefordert - die PKV mit der BÄK an den Verhandlungstisch um die GOÄ gesetzt wurde und damit die konträren Interessen dieser inkompatiblen Partner natürlich zu einer Verzögerung und auch zu einem untragbaren Kompromissvorschlag führen würde.

Damit hat sich die damalige Bundesregierung aus der Verantwortung für die Festsetzung einer Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte genommen. Und unsere (zahn-)ärztlichen Vertreter haben sich mit diesem Vorgehen politisch über den Tisch ziehen lassen. Seit 10 Jahren tritt zum Beispiel die GOÄ auf der Stelle, die Ausgestaltung der GOÄneu läuft definitiv in eine falsche Richtung und die BÄK ist dafür verantwortlich, dass auch auf Seiten der privaten Krankenversicherung und bei den Selbstzahlerleistungen Verluste für die Praxen in Millionenhöhe in Kauf genommen wurden.

Es ist nun endlich an der Zeit, dass wir wieder zu einer tragfähigen Finanzierung unserer (zahn-)ärztlichen Arbeit zurückfinden und dafür ist gerade die Reform der GOÄ/GOZ das entscheidende Gegengewicht auch für eine positive Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Deshalb fordert die IG Med e.V. folgende Maßnahmen:

1. Soforthilfe: Eine sofortige Anpassung der Steigerungsfaktoren im Normalfall auf 4-fach und bei besonderer Erschwernis auf 8-fach muss von der Bundes(zahn)ärztekammer allen Ärzten empfohlen werden und eine Abstufung dieser Faktoren durch die PKV muss auch von den entsprechenden Vereinigungen juristisch bekämpft werden.
2. Mittelfristig müssen die Punktwerte in der bestehenden GOÄ/GOZ endlich an die derzeitige Finanzsituation in Deutschland angepasst werden. Dies erfordert eine Normänderung durch die Exekutive, die politisch und/oder juristisch - notfalls auch mit entsprechenden Protestmaßnahmen - durch BÄK/BZÄK durchgesetzt werden muss. Immerhin macht sich die Bundesregierung hier eines seit Jahrzehnten bestehenden Rechtsverstoßes schuldig.
3. Der untaugliche Kompromissvorschlag für die GOÄneu, der von BÄK zusammen mit den PKVen erarbeitet wurde, muss sofort zurückgezogen werden, weil durch die Veränderungen im Paragraphenteil massive Nachteile für die Ärzteschaft entstehen, die nicht mehr zu beheben sein werden. Stattdessen muss eine GOÄ/GOZ erarbeitet werden, die analog zur GOT aus dem Landwirtschaftsministerium eine faire und zeitgemäße medizinische Behandlung des Menschen möglich macht und damit das „Menschenwohl“ im Auge hat. Der zeitlicher Korridor für diese reformierte GOÄ/GOZ darf ein Jahr nicht überschreiten und muss unbedingt von Ärzten und Zahnärzten öffentlich begleitet werden. Die bisherige Hinterzimmerpolitik und Geheimniskrämerei um die Entwicklung der GOÄ/GOZ muss ein Ende haben!

4. Wie in unserer Untersuchung gezeigt, muss eine Dynamisierung der GOÄ/GOZ automatisch alle 4 bis 5 Jahre erfolgen, damit eine Situation, wie sie derzeit bei der Gebührenordnung besteht, nicht nochmals auflaufen kann.

Für diese Veränderungen wird sich die IG Med e.V. mit aller Kraft einsetzen.

Statement der Vereinigung unabhängiger Zahnärzte Niedersachsen

Annette Apel



Zur Honorarentwicklung in der Zahnmedizin/ Gebührenordnung GOZ

Die Gebührenordnung für Zahnärzte wurde 1987 als neue Honorarordnung zum Ersatz der BUGO-Z von 1965 von der Bundesregierung neu erlassen. Die BUGO-Z von 1965 wurde dabei - unter Einschluss der zusätzlich neu aufgenommenen Leistungsbereiche – auf der Grundlage des [damaligen] Gebührenvolumens kostenneutral auf die neue GOZ 1988 umgestellt und der Steigerungssatz für durchschnittliche Leistungen auf den 2,3-fachen Satz festgelegt.

Im Jahr 2012 erfolgte eine Anpassung an neue wissenschaftliche Standards. Diese sogenannte Modernisierung musste mit der Vorgabe der Regierung wiederum kostenneutral erfolgen. Bezogen auf das Basisjahr 1965 hat es in Deutschland von Januar 1965 bis Januar 2022 nach Angaben des statistischen Bundesamts einen Preisanstieg um 345 % gegeben, während das GOZ-Honorar unverändert auf dem Stand von 1965 blieb und damit seit Inkrafttreten jedes Jahr einer Abwertung unterlag.

Hinzu kommt, dass die Zahnärzte bis auf wenige Ausnahmen, die verwendeten Materialien nicht separat berechnen können, da die Honorarpositionen diese Materialkosten beinhalten. Dadurch ist das erzielte Honorar zusätzlich erheblich gesunken und es erfolgt eine ständige fortlaufende Abwertung, die umso schneller steigt, je höher die Kostensteigerung ist.

Bei dieser negativen Honorarentwicklung ist es nach fast 60 Jahre seit Bestehen der BUGO-Z/GOZ, endlich an der Zeit, die Honorarsituation der Zahnärztinnen und Zahnärzte den aktuellen wirtschaftlichen Verhältnissen anzupassen und eine Gebührenordnung zu erlassen, die zukunftsfähig ist und immer aktuell angepasst werden kann.

Statement Freie Apothekerschaft e.V.

Reinhard Rokitta



Stagnation des sogenannten Apothekerhonorars

Thema Nr. 1 in der Apothekenwelt ist seit Jahren der Festzuschlag gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV), das sog. Apothekenhonorar. Der Festzuschlag auf rezeptpflichtige Arzneimittel bildet nach wie vor die maßgebliche Einnahmequelle für Apotheken. Trotz Inflation, steigender Kostenquote und immer neuen Aufgabenübertragungen ist der Festzuschlag seit über zehn Jahren nicht erhöht worden und liegt nur geringfügig über dem Niveau im Zeitpunkt seiner Einführung: Der Fixbetrag wurde im Jahr 2004 zunächst auf 8,10 € pro rezeptpflichtigem Arzneimittel festgesetzt. In der Zwischenzeit gab es lediglich eine Anpassung; - zum 01.01.2013 wurde der Betrag auf 8,35 € erhöht.

Die durch die nunmehr zwanzigjährige Stagnation des Festzuschlags bewirkte Abkopplung der Apotheken von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ist eine der Hauptursachen für das weithin sichtbare „Apothekensterben“ in Deutschland. Mit der im April 2024 erhobenen Klage gegen die Bundesrepublik Deutschland vor dem Verwaltungsgericht Berlin begehren mehrere Mitglieder der Freien Apothekerschaft eine Erhöhung des Festzuschlags. Sie beantragen die gerichtliche Feststellung, dass ein Anspruch auf eine der Kostenentwicklung der Apotheken entsprechende Anpassung des Fixhonorars besteht.

Die Kläger stützen ihren Anspruch maßgeblich auf § 78 Abs. 1 Satz 2 des Arzneimittelgesetzes (AMG). Danach ist das Bundeswirtschaftsministerium dazu ermächtigt, den Festzuschlag der Apotheken anzupassen. Nach der Gesetzesbegründung soll dabei in der Regel eine Überprüfung des Festzuschlags im Abstand von zwei Jahren erfolgen, um häufige Anpassungen im geringen Cent-Bereich zu vermeiden (BT-Drs. 15/1525, S. 166). Da es seit nunmehr 20 Jahren weder zu einer rechtlich haltbaren Überprüfung noch zu einer Anpassung des Festzuschlags gekommen ist, war es geboten, Klage zu erheben.

Ärzte, Therapeuten und Patienten werden zu Datenlieferanten Statement zur elektronischen Patientenakte

Ich bin in München niedergelassener Psychiater und Psychotherapeut, und vertrete hier das Bündnis für Datenschutz und Schweigepflicht (BfDS). Für dieses Bündnis habe ich 2020 eine Bundestagspetition zum neuen Datennetz im Gesundheitswesen in Berlin vertreten, und in den letzten Jahren vielfältig dazu bzw. zur elektronischen Patientenakte publiziert.

Worum geht es generell bei der elektronischen Patientenakte? Seit 2021 müssen die gesetzlichen Krankenversicherungen ihren Versicherten eine solche Akte anbieten. Die Daten werden zentral auf Servern privater Firmen wie IBM und Bitmarck im Auftrag der Krankenkassen gespeichert.

Nachdem bisher nur gut 1 Prozent diese Möglichkeit genutzt hat, wurde mit dem Digitalisierungsgesetz vom Dezember die **opt-out-Lösung eingeführt**, d. h. für jede Bürgerin und jeden Bürger wird automatisch eine elektronische Patientenakte eingerichtet, dies auch bei Zuzug und Geburt. Man muss gezielt widersprechen, wenn man das nicht wünscht.

Diese **neue sogenannte „ePA für alle“** kommt im Januar 2025, hier zunächst für vier Wochen in zwei Modellregionen in Franken und Hamburg, im Februar dann für ganz Deutschland. Bis Ende 2025 sollen laut Minister Lauterbach 80 Prozent der deutschen Bürgerinnen und Bürger eine ePA haben.

Die Krankenkassen verschicken gegenwärtig die **Informationen zur ePA** und zum Widerspruchsverfahren, das AOK-Info-Paket dazu beispielsweise hat 44 Seiten (<https://www.aok.de/pk/magazin/cms/fileadmin/pk/pdf/gkv-sv-infopaket-epa.pdf>), das wird mit Sicherheit genauso gründlich gelesen wie die AGB- und Cookiebestimmungen, mit denen wir täglich zahlreich konfrontiert werden.

In den Infoschreiben der Kassen werden ausschließlich etwaige Vorteile der ePA betont, von der TK etwa

- kein Papierkram mehr,
- keine Suche mehr nach dem gelben Heft oder auch,
- dass sich über die ePA die Arztpraxen schnell und einfach austauschen.

Auf etwaige Nachteile wird dabei nirgends hingewiesen. Das Bundesgesundheitsministerium und die Betreibergesellschaft Gematik handhaben das ebenso.

Allein schon diese **Einseitigkeit der ePA-Informationen** ist äußerst kritisch zu sehen.

Ich kann hier nicht im Detail auf alle kritischen Aspekte der ePA eingehen. Näher aufgeführt habe ich sie in etlichen Artikeln sowie aktuell in dem **Büchlein „Die elektronische Patientenakte – Das Ende der Schweigepflicht“**, das im Mai im Westend-Verlag erschienen ist.

- Kurz sei zumindest **zu den erwähnten Vorteilen** gesagt:
Entlassungsberichte aus Kliniken kommen oft erst spät oder gar nicht, dies zumeist aus Zeitnot der Klinikkollegen, sie nützen also auch elektronisch nicht viel,
- Befunde in der ePA können auch deswegen fehlen, da Pat. eventuell die Speicherung hier abgelehnt haben. Die Vollständigkeit der ePA-Daten ist somit nicht garantiert.
- Zudem können Fehldiagnosen in der ePA stehen, was gefährlich werden kann, wenn man sich als Arzt darauf verlässt. Die Datenpflege generell ist nicht geregelt.
- Nicht mehr den Impfpass suchen zu müssen, ist zwar schön, man zahlt aber mit der zentralen Datenspeicherung einen hohen Preis, wie wir gleich noch sehen werden.
- Im Übrigen: Zum Umfang von **Doppeluntersuchungen**, deren Vermeidung auch oft als Vorteil betont wird, liegen keine validen Studien vor. Und **Wechselwirkungen zwischen Medikamenten** können längst anderweitig mit Tools im Computersystem unserer Praxen oder mittels Internet-Datenbanken vermieden werden.

Besonders kritisch aber sehen wir den Zwang, der durch die erwähnte **opt-out-Lösung** ausgeübt wird. Viele Bürgerinnen und Bürger werden überfordert sein von den Widerspruchsmöglichkeiten und diese häufig schlichtweg übersehen oder vergessen.

Bei der **Organspende** hat man im Bundestag vor wenigen Jahren mit guten Gründen auf eine solche Widerspruchslösung verzichtet. Bei der ethisch mindestens genauso heiklen Frage des Umgangs mit sensiblen Krankheitsdaten, die auch stigmatisierend sein können, wurde leider jetzt der opt-out-Weg gewählt.

Auch der jetzt ausgeschiedene Bundesdatenschützer Ulrich Kelber hatte diesen Weg noch vor einem Jahr im Deutschlandfunk kritisiert als Misstrauen gegenüber Patienten, nach dem Motto, sie hätten die ePA bisher nicht gut genug genutzt, jetzt müsse man sie zu ihrem Glück zwingen (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/145392/Kelber-hat-weiter-Zweifel-an-Plan-fuer-elektronische-Patientenakte>).

Der Preis dafür, seine Krankheitsdaten zentral speichern zu lassen, ist jedoch hoch. Die Daten sollen 100 Jahre lang gespeichert werden.

Psychotherapiepatienten in Finnland mussten vor wenigen Jahren bereits erleben, wie es ist, wenn ihre zentral gespeicherten Diagnosen und Therapieverläufe im Netz auftauchen und sie damit erpresst werden. Es kam damals auch zu Selbstmorden betroffener Patienten.

Zudem ist zur vollständigen Steuerung der ePA der **Gebrauch von Mobilgeräten auf neuestem Stand erforderlich**, was viele Patienten von vornherein ausschließt. 10 Prozent der Deutschen besitzen kein Smartphone, viele weitere wollen es bewusst nicht für sensible Daten nutzen. Die informationelle Selbstbestimmung ist daher erheblich eingeschränkt. Hier auf eine Ombudsstelle zu verweisen, die ersatzweise tätig werden könnte, gleicht dies in keinsten Weise aus.

Meine oft schwer und chronisch Kranken, von komplexer Technik meist überfordert, haben ganz andere Sorgen, z. B. überhaupt noch Termine bei Ärztinnen und Therapeuten zu bekommen.

Denn wir haben **eigentlich andere Notwendigkeiten** im Gesundheitswesen, das kann ich hier nur schlagwortartig anreißen, etwa:

Ärztemangel, Pflegenotstand, nicht lieferbare Medikamente, Kliniken- und Apothekensterben und Hitzetote. Auch ist Armut immer noch eher mit Krankheit, Reichtum mit Gesundheit korreliert. Allein hier bestünde viel mehr Handlungsbedarf.

Zwang bei der ePA besteht aber auch dahingehend, dass **Behandelnde in den Praxen nach dem neuen Gesetz verpflichtet sind, die elektronische Patientenakte zu befüllen**. Das betrifft Arztbriefe mit oft sensiblen Inhalten genauso wie Laborbefunde und Medikationsdaten.

Die Möglichkeit für Patienten, einzelne in der ePA schon gespeicherte Dokumente für einzelne Ärzte zu verbergen, wird in der opt-out-ePA nicht mehr gegeben sein. Jede und jeder Behandelnde kann so auch von einer erfolgten Therapie psychischer Erkrankungen erfahren, was leider auch heute noch oft zu Stigmatisierung und Benachteiligung führt. Auch auf der Webseite des Bundesdatenschützers wird dieser **Wegfall der sogenannten feingranularen Steuerung** kritisiert:

(<https://www.bfdi.bund.de/DE/Buerger/Inhalte/GesundheitSoziales/eHealth/elektronischePatientenakte.html>, siehe hier auch unter „Die widerspruchsbasierte ePA ab 2025 (Opt-out)“).

Die Daten sollen zudem **an das staatliche Forschungsdatenzentrum** aus der ePA weitergeleitet werden, auch dies automatisch, also mit ggf. nötigem Widerspruch. Die Datenweiterleitung erfolgt pseudonymisiert, also nur Name durch Nummer ersetzt.

Anträge von Forschung und Industrie beim Forschungsdatenzentrum zur Datennutzung sollen niedrigschwellig genehmigt werden; entscheidend ist laut BMG hierbei nicht der Absender, sondern der Nutzungszweck; somit können auch Unternehmen wie Google und Amazon hier an Daten gelangen, da Tochterunternehmen jeweils im Gesundheitsbereich aktiv sind. Einen Datenaustausch mit den USA wünscht Minister Lauterbach davon abgesehen sowieso.

Es wird zwar betont, dass es sich um **Datennutzung für gemeinwohlorientierte Forschung** handeln soll, die aber kaum von gewinnorientierter Forschung zu trennen ist, denkt man allein an vielfältige Verflechtungen zwischen Universitäten und Industrie. Die Daten sind zudem für Forschung oft qualitativ kaum brauchbar, was schon das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) festgestellt hat.

Die Daten werden auch automatisch **in den Europäischen Gesundheitsdatenraum** fließen. Es wird schwer werden nachzuverfolgen, was dann hier weiter mit den Daten geschieht.

Insgesamt gehen daher viel Transparenz und Vertrauen verloren. Wie soll man Kindern, Migranten und bildungsfernen Schichten all diese komplexen Fakten näherbringen? Es scheitern genauso Journalisten, Akademiker, Ärzte und Therapeutinnen daran.

Im Übrigen aber wird auch das Arzt-Patienten-Geheimnis, die Schweigepflicht zerstört, wenn mit der Befüllungspflicht

- Daten automatisch aus den Praxissystemen
- in die automatisch für Jeden eingerichtete ePA geleitet und
- von dort ebenso automatisch an Forschung und Europa weiterfließen.

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach spricht bereits davon, dass **Künstliche Intelligenz** Praxisgespräche automatisch und zeitgleich aufzeichnen und ebenso weiterleiten könnte (siehe QR-Code).



QR-Code: Karl Lauterbach auf der Data-for-health-Konferenz am 21.06.2023, Ausschnitt aus dem Video „Nackt in der Gesundheitscloud“ des Handelsblatt-Autors Norbert Häring

Es scheint eher um Ökonomie und Standortvorteile zu gehen, was auch aus Äußerungen von Lauterbach und Kanzler Scholz hervorgeht.

Das Projekt aber verursacht hohe Kosten in Milliardenhöhe, erfüllt somit nicht das Wirtschaftlichkeitsgebot für Leistungen im Gesundheitswesen, während gleichzeitig schon wieder über Leistungskürzungen und höhere Kassenbeiträge diskutiert wird.

Sinnvolle digitale Anwendungen im Gesundheitswesen wünschen wir uns sehr, dies aber freiwillig und ohne zentrale Datenspeicherung, und mit Mehrwert statt mit Mehraufwand, der jetzt schon absehbar ist.

Der Experte Prof. Mohammadi von der Uni Lübeck, der zu Anonymisierungstechniken forscht, hat kürzlich die zentrale Speicherung von Patientendaten aus der Versorgung kritisiert. Auch können weitergeleitete Daten, selbst wenn sie anonymisiert sind, rasch wieder de-anonymisiert werden.

Die ursprüngliche Planung, die wichtigsten Daten wie Medikationsplan, Impfdaten und eine Übersicht zu Vorerkrankungen **dezentral auf der Gesundheitskarte** zu speichern, hätten wir daher sehr begrüßt.

Karten können allerdings verloren gehen, und vielleicht ist nicht immer ein Lesegerät zur Hand ist (genauso allerdings wie auch nicht immer ein leistungsfähiges Internet verfügbar ist oder Störungen auftreten können, was häufig der Fall ist!).

Daher fordern wir in erster Linie **sichere digitale Verbindungen zwischen Ärzten, Therapeuten und Kliniken, sowie auch zu Patienten**. Das ist heutzutage auch über das normale Internet mit Verschlüsselung möglich und benötigt nicht zwangsläufig milliardenteure Zusatztechnik. Und die Daten würden dezentral bleiben, in den Praxen der Behandelnden, bei Bedarf konzentriert auf das Wesentliche dann weitergeleitet.

Die ePA, so wie sie jetzt eingeführt wird, kann jedenfalls Patientinnen und Patienten nicht empfohlen werden, zum Widerspruch ist zu raten.

Mit dem Büchlein ebenso wie letztlich mit der heutigen Pressekonferenz wollen wir eine dringend **notwendige öffentliche Diskussion** zur Frage des Umgangs mit sensiblen Gesundheitsdaten in der ePA anstoßen und Sie daher um entsprechende Berichterstattung bitten.

(Aktuelle Zusatzinformation zum generell fortschreitenden Digitalzwang:

<https://netzpolitik.org/2024/digitalzwang-wie-online-pflicht-menschen-ausschliesst/>)

Bündnis Widerspruch gegen die elektronische Patientenakte (ePA)

Arne Buß

Statement zu den Themen Datensicherheit, Datenschutz und ein Widerspruchsgenerator

Mein einziger Bezug zum Gesundheitswesen ist, dass ich Patient bin.

Beruflich bin ich Ingenieur und arbeite in der Projektentwicklung. Ich beschäftige mich daher regelmäßig mit Risikobetrachtungen. Dabei ist es insbesondere wichtig, sich die Risiken bewusst zu machen, damit man dann bewusst entscheiden kann, ein Risiko einzugehen.

Genau dies fehlt bei der elektronischen Patientenakte. Es gibt zwar ein Informationsschreiben der Krankenkassen. Trotz ca. 43 Seiten Informationsmaterial wird nicht auf die Risiken eingegangen. Deswegen können die Betroffenen keine informierte Entscheidung treffen. Daher bitte ich Sie als Journalisten, bei Ihrer Berichterstattung die von den Krankenkassen aufgeführten Vorteile den Risiken gegenüberzustellen. Nachfolgend ein paar der gravierendsten Risiken:

- **zentrale Datenspeicherung**

Gesundheitsdaten zählen zu den intimsten und gleichzeitig für Hacker lukrativsten Daten. Eine zentrale Datenspeicherung ist daher ein sehr attraktives Ziel für Hacker. In der Vergangenheit waren bereits mehrere zentralisierte europäische Gesundheitssysteme von umfangreichen Datenpannen betroffen.

- **Verlust der Datenhoheit**

Die kryptographischen Schlüssel für die Verschlüsselung der ePA werden nicht durch den Versicherten verwaltet. Die Datenhoheit liegt letztlich nicht beim Versicherten, der Zugriff kann jederzeit durch Gesetzesänderungen, z.B. bei politischem Wechsel, ausgeweitet werden. Bereits jetzt ist gesetzlich vorgesehen, dass der Zugriff auf die ePA-Daten auch ohne Mitwirkung des Versicherten zweckbezogen erlaubt ist, z.B. zur Ausleitung von pseudonymisierten Daten an das Forschungsdatenzentrum Gesundheit.

- **veraltende Verschlüsselung**

Verschlüsselungsalgorithmen veralten relativ schnell und sind dann nicht mehr sicher. Abgegriffene verschlüsselte ePA-Daten können also gespeichert und zu einem späteren Zeitpunkt entschlüsselt werden, wenn der verwendete Algorithmus gebrochen ist. Dies heißt im Fachjargon auch „harvest now, decrypt later“.

Das Bündnis Widerspruch gegen die elektronische Patientenakte (ePA)

Das Bündnis setzt sich für den Schutz der persönlichen medizinischen Daten der gesetzlich Krankenversicherten einsetzt.

Das Bündnis besteht überwiegend aus Organisationen von Ärzten, Psychotherapeuten, Patienten und Datenschützern.

Auf unserer Website **widerspruch-epa.de** werden wir neben der kritischen Aufklärung über die ePA auch einen Widerspruchs-Generator anbieten.

Dieser unterstützt die Versicherten bei den beiden gesetzlich vorgesehenen Widerspruchsmöglichkeiten vor der Einführung der ePA:

- a) gegen die ePA insgesamt oder
- b) nur gegen die automatisierte Befüllung der ePA mit den Abrechnungsdaten der Krankenkassen.

Unabhängig von der ePA bietet der Generator eine weitere Widerspruchsmöglichkeit: Krankenkassen dürfen zukünftig die Abrechnungsdaten der Versicherten für personalisierte Empfehlungen auswerten. Auch diesem Verfahren kann man mithilfe unseres Generators widersprechen.

Der Generator ist derzeit noch nicht online, da einige Krankenkassen Widersprüche gegen die ePA aktuell noch zurückweisen. Um zu vermeiden, dass zu viele Nutzer ihren Widerspruch später wiederholen müssen, ist unser Generator derzeit noch nicht freigeschaltet.

Wir beobachten die Situation und werden den Generator zu gegebener Zeit bereitstellen.

Daher haben wir auf unserer Webseite einen Newsletter eingerichtet und werden die Abonnenten aktiv informieren, sobald der Generator verfügbar ist.

Abschlussbemerkung zum Thema Opt-out: Aus meiner Sicht droht ein Dammbbruch, und zwar durch die zunehmende Einführung von Opt-out in immer mehr Lebensbereichen, wie aktuell bereits für Organspenden diskutiert wird. Wenn die Übersicht über die Opt-out-Optionen verloren geht, führt dies langfristig zum Verlust der Souveränität jedes Einzelnen. Hierzu ist aus meiner Sicht ein öffentlicher Diskurs notwendig, daher meine Bitte an Sie als Journalisten, sich des Themas anzunehmen.

Kritisches Statement zur elektronischen Patientenakte (ePA) aus hausärztlicher Sicht

Dr. Steffen Grüner

Als Hausarzt sehe ich mich veranlasst, meine ernsten Bedenken zur elektronischen Patientenakte (ePA) zu äußern, insbesondere hinsichtlich der Datenschutzproblematik und der finanziellen Belastung, die auf die Beitragszahler zukommt.

Ein wesentliches Problem stellt - wie bereits angesprochen - der mangelhafte Datenschutz dar. Die Speicherung von Patientendaten auf zentralen Servern birgt erhebliche Sicherheitsrisiken. Trotz der gesetzlich vorgeschriebenen Datenschutzmaßnahmen bleibt die Gefahr von Datenlecks oder unbefugtem Zugriff bestehen. Die Vertraulichkeit der Patientendaten kann so nicht zuverlässig gewährleistet werden, was für uns als Ärzte und für unsere Patienten eine erhebliche Vertrauensfrage darstellt. Bei Datenlecks stehen vor allem die Praxen, nicht die Krankenkassen oder die Politiker, die jetzt auf diese zentrale Speicherung drängen, gerade. Diese Praxen werden ebenso mit 2,5% Strafe belegt, wenn sie das Datengeheimnis für die Patienten wahren wollen.

Darüber hinaus sind die Kosten für die Implementierung und laufende Betreuung der ePA nicht zu unterschätzen. Die finanziellen Belastungen, die durch die veralteten Konnektoren-Technologien entstehen, sind insbesondere kritisch. Die Technik, die bereits in den 1990er Jahren entwickelt wurde, ist heutzutage nicht mehr zeitgemäß und verursacht hohe Kosten für die Anpassung und Integration in die modernen Systeme. Selbst die Gematik träumt seit 2021 von einer Telematik Infrastruktur 2.0. Diese Kosten werden letztlich von den Beitragszahlern getragen, was die finanzielle Belastung für die Allgemeinheit zusätzlich erhöht.

Zusätzlich kommt die Unübersichtlichkeit der ePA hinzu. Die meisten Informationen werden als PDF-Dokumente bereitgestellt, die in ihrer Struktur und Übersichtlichkeit suboptimal sind. Diese Form der Datenablage führt oft zu einer fragmentierten Darstellung der Patientenakten, was das Risiko von Fehldiagnosen erhöht, und die Qualität der Datenpflege beeinträchtigt.

Nicht zuletzt begrenzt die maximale Dateigröße von 25 MB (Quelle: ePA-Fakten) die Fähigkeit, umfassende medizinische Dokumente vollständig abzubilden. Diese Einschränkung kann dazu führen, dass wichtige Informationen fehlen oder stark komprimiert werden müssen, was wiederum die Nutzung und den Nutzen der ePA einschränkt.

Insgesamt sind die ePA in ihrer derzeitigen Form sowohl in Bezug auf Datenschutz als auch auf Kosteneffizienz und Praktikabilität unzureichend. Ebenso ist es nicht EU-konform. Es besteht dringender Handlungsbedarf, um diese Probleme zu adressieren und eine Lösung zu finden, die sowohl die Sicherheit der Patientendaten gewährleistet als auch die finanziellen Belastungen minimiert.

Harmonisierter Gesundheits-Preis-Index für die GOÄ

Notwendigkeit einer kurzfristigen Anpassung und langfristigen
Dynamisierung sowie Flexibilisierung der GOÄ vor dem Hintergrund
steigender Kosten und stagnierenden Vergütungen

Prof. Günter Neubauer, Dr. Christof Minartz, Sabine Radeck-Knorre

Bundespressekonferenz in Berlin

11.09.2024

www.ifg-muenchen.com

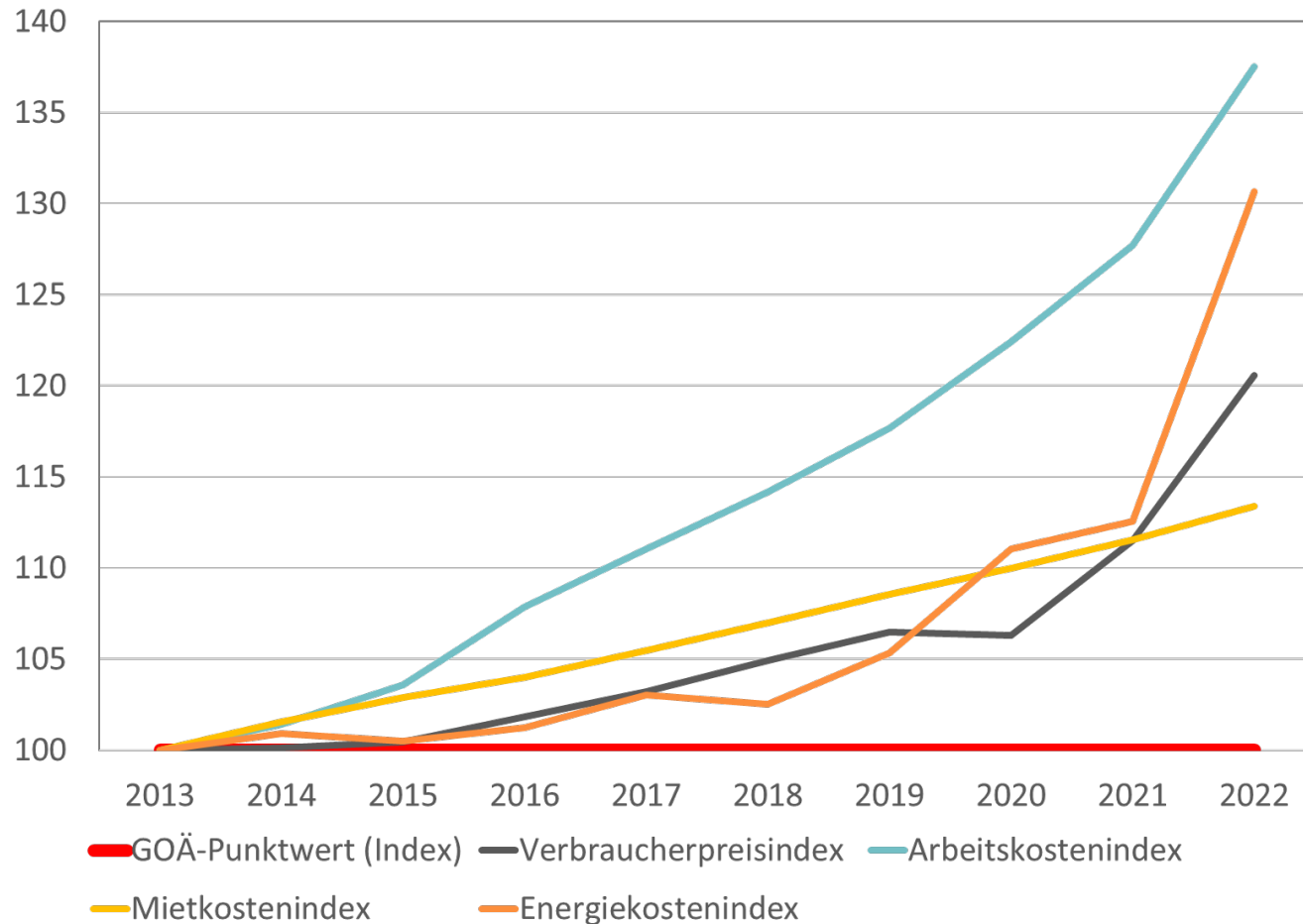


1. Das Problem:

Eingefrorener GOÄ-Punktwert bei laufend steigenden Preisen und Kosten

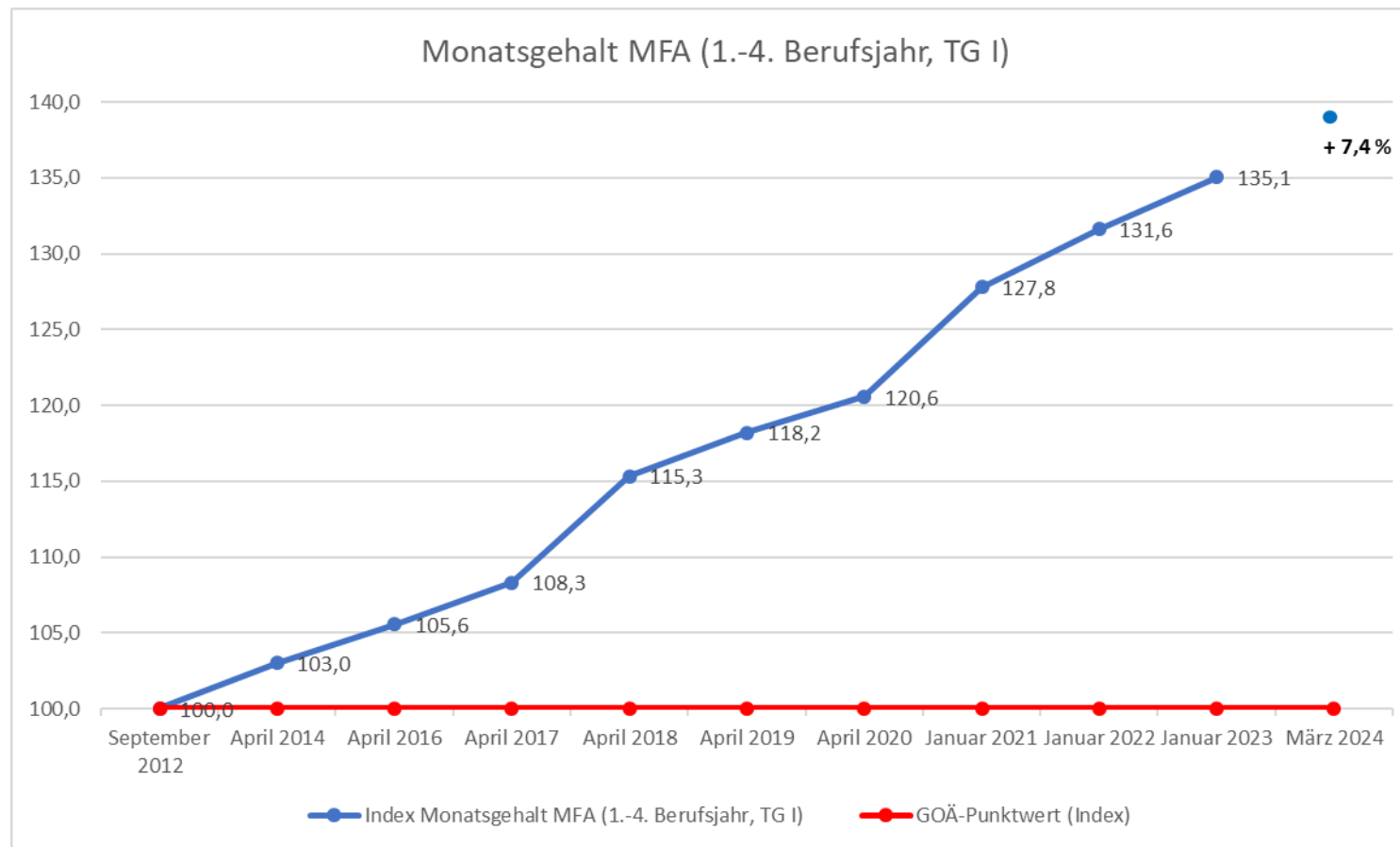
- Aktuell gültige GOÄ stammt im Wesentlichen aus dem Jahr 1982 und wurde lediglich im Jahr 1996 teilnovelliert
- In den letzten 40 Jahren haben sich sowohl im Hinblick auf das ärztliche Leistungsgeschehen als auch hinsichtlich der Preise und Kosten starke Änderungen ergeben
- In der aktuellen GOÄ ist weder die Dynamik des ärztlichen Leistungsspektrums noch die aktuelle Preis- und Kostenentwicklung abgebildet
- Die Lücke zwischen GOÄ-Vergütung und Kosten wird immer größer, wie alleine die allgemeine Preis- und Kostenentwicklung der letzten 10 Jahre zeigt

Entwicklung von GOÄ-Punktwert und Kosten/Preisen in den letzten 10 verfügbaren Daten-Jahren



Datenquellen: 1.) Statistisches Bundesamt (2023), Arbeitskostenindizes: Deutschland, Quartale, Wirtschaftsbereiche, Original- und bereinigte Daten, online verfügbar, URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=statistikTabellen&selectionname=62421#abreadcrumb> (letzter Abruf: 07.05.2023). 2.) Statistisches Bundesamt (2023a), Verbraucherpreisindex: Deutschland, Monate, online verfügbar, URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=61111-0002&startjahr=1991#abreadcrumb> (letzter Abruf: 07.05.2023). 3.) Statistisches Bundesamt (2023b), Preise, Daten zur Energiepreisentwicklung, Lange Reihen von Januar 2005 bis Januar 2023, online verfügbar, URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Preise/Publikationen/Energiepreise/energiepreise-entwicklung-pdf-5619001.pdf?__blob=publicationFile (letzter Abruf: 07.05.2023). 4.) Statista (2023), Entwicklung des Wohnungsmietindex für Deutschland in den Jahren von 1995 bis 2022, online verfügbar, URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/70132/umfrage/mietindex-fuer-deutschland-1995-bis-2007/> (letzter Abruf: 07.05.2023).

Entwicklung von GOÄ-Punktwert gegenüber MFA-Gehalt in den letzten 10 Jahren



Datenquelle: Bundesärztekammer (2023) / (2024)

2. Strategie zur Überwindung des Problems

Grundsatz der Veränderung:

**Von der Erstattung der Kosten
zur Vergütung der erbrachten Leistungen**

Von nachgewiesenen Kosten zur Preiskalkulation

Durchschnittliche Praxis- bzw. Behandlungskosten



Entgelt für Kapitaleinsatz



Arbeitsentgelt inklusive Sozialbeiträge entsprechend dem
Angestelltenstatus für den Praxisinhaber



Entgelt für unternehmerisches Risiko

(Personalrisiken, Kapazitätsrisiken, persönliches Gesundheitsrisiko)

Unser Vorschlag: Harmonisierter Gesundheits-Preis-Index

- Kontinuierliche Beobachtung: Wie entwickeln sich Kosten in den Aufwendungsarten mit den größten Anteilen an den Gesamtaufwendungen?
- Trendberechnung mit Prognose über 5-Jahreszeitraum
- Prognostizierte Steigerung der Einzelaufwendungen geht anteilmäßig in den Gesamtindex ein

➔ Gesamtindex gibt Auskunft über den angemessenen Anpassungsfaktor für den nächsten 5-Jahres-Zeitraum

STATISTISCHES BUNDESAMT
Zi-Preis-Panel – Jahresbericht 2021

Unternehmen und Arbeitsstätten
Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten

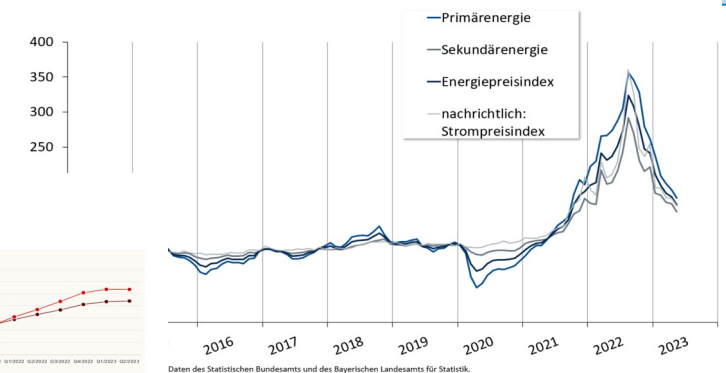
2019

Erhebungsfähige, verbindlich
Erhebten am 1. Dezember 2021
Abkürzungen: 2019=100

Der Faktor ist zu berechnen:
 $\text{Faktor} = \frac{\text{Preis}_{\text{2021}}}{\text{Preis}_{\text{2019}}}$

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021
Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, ist ohne Genehmigung gestattet.

Gesamt	2017	2018	2019	2020	2020 zu 2017	Veränderung pro Jahr
Gesamtaufwendungen	145,1	150,0	151,1	142,1	18,9	4,2%
Personal	75,9	81,1	84,5	80,3	18,9	4,2%
Anteil an Gesamtaufwendungen	52,3%	54,1%	55,9%	55,8%	14,6	4,8
Veränderung in Tsd. €	5,1	5,4	3,8	14,6	4,8	
Veränderung relativ	6,7%	6,7%	4,4%	18,9%	5,9%	
Material und Labor	7,8	7,9	8,3	9,3	15,5	6,0%
Anteil an Gesamtaufwendungen	5,4%	5,3%	5,5%	6,6%	1,5	0,5
Veränderung in Tsd. €	0,1	0,4	1,0	1,5	0,5	
Veränderung relativ	1,7%	5,0%	11,3%	19,0%	6,0%	
Miete einstell. RM für Praxiseinrichtungen	17,4	17,7	18,0	18,6	18,6	6,1
Anteil an Gesamtaufwendungen	12,0%	11,8%	11,9%	13,1%	1,1	0,4
Veränderung in Tsd. €	0,3	0,3	0,3	0,6	0,6	
Veränderung relativ	1,5%	2,8%	2,8%	6,4%	2,1%	
Verkehrsmittel, Kfz und Gebühren	5,1	5,4	5,4	5,4	5,4	1,0%
Anteil an Gesamtaufwendungen	3,6%	3,6%	3,6%	3,8%	0,3	0,1
Veränderung in Tsd. €	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	
Veränderung relativ	4,8%	-0,2%	0,7%	5,2%	1,7%	
Abschreibungen	9,4	9,2	9,1	9,0	-0,4	-0,1
Anteil an Gesamtaufwendungen	6,6%	6,2%	6,0%	6,3%	-0,4	-0,1
Veränderung in Tsd. €	-0,2	-0,2	-0,1	-0,1	-0,4	
Veränderung relativ	-1,9%	-1,7%	-0,6%	-1,1%	-1,4%	
Leasing und Miete von Geräten	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	0,0
Anteil an Gesamtaufwendungen	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,0	0,0
Veränderung in Tsd. €	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Veränderung relativ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Fremdkapitalzinsen	1,8	1,4	1,3	1,3	-0,4	-0,1
Anteil an Gesamtaufwendungen	1,2%	0,9%	0,8%	0,9%	-0,4	-0,1
Veränderung in Tsd. €	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,4	
Veränderung relativ	-10,0%	-12,2%	-12,3%	-27,1%	-10,0%	
Werbung und Instandhaltung	3,4	3,8	4,3	4,7	13,5	5,4%
Anteil an Gesamtaufwendungen	2,4%	2,5%	2,8%	3,3%	3,3%	1,1%
Veränderung in Tsd. €	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	
Veränderung relativ	12,4%	13,2%	9,3%	38,3%	11,3%	
Nutzung externer Infrastruktur	0,9	1,0	0,8	0,8	0,8	0,0
Anteil an Gesamtaufwendungen	0,6%	0,6%	0,5%	0,5%	0,0	0,0
Veränderung in Tsd. €	0,1	0,1	-0,1	-0,1	-0,1	
Veränderung relativ	7,8%	-15,0%	-1,0%	-6,9%	-3,4%	
Sonstige	20,3	21,4	22,1	21,7	14,5	7,2%
Anteil an Gesamtaufwendungen	14,0%	14,3%	14,6%	15,4%	1,4%	1,0%



Regelgebundene Preisverhandlungen

Verhandlungsbasis:

Ein konzertierter harmonisierter Gesundheits-Preis-Index

- Regelgebundene Vergütungsverhandlungen von Bundesärztekammer mit PKV-Verband und Innenministerien

Ergänzend:

- Selektive Preisverhandlung zwischen:
Arztverbände / -vereine und einzelnen Privatversicherern
und/oder Beihilfeträgern
- Fünfjähriger Verhandlungsrhythmus
- Einrichten eines Schiedsamts

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK

Frau-Holle-Straße 43, 81739 München

Tel. 089 / 60 51 98

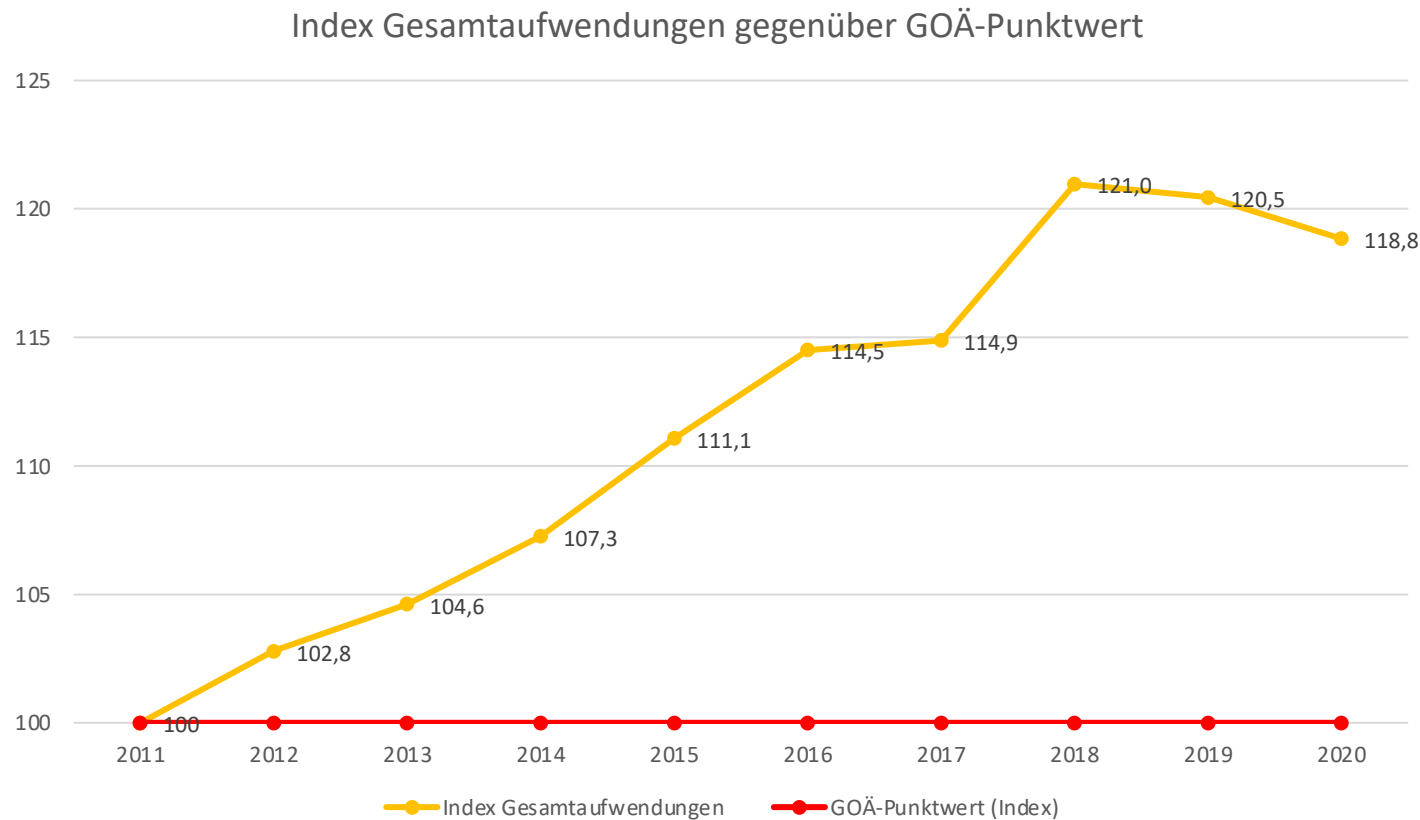
Fax: 089 / 606 11 87

E-Mail: ifg@ifg-muenchen.com

www.ifg-muenchen.com

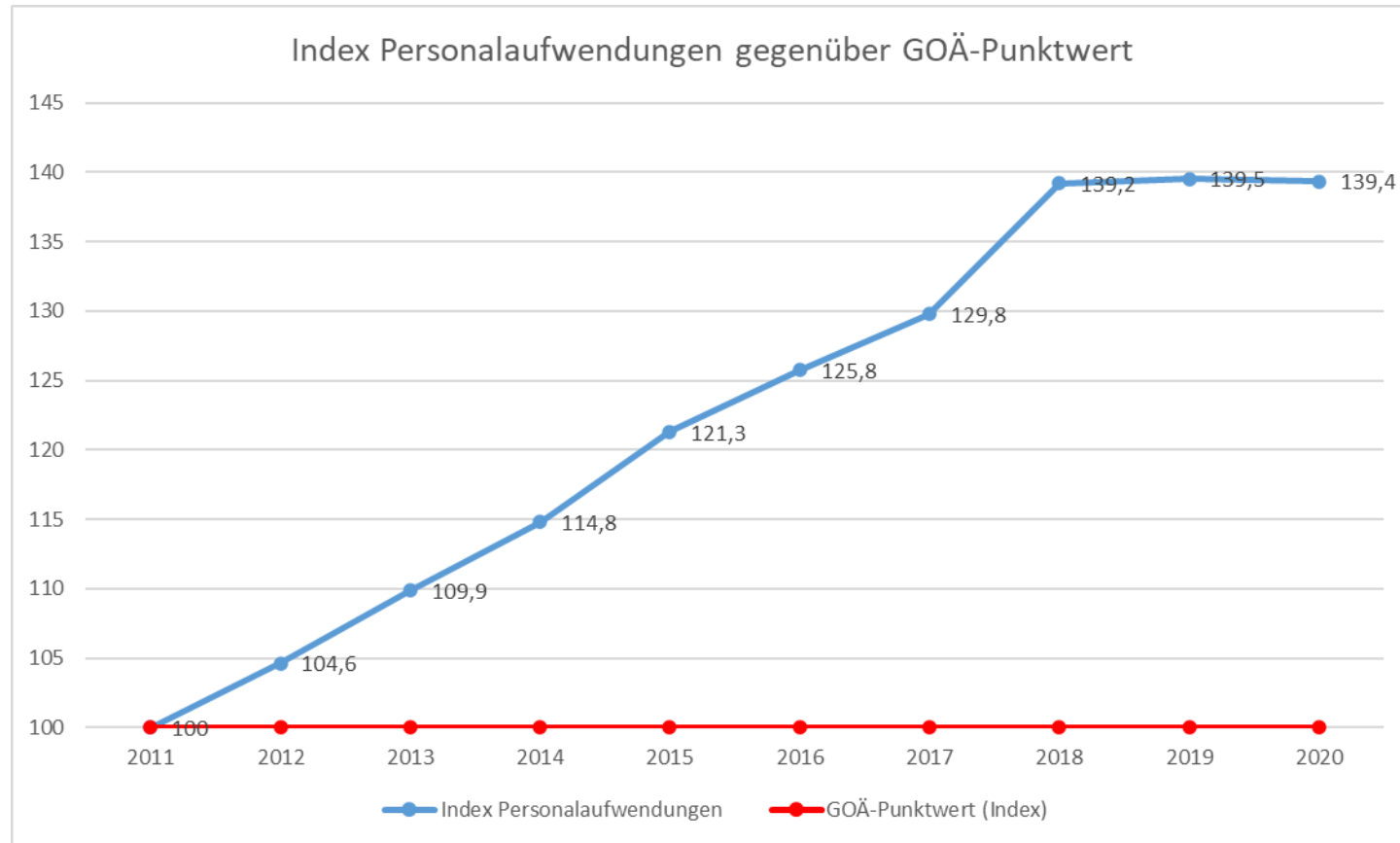
Back-up

Entwicklung von GOÄ-Punktwert gegenüber Gesamtaufwendungen in niedergelassenen Arztpraxen in den letzten 10 verfügbaren Daten-Jahren



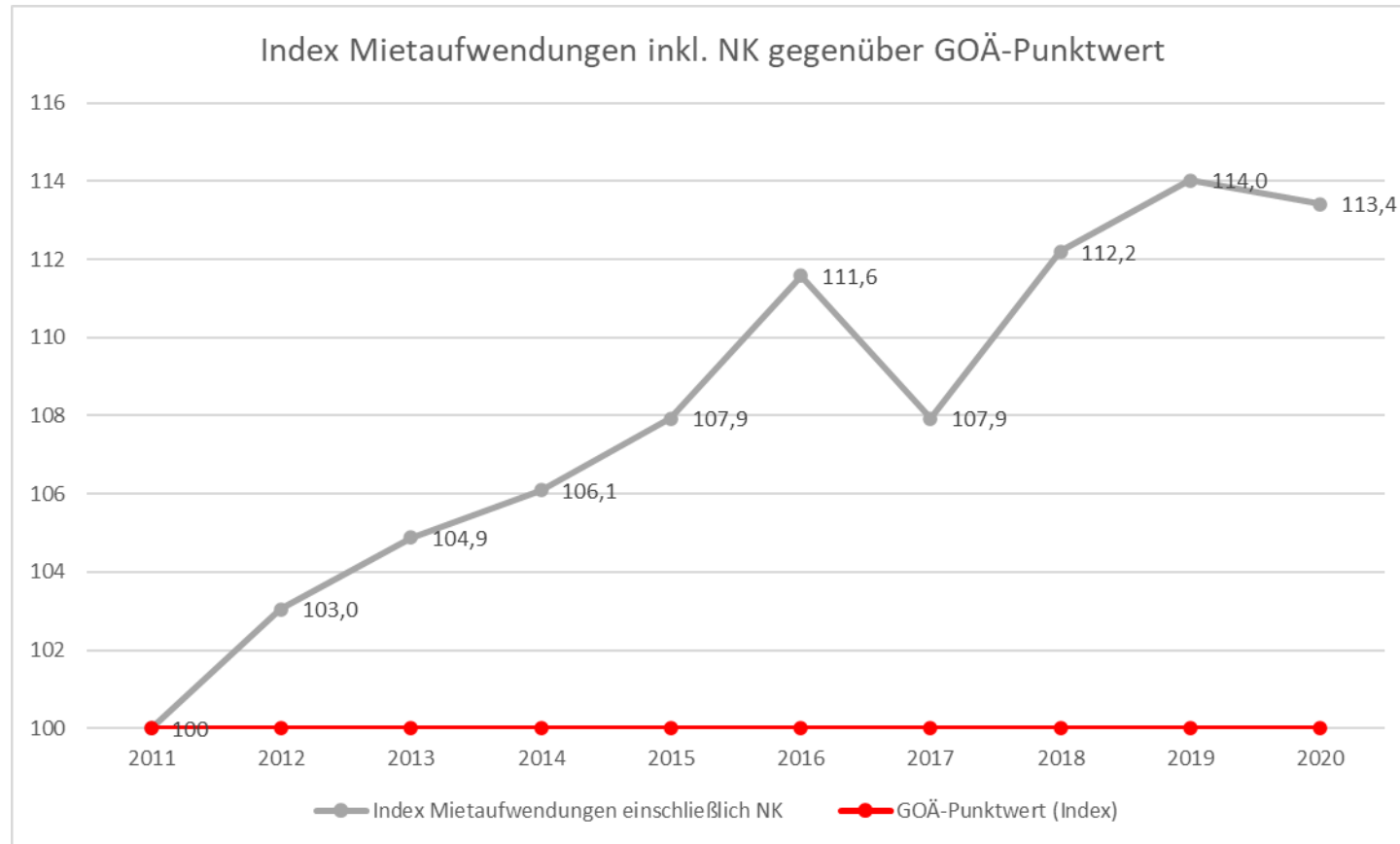
Datenquelle: Zi-Praxis-Panel, Jahresberichte 2013 bis 2021; online verfügbar, URL: <https://www.zi.de/themen/panel-befragungen-und-oekonomie/zi-praxis-panel> (letzter Abruf: 11.07.2023)

Entwicklung von GOÄ-Punktwert gegenüber Personalaufwendungen in niedergelassenen Arztpraxen in den letzten 10 verfügbaren Daten-Jahren



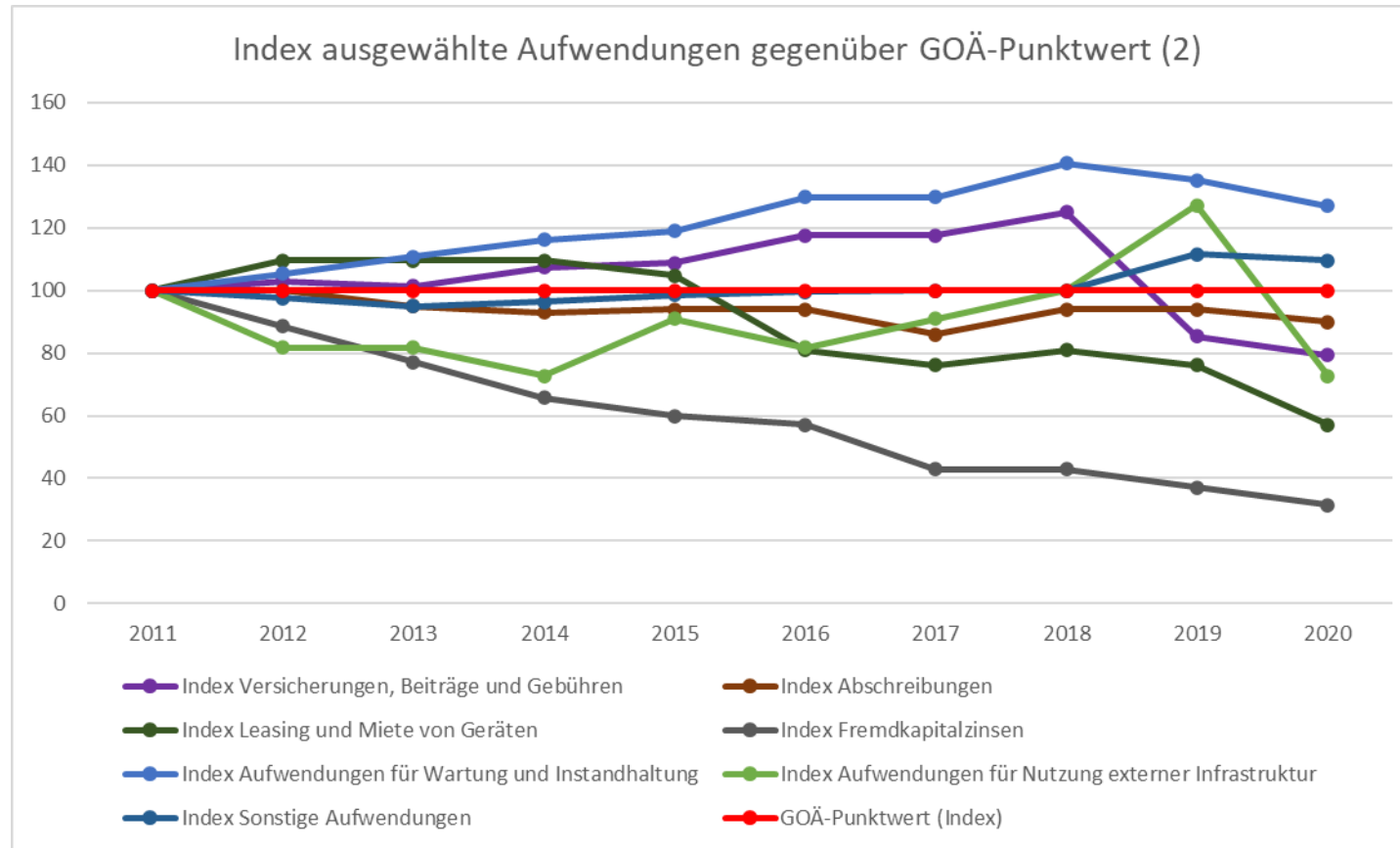
Datenquelle: Zi-Praxis-Panel, Jahresberichte 2013 bis 2021; online verfügbar, URL: <https://www.zi.de/themen/panel-befragungen-und-oekonomie/zi-praxis-panel> (letzter Abruf: 11.07.2023)

Entwicklung von GOÄ-Punktwert gegenüber Mietaufwendungen inkl. NK in niedergelassenen Arztpraxen in den letzten 10 verfügbaren Daten-Jahren



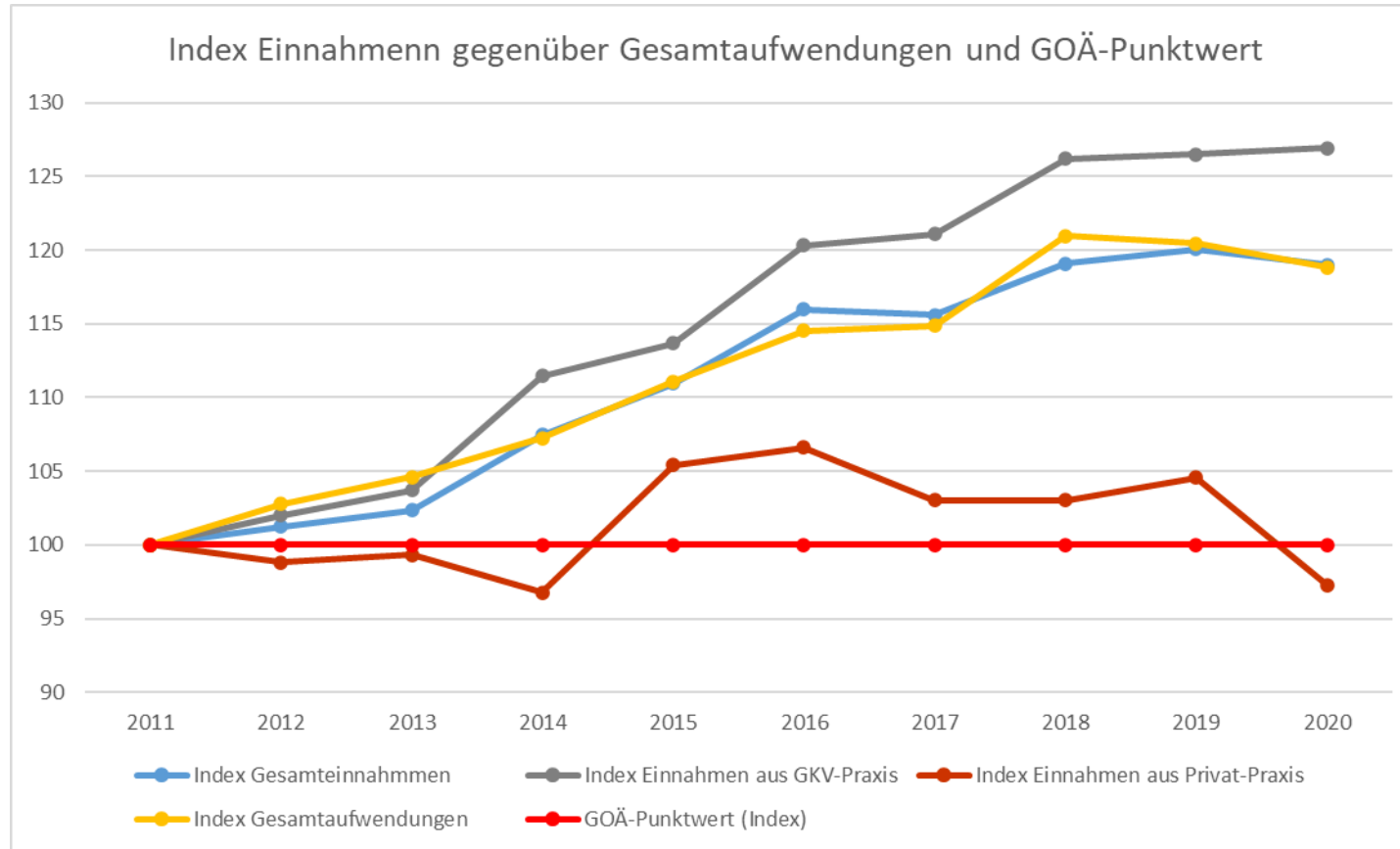
Datenquelle: Zi-Praxis-Panel, Jahresberichte 2013 bis 2021; online verfügbar, URL: <https://www.zi.de/themen/panel-befragungen-und-oekonomie/zi-praxis-panel> (letzter Abruf: 11.07.2023)

Entwicklung von GOÄ-Punktwert gegenüber weiteren ausgewählten Aufwend. in niedergelassenen Arztpraxen in den letzten 10 verfügbaren Daten-Jahren



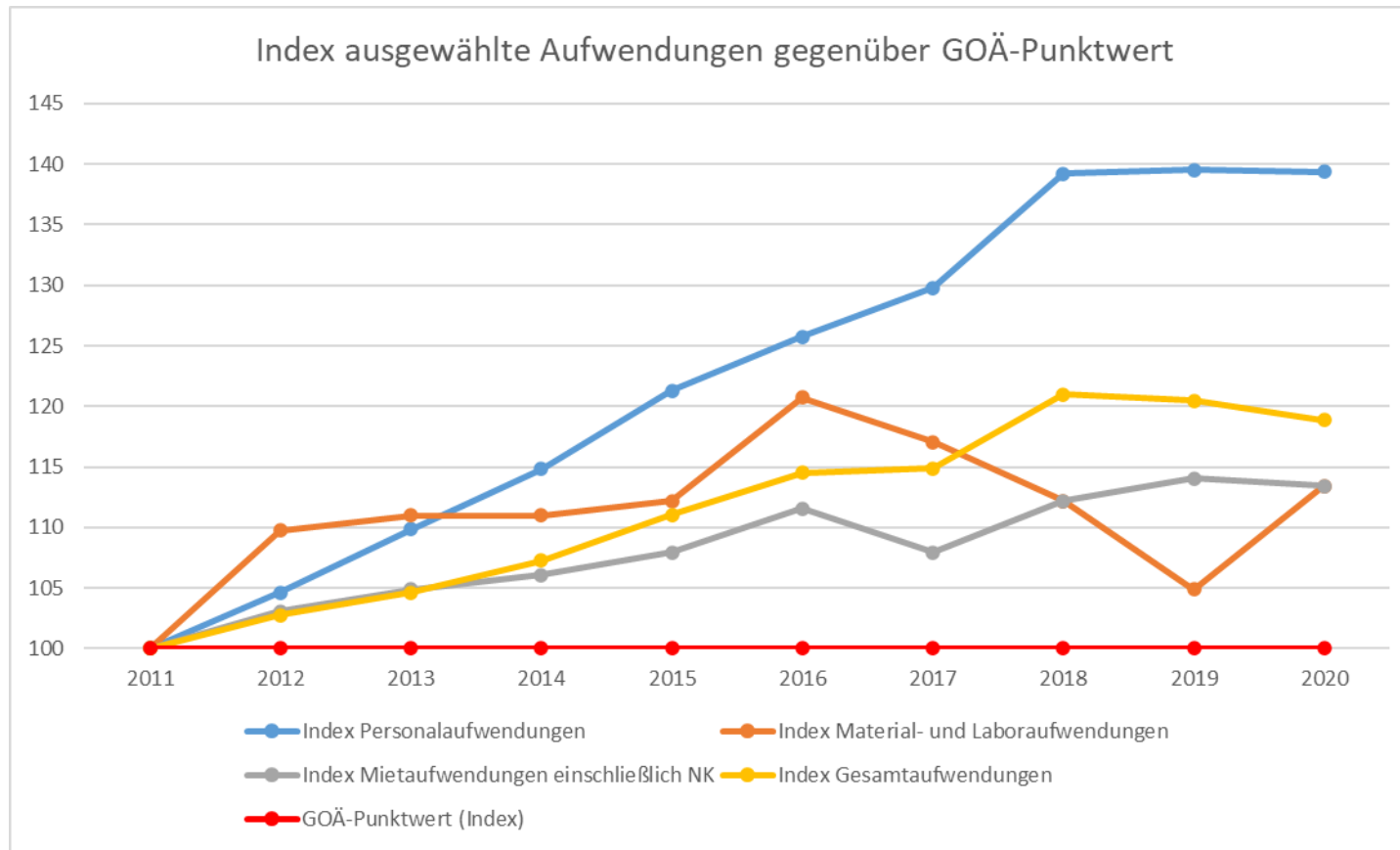
Datenquelle: Zi-Praxis-Panel, Jahresberichte 2013 bis 2021; online verfügbar, URL: <https://www.zi.de/themen/panel-befragungen-und-oekonomie/zi-praxis-panel> (letzter Abruf: 11.07.2023)

Entwicklung von GOÄ-Punktwert gegenüber Einnahmen sowie Gesamtaufwendungen in niedergelassenen Arztpraxen in den letzten 10 verfügbaren Daten-Jahren



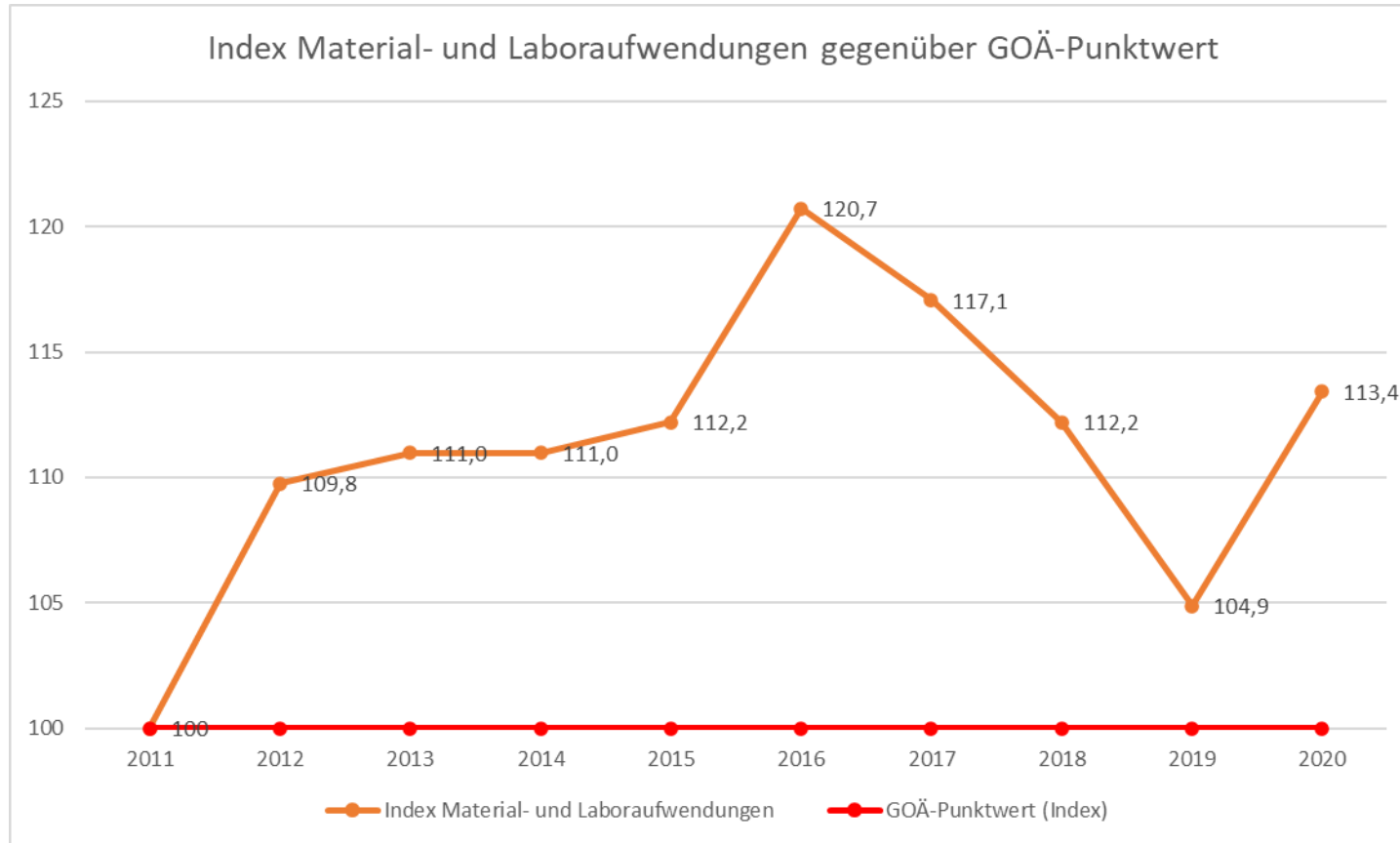
Datenquelle: Zi-Praxis-Panel, Jahresberichte 2013 bis 2021; online verfügbar, URL: <https://www.zi.de/themen/panel-befragungen-und-oekonomie/zi-praxis-panel> (letzter Abruf: 11.07.2023)

Entwicklung von GOÄ-Punktwert gegenüber ausgewählten Aufwendungen in niedergelassenen Arztpraxen in den letzten 10 verfügbaren Daten-Jahren



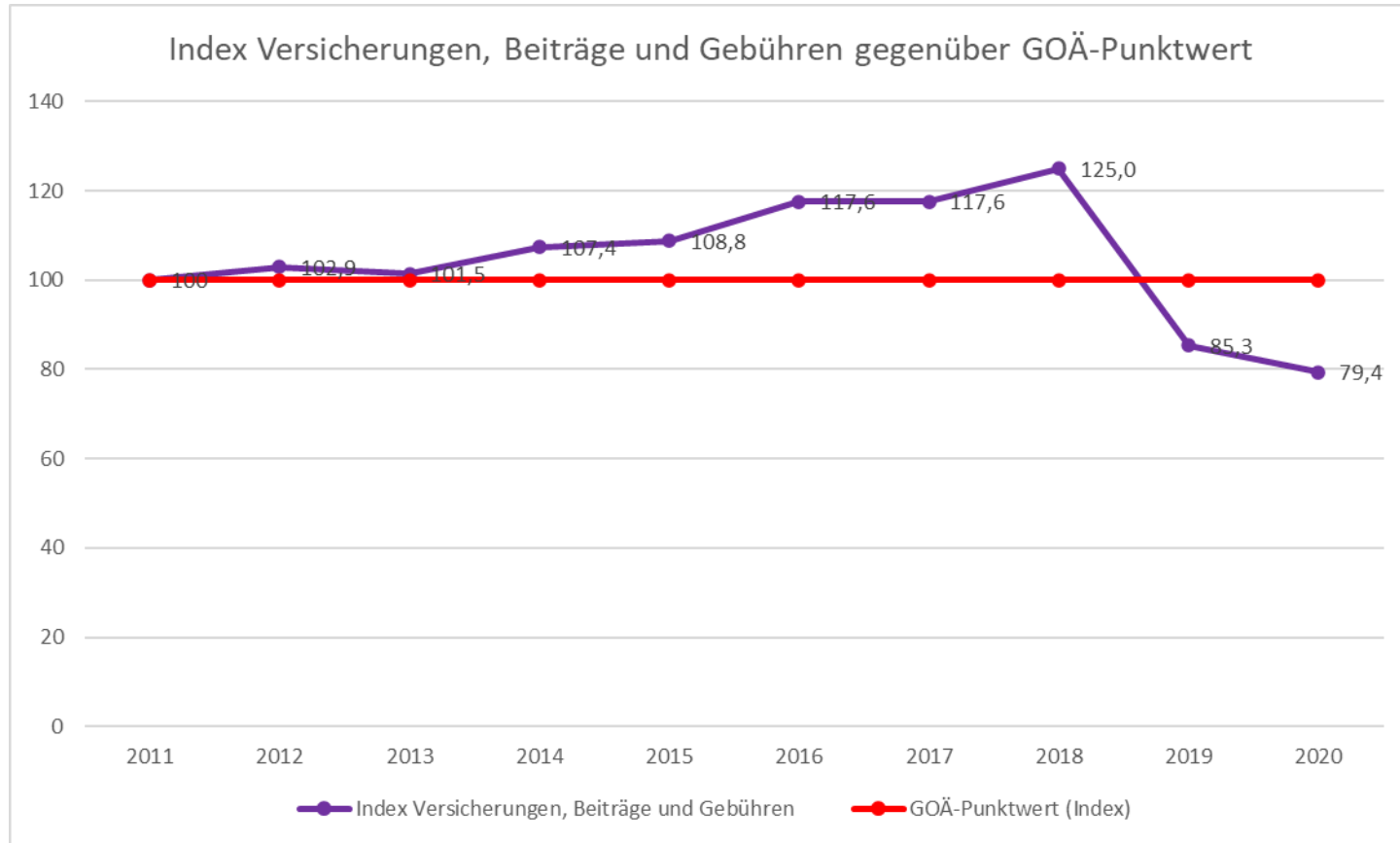
Datenquelle: Zi-Praxis-Panel, Jahresberichte 2013 bis 2021; online verfügbar, URL: <https://www.zi.de/themen/panel-befragungen-und-oekonomie/zi-praxis-panel> (letzter Abruf: 11.07.2023)

Entwicklung von GOÄ-Punktwert gegenüber Material- u. Laboraufwendungen in niedergelassenen Arztpraxen in den letzten 10 verfügbaren Daten-Jahren



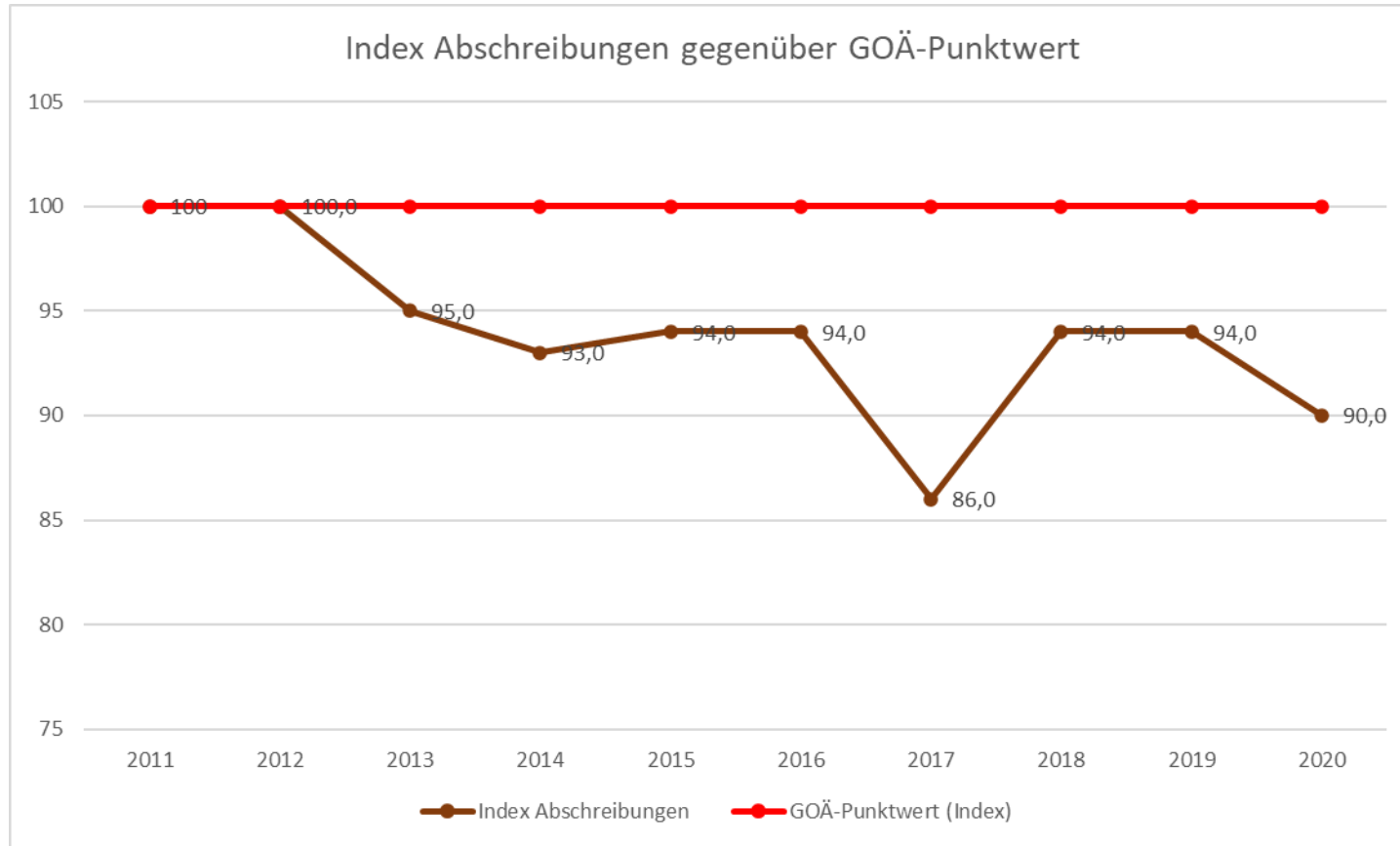
Datenquelle: Zi-Praxis-Panel, Jahresberichte 2013 bis 2021; online verfügbar, URL: <https://www.zi.de/themen/panel-befragungen-und-oekonomie/zi-praxis-panel> (letzter Abruf: 11.07.2023)

Entwicklung von GOÄ-Punktwert gegenüber Aufwendungen für Vers., Beiträge u. Gebühren in niedergelassenen Arztpraxen in den letzten 10 verfügbaren Daten-Jahren



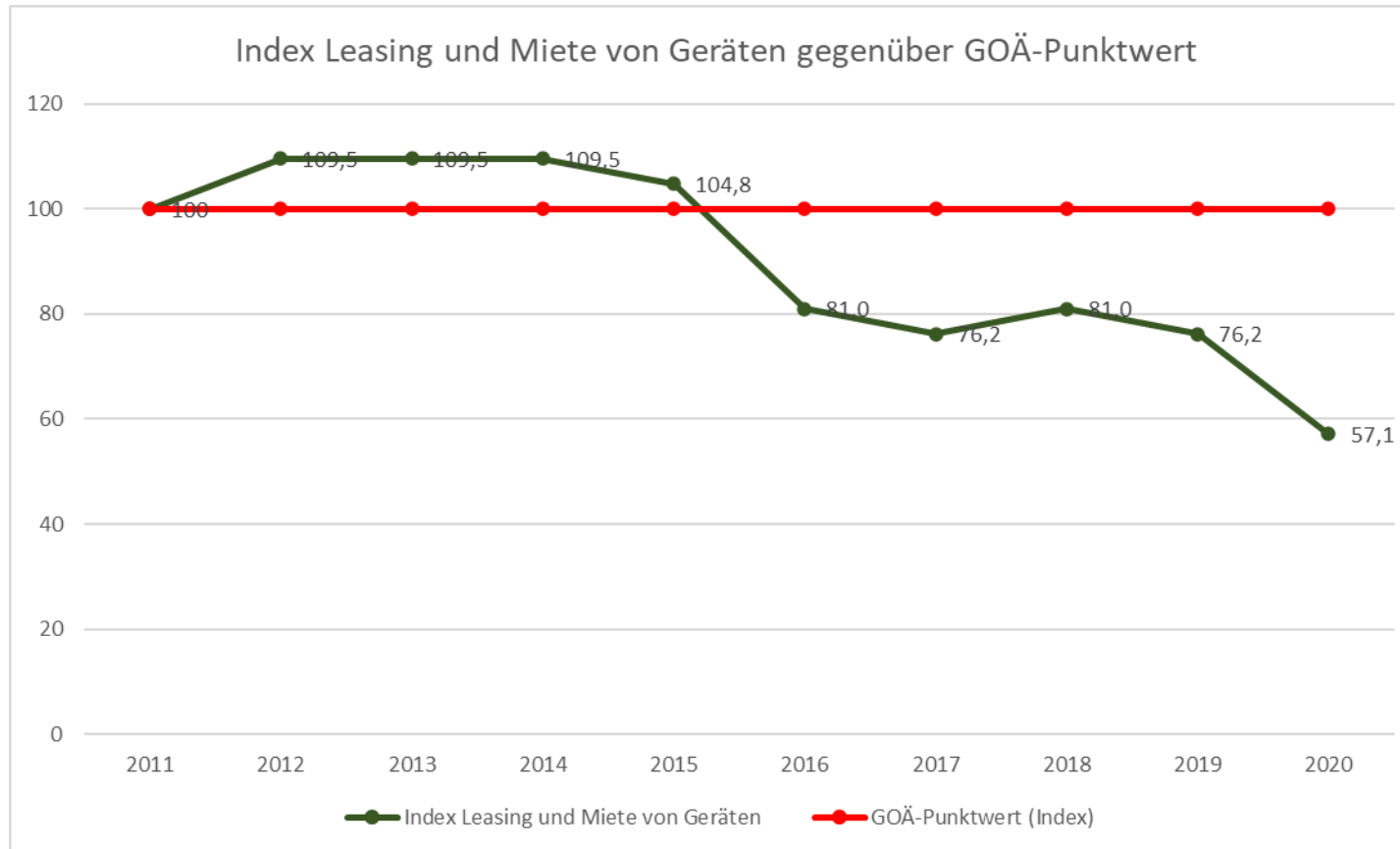
Datenquelle: Zi-Praxis-Panel, Jahresberichte 2013 bis 2021; online verfügbar, URL: <https://www.zi.de/themen/panel-befragungen-und-oekonomie/zi-praxis-panel> (letzter Abruf: 11.07.2023)

Entwicklung von GOÄ-Punktwert gegenüber Abschreibungen in niedergelassenen Arztpraxen in den letzten 10 verfügbaren Daten-Jahren



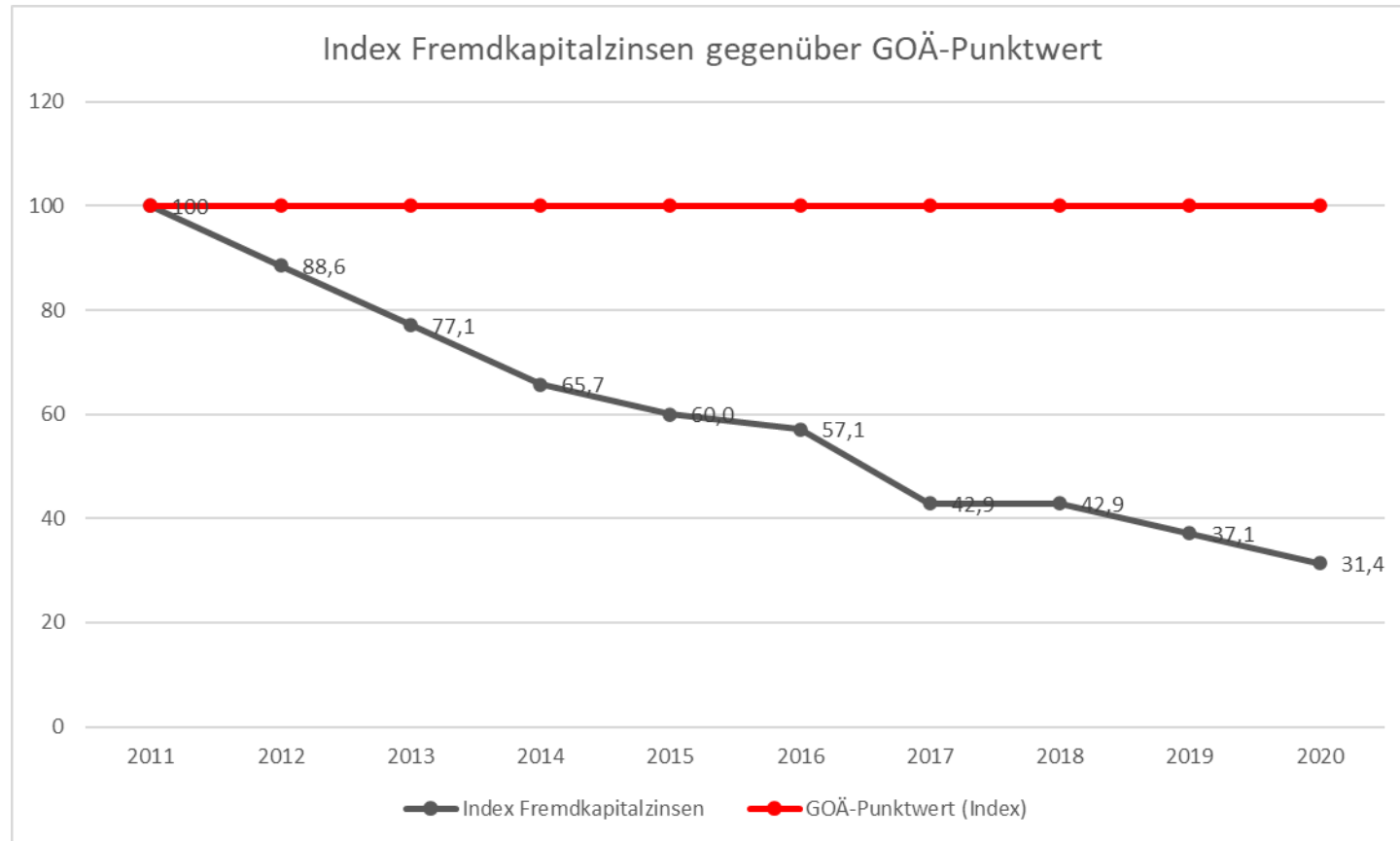
Datenquelle: Zi-Praxis-Panel, Jahresberichte 2013 bis 2021; online verfügbar, URL: <https://www.zi.de/themen/panel-befragungen-und-oekonomie/zi-praxis-panel> (letzter Abruf: 11.07.2023)

Entwicklung von GOÄ-Punktwert gegenüber Aufwendungen für Leasing und Miete von Geräten in niedergelassenen Arztpraxen in den letzten 10 verfügbaren Daten-Jahren



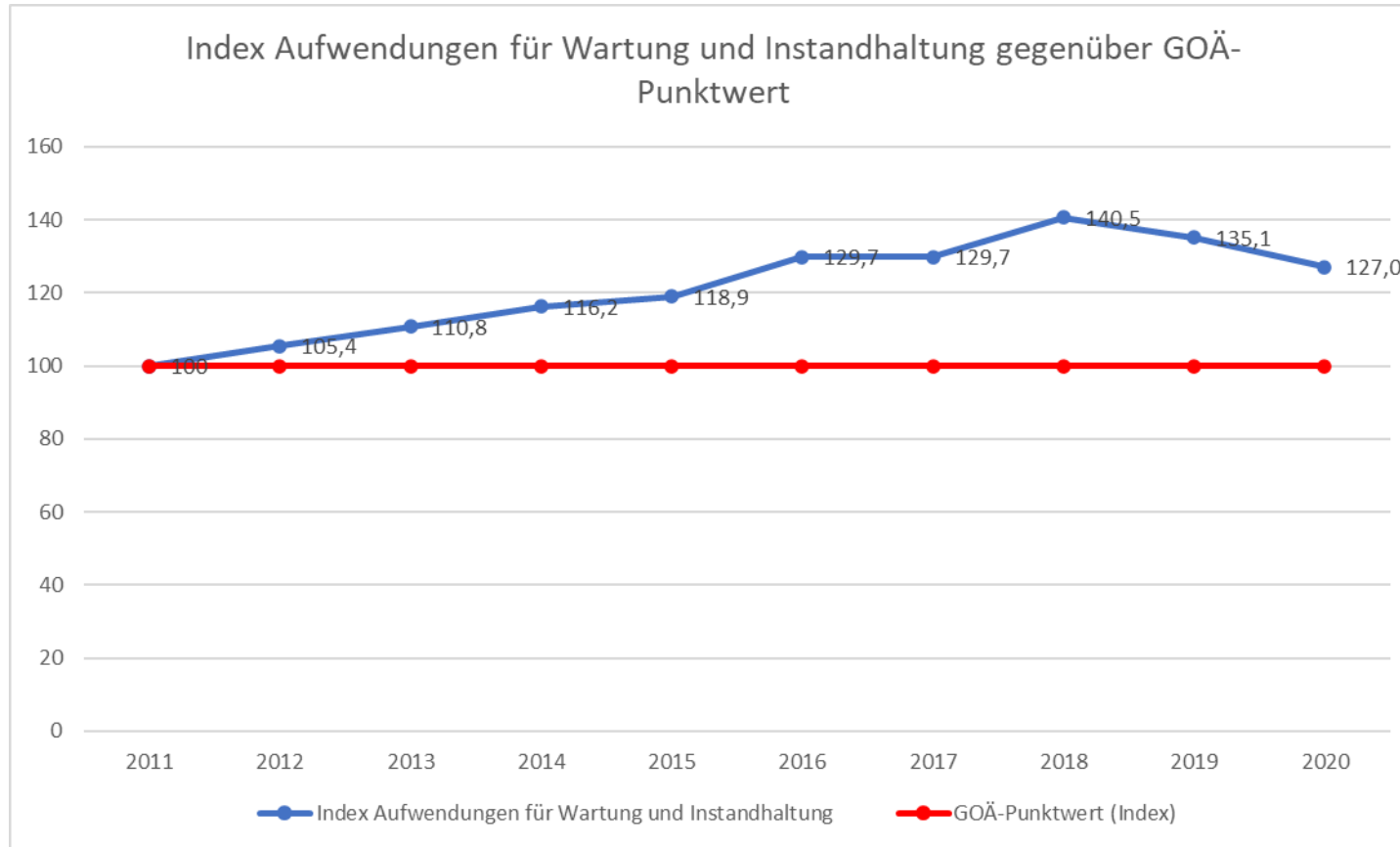
Datenquelle: Zi-Praxis-Panel, Jahresberichte 2013 bis 2021; online verfügbar, URL: <https://www.zi.de/themen/panel-befragungen-und-oekonomie/zi-praxis-panel> (letzter Abruf: 11.07.2023)

Entwicklung von GOÄ-Punktwert gegenüber Fremdkapitalzinsen in niedergelassenen Arztpraxen in den letzten 10 verfügbaren Daten-Jahren



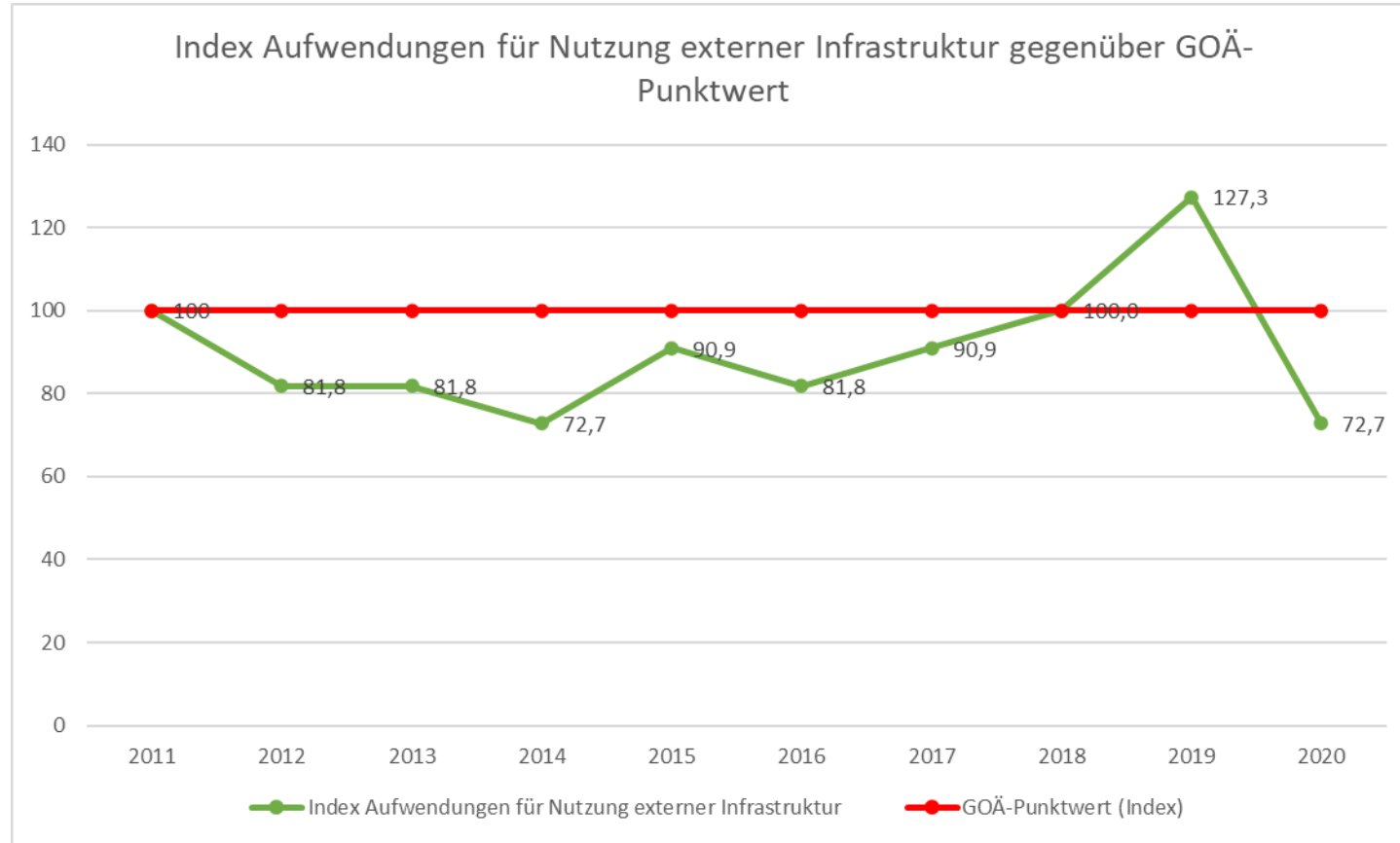
Datenquelle: Zi-Praxis-Panel, Jahresberichte 2013 bis 2021; online verfügbar, URL: <https://www.zi.de/themen/panel-befragungen-und-oekonomie/zi-praxis-panel> (letzter Abruf: 11.07.2023)

Entwicklung von GOÄ-Punktwert gegenüber Aufwendungen für Wartung und Instandhaltung in niedergelassenen Arztpraxen in den letzten 10 verfügbaren Daten-Jahren



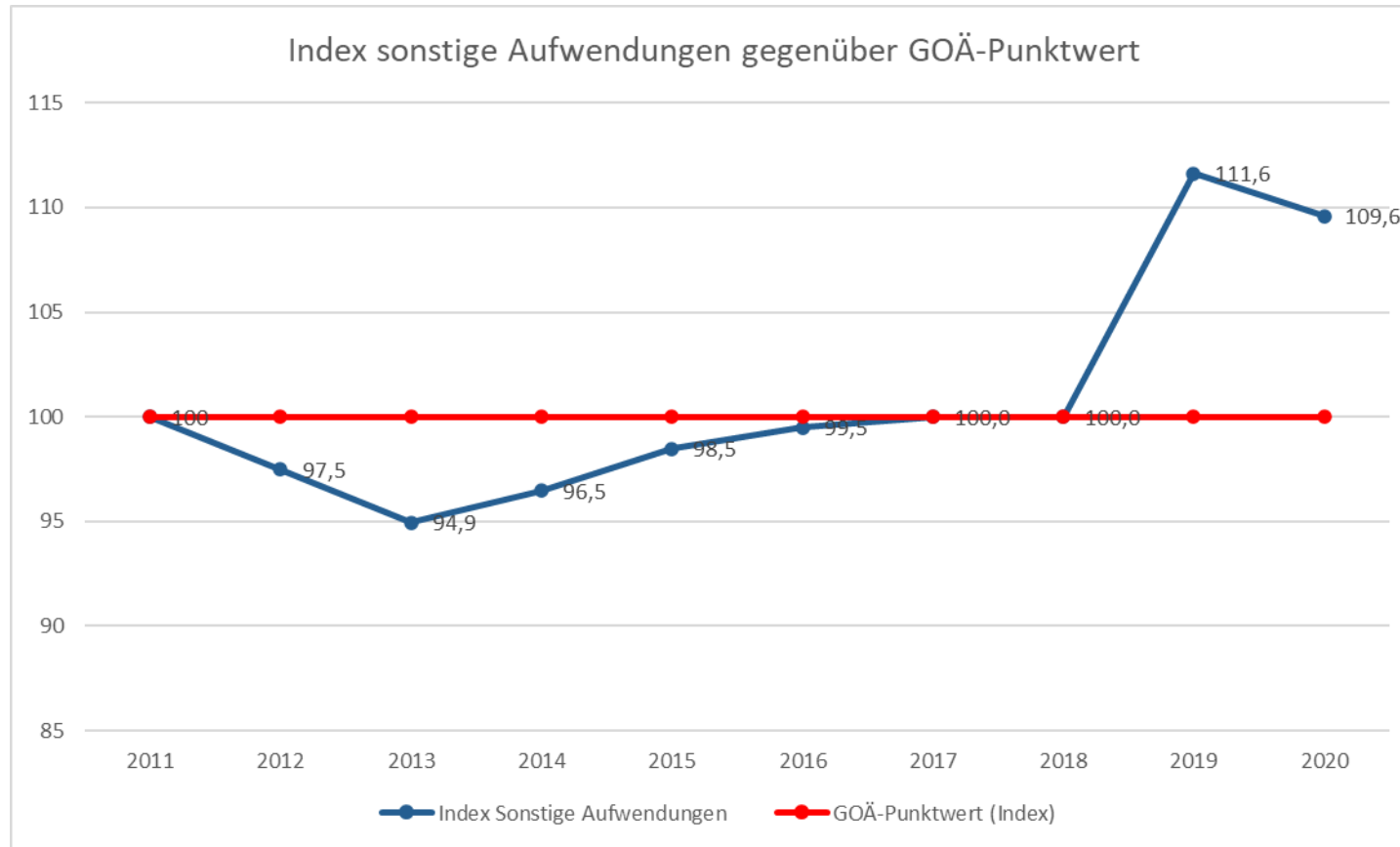
Datenquelle: Zi-Praxis-Panel, Jahresberichte 2013 bis 2021; online verfügbar, URL: <https://www.zi.de/themen/panel-befragungen-und-oekonomie/zi-praxis-panel> (letzter Abruf: 11.07.2023)

Entwicklung von GOÄ-Punktwert gegenüber Aufwendungen für Nutzung externer Infrastr. in niedergelassenen Arztpraxen in den letzten 10 verfügbaren Daten-Jahren



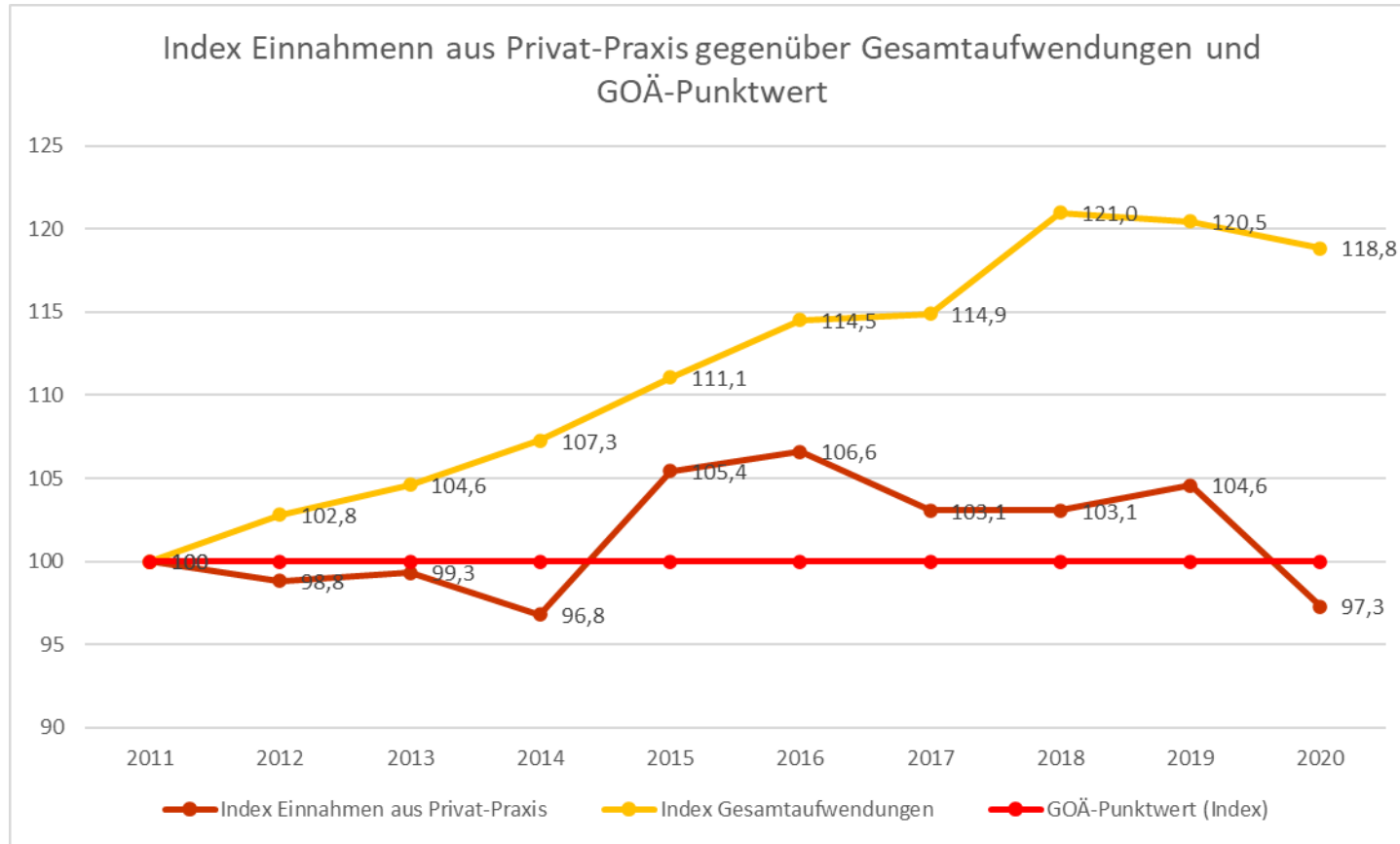
Datenquelle: Zi-Praxis-Panel, Jahresberichte 2013 bis 2021; online verfügbar, URL: <https://www.zi.de/themen/panel-befragungen-und-oekonomie/zi-praxis-panel> (letzter Abruf: 11.07.2023)

Entwicklung von GOÄ-Punktwert gegenüber sonstigen Aufwendungen in niedergelassenen Arztpraxen in den letzten 10 verfügbaren Daten-Jahren



Datenquelle: Zi-Praxis-Panel, Jahresberichte 2013 bis 2021; online verfügbar, URL: <https://www.zi.de/themen/panel-befragungen-und-oekonomie/zi-praxis-panel> (letzter Abruf: 11.07.2023)

Entwicklung von GOÄ-Punktwert gegenüber Einnahmen aus Privat-Praxis sowie Gesamtaufwendungen in niedergelassenen Arztpraxen in den letzten 10 verfügbaren Daten-Jahren

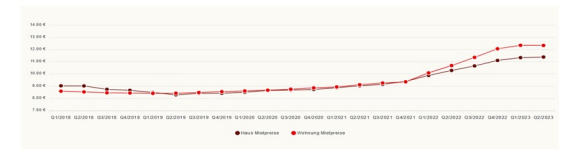


Datenquelle: Zi-Praxis-Panel, Jahresberichte 2013 bis 2021; online verfügbar, URL: <https://www.zi.de/themen/panel-befragungen-und-oekonomie/zi-praxis-panel> (letzter Abruf: 11.07.2023)

Das Modell: Harmonisierter Gesundheits-Preis-Index (1. Teil)

- Kontinuierliche Beobachtung: Wie entwickeln sich Kosten in den Aufwendungsarten mit den größten Anteilen an den Gesamtaufwendungen?

Mietspiegel 2023 für Bayern



Mietpreisindex 2023 - Bayern

Quelle: <https://www.ennevoellers.com/de>

Wissen nutzen.
DHSSTATIS
Statistisches Bundesamt
Fachserie 2 Reihe 1.6.1

Unternehmen und Arbeitsstätten

Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie
Praxen von psychologischen Psychotherapeuten



2019

Erhebungsgebiete: vollständig
Erhebungen am 1. Dezember 2019
ABR-Nummer: 201902100004

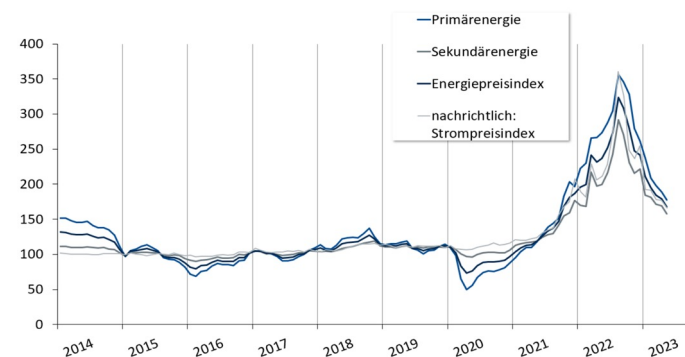
Die Statistik ist unter
www.destatis.de/DE
Telefon: +49 (0) 226 1 47-171 10 10

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021
Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, ist ausdrücklich gestattet.

Zi-Praxis-Faktor - Jahresbericht 2021

Tabelle 2: Aufwendungen nach Art in Tausend Euro je Inhaber* in den Jahren 2017 bis 2020						
Gesamt	2017	2018	2019	2020	2020/17	Veränderung 2017/18
Gesamtaufwendungen	143,1	150,9	157,1	162,1	18,9	6,3
		4,8%	4,7%	3,2%	13,2%	4,2%
Personal	75,9	81,1	86,5	90,3		
Anteil an Gesamtaufwendungen	53,1%	54,1%	55,1%	55,7%		
Veränderung in Tsd. €	5,1	5,4	5,8	14,4	4,8	
Veränderung relativ	6,7%	6,7%	4,4%	18,0%	5,9%	
Material und Labor	7,8	7,9	8,3	8,3		
Anteil an Gesamtaufwendungen	5,4%	5,3%	5,3%	5,1%		
Veränderung in Tsd. €	0,1	0,4	1,0	1,5	0,5	
Veränderung relativ	1,2%	5,0%	11,3%	19,0%	6,0%	
Miete einstell. NK für Praxisräume	17,4	17,7	18,9	18,6		
Anteil an Gesamtaufwendungen	12,2%	11,8%	11,9%	11,4%		
Veränderung in Tsd. €	0,3	0,3	0,5	1,1	0,4	
Veränderung relativ	1,5%	2,0%	2,8%	6,4%	2,1%	
Versicherungen, Beiträge und Gebühren	5,1	5,4	5,3	5,4		
Anteil an Gesamtaufwendungen	3,6%	3,6%	3,4%	3,3%		
Veränderung in Tsd. €	0,2	0,0	0,0	0,3	0,1	
Veränderung relativ	4,8%	-0,2%	0,7%	5,2%	1,7%	
Abschreibungen	0,4	0,2	0,1	0,0		
Anteil an Gesamtaufwendungen	0,3%	0,1%	0,1%	0,0%		
Veränderung in Tsd. €	-0,2	-0,2	-0,1	-0,4	-0,1	
Veränderung relativ	-1,9%	-1,7%	-0,8%	-4,1%	-1,6%	
Arbeits- und Miete von Geräten	1,2	1,2	1,2	1,2		
Anteil an Gesamtaufwendungen	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%		
Veränderung in Tsd. €	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	
Veränderung relativ	0,0%	0,0%	0,0%	7,2%	2,3%	
Fremdkapitalzinsen	1,5	1,4	1,2	1,1		
Anteil an Gesamtaufwendungen	1,0%	0,9%	0,8%	0,7%		
Veränderung in Tsd. €	-0,1	-0,1	-0,2	-0,4	-0,1	
Veränderung relativ	-7,7%	-10,0%	-12,3%	-27,1%	-10,0%	
Werbung und Instandhaltung	0,4	0,8	0,9	0,7		
Anteil an Gesamtaufwendungen	0,3%	0,5%	0,6%	0,4%		
Veränderung in Tsd. €	0,4	0,5	0,4	1,3	0,4	
Veränderung relativ	12,0%	12,5%	8,0%	38,5%	11,5%	
Werbung externer Infrastruktur	0,0	1,0	0,8	0,8		
Anteil an Gesamtaufwendungen	0,0%	0,6%	0,5%	0,5%		
Veränderung in Tsd. €	0,1	-0,2	0,0	-0,1	0,0	
Veränderung relativ	7,8%	-15,0%	-1,0%	-6,0%	-3,4%	
Sonstige	20,5	21,4	22,3	21,7		
Anteil an Gesamtaufwendungen	14,3%	14,2%	14,2%	13,4%		
Veränderung in Tsd. €	0,0	0,9	0,8	1,2	0,4	
Veränderung relativ	4,2%	4,0%	-0,1%	5,8%	1,9%	

vbw Energiepreisindex
2015 = 100



Quellen: Berechnungen der vbw aus Daten des Statistischen Bundesamts und des Bayerischen Landesamts für Statistik.

Das Modell: Harmonisierter Gesundheits-Preis-Index (2. Teil)

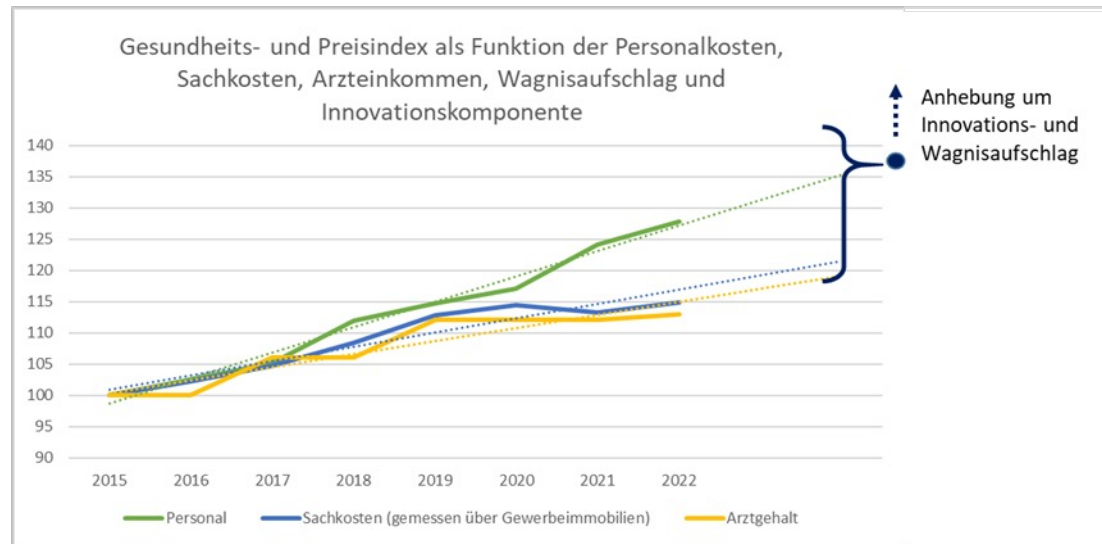
- Entgelt für Kapitaleinsatz
- Arbeitsentgelt inklusive Sozialbeiträge entsprechend dem Angestelltenstatus
- Entgelt für unternehmerisches Risiko

 Gesamtindex gibt Auskunft über den angemessenen Anpassungsfaktor für den nächsten 5-Jahres-Zeitraum

 Gesamtindex ist Basis für Preisverhandlungen

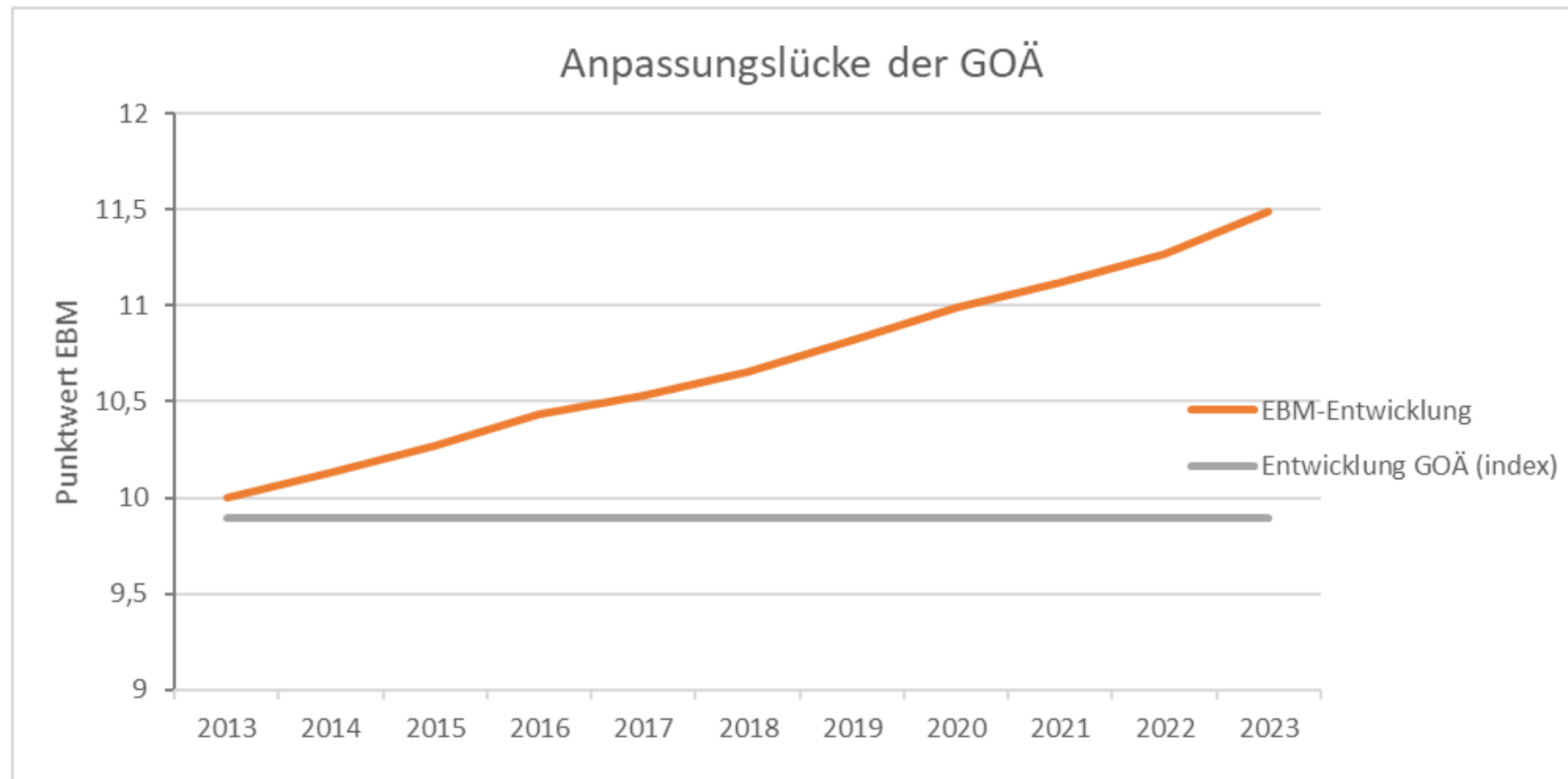
Das Modell: Harmonisierter Gesundheits-Preis-Index (3. Teil)

- Der Gesundheits-Preis-Index errechnet sich als Funktion der Personalkosten, der Sachkosten, des ärztlichen Einkommens, eines Wagnisaufschlags und einer Innovationskomponente.
- Die einzelnen Komponenten gehen dafür in ihren empirisch ermittelten Anteilen in den Index ein und werden mittels einer Trendberechnung für einen gewissen Zeitabschnitt in die Zukunft prognostiziert.
- Durch die zusätzliche Berücksichtigung eines Innovations- sowie eines Wagnisaufschlages werden medizinische Innovationen gesichert und unternehmerisches Handeln der niedergelassenen Ärzte angemessen einkalkuliert.



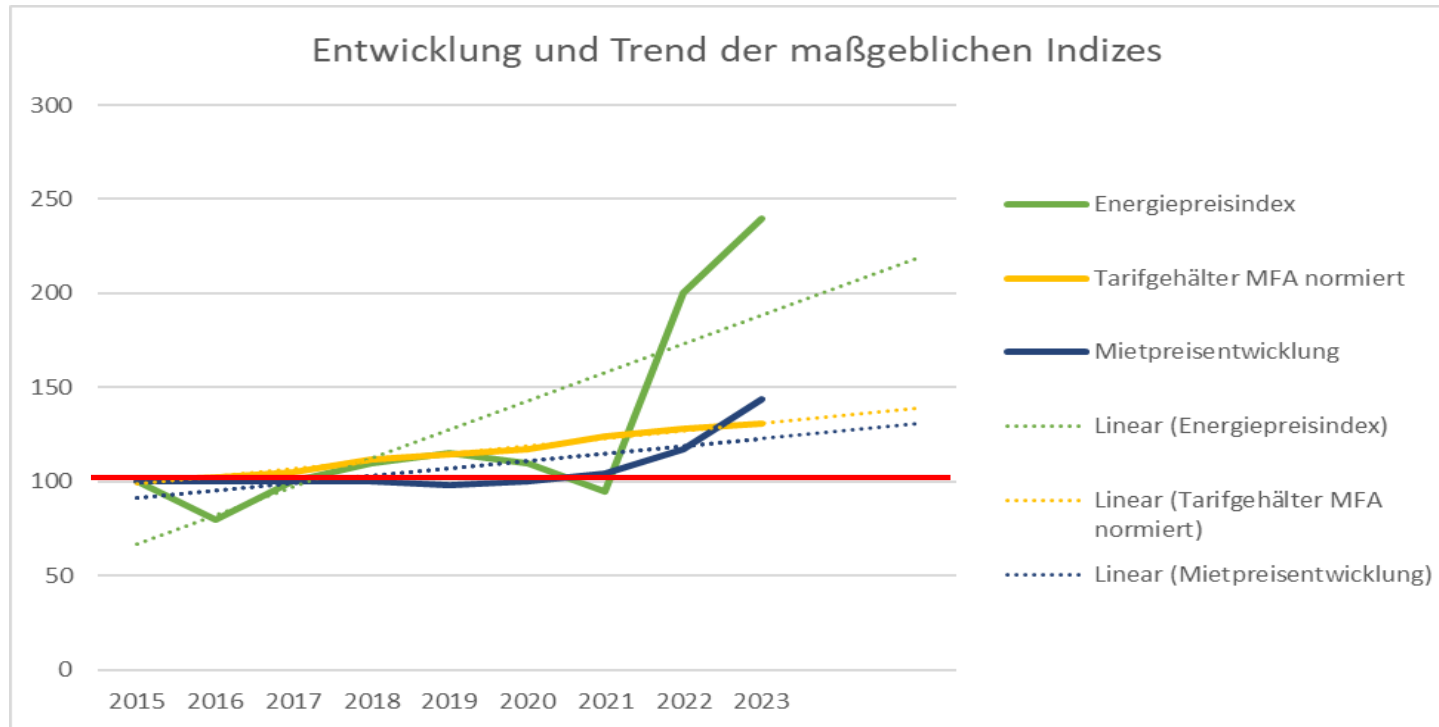
$$GPI = f(P, Sk, \ddot{a}E, Wa, Ik)$$

Anpassungslücke zwischen EBM und GOÄ: ca. 15% bis 25%
Anpassungslücke zwischen GOÄ und Personalkosten: ca. 35% bis 40%



Folie drinlassen?

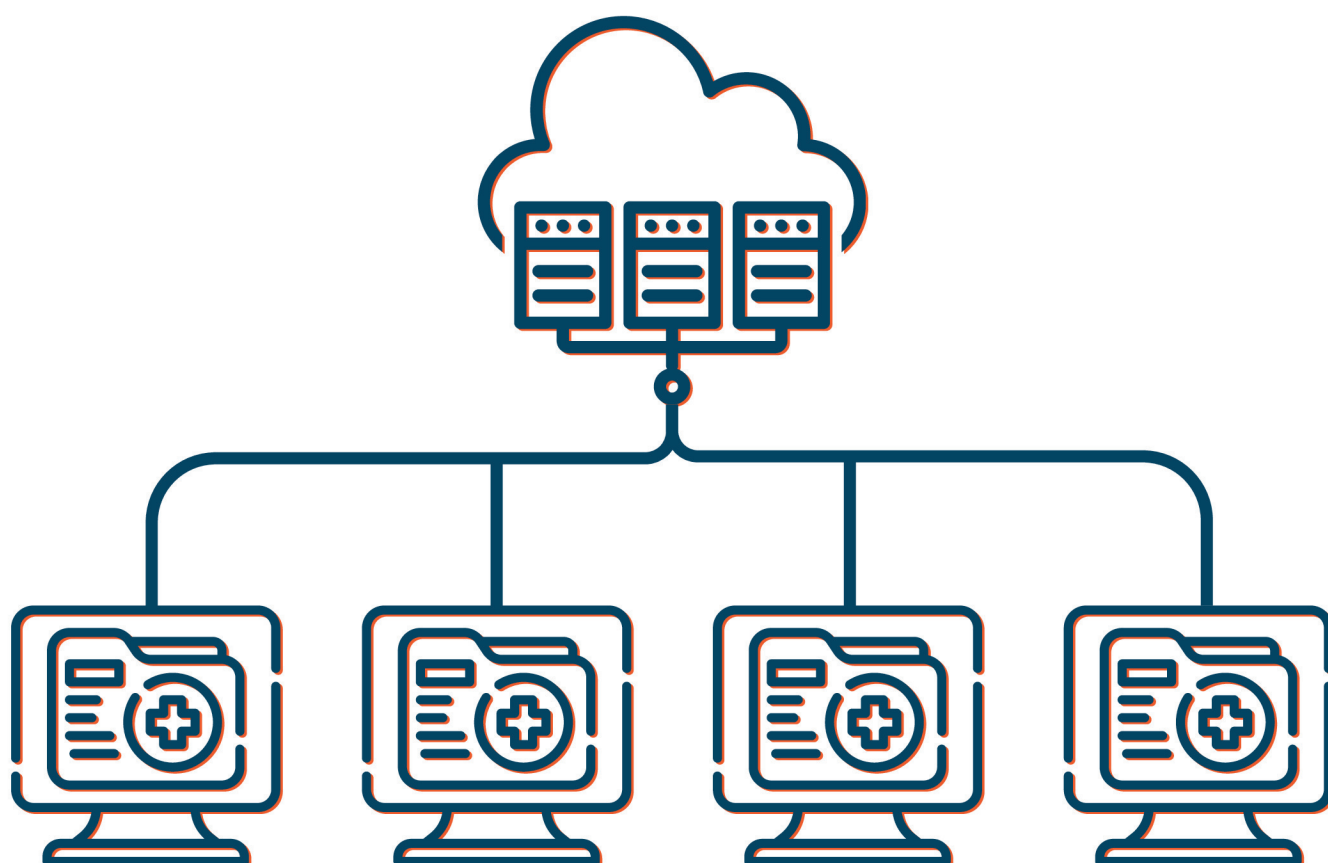
Indizes zur Dynamisierung



Quellen: <https://www.vbw-bayern.de/vbw/Themen-und-Services/Energie-Klima/Energie/vbw-Energiepreisindex.jsp>;

Tabelle Tariferhöhungen der BÄK; <https://www.engelvoelkers.com/de-de/mietspiegel/bayern/>; https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Dienstleistungen/Publikationen/Downloads-Dienstleistungen-Kostenstruktur/kostenstruktur-aerzte-2020161199004.pdf?__blob=publicationFile

Patienteninformation zur Elektronischen Patientenakte (ePa)



***Gesetz gewordene Gefährdung der
informationellen Selbstbestimmung***

Bereitgestellt von der



Impressum:

Interessengemeinschaft Medizin e.V., Königsallee 30, 40212 Düsseldorf, Vereinsregister: VR 11743, Registergericht: Düsseldorf, vertreten durch Ilka M. Enger.
www.ig-med.de - info@ig-med.de

Seit 2004 ist die „elektronische Patientenakte“ (§ 341 SGB V) ein gesetzlich vorgegebenes Leistungsangebot der Krankenkassen.

Wikipedia erläutert dazu im Wesentlichen:

Das eHealth-Gesetz von 2015 schuf die Grundlagen für die Einrichtung der elektronischen Patientenakte (ePa) und des elektronischen Patientenfeldes (ePF). Ziel war, dass Versicherte ständigen Zugriff auf ihre Behandlungsdaten haben sollen und diese auch ihren Leistungserbringern einrichtungsübergreifend verfügbar machen können. Bis Dezember 2018 sollten die entsprechenden technischen und organisatorischen Grundlagen für eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation geschaffen werden. 2020 wurde den Versicherten durch das Patientendatenschutzgesetz die Möglichkeit gegeben, sich eine entsprechende elektronische Patientenakte von ihrer Krankenkasse einrichten zu lassen. Es blieb den Versicherten überlassen, ob und wie sie diese Akte befüllen wollten (Freiwilligkeits- oder Opt-in-Prinzip). Die amtierende Ampelregierung hat mit dem am 14.12. 2023 verabschiedeten Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung im Gesundheitswesen (DigiG) aus dieser Opt-in-Regelung nun eine Opt-out-Regelung gemacht.

Was bedeutet das für den Versicherten?

Wer also künftig der Anlage und Nutzung „seiner“ ePA nicht ausdrücklich widerspricht, bekommt jetzt diese Akte automatisch von seiner Krankenkasse eingerichtet. Die Einspeisung höchstpersönlicher Patientendaten erfolgt dann ebenfalls automatisch nach dort, wenn der Versicherte der Speicherung seiner Befunde nicht aktiv widerspricht. Damit wird aus einer nur möglichen ePA eine real existierende ePA, deren Nutzung man nur mit aktivem Tätigwerden entgegentreten kann. Die persönlichen Gesundheitsdaten werden dabei nicht – wie viele annehmen – auf der Versichertenkarte selbst gespeichert. Diese dient vielmehr nur als Schlüssel zu der eigentlichen elektronischen Patientenakte, die von den Krankenkassen auf zentralen Servern gespeichert wird – zusammen mit den sensiblen Patientendaten von Millionen anderen Betroffenen.

Warum warnen Ärzte, Zahnärzte und auch Digitalexperten wie der Chaos Computer Club oder der Bundesdatenschützer selbst vor dieser neuesten Entwicklung?

Jeder Mensch hat ein Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Dieses folgt aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht jedes Menschen (Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes). Seit dem sog. Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahr 1983 kann jeder über die Preisgabe oder die Vertraulichkeit seine persönlichen Informationen selbst entscheiden.

Gesundheitsdaten zählen zu den sensibelsten Informationen über einen Menschen. Sie können für Lebensbereiche wie Arbeit, Versicherungen oder gesellschaftliches Leben entscheidende Auswirkungen haben. Dies gilt nicht nur für den Betroffenen selbst, sondern auch für seine Familie, z.B. dann, wenn eine Erkrankung genetisch bedingt weitere Generationen betreffen kann.

Wir Ärzte stellen fest, dass das Interesse an den Gesundheitsdaten unserer Patienten nicht nur in der Forschung wächst. Die Gesundheitswirtschaft zeigt ebenfalls großes Interesse an diesen Daten. Leider scheint aber auch das Interesse krimineller Kreise im „Darknet“ an diesen hochsensiblen Daten deutlich zu wachsen. Nachrichten häufen sich, dass Krankenhäuser und Praxen gehackt und mit der Preisgabe der erbeuteten Daten erpresst werden. Bisweilen werden diese Daten wohl sogar im Darknet gehandelt oder zum Schaden von Patienten veröffentlicht.

Bis jetzt war es für entsprechende Kreise schwierig, diese weitverstreuten Daten zu erfassen. Liegen die Daten aber künftig nicht mehr nur dezentral in Papierform bei Ärzten, sondern millionenfach zentralisiert auf den Servern der Krankenkassen, dann wird auch das trickreiche Erbeuten solcher Datenschätze ungleich lukrativer. Die Telematik-Infrastruktur, die für den Transport und die Zugänge zu Praxen, Apotheken und Krankenkassen geschaffen wurde, hat leider in den letzten Jahren immer wieder mit Pannen von sich Reden gemacht. Viele Ärzte und Zahnärzte zweifeln daher bis heute an der Sicherheit der dort zusammengeführten Patientendaten und schließen sich zum Schutz ihrer Patienten nicht an diese Telematik-Infrastruktur an.

Aber nicht nur kriminelle Zugriffe gefährden die Integrität der intimen Daten. Es ist nämlich nicht bei der ursprünglichen Idee geblieben, dass die Daten des Patienten ihm und seinen konsultierten Leistungserbringern zugänglich gemacht werden sollten. Krankenkassen dürfen die Daten künftig auch der Forschung zugänglich machen. Dies soll zwar nur in einer „pseudonymisierten Form“ erfolgen. Solche Daten können jedoch, Experten zufolge, potenziell immer wieder auch auf den Einzelnen rückverfolgbar gemacht werden. Damit wächst das Missbrauchspotential weiter. Es ist derzeit nicht einmal klar definiert, wem diese Daten zur Verfügung gestellt werden können. Sollten auch Pharmafirmen auf diese Daten Zugriff erhalten? Dürfen die Krankenkassen diese Daten auch zur „Beratung“ (oder Lenkung) der Patienten nutzen? Das Bundesverfassungsgericht prüft die neuen Gesetzesbegriffe leider erst dann auf ihre Verfassungsmäßigkeit, wenn die fachgerichtliche Rechtsprechung definiert haben wird, worum es im Einzelnen überhaupt gehen soll. Dann aber kann es für den Schutz gestohlener Daten längst zu spät sein.

Warum will die Politik eine zentrale Datenspeicherung?

Die Politik verspricht sich von der elektronischen Patientenakte eine bessere Steuerung des Gesundheitswesens, namentlich durch Krankenkassen. Sie will Deutschland darüber hinaus zu einem interessanten Standort für Gesundheitskonzerne machen. Auch die Europäische Union will einen einheitlichen „Gesundheitsdatenraum“ schaffen.

All das kann im Hinblick auf den Datenschutz durchaus kritisch hinterfragt werden: In welchem Ausmaß darf sich der Staat der höchstpersönlichen und hochsensiblen Gesundheitsdaten seiner Bürger bemächtigen, um eigene Zielvorstellungen zu verfolgen? Ist sichergestellt, dass die verbürgten Abwehrfunktionen der Patienten- und Menschenrechte angemessen beachtet sind? Müssen Bürger diese Unsicherheiten dulden? Oder sollten sie – mindestens vorläufig – noch vorsichtig bleiben? Aktuell sind keine Szenarien denkbar, die aus ärztlicher Sicht einen unzweifelhaft überwiegenden Vorteil der Datenpreisgabe für den Patienten erkennen ließen. Die Möglichkeit einer schnelleren Information von Nach- oder Mitbehandlern im hypothetischen Notfall wird durch die tatsächlichen Risiken von Datenlecks oder Datenfehlern regelhaft eher noch aufgewogen.

Was muss ich tun, um der ePA zu widersprechen?

Vielleicht haben Sie bereits selbst einen Widerspruch gegen die Anlegung einer ePA durch Ihre Krankenkasse erhoben. Viele Patienten tun dies derzeit. Um abgleichen zu können, was andere Betroffene diesbezüglich gegenüber ihren Krankenkasse erklären, haben wir Ihnen das Beispiel eines solchen Widerspruchs angehängt. Weitere rechtliche Details dazu sollten Sie mit Ihrem Rechtsanwalt klären oder auch die eigene Krankenkasse fragen, die Ihnen sicher gerne nähere Informationen geben wird.

Zu unserer eigenen Sicherheit bei der Verwaltung Ihrer Gesundheitsdaten bieten wir Ihnen unabhängig davon hier in der Praxis die Möglichkeit, einer automatische Speicherung Ihrer bei uns erhobenen Daten zu widersprechen. Das heißt:

Sie können der Speicherung aller jener Befunde in einer ePA widersprechen, die wir hier in der Praxis erheben oder schon erhoben haben. Sie verpflichten uns damit, auf die Speicherung Ihrer Befunde in einer solchen ePA zu verzichten. Ihre in unserer Praxis erhobenen vertraulichen Daten werden dann nicht digitalisiert in Ihrer dortigen ePA zentralisiert gespeichert.

Sollten Sie abweichend davon eine Speicherung der von uns erhobenen Befunde in einer ePA wünschen, sehen wir uns aus Gründen der Datensicherheit leider bis auf Weiteres nicht mehr in der Lage, Ihre Behandlung zu übernehmen. Denn wir halten die technischen Vorkehrungen für diese Risiken sicherheitshalber erst gar nicht vor. Und aus Gründen der Datensicherheit werden wir uns auch insoweit nicht an die Telematik-Infrastruktur anschließen.

Gerne stellen wir Ihnen unsere Befunde – wie früher auch schon – in Papierform zur Verfügung, so dass diese Ihnen für Ihre eigene Akte oder für weitere Kollegen zur Verfügung stehen.