

KVBFORUM

05 | 24
06



WOHIN MIT DEN NOTFÄLLEN?

Patientensteuerung wird immer wichtiger

20 | KVB INTERN: Entlastung für Ärzte, Lebensqualität für Patienten

25 | PSYCHOTHERAPIE: KRISENFEST – nicht allein mit Krisen

28 | RECHT INTERESSANT: Digitalgesetze verändern das Gesundheitswesen



6

3 EDITORIAL

KURZMELDUNGEN

- 4 Bayerisches Leuchtturmprojekt
- 4 KM – 1-Click-Abrechnung
- 4 Vertreterversammlungen 2024
- 4 Zahl des Monats
- 5 KVB im Zusammenland
- 5 Selbsthilfefachtag „Sucht und Gesundheit“
- 5 Versorgung in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung



15

TITELTHEMA

- 6 „Starkes Signal nach Berlin“
Erste in.SAN-Expertenkonferenz der KVB lockt über 200 Gäste nach München
- 9 Lenkmechanismen der KVB
Effiziente ambulante Akut- und Notfallversorgung setzt sichere Patientensteuerung voraus



26

- 10 Patienten sicher und richtig lenken
Interview zu Ergebnissen des Pilotprojekts „Gemeinsamer Tresen“ am RoMed-Klinikum Rosenheim
- 12 „Wir erhoffen uns eine Entlastung der Kolleginnen und Kollegen“
Vorteile von Patientenlenkung durch Ersteinschätzung und Videosprechstunde

- 13 „Versorgungsstufen untereinander enger vernetzen“
Wohin mit Patienten, wenn der Rettungsdienst kommt, aber nicht benötigt wird?
- 14 Herausforderung Gatekeeping
Wie können sich Krankenhäuser vor unnötiger Inanspruchnahme ihrer Notaufnahmen schützen?
- 15 Wie rechtssicher ist die Ersteinschätzung?
Ein Fachanwalt für Medizinrecht erklärt die Rechtslage für Ärzte und Patienten
- 16 „Mehr als nur eine Konferenz“
Einblicke in das facettenreiche in.SAN-Konzept der KVB

KVB INTERN

- 18 KVB-Vertreterversammlung: Agieren statt reagieren
Klare Worte gegen Extremismus und Ausgrenzung sowie Forderung nach politischer Regulierung von iMVZ
- 20 Entlastung für Ärzte, Lebensqualität für Patienten
KVB und BARMER schließen Vertrag zur besonderen Versorgung von CED-Patienten

PSYCHOTHERAPIE

- 22 KSVPsych-RL: Fünf genehmigte Netzverbände in Bayern
Vielversprechender Auftakt für interdisziplinäre Versorgungsform

- 24 „Netzwerk Schule und psychische Gesundheit“: Mitarbeit erwünscht
KVB-Initiative bringt „Lebenswelt Schule“ mit ambulanter Versorgung zusammen
- 25 Nicht allein mit Krisen
Gruppenangebot KRISENFEST bietet präventive Hilfe für Kinder und Jugendliche

VERORDNUNGEN

- 26 Impfstoffe: von der STIKO-Empfehlung zur GKV-Leistung
Über die Rahmenbedingungen und das aktuelle Impfstoffgeschehen

RECHT INTERESSANT

- 28 Digitalgesetze verändern das Gesundheitswesen
Zwei neue Gesetze sollen Unterschiede bei Tempo und Grad der Digitalisierung bei den verschiedenen Akteuren verbessern

IT IN DER PRAXIS

- 30 Elektronische Patientenakte: Was ist geplant?
Weiterführende Informationen, an denen sich Praxen orientieren können

KVB KONTAKTDATEN

IMPRESSUM



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Autor Albert Camus hat ein schönes Bild geprägt: „Das Gespräch ist die einzige Brücke zwischen den Menschen.“ Auch mit unserer in.SAN-Konferenz Ende Februar konnten wir Brücken bauen. In erster Linie zwischen den ambulanten und stationären Versorgungsbereichen. Aber nicht nur zwischen ihnen: Denn deutschlandweit wohl einzigartig kamen im Konferenzbereich der KVB nicht nur Ärztinnen und Ärzte aus den bayerischen Praxen und Kliniken zusammen, sondern auch Vertreter der Rettungsdienste, Feuerwehren und der Landespolitik. Beim Ziel waren sich alle einig: Die künftige Notfallversorgung benötigt eine umfassende Bündelung aller Ressourcen und eine klare Steuerung der Patienten, um echte Notfälle ohne Umwege der besten Versorgungsschiene zuzuführen. Wie Sie im Rahmen unseres Titelthemas lesen werden, war das einhellige Fazit am Ende des Veranstaltungstages, dass hierfür viele der als notwendig erachteten Bausteine in Bayern bereits vorhanden sind. Ein gutes Beispiel ist das gelungene Pilotprojekt der KVB zusammen mit dem RoMed-Klinikum Rosenheim. Auf Seite 10 lesen Sie alles zu den ersten Ergebnissen des Projektes „Gemeinsamer Tresen“. Weitere Erfolgskonzepte der KVB zur Patientenlenkung beschreibt unser Beitrag auf Seite 9.

Nun gilt es, die bereits existierenden Elemente zur Verknüpfung von ambulantem und stationärem Sektor bayernweit „auszurollen“ und gleichzeitig auf Bundesebene die notwendige regionale Entscheidungsfreiheit zu erkämpfen. Die Praktiker vor Ort sagen unisono: Für eine erfolgreiche Steuerung im Akut- oder Notfall sind die persönlichen Kontakte zwischen Kliniken und Niedergelassenen ausschlaggebend. Auch hierfür konnten wir mit unserer in.SAN-Konferenz wichtige Impulse setzen: Nun müssen sich die Brücken, die im Rahmen unserer Veranstaltung in Form alt gefestigter und neu geknüpfter Kontakte zwischen Praxen und Krankenhäusern gebaut wurden, in Städten und Landkreisen durchsetzen.

Ihr KVB-Vorstand

Dr. med. Pfeiffer
Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Heinz
1. Stellv. Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Ritter-Rupp
2. Stellv. Vorsitzende des Vorstands

BAYERISCHES LEUCHTTURMPROJEKT



Stellvertretend für alle am Projekt Beteiligten nahmen den Preis entgegen: Dr. med. Christian Pfeiffer, Dr. med. Michael Bayeff-Filloff, Reno Thoß und Gökhan Katipoglu (von links).

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat Mitte März herausragende Modelle der ambulanten Versorgung mit dem Titel „Ausgezeichnete Gesundheit 2024“ prämiert.

Der erste Preis in der Rubrik „Versorgung akut“ ging an das Projekt **Patientensteuerung im Klinikum Rosenheim** der KV Bayerns. Das Projekt Rosenheim ist ein Folgeprojekt der im Jahr 2021 aufgesetzten Praxisstudie, die von der KVB und dem RoMed Klinikum Rosenheim unter Beteiligung des Zi realisiert wurde. Im Rahmen der Studie erhielten Hilfesuchende, die nach Einstufung über das Manchester Triage System (grün/blau) und einer anschließenden Einschätzung durch eine KV-Fachkraft mittels der Software SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) nicht in der Notaufnahme behandelt werden mussten, ein alternatives ambulantes Versorgungsangebot. Mit 109 von 193 in der Studie erfassten Patientinnen und Patienten konnten 63 Prozent abschließend in den für die Studie insgesamt acht gewonnenen Kooperationspraxen tagsüber vertragsärztlich versorgt werden. Sie waren dort direkt digital über die Software IVENA (Interdisziplinärer Versorgungsnachweis IVENA eHealth) angemeldet worden.

Das Zi hat zu diesem Veranstaltungsformat bereits zum sechsten Mal eingeladen. Alle diesjährigen Preisträgerinnen und Preisträger, weitere Informationen zu den **Vorträgen** sowie die komplette **Aufzeichnung** des Abends finden Sie unter: www.zi.de/service/veranstaltungen/detailansicht/exzellente-beispiele-ambulanter-versorgung-2024.

Redaktion

KIM – 1-CLICK-ABRECHNUNG

Die KV Bayerns nimmt ab sofort Ihre Abrechnung auch über den sicheren Kommunikationskanal KIM (Kommunikation im Medizinwesen) entgegen. Hierfür verwenden Sie bitte das „1-Click-Abrechnungsmodul“ direkt aus Ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS). Für die Nutzung der 1-Click-Abrechnung über KIM ist eine bestehende TI- und KIM-Anbindung sowie das Vorhandensein der 1-Click Funktion erforderlich. Ab wann Sie die 1-Click-Abrechnung nutzen können, erfragen Sie bitte direkt bei Ihrem PVS-Anbieter.

Nicola Micevic (KVB)



VERTRETER-VERSAMMLUNGEN 2024

Die Vertreterversammlungen (VV) der KVB im Jahr 2024 finden an folgenden Terminen in der Eisenheimerstraße 39, 80687 München statt.

- Mittwoch, 19. Juni 2024
- Freitag, 22. November 2024

Informationen rund um die geplanten Vertreterversammlungen und deren Ablauf finden Sie unter www.kvb.de.

Zahl des Monats

1,9

Millionen Ersteinschätzungen wurden in etwa seit Beginn des Jahres 2020 mit der Software SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) in Bayern erfasst.

(Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Stand: März 2024)

KVB IM ZUSAMMENLAND



Die Kampagne „#Zusammenland – Vielfalt macht uns stark“ startete am 15. Februar 2024 mit jeweils einer Doppelseite in großen Tageszeitungen und deutschlandweit auf digitaler Außenwerbung. DIE ZEIT, Handelsblatt, Süddeutsche Zeitung, Tagesspiegel, WirtschaftsWoche und Ströer setzen mit der Kampagne gemeinsam mit rund

500 Unternehmen, Stiftungen und Verbänden ein Zeichen gegen Rechtsextremismus und bekennen sich zu Freiheit, Vielfalt und einer Willkommenskultur.

Die teilnehmenden Partnerinnen und Partnern sind sich einig: „Weltoffenheit, Respekt und Gemeinschaft sind Werte, die Deutschland nicht nur zu einem lebenswerten, sondern auch zu einem wirtschaftlich starken Land machen. Deshalb stehen wir zusammen für ein offenes Land, das sich Schwierigkeiten mutig stellt.“ Mehr Informationen finden Sie unter: #Zusammenland – Vielfalt macht uns stark

Die Vertreterversammlung der KVB hat am 15. März 2024 beschlossen, die Initiative zu unterstützen (siehe auch Seite 18).

Redaktion

VERSORGUNG IN DER ALLGEMEINEN AMBULANTEN PALLIATIVVERSORGUNG

Am 12. Juni findet von 17.30 bis 19.45 Uhr der „11. interprofessionelle Fachaustausch allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) – Versorgung schwerkranker und sterbender Menschen durch verschiedene Akteure des Gesundheitswesens“ – als Online-Veranstaltung statt. Neben interessierten Hausärztinnen, Hausärzten, Fachärztinnen und Fachärzten sind auch Mitarbeitende der Praxen angesprochen. Themenschwerpunkt ist die „Versorgung im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung (BQKPMV)“. Die Teilnahme ist kostenfrei. Fortbildungspunkte bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) sowie die Registrierung für beruflich Pflegende sind beantragt.

Veranstaltungsorganisator ist der Landesverband Bayern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. in Kooperation mit dem Bayerischen Hausärzterverband, dem Bayerischen Hospiz- und Palliativverband und dem Landesverband SAPV Bayern.

Weitere Informationen finden Sie unter www.dgpalliativmedizin.de unter dem Punkt „Service und Veranstaltungen.“

Anmeldung per E-Mail an dgp-bayern@palliativmedizin.de.

Redaktion

SELBSTHILFEFACHTAG „SUCHT UND GESUNDHEIT“

Unter dem Motto „Sucht kann jede(n) treffen!“ findet am Freitag, den 14. Juni 2024 von 10.00 bis 16.00 Uhr der jährliche bayernweite Selbsthilfefachtag „Sucht und Gesundheit“ in Weiden in der Oberpfalz statt. Im Rahmen diverser Fachvorträge und Workshops stehen diesmal geschlechts- und altersspezifische Suchthematiken im Fokus. Darüber hinaus kommen in einem moderierten Dialog mit Diakon Karl Rühl, Geschäftsführer der Diakonie Weiden, mehrere Selbsthilfeaktive zu Wort.

Gefördert wird der Selbsthilfefachtag von der KVB und dem Bayerischen Gesundheitsministerium. Veranstalter ist die SeKo Bayern e. V. in Kooperation mit der Bayerischen Akademie für Sucht und Gesundheit, der Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe und der Selbsthilfekontaktstelle Nordoberpfalz (SeKo Nopf).

Anmeldungen ab 3. Mai unter www.seko-bayern.de.



Redaktion

„Starkes Signal nach Berlin“

Ein blauer Teppich vor dem Gebäude der KVB in München signalisierte am letzten Samstag des Februars, dass hier ein besonderes Ereignis bevorstand. Über 200 Gäste waren zur ersten in.SAN-Expertenkonferenz in die Eisenheimerstraße gekommen. Und die hohen Erwartungen an dieses Gipfeltreffen der in der Akut- und Notfallversorgung Tätigen sollten nicht enttäuscht werden.



Referenten und KVB-Vorstand beim Gruppenbild zu Veranstaltungsbeginn.



Bayerns Innenminister Joachim Herrmann forderte einen schonenden Umgang mit den knappen Ressourcen im Rettungs- und Bereitschaftsdienst.

Die hochkarätigen Konferenzteilnehmerinnen und -teilnehmer aus Politik, Wissenschaft, Krankenkassen, Kliniken, Praxen und Rettungsdienst einten die Inhalte und strategische Ausrichtung, denen sich die in.SAN Bayern verschrieben hatte. So herrschte in den Veranstaltungsräumen der KVB von Anfang an eine sehr offene Gesprächsatmosphäre. Während im großen Saal alles für die Vorträge und Diskussionen vorbereitet war, präsentierten sich in den einzelnen Räumen der Konferenzetage jeweils unterschiedliche Projektteams aus den vielen erfolgreichen bayerischen Vorhaben in der Akut- und Notfallversorgung.

Pünktlich um 10 Uhr eröffnete Moderatorin Maxi Sarwas im bis auf den letzten Platz besetzten großen Saal, der mit einem neuen Licht- und Raumkonzept überraschte, die Veranstaltung. Ziel und Ausrichtung der in.SAN Bayern brachte der KVB-Vorstandsvorsitzende Dr. med. Christian Pfeiffer in seinem Eingangsstatement auf den Punkt: „In der Akut- und Notfallversorgung reden alle Beteiligten viel übereinander und wenig miteinander. Das wollen wir heute ändern.“ Pfeiffer verwies darauf, dass aus Berlin nach wie vor nur sogenannte Expertenpapiere vorlägen, aber eben kein Gesetzentwurf zu dieser Thematik. Auch deshalb sei es wichtig, mit Projekten aus Bayern, wie dem gemeinsamen Tresen im Klinikum Rosenheim und der digitalen Vernetzung der Rufnummern 112 und 116117, aufzuzeigen, dass die Experten in den Ländern das Know-how besitzen, um eine Reform der Notfallversorgung erfolgreich zu gestalten. „Unseren eigenen bayerischen Weg werden wir unbeirrt weitergehen“, kündigte Pfeiffer an.

Im Anschluss mahnte Bayerns Innenminister Joachim Herrmann einen schonenden Umgang mit den knappen Ressourcen im Rettungs- und Bereitschaftsdienst an, weshalb eine effektive und abgestimmte Lenkung der Patienten so wichtig sei. Er verwies auf einen deutlichen Anstieg der Rettungsdiensteinsätze und hob hervor, dass rund ein Drittel aller Einsätze an sich keine Fälle für die 112 seien. Bayern bezeichnete der Minister als „Vorreiter im Rettungsdienst“. „Wir tun alles, um die notfallmedizinische Versorgung sicherzustellen und weiterzuentwickeln“, so Herrmann. Dem schloss sich Amtschef Dr. jur. Winfried Brechmann als Vertreter des Bayerischen Gesundheits-

ministeriums an. Bei der notwendigen Reform in der Notfallversorgung sei es besonders wichtig, auf die Stimmen der Niedergelassenen zu hören. „Eine solche Reform lässt sich nicht am Reißbrett in Berlin stemmen“, so Brechmann. Er erinnerte daran, dass der Bedarf nach einer abgestimmten Versorgung im Akutfall durch die geplante Krankenhausreform weiter steigen werde. „Wir müssen dafür sorgen, dass die Bereitschaftspraxen an den Kliniken erhalten bleiben, um die flächendeckende ambulante Versorgung sicherzustellen,“ so Brechmann. Einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung im Bereitschaftsdienst durch die KVen, wie sie in Berlin gerade diskutiert wird, erteilte der Experte aus dem Bayerischen Gesundheitsministerium hingegen eine klare Absage.

Initiative der KVB verdient Anerkennung

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. med. Gerald Quitterer, lobte die KVB für die Initiative und das Zustandekommen der in.SAN: „Eine solche Konferenz hatte die Kammer ebenfalls bereits angedacht, aber die KVB ist uns hier zuvorgekommen.“ Dass die Lenkung der Patienten verbessert werden müsse, sei aus seiner Sicht unerlässlich. Die Behandlung müsse dort stattfinden, wo diese am sichersten und besten machbar sei. Viel Verantwortung liege dabei auf den Schultern der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, für die Quitterer mehr Wertschätzung durch die Politik einforderte. Dem schloss sich auch die Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern, Dr. rer. oec. Irmgard Stippler, an, die ihren Dank und Respekt für alle im Notarztdienst tätigen Menschen zum Ausdruck brachte. „Es ist sehr eindrücklich, was in Bayern in Sachen Notfallversorgung geschaffen worden ist“, so Stippler. Die bayerischen Krankenkassen seien deshalb auch offen für die Finanzierung solch innovativer Projekte. Die erfolgreiche Zusammenarbeit zeige zudem deutlich, dass die Selbstverwaltung in Bayern gut funktioniere.

Weitere interessante Vorträge steuerten am Vormittag der Vorstandsvorsitzende des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried, sowie Dr. jur. Jan-Peter Spiegel aus der Rechtsabteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bei (siehe auch Seite 15), bevor es in eine kurze Mittagspause ging. Diese nutzten viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer, um sich an den Informationsständen über die einzelnen Projekte aus Bayern zu informieren und sich miteinander auszutauschen.



Hausherr Christian Pfeiffer warb dafür, den beschrittenen bayerischen Weg in der Akut- und Notfallversorgung unbeirrt weiterzugehen.



Gerald Quitterer, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, lobte die KVB für die Initiative und das Zustandekommen der in.SAN.



Irmgard Stippler von der AOK Bayern signalisierte eine generelle Finanzierungsbereitschaft innovativer Projekte in der Notfallversorgung.



Bestenfalls: Der bayerische Innenminister Joachim Herrmann (links) mit Amtschef Winfried Brechmann als Vertreter des Bayerischen Gesundheitsministeriums.



Regel Austausch: Die Pausen boten ausreichend Gelegenheit für konstruktive Dialoge und Diskussionen.



Der besondere Dank des KVB-Vorstandsvorsitzenden Christian Pfeiffer (rechts) galt am Ende des Tages dem in.SAN-Organisationsteam.

Herausforderungen und Schnittstellen in der Akut- und Notfallversorgung

Am Nachmittag diskutierten dann Vertreter von Kliniken, Rettungsdienst und KVB über die besonderen Herausforderungen sowie Schnittstellen in der Akut- und Notfallversorgung. Als belebendes Element in den Diskussionsrunden war jeweils ein Platz auf der Bühne frei gelassen worden, den jeder, der einen Beitrag leisten wollte, besetzen konnte. Und in der Tat fand dadurch unter der souveränen Leitung von Moderatorin Maxi Sarwas auf der Bühne ein rascher Perspektivenwechsel statt: So kamen neue Gesichtspunkte ins Spiel, die aufgegriffen und von verschiedenen Richtungen aus beurteilt wurden, ein echter Meinungsaustausch, wie ihn sich die Vorstandsmitglieder der KVB – Dr. med. Christian Pfeiffer, Dr. med. Peter Heinz und Dr. med. Claudia Ritter-Rupp – als Ziel für die in.SAN gewünscht hatten. Entsprechend positiv fiel ihr Fazit aus. „Die erstmals von uns ausgerichtete Expertenkonferenz hat eindrucksvoll bewiesen, dass wir in Bayern in Sachen Notfallversorgung alle an einem Strang ziehen. Wir haben die volle Rücken- deckung der zuständigen Ministerien, die Krankenkassen sind auf unserer Seite und vor allem die Praktiker vor Ort reden und arbeiten Hand in Hand, wie bei unserem erfolgreichen Modellprojekt zum gemeinsamen Tresen im Klinikum Rosenheim. Die Konferenz in.SAN Bayern hat ein starkes Signal nach Berlin gesendet, dass es bei der von Bundesgesundheitsminister Professor Karl Lauterbach geplanten Notfallreform unbedingt notwendig ist, auf die positiven Erfahrungen aus den Regionen zu setzen.“

Der besondere Dank des Vorstands der KVB galt am Ende des Tages dem in.SAN-Organisationsteam um Gökhan Katipoglu, Leiter Notdienste der KVB, und Stefanie Wagner-Fuhs, Leiterin Service und Beratung der KVB, sowie den vielen engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus verschiedenen Fachbereichen der KVB, die für einen reibungslosen Ablauf der ersten Expertenkonferenz gesorgt hatten.

Die Berichterstattung, sowie Fotos und Videostatements zur Konferenz finden Sie unter www.kvb.de/ueber-uns/gesundheitspolitisches-engagement/insan-bayern.

Martin Eulitz (KVB)

Lenkmechanismen der KVB

In der heutigen Zeit, in der Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen eine große Rolle spielen, gewinnt eine gelungene Patientensteuerung zunehmend an Bedeutung. Insbesondere in der ambulanten Akut- und Notfallversorgung ist eine effektive und sichere Lenkung der Patientenströme von großer Wichtigkeit. Gökhan Katipoglu, Leiter der Abteilung Bereitschaftsdienst, Vermittlung/Beratung, Notarzdienst in der KVB, beschreibt bereits gelebte und künftige Lenkmechanismen der KV Bayerns.

Die Patientensteuerung spielt eine entscheidende Rolle bei der Koordination zwischen verschiedenen Akteuren des Gesundheitssystems, darunter den Leitstellen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (116117), den integrierten Leitstellen des Rettungsdienstes (112), den Hilfsorganisationen im Rettungsdienst, den Notaufnahmen sowie dem niedergelassenen ärztlichen Bereich zu Sprechstundenzeiten, den Bereitschaftspraxen und dem Hausbesuchsdienst außerhalb der regulären Sprechzeiten.

Für eine erfolgreiche Patientenlenkung sollten bestehende Strukturen weiterentwickelt und vor allem digital besser vernetzt werden. Die Arztpraxen der Niedergelassenen sind das Rückgrat der ärztlichen Versorgung, wie uns die Pandemie eindrücklich gezeigt hat. Die KVB hat seit 2018 flächendeckend Bereitschaftspraxen – meist in oder an Krankenhäusern – etabliert, die von nahezu allen Patientinnen und Patienten in Bayern innerhalb von 30 Minuten Fahrtzeit erreicht werden können. Dazu kommt ein eben-

falls flächendeckend eingerichteter Hausbesuchsdienst des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes für medizinisch immobile Patienten.

Bei der Patientenlenkung geht es vor allem darum, die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern zu optimieren. Damit Patienten sicher geleitet werden, ist eine korrekte medizinische Ersteinschätzung unerlässlich. Seit dem 1. Januar 2020, wird die gesetzlich verpflichtend vorgeschriebene medizinische Ersteinschätzung durchgeführt. Die KVen verwenden hierfür die Software SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung für Deutschland). Dieses System unterstützt unsere Kolleginnen und Kollegen am Telefon dabei, die Hilfesuchenden entsprechend ihres Gesundheitszustands nach Behandlungsdringlichkeit und der notwendigen Versorgungsebene einzuschätzen. Diese schnelle und effiziente Ersteinschätzung stellt sicher, dass Patienten mit lebensbedrohlichen Zuständen sofort erkannt und schnell an die 112 überwiesen werden können.

Da in kritischen Fällen Zeit eine entscheidende Rolle spielt, haben wir die 116117 mit der 112 digital vernetzt. So können wir jetzt per Digitalübertragung alle relevanten Informationen unmittelbar an die 112 senden und somit das notwendige Rettungsmittel auslösen, was im Gegensatz zur früheren telefonischen Übermittlung pro Fall etwa zwei Minuten schneller ist. Im Gegenzug kann ein Patient, der nicht lebensbedrohlich erkrankt oder verletzt ist und fälschlicherweise die 112 angerufen hat, nun digital an die 116117 übergeben werden. Auf diese Weise werden



wichtige Ressourcen im Rettungsdienst geschont. Dieses Beispiel ist eine von drei wesentlichen Schnittstellen in der Akut- und Notfallversorgung.

Die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und dem niedergelassenen Bereich haben wir im Klinikum Rosenheim erfolgreich getestet und die Notaufnahme somit deutlich entlastet (siehe auch Seite 10). In diesem Jahr werden wir uns mit der Schnittstelle zwischen Rettungswagen und dem niedergelassenen Bereich beschäftigen.

Generell besteht das Ziel unserer Aktivitäten immer darin, Patienten sicher in diejenige Versorgungsebene zu geleiten, in der sie am besten versorgt werden können. Eine zunehmend wichtige Rolle wird hierbei künftig die neue Versorgungsebene der Videoberatung spielen. Dazu baut die KVB derzeit mit „DocOnline“ eine digitale Plattform auf.

Gökhan Katipoglu (KVB)

Für Gökhan Katipoglu steht fest: Durch eine optimierte Patientenlenkung können Versorgungsressourcen effizienter eingesetzt und Wartezeiten für Patienten reduziert werden.

Patientinnen und Patienten sicher und richtig lenken

Wie kann eine für alle Seiten befriedigende Patientensteuerung in der Notfallversorgung aussehen? Die Antwort liefert kein am grünen Tisch verfasstes Konzeptpapier, sondern kommt von zwei ausgewiesenen Praktikern, die tief in der Materie stecken. Wir haben uns unterhalten mit Dr. med. Michael Bayeff-Filloff, Chefarzt am RoMed-Klinikum in Rosenheim, und dem Regionalen KVB-Vorstandsbeauftragten Dr. med. Bernhard Weigl, der ebenfalls in Rosenheim als Orthopäde niedergelassen ist.

Herr Dr. Bayeff-Filloff, konnte das Pilotprojekt Ihre Notaufnahme am Klinikum Rosenheim wesentlich entlasten?

Bayeff-Filloff: Wir haben durch das gezielte Lenken von Patienten die ZNA, also die Zentrale Notaufnahme im RoMed Klinikum Rosenheim, in der Tat relevant entlastet – bei gleichzeitiger Einhaltung der Patientensicherheit. Wie viele Patienten jeweils in die Bereitschaftspraxis und in die Praxen von umliegenden Haus- und Fachärzten – die sogenannten Kooperationspraxen – weitergeleitet wurden, ist allerdings unterschiedlich. Dies liegt zum einen an der Vielzahl niedrigschwellig Hilfesuchender im Tagesverlauf, die zu den Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxis regelhaft steigt. Zum anderen muss das Lenken für die Patienten auch zumutbar sein. Ein mit Krücken ankommender Patient akzeptiert den Weg zu einer Kooperationspraxis zu recht nicht. Ein weiteres Stichwort ist die ressourcenbezogene Versorgung durch die ZNA. Einen Patienten mit einer auch noch so oberflächlichen Wunde können wir bereits aus Hygienegründen nicht mehr auf die Straße zur Kooperationspraxis schicken – eine Versorgung in der Bereitschaftspraxis ist hingegen möglich. Das Patientenaufkommen in der ZNA erreicht etwa um elf Uhr seinen Spitzenwert, sodass jeder gelenkte Patient die notwendigen Behandlungsplätze für Notfallpatienten nicht blockiert.

Herr Dr. Weigl, Sie mussten zu Ihren normal einbestellten Patienten nun auch noch Patienten behandeln, die Ihnen „zugewiesen“ wurden. Wie haben Sie diese Flexibilität im Praxisalltag sichergestellt?

Weigl: Die Patientinnen und Patienten standen ja nicht plötzlich am Tresen in unserer Praxis, sondern wurden uns vom Klinikum vorab angekündigt. Zunächst erfolgte dies telefonisch, später dann direkt durch einen Kalendereintrag mit der Software INVENA. Da diese Patienten oft schon andiagnostiziert waren, hat das die Behandlung durchaus erleichtert. Sie waren somit leichter zu behandeln als andere Notfallpatienten, die für mich und meine Kollegen zunächst komplett unbekannt sind. Zur Einordnung: Wir sind vier Kollegen in der Praxis und behandeln zwischen zehn und zwanzig orthopädische Notfälle am Tag. Durch die Kooperation kamen noch einmal vier bis fünf Notfälle pro Tag hinzu, die aber mit den entsprechenden Vorinformationen ohne Probleme in unseren normalen Praxisalltag integrierbar waren. Besonders gefreut hat mich übrigens, dass unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter richtig stolz und total motiviert waren, diese Pionierarbeit für das Pilotprojekt zu übernehmen.

Sie hatten in Rosenheim den Vorteil, dass – außerhalb der Großstädte – Ihre Notaufnahme eine der größten in Bayern ist und sich die Ärzteschaft vor Ort gut kennt. Welche Möglichkeit sehen Sie, dass das Modell auch an kleineren Kliniken funktioniert?

Bayeff-Filloff: Ein sicheres Lenken von Patienten ist aus meiner Sicht nicht von der Größe der Notaufnahmen oder des Einzugsgebiets abhängig. Sicherlich müssen interne Abläufe zwischen den Ersteinschätzungs Kräften der Klinik und der KVB festgelegt werden. Diese sind aber vorab in jeder Akutklinik grundsätzlich vorhanden. Personelle Ressourcen sind heutzutage im gesamten Gesundheitswesen effizient zu planen. Ich kann mir gut vorstellen, dass der Flowmanager der KVB in einer größeren ZNA auch kleinere Krankenhäuser mitbetreut. Als Beispiel hat RoMed vier Kliniken im Verbund, davon drei Grund- und Regelversorger. Es ist für mich naheliegend, dass die Ersteinschätzung der KVB – telemedizinisch unterstützt – „out of Rosenheim“ auch in den drei umliegenden Kliniken erfolgt. Das Programm SmED bietet dazu die entsprechenden Module.

Weigl: Was immer hilft, ist der persönliche Kontakt zwischen der Ärzteschaft in den Praxen und im Klini-

Bernhard Weigl:
„Vonseiten der Patienten habe ich wirklich keine einzige negative Reaktion erlebt.“



Michael Bayeff-Filloff: „Jeder Patient konnte selbst entscheiden, das Angebot anzunehmen oder in der Zentralen Notaufnahme zu bleiben.“

kum. Das können gemeinsame Veranstaltungen oder ein Qualitätszirkel vor Ort sein. In den Großstädten ist es sicherlich schwieriger, weil es dort sehr viele Kliniken, zahlreiche Praxen und dementsprechend viele Ansprechpartner gibt. Hier muss man sicher Formate schaffen, in denen sich Niedergelassene und Klinikärzte austauschen und die entsprechende Vertrauensbasis aufbauen können.

Wie haben denn die Patienten reagiert? Die meisten rechnen doch damit, dass sie – am besten sofort und unverzüglich – in der Notaufnahme behandelt werden, und dann werden sie „umgeleitet“.

Bayeff-Filloff: Wichtig ist, dass wir die Hilfesuchenden „mitnehmen“. Die Ersteinschätzungskräfte der Klinik und anschließend die sogenannten Flowmanager der KVB haben alle Patienten über das Verfahren aufgeklärt und die Vorteile einer fortgeführten vertragsärztlichen Versorgung erklärt. Auch war die Zeit bis zum Arztkontakt trotz Lenkung teilweise geringer als in der Spitzenbelastung der ZNA mit Wartezeiten der niedrigschwellig Hilfesuchenden über Stunden. Jeder Patient konnte letztlich selbst entscheiden: 15 Prozent von ihnen wollten das Angebot nicht annehmen und in der ZNA behandelt werden. Alle diese Patienten hätten im Übrigen optimal im vertragsärztlichen Bereich versorgt werden können.

Ist das Pilotprojekt ein guter Beleg, dass die Verzahnung ambulant und stationär funktionieren kann?

Weigl: Definitiv. Dieses Beispiel lässt sich meiner Meinung nach überall in Deutschland ausrollen. Um nochmal zur Frage nach der Akzeptanz der Patienten zurückzukommen: Ich habe wirklich keine einzige negative Reaktion erlebt. Die Wartezeit für die Patienten hätte in der Klinik bei bis zu vier Stunden gelegen, was klar ist, wenn zwischendurch Notfälle zu behan-

deln sind. In unserer Praxis betrug sie durchschnittlich nur eine Stunde. Und was für die Patienten zudem vorteilhaft ist: Sie bekommen nicht nur eine „Erstversorgung“, sondern wir können dann unmittelbar im Anschluss die Weiterversorgung in die Wege leiten. Und das Klinikum spart sich obendrein noch das Entlassmanagement.

Bayeff-Filloff: Maßgeblich war neben der hohen Bereitschaft der Vertragsärzte unterschiedlicher Fachrichtungen zur Teilnahme am Projekt auch die Flexibilität, neue Wege zu gehen, wie zum Beispiel die digitale Ausweisung der Aufnahmebereitschaft beziehungsweise Zuweisung der Patienten über die Software IVENA. Sicherlich hat die sehr gute Vorbereitung der KVB mit Informationsveranstaltungen und insbesondere menschlich wie fachlich versierten Mitarbeitern geholfen. Auf dem Kongress in SAN widersprach der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Gerald Qwitterer, dem Terminus „sektorenübergreifend“ und bezeichnete unsere Bemühungen „sektorenverbindend“. Ich glaube, besser kann man es nicht zusammenfassen.

Wo sehen Sie noch Verbesserungspotenzial?

Bayeff-Filloff: Weitere Studienergebnisse haben gezeigt, dass eine große Patientengruppe in der ZNA zu den Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxen „nur“ Beratung, Labor, EKG oder eine orientierende Sonografie benötigte. Diese Diagnostik sollte deshalb auch in der Bereitschaftspraxis möglich sein. Hierzu finden bereits Absprachen mit der KVB statt.

Herr Dr. Bayeff-Filloff, Herr Dr. Weigl, vielen Dank für das Gespräch!

*Interview Dr. phil. Axel Heise, Markus Kreikle
(beide KVB)*

„Wir erhoffen uns eine Entlastung der Kolleginnen und Kollegen“



Ursula Gaisbauer-Riedl sieht den Bereitschaftsdienst im Moment gut aufgestellt.

Dr. med. Ursula Gaisbauer-Riedl ist nicht nur niedergelassene Kinder- und Jugendärztin in Simbach am Inn, sondern seit vielen Jahren Vorsitzende des Bereitschaftsdienstsausschusses der KVB. In dieser Eigenschaft erläutert sie im Interview, wie es gegenwärtig um den Bereitschaftsdienst steht und welchen Herausforderungen er sich in Zukunft stellen muss.

Frau Dr. Gaisbauer-Riedl, eine allgemeine Frage zuerst. Wie stellt sich Ihnen als Vorsitzende des Bereitschaftsdienstsausschusses die aktuelle Situation im Ärztlichen Bereitschaftsdienst in Bayern dar? Gibt es genug Poolärzte, wie sieht die Vergütungssituation aus, ist perspektivisch der Nachwuchs gesichert? Wo liegen aus Ihrer Sicht die größten Probleme?

Die allgemeine Situation im Bereitschaftsdienst stellt sich derzeit insgesamt gut dar. Wir verfügen in ganz Bayern flächendeckend über Bereit-

schaftsdienstpraxen und einen gut organisierten Fahrdienst. Über die Telefonnummer 116117 gehen jährlich zirka 1,5 Millionen Anrufe ein, knapp 900.000 davon werden direkt an die Ärzte im Bereitschaftsdienst vermittelt, die dann zirka 240.000 Hausbesuche absolvieren. 99 Prozent der Bevölkerung im Freistaat erreichen eine Bereitschaftsdienstpraxis innerhalb von 30 Minuten Fahrzeit beziehungsweise innerhalb von 30 Kilometern.

Derzeit gibt es viele Poolärzte im allgemeinen Bereitschaftsdienst, die nicht nur Dienste im Bereich der Ballungszentren übernehmen, sondern auch zunehmend im ländlichen Bereich. Die Vergütung ist zwar gut, aber der Ärztemangel wirkt sich auch auf unseren Dienst aus. Viele KV-Sitze können besonders auf dem Land nicht mehr nachbesetzt werden, wenn die Kollegen in den Ruhestand gehen. Große Probleme sehe ich auch in der immer älter werdenden Bevölkerung und in der sehr hohen Anspruchshaltung der Patienten.

Es kommt sicher häufiger vor, dass Ihre Kolleginnen und Kollegen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst bei medizinischer Notwendigkeit den Rettungsdienst anfordern. Aber sind die Bereitschaftsdienstpraxen allgemein auch auf den umgekehrten Fall vorbereitet, dass also Patienten, die schon vom Rettungsdienst gesehen wurden, wieder in den vertragsärztlichen Bereich kommen?

Grundsätzlich sind die Bereitschaftsdienstpraxen gut darauf vorbereitet, dass Patienten vom Rettungsdienst dort vorgestellt werden. Die Kapazitäten sind zu den Öffnungszeiten ausreichend, nachts steht auch der Fahrdienst zur Verfügung, wenn die Erkrankung nicht lebensbedrohlich ist und der Patient zu Hause warten kann.

Welche Vorteile sehen Sie, wenn die Patienten vorab durch Disponenten und SmED bereits eingeschätzt werden? Welche Rolle spielt die Videosprechstunde?

Die Einschätzung der Patienten durch den Disponenten und die Software SmED bietet in meinen Augen in der Tat viele Vorteile, denn die Patienten können damit in die richtige Ebene wie Bereitschaftsdienstpraxis, Notaufnahme, Videosprechstunde oder auch Hausarzt am nächsten Morgen vermittelt werden. Wir erhoffen uns dadurch eine Entlastung der Kollegen.

Für die Zukunft sehe ich auch noch ein großes Potenzial in der Videosprechstunde. Die bisherigen Auswertungen zeigen, dass in 98 Prozent der Fälle eine erfolgreiche Beratung der Patienten erfolgte und nur bei zwei Prozent eine Weiterbehandlung mit direktem Arztkontakt nötig war. Und das Wichtigste: Die Patientinnen und Patienten waren sehr zufrieden!

Frau Dr. Gaisbauer-Riedl, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Markus Kreikle (KVB)

„Versorgungsstufen untereinander enger vernetzen“

Ein Pilotprojekt in Regensburg soll Erkenntnisse liefern, wie Patienten, die den Rettungsdienst gerufen haben, aber dann doch keine sofortige Hilfe brauchen, wieder in die Versorgung durch niedergelassene Ärzte gelenkt werden können. Dr. med. Michael Städtler, Ärztlicher Bezirksbeauftragter Rettungsdienst für den Rettungsdienstbezirk Oberbayern Ost an der Regierung von Oberbayern, erklärt, was dahintersteckt.

Herr Dr. Städtler, viele Rettungsdienste klagen über eine zunehmende Belastung. Eine Verbesserung der Lage könnte durch eine Veränderung der Schnittstellen der beteiligten Institutionen gelingen. Können Sie uns die akuten Defizite erklären und Ihre Pläne, daran etwas zu verbessern?

Die Einsatzzahlen des Rettungsdienstes sind in den letzten zehn Jahren deutlich gestiegen, wobei die Anzahl der schwerkranken Patienten nicht im gleichen Maße zugenommen hat. Die Ursachen sind vielschichtig. Ein Grund kann die gestiegene Anspruchshaltung sein, jetzt und sofort Hilfe zu bekommen, auch bei weniger dringlichen Notfällen. Hier setzen wir an: Unser Ziel ist es, den Patienten in die richtige Versorgungsstruktur zu lenken. Wir haben zwei Ansätze: Stellt der Disponent der Integrierten Leitstelle in der strukturieren Notrufabfrage fest, dass sehr wahrscheinlich kein Transport zu erwarten ist, wird in einem Pilotprojekt in Regensburg das sogenannte Rettungseinsatzfahrzeug, kurz REF, entsendet. Hierüber können Patienten, die den Rettungsdienst gerufen haben, aber keine sofortige Hilfe brauchen, unter anderem wieder in die Versorgung durch niedergelassene Ärzte gelenkt werden. Der nächste Schritt könnte mit der Studie „RTWakut“ gemacht werden. Stellt der Notfallsanitäter vor Ort fest, dass trotz Meldebild keine klinische Versorgung erforderlich ist, wird der Patient nicht unnötig in eine Notaufnahme gebracht, sondern umgesteuert. Wir müssen also Strategien entwickeln, um die unterschiedlichen Versorgungsstufen untereinander enger zu vernetzen.

Allgemein wird oft von einer „Fehlsteuerung der Patienten“ gesprochen. Können Sie uns erklären,

was man darunter versteht und mit Zahlen verdeutlichen?

Aus Sicht des Rettungsdienstes sind Patienten dann „fehlgesteuert“, wenn sie den Rettungsdienst rufen, obwohl sie diesen nicht brauchen und bei der 116117 mit ihrem Anliegen besser aufgehoben wären. Hier besteht allzu oft auch Unsicherheit bei den Hilfesuchenden. Genaue Zahlen gibt es derzeit noch nicht. Dies wird sich hoffentlich mit der Durchführung von RTWakut und der Datenerhebung nach der digitalen Verknüpfung der Leitstellen 112 und 116117 zukünftig ändern.

Ist der Plan „Mit dem Rettungsdienst zukünftig direkt in die Bereitschaftspraxis beziehungsweise in die Arztpraxis“ realistisch?

Auf jeden Fall! Auch eine Arztpraxis, die für die Versorgung akut erkrankter Patienten ausgerüstet ist, kann ein Ziel sein. Hiermit können die Zentralen Notaufnahmen mit allen ihren Ressourcen entlastet werden, ohne die Patientensicherheit zu gefährden.

Wie können die Notfallsanitäter entscheiden, dass dieser Versorgungspfad der richtige ist, welche Rolle spielt dabei die Software SmED?

Nach Ausschluss eines Rettungsdiensteinsatzes mit dem Ziel Notaufnahme könnte der Notfallsanitäter vor Ort mit SmED die Dringlichkeit und vor allem die Versorgungsebene ermitteln. Empfiehlt das System eine Versorgung in einer Arztpraxis, könnte der Patient in dringenderen Fällen beispielsweise direkt über die Software IVENA oder einen anderen Behandlungskapazitätsnachweis in einer Kooperationspraxis angekündigt werden. In weniger dringenden Fällen erfolgt eine Terminvereinbarung über die Vermittlungszentralen der KVB.

Herr Dr. Städtler, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Markus Kreikle (KVB)



Michael Städtler möchte die Zentralen Notaufnahmen entlasten, ohne die Patientensicherheit zu gefährden.

Herausforderung Gatekeeping

Die Kliniken spielen bei der Patientensteuerung zwangsläufig eine wichtige Rolle. Die Bayerische Krankenhausgesellschaft (BKG) ist der Zusammenschluss der Krankenhausträger und deren Spitzenverbände in Bayern. Andreas Diehm, stellvertretender Geschäftsführer der BKG, erläutert in seinem Gastbeitrag, welche Herausforderungen das mit sich bringt.

Die Patientensteuerung aus Sicht der bayerischen Krankenhäuser ist ein komplexes Thema, das viele Aspekte umfasst: von der Effizienz der Ressourcennutzung bis hin zur Qualität der Versorgung. Ein strengeres Gatekeeping, also die gezielte Steuerung und Kontrolle des Zugangs von Patienten zu bestimmten Leistungen oder Behandlungen, spielt dabei eine wichtige Rolle.

In Bayern, wie auch in anderen Teilen Deutschlands, stehen Krankenhäuser unter einem erheblichen Druck, die steigenden Anforderungen an die Gesundheitsversorgung zu bewältigen. Dies umfasst nicht nur den Fachkräftemangel, den demografischen Wandel mit einer alternden Bevölkerung und einem erhöhten Bedarf an Gesundheitsleistungen, sondern auch finanzielle Herausforderungen sowie die Notwendigkeit, die Qualität und Effizienz der Versorgung kontinuierlich zu verbessern.

Ein strengeres Gatekeeping wird von vielen Krankenhäusern als notwendiger Schritt angesehen, um Ressourcen optimal zu nutzen und sicherzustellen, dass Patienten die für sie am besten geeignete Behandlung erhalten.

Ein zentraler Aspekt der Patientensteuerung ist die Rolle der Hausärzte oder Fachärzte als Gatekeeper. Sie sollen sicherstellen, dass Patienten mit bestimmten Beschwerden oder Erkrankungen zunächst eine angemessene Voruntersuchung erhalten, bevor sie an Fachspezialisten oder Krankenhäuser überwiesen werden. Dies kann dazu beitragen, unnötige Krankenhausbesuche zu vermeiden und die Versorgung effizienter zu gestalten.

Für die bayerischen Krankenhäuser bedeutet strengeres Gatekeeping jedoch auch eine Herausforderung. Einerseits sollen sie sicherstellen, dass Patienten mit dringendem Behandlungsbedarf schnell Zugang erhalten und keine unnötigen Verzögerungen auftreten. Andererseits müssen sie auch die Auslastung ihrer Kapazitäten im Blick behalten und vermeiden, dass sie überlastet werden oder Ressourcen für Patienten verwendet werden, die möglicherweise in anderen Einrichtungen besser aufgehoben wären.

Eine weitere Herausforderung bei der Patientensteuerung ist die regionale Verteilung von Gesundheitsressourcen. Insbesondere in ländlichen Gebieten können Krankenhäuser mit geringerer Ausstattung und weniger Fachpersonal konfrontiert sein, was die Steuerung von Patientenströmen erschwert. Hier sind innovative Lösungen gefragt, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, beispielsweise durch Telemedizin oder die verstärkte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Einrichtungen im Gesundheitswesen.

Insgesamt ist die Patientensteuerung aus Sicht der bayerischen Krankenhäuser ein wichtiger Baustein, um eine effiziente, qualitativ hochwertige und nachhaltige Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Ein strengeres Gatekeeping kann dazu beitragen, die vorhandenen Ressourcen optimal zu nut-



Andreas Diehm wünscht sich für die Zukunft mehr Freiheiten für regionale Lösungen, um die vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen.

zen und die Versorgung auf die Bedürfnisse der Patienten auszurichten. Dabei ist jedoch eine ausgewogene Balance zwischen Effizienz, Qualität und Patientenzugang entscheidend, um die bestmögliche Versorgung für alle zu gewährleisten.

Wir als Vertreterin der bayerischen Krankenhäuser wünschen uns für die Zukunft mehr Freiheiten für regionale Lösungen, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen und zu verbessern.

Andreas Diehm (BKG)

Wie rechtssicher ist die Ersteinschätzung?

Überfüllte Notaufnahmen durch Hilfesuchende, die keine Notfälle sind, sind für die Krankenhäuser ein drängendes Problem. Sie dürfen diese Personen nicht behandeln, sondern müssen sie in die vertragsärztliche Versorgung weiterleiten. Dabei stellt sich die Frage, ob vor der Weiterleitung eine Ärztin oder ein Arzt das Ergebnis der Ersteinschätzung überprüfen muss oder ob darauf verzichtet werden kann. Der G-BA könnte mit einem entsprechenden Richtlinienentwurf für Rechtssicherheit sorgen.

Krankenhäuser dürfen ambulante Leistungen nur für Notfallpatienten erbringen. Zur Prüfung, ob eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und damit ein Notfall vorliegt, müssen sie die Patientinnen und Patienten ersteinschätzen. Dies geschieht durch eine besonders geschulte, nichtärztliche Ersteinschätzungskraft, perspektivisch unterstützt durch den Einsatz einer validierten Ersteinschätzungssoftware. Ergibt das Ersteinschätzungsverfahren, dass der Patient kein Notfall ist – juristisch bestimmt sich dies objektiv, nicht subjektiv aus der Perspektive des Hilfesuchenden –, ist er ein Fall für die Niedergelassenen. Für die Krankenhäuser besteht derzeit jedoch Unsicherheit darüber, ob das Ergebnis vor der Weiterleitung generell ärztlich überprüft werden muss, um arzt haftungsrechtliche Konsequenzen zu vermeiden.

Dies ist bereits nach geltender Rechtslage nicht zwingend erforderlich. Der Gesetzgeber hat in der

Norm zum Ersteinschätzungsverfahren (Paragraf 120 Absatz 3b SGB V) zum Ausdruck gebracht, dass das Ergebnis der Ersteinschätzung nicht in jedem Fall ärztlich überprüft werden muss. Die Notwendigkeit der Einbeziehung eines Arztes dürfte davon abhängen, wie das Krankenhaus den Ersteinschätzungsprozess ausgestaltet, wie qualifiziert das eingesetzte Personal ist, ob das Haus eine geeignete Software einsetzt und ob der Patient direkt an eine vertragsärztliche Einrichtung übergeben wird oder nicht. Dennoch verbleibt Rechtsunsicherheit, weshalb das Krankenhaus einen Patienten oftmals erst dann unbehandelt weiterleiten wird, wenn ein Arzt überprüft hat, dass es sich tatsächlich nicht um einen Notfall handelt.

Dieser missliche Zustand ließe sich vermeiden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der von ihm nach der Beanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium erneut zu beschließenden Ersteinschätzungsrichtlinie regeln würde, dass die Weiterleitungsentscheidung grundsätzlich von einer entsprechend qualifizierten nichtärztlichen Ersteinschätzungskraft getroffen werden kann, unterstützt durch eine geeignete Software. G-BA-Richtlinien sind



In seinem Gastbeitrag beleuchtet Jan-Peter Spiegel verschiedene Aspekte der Ersteinschätzung und plädiert für eine Regelung durch den G-BA.

untergesetzliche Normen, die den für das Arzthaftungsrecht maßgeblichen Sorgfaltsmaßstab definieren können. Wenn ein Krankenhaus sich an die Vorgaben der Richtlinie hält, wird man ihm für sein normgerechtes Verhalten keinen Behandlungsfehler vorwerfen können, falls es nach der Weiterleitung zu Gesundheitsschäden kommt. Damit bestünde für die Kliniken Rechtssicherheit – und die wertvolle „Ressource Arzt“ könnte an Stellen eingesetzt werden, in denen sie dringender benötigt wird.

*Dr. jur. Jan-Peter Spiegel,
Fachanwalt für Medizinrecht
Kassenärztliche Bundesvereinigung,
Stabsbereich Recht*



Nicht alle Patienten in den Notaufnahmen der Kliniken sind tatsächlich Notfälle.

„Mehr als nur eine Konferenz“

Mit der Konferenz in.SAN am 24. Februar hat sich die KVB im gesundheitspolitischen Veranstaltungsbereich an ein Projekt ungewohnter Größenordnung gewagt. Mit großem Erfolg! Wir werfen einen Blick hinter die Kulissen und sprechen mit Manuel Holder, Regionalleiter Notdienste und Programm-Manager in.SAN in der KVB, der die Veranstaltung mit einem großen Team an Kolleginnen und Kollegen von Anfang an begleitet hat.



Manuel Holder hat die Organisation der in.SAN von Anfang an mit begleitet und gewährt mit seinem Insider-Wissen Einblicke hinter die Kulissen.

Herr Holder, welche Bedeutung hat in.SAN für die KVB und in welchem Kontext ist das Thema überhaupt entstanden? Weshalb war es so wichtig, in.SAN eine ganztägige Konferenz zu widmen?

in.SAN bedeutet für die KVB die indikationsgerechte Steuerung Hilfesuchender in der Akut- und Notfallversorgung. Also letztlich, dass jede Patientin, jeder Patient entsprechend der bestehenden medizinischen Notwendigkeit Zugang zum richtigen Behandlungspfad erhält. Hierzu haben wir im vergangenen Jahr ein Positionspapier entworfen, das im Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums zur Notfallreform aufgegriffen wurde. in.SAN ist für die KVB daher nicht nur eine Konferenz, sondern ein Programm aus verschiedensten Maßnahmen und Projekten im Sinne einer nachhaltigen modernen Akut- und Notfallversorgung unter Berücksichtigung begrenzter Ressourcen in allen beteiligten Bereichen.

Aufbauend auf unserem Positionspapier hatten wir ursprünglich Ende 2023 ein bayerisches Expertengespräch mit ein paar Dutzend Teilnehmern aus den beteiligten Bereichen, Stellen und der Politik geplant, um eine gemeinsame bayerische Position nach Berlin zu tragen. Aber dann wurden wir von unseren eigenen Bemühungen überholt. Denn plötzlich haben sich unsere Positionen, Strategien und Projekte im Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministers zur Notfallreform wiedergefunden. Und diese „bayerische Handschrift“ ist nicht ohne Resonanz geblieben, denn auch auf Bundesebene wurde plötzlich anerkannt, dass Bayern bereits Lösungen hat, während andere noch darüber reden. So hat also das Interesse an unseren Ansätzen schnell Fahrt aufgenommen und

aus unserem ursprünglich geplanten Expertengespräch wurde quasi über Nacht eine Konferenz mit Hunderten von Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus allen medizinischen Versorgungsbereichen, den Krankenkassen, der Versorgungsforschung und der Politik. Als Referenten haben namhafte Expertinnen und Experten aus ganz Deutschland und dem benachbarten Ausland ihr Interesse bekundet. Das war wirklich überwältigend!

Apropos: Wie schwierig war es, diese hochkarätigen Experten, Referenten und Politiker für Grußworte oder Fachvorträge zu gewinnen?

Nachdem unser Programm feststand, war die Akquise angesichts der hochaktuellen Thematik und Tragweite des Themas eine recht dankbare Aufgabe, wenn auch mit einigen Herausforderungen verbunden. Denn wir wollten auf jeden Fall verhindern, dass aus in.SAN eine Werbeveranstaltung wird. Unser Fokus lag deshalb auf einer inhaltlich sachlich-kritischen Auseinandersetzung, möglichst unter Abdeckung aller relevanten Perspektiven und Blickwinkel.

Da die KVB ja durch ihren Sicherstellungsauftrag auch mit der Notfallversorgung für den Notarztendienst vertreten ist, konnten wir bei der Referentenakquise zum Beispiel auf dieses Netzwerk zurückgreifen. Hinzu kamen unsere guten Kontakte zur Politik und Partnerschaft mit der Bayerischen Krankenhausgesellschaft. Ganz besonders haben uns hier die Anwesenheit und die Podiumsbeiträge des Bayerischen Ministeriums des Innern – angeführt durch Innenminister Joachim Herrmann – sowie des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention gefreut.

Die in.SAN ist mittlerweile als jährliche Veranstaltungsreihe konzipiert. Welchen konkreten Nutzen verspricht sich die KVB insbesondere für ihre niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte?

Der vertragsärztliche Bereich bildet das Rückgrat und das Fundament der Gesundheitsversorgung. Das gilt natürlich auch für die Akut- und Notfallversorgung. Wir mussten allerdings immer wieder feststellen, dass zwischen den Versorgungsbereichen oftmals über-, aber nicht so sehr miteinander geredet wird. Doch genau das ist für eine gute medizinische Ver-

sorgung entscheidend, und zwar auf allen Ebenen, sei es fachlich oder menschlich. Und genau dies ist das Format der Veranstaltung: Impulse zu liefern und gleichzeitig eine Plattform zu bieten, um in einen konstruktiven und gerne auch kontroversen Austausch zu treten. Und letztlich geht es dabei selbstverständlich auch um die Meinung und Sichtweise der Praktiker – also unserer Mitglieder: Sinnvolle Lösungen erarbeitet man nicht am Berliner Reißbrett, sondern im Dialog vor Ort. Auf diese Weise bleibt keine Stimme ungehört und die KVB wird in ihrer Rolle als Takt- und Impulsgeber gestärkt.

Was waren die größten Herausforderungen bei der Organisation der Konferenz? Wann haben die Planungen begonnen? Wie war das Vorgehen und welche Abteilungen waren inhäusig hauptsächlich an den Vorbereitungen beteiligt? Welche Hindernisse galt es, zu überwinden?

Sagen wir mal so: Die gesamte Konferenz war eine Herausforderung, denn bislang hatten wir mit Veranstaltungen dieser Größenordnung kaum Erfahrung. Dazu kam, dass ja die Zielrichtung – wie bereits erwähnt – anfangs eine ganz andere war. Es war also eine Herausforderung, aber wir hatten große Lust, uns dieser zu stellen. Die Vorbereitungen für die eigentliche Konferenz konnten erst Mitte Dezember 2023 beginnen, sodass uns insgesamt zweieinhalb Monate für die Organisation blieben. Das war zweifelsohne ein absoluter Kraftakt, der viel Manpower erforderte. Schon die Entscheidung, die Veranstaltung in unseren Räumlichkeiten durchzuführen, war eine andere Hausnummer als irgendeine Veranstaltungsstätte zu buchen und zu bespielen. Aber es war uns ein Anliegen, unsere Gäste in unser eigenes Haus einzuladen. Dazu gab es im Vorfeld unzählige Punkte zu klären, angefangen von umfassenden Security-Maßnahmen, dem Veranstaltungsdesign, oder der Veranstaltungstechnik, über die Moderation und Social Media Begleitung bis hin zur Koordination externer Dienstleister. In diesen Kraftakt waren inhäusig sehr viele Abteilungen eingebunden. Besonders zu erwähnen sind hier die Fachabteilung „Notdienste“ als inhaltlicher Verantwortungsträger sowie die Fachabteilung „Service und Beratung“ inklusive des dazugehörigen Veranstaltungsmanagements, die sich um den kompletten Organisationsrahmen und die Gestaltung der Konferenz gekümmert haben. Aber auch unser Hausservice, unser Konferenzmanagement, die IT, die Kommunikation und zahlreiche andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben auf unterschiedliche Art und Weise zum Gelingen von in.SAN

als Veranstaltung beigetragen. Wir alle haben zusammen unglaublich viele Erfahrungen gesammelt, auf denen wir in Zukunft aufbauen können. Ganz herzlichen Dank dafür!

Dazu eine kurze Manöverkritik? Wie zufrieden sind Sie mit dem Ablauf der ersten Veranstaltung und was würden Sie eventuell anders machen?

Zunächst mal sind wir überwältigt von der positiven Resonanz der Veranstaltung und der konstruktiven Stimmung. Gerade dies sind ja Faktoren, die wir nicht vorhersehen oder gar planen konnten. Auch das Feedback unserer Gäste war durchweg positiv. Ganz persönlich freut mich, dass wir hier die KVB mal „anders“ darstellen konnten: Schon das angepasste Ambiente unseres Sitzungssaals hat überzeugt, gepaart mit der professionellen Führung der Veranstaltung durch Maxi Sarwas als Moderatorin und Journalistin, zusätzlich die professionelle Technik und die Organisation am Veranstaltungstag. Alles zusammen hat weitreichende Beachtung gefunden und unsere Messlatte für die Zukunft deutlich angehoben.

Selbstverständlich läuft so eine Konferenz nicht immer problemlos ab, aber im Ganzen betrachtet sind dies Kleinigkeiten, die wir selbstverständlich selbstkritisch unter die Lupe nehmen.

Wie genau wird es mit der in.SAN also weitergehen? Same procedure next year?

Ich möchte gar nicht zu viel in die Zukunft schauen, aber mit Voranschreiten des in.SAN-Programms wird sich auch die Veranstaltung verändern. Ich denke aber, der nun gesetzte Maßstab wird bleiben. Wenn wir heute mit etwas Abstand auf den 24. Februar zurückblicken, merken wir, wie sehr diese Veranstaltung nachwirkt und welche Impulse sie bayern- und bundesweit gegeben hat. Deshalb müssen wir da dranbleiben. Same procedure next year wäre zu einfach und würde unseren Ansprüchen nicht gerecht werden, aber es wird spannend. Ich freue mich auf die Zukunft und empfehle jedem, jetzt schon mal einen Blick auf die Veranstaltungsseite www.insan.bayern zu werfen.

Herr Holder, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Marion Munke (KVB)

KVB-Vertreterversammlung: Agieren statt reagieren

Ein Bild großer Einheit bot die Vertreterversammlung (VV) der KVB am 15. März. Sämtliche Anträge wurden mit großer Mehrheit, oft sogar einstimmig, verabschiedet. Dazu gehörten unter anderem eine Resolution gegen die zunehmenden Tendenzen von Extremismus und Ausgrenzung in der Gesellschaft sowie eine erneute Positionierung für die bessere Regulierung von investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren (iMVZ).

Wir wollen mehr agieren und weniger nur reagieren auf das, was uns der Gesetzgeber vor die Tür schüttet“, mit diesen Worten gab die VV-Vorsitzende Dr. med. Petra Reis-Berkowicz die künftige Zielrichtung der VV kurz und prägnant vor. Die entsprechenden Vorarbeiten zur Zukunft der ambulanten Versorgung sollen nun regelmäßig von einer Arbeitsgruppe erbracht werden.

Ein „Nein“ zu Extremismus und Ausgrenzung in der Gesellschaft: Die VV-Vorsitzende Petra Reis-Berkowicz weiß ihre Kollegenschaft hinter sich.



Gutes Ergebnis bei Verhandlungen mit den Kassen

Der Vorstand der KVB – Dr. med. Christian Pfeiffer, Dr. med. Peter Heinz und Dr. med. Claudia Ritter-Rupp – legte in seinen Berichten den Schwerpunkt auf die bereits laufenden Initiativen der KVB, um unter immer schwieriger werdenden Bedingungen die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen. So habe man in den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen in Bayern die Bundesvorgaben um einige Prozentpunkte steigern können, indem man sich auf die Fortführung fast aller förderungswürdiger Leistungen sowie auf die Fortführung der Förderungen im Bereitschaftsdienst verständigt habe. Zu diesem positiven Ergebnis habe besonders die Anerkennung und Unterstützung der Krankenkassen für die zahlreichen KVB-Projekte zur Reformierung der Notfallversorgung in Bayern beigetragen.

KVB-Eigeneinrichtung: „Starthilfe“ für junge Ärztinnen und Ärzte

Um die ambulante Versorgung auch in Zukunft sicherzustellen, ist die ärztliche Nachwuchsförderung von großer Bedeutung. Bereits aktuell gibt es zunehmend Regionen im Freistaat, die in die Unterversorgung rutschen. Wenn alle anderen Versuche scheitern, hierfür in einem angemessenen Zeitraum Praxismachfolgerinnen oder -nachfolger zu finden, bleibt gemäß den Vorgaben des Gesetzgebers nur der Weg zur Eröffnung sogenannter KVB-Eigeneinrichtungen. Inzwischen betreibt die KVB eine entsprechende Praxis für Dermatologie in Marktredwitz und eine Hausarztpraxis in Ering am Inn. Sieben weitere Eigeneinrichtungen sind derzeit in Planung. Dabei setzt die KVB auf eine enge Zusammenarbeit mit den Kommunen vor Ort. Ziel ist es, so betonte der KVB-Vorstand, dass die Praxen mittelfristig von den angestellten Ärztinnen und Ärzten übernommen und in Eigenregie weitergeführt werden.

Förderung für „Praktisches Jahr“ in den Praxen angelaufen

Mit zahlreichen Förderprogrammen unterstützt die KVB junge Ärztinnen und Ärzte dabei, Erfahrungen in der ambulanten medizinischen Versorgung zu sam-



meln. Dazu gehört – neben der Förderung von Familien – jetzt auch die Förderung des Praktischen Jahres (PJ), das in einer Praxis abgeleistet wird. Hinzu kommt die gesetzlich vorgeschriebene Förderung der Weiterbildung im haus- und im fachärztlichen Bereich. Zudem werden in der Beratung neben den Mitgliedern immer mehr Interessenten für eine Niederlassung in ihren Anliegen unterstützt. Wie der KVB-Vorstand berichtete, entfiel im vergangenen Jahr bei knapp 267.000 Mitgliederkontakten ein Drittel auf Anfragen junger Medizinerinnen und Mediziner. Die 353 Online- und Präsenz-Seminare der KVB im Jahr 2023 verzeichneten rund 12.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

DiGA fehlt in der Regel die Evidenz

Insbesondere im psychotherapeutischen Bereich sorgen die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) weiterhin für Gesprächsstoff. So würden diese im Regelfall nach wie vor ohne wissenschaftliche Evidenz in die Versorgung gelangen. Einen Antrag, dies zu

ändern und DiGA erst nach erfolgtem Nachweis einer ausreichend hohen Evidenz in das entsprechende Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufzunehmen, wurde von der VV einstimmig angenommen. Der Vorstand warnte bei den DiGA ebenso wie beim Einsatz künstlicher Intelligenz (KI) in der Medizin vor einer Vernachlässigung der Risiken. Die Verantwortung könne nicht von einer Maschine übernommen werden, sondern bleibe beim behandelnden Arzt beziehungsweise Psychotherapeuten.

ePA: Aufklärung der Patienten muss besser werden

Ein wesentliches Element des Digital-Gesetzes ist die elektronische Patientenakte (ePA), die von den Krankenkassen ab 2025 allen Versicherten zur Verfügung gestellt wird, sofern diese dem nicht widersprechen. Wichtig sei hierbei eine gute Aufklärung der Patientinnen und Patienten über die Vor- und Nachteile der ePA, so der Vorstand der KVB. Hier gebe es im Vorfeld noch erheblichen Informationsbedarf durch das Bundesgesundheitsministerium und die Krankenkassen, damit nicht ein ebensolches Kommunikationsdesaster drohe, wie zuletzt bei der Einführung des elektronischen Rezepts (eRezepts) zu Jahresanfang.

Dr. phil. Axel Heise (KVB)

Die Vertreterversammlung der KVB zeigte sich solidarisch mit den Inhalten der Kampagne „#Zusammenland – Vielfalt macht uns stark“, die am 15. Februar bundesweit gestartet ist.



Einheitliches Votum: Die Politik muss endlich Regeln für mehr Transparenz bei den iMVZ vorgeben.

Entlastung für Ärzte, Lebensqualität für Patienten

Die KVB und BARMER haben einen Vertrag nach Paragraf 140a SGB V zur besonderen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) geschlossen. Die Zusatzvereinbarung mit unbegrenzter Laufzeit gilt seit 1. Januar 2024 und richtet sich bayernweit an Fachärztinnen und Fachärzte im gastroenterologischen Bereich.

Intensive Therapiemaßnahmen, teils erhebliche Nebenwirkungen, eine zeitintensive Behandlung: Colitis Ulcerosa und Morbus Crohn, zusammengefasst CED, sind nicht nur für Patienten, sondern auch für deren behandelnde Ärztinnen und Ärzte eine große Herausforderung. Ein neuer CED-Vertrag von BARMER, KVB und der Regionalgruppe des Berufsverbands Niedergelassener Gastroenterologen e. V. (bng) soll die Behandler unterstützen, eine individuell auf den Krankheitsverlauf des Patienten abgestimmte, qualitätsgesicherte und passgenaue Behandlung einzusetzen, um dessen Lebensqualität größtmöglich zu steigern.

Wer kann am Vertrag teilnehmen?

Teilnahmeberechtigt sind Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie, Kinder- und Jugendmediziner mit der Zusatzweiterbildung Kinder- und Gastroenterologie sowie fachärztliche Internisten mit der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Koloskopie. Sie können Versicherte der BARMER mit einer gesicherten Diagnose einer CED einschreiben. Neben fachlichen Voraussetzungen müssen interessierte Ärzte persönliche beziehungsweise sachliche Voraussetzungen erfüllen, wie beispielsweise regelmäßige Fortbildungen und Qualitätszirkelteilnahmen zum Thema CED nachweisen. Besonders attraktiv ist eine Teilnahme am Vertrag für Ärzte mit dem Zertifikat „CED-Schwerpunktpraxis“ des bng, da zusätzlich zum Zertifikat keine weiteren Teilnahmevoraussetzungen erfüllt werden müssen.

Die im Vertrag geregelten Add On-Leistungen können im Sinne von Ärzten und Patienten unkompliziert in die bestehende Behandlung integriert werden. Vorhaltepauschalen sowie die Vergütung von Strukturpauschalen



Dr. med. Peter Heinz,
erster Stellvertretender
KVB-Vorstandsvorsitzender

„Ich freue mich sehr, dass wir in Bayern den Vertrag zur besonderen Versorgung von CED-Patienten mit der BARMER geschlossen haben, der für die Betroffenen sowie unsere Ärztinnen und Ärzte gleichermaßen ein Gewinn ist. Dies sieht auch der bng so, der den Vertrag von Anfang an unterstützt und befürwortet hat. Gemeinsam mit dem bng möchten wir alle Gastroenterologen einladen, am CED-Vertrag teilzunehmen und von den Leistungen zu profitieren.“



Alfred Kindshofer,
Landesgeschäftsführer
der BARMER in Bayern

„Das Versorgungsangebot des CED-Vertrags ist innovativ, denn Betroffene können durch speziell entwickelte digitale Applikationen unterstützt werden. Gemeinsam mit der KV Bayerns ermöglichen wir den BARMER-Versicherten durch diesen Vertrag außerdem den Zugang zu einer Vielzahl besonders qualifizierter Ärztinnen und Ärzte.“



und Beratungsleistungen machen den Vertrag besonders attraktiv.

Entlastung durch Versorgungs- und Fachassistenzen

Ein regelmäßiger Arzt-Patienten-Kontakt bei der Behandlung von CED-Patienten ist essenziell, jedoch auch zeitintensiv. Am eng getakteten Praxisalltag setzt der Vertrag an: Ärzte, in deren Praxis CED-Versorgungsassistenzen oder -Fachassistenzen arbeiten, erhalten hierfür eine Pauschale sowie die Möglichkeit, eine CED-Beratung durch die CED-Versorgungsassistenz vergütet zu bekommen. Der Arzt kann so Hand in Hand mit seiner CED-Fachkraft die

Betreuung des Patienten gestalten. CED-Fachassistenzen und CED-Versorgungsassistenzen sind durch eine anerkannte Weiterbildung zur fachgerechten Betreuung von Patienten mit CED qualifiziert und können den Arzt entlasten. Ärzte ohne CED-Versorgungsassistenz können die zusätzlich vergütete Beratung selbst erbringen und abrechnen.

Fachlicher Austausch im Sinne der Patientenversorgung

CED gehen meist mit einer hohen physischen, aber auch psychischen Belastung für die Patienten einher – mit Auswirkungen auf fast alle Lebensbereiche. Die Behandlung, die stets eine Reduktion der Krankheitslast und eine Steigerung der Lebensqualität zum Ziel hat, erfordert daher eine ganzheitliche und individuelle Betrachtung des Patienten. Aus diesem Grund legt der Vertrag den Fokus auf gemeinsame CED-Fortbildungsaktivitäten. Vom fachlichen Austausch der Behandler und der Vernetzung profitieren nicht nur die teilnehmenden Ärzte, sondern am Ende immer die Patienten. Auch bei der individuellen Medikation soll der Vertrag Ärzte mithilfe einer Ampel-Systematik beim leitliniengerechten Einsatz, insbesondere innovativer Wirkstoffe, unterstützen.



Prof. Dr. med. Michael Farnbacher, Sprecher der Regionalgruppe Bayern, bng

„Eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patienten mit CED erfordert neben einer zeitintensiven Zuwendung einen stets aktuellen Wissensstand der Behandler und deren interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachgruppen. Dieses hohe Maß an ärztlichem Engagement ist in der Vergütung bisher kaum abgebildet. Der bng begrüßt daher den BARMER-Selektivvertrag, mit dem in Bayern eine Verbesserung der Versorgung von CED-Patienten angestoßen wurde, die vorbildhaft für alle Beteiligten im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung von CED-Patienten sein kann.“

Weiterführende Informationen

Interessierte Ärzte können sich online über das Mitgliederportal „Meine KVB“ oder über die Zusendung der Teilnahmeerklärung einschreiben. Sie finden weitere Informationen sowie die Teilnahmeerklärung unter dem Reiter „Teilnahme Ärzte“ nach Scannen des nebenstehenden QR-Codes.



Anna-Maria Schoberer, Eva Fischer (beide KVB)

KSVPsych-RL: Fünf genehmigte Netzverbände in Bayern

Die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) wurde Ende 2021 ins Leben gerufen. In Bayern haben sich in den jeweiligen Versorgungsregionen bereits die ersten fünf Netzverbände nach KSVPsych-RL etabliert.

Das Angebot richtet sich an Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr, die Erkrankungen der Diagnosegruppen F10-F99 (ICD-10) aufweisen und in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen deutliche Einschränkungen erleben. Alle Gesundheitsberufe, die für die Versorgung notwendig sind, arbeiten im Rahmen der KSVPsych-RL vernetzt und interdisziplinär zusammen, um den Betroffenen bedarfsgerecht, schnell und wohnortnah zu helfen.

Herzstück Netzverbände

Im Mittelpunkt dieser psychiatrischen Komplexversorgung stehen regionale Netzverbände, in denen sich niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten vertraglich zusammenschließen.

Bei den fünf derzeit genehmigten Netzverbänden in Bayern handelt es sich um die Netze:

- Netzverbund Nürnberg und Umgebung
- Netzverbund Region 10 Ingolstadt
- Netzverbund München und Umgebung



Abbildung: Quelle Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

- Rosenheimer Netz für Komplexversorgung
- Netzverbund PsychNetzOberbayern (Region München)

Die Patienten werden von einem Arzt oder Psychotherapeuten des Netzverbundes, der als zentraler Ansprechpartner die Bezugsfunktion übernimmt, engmaschig betreut. Eine jeweils nichtärztliche koordinierende Fachkraft unterstützt die Behandlung des Patienten und entlastet die beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten organisatorisch (siehe Abbildung).

Evaluation

Eine erste strukturelle Evaluation des Versorgungsgeschehens der KSVPsych-RL, durchgeführt vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zeigte bereits Verbesserungspotenzial, insbesondere in Hinblick auf organisatorische und administrative Anfor-

derungen der Richtlinie (unter anderem voller Versorgungsauftrag bei Übernahme der Bezugsarzt/-therapeutenfunktion). Basierend auf den Evaluationsergebnissen wurden nun Beratungen zur Anpassung der Anforderungen der Richtlinie aufgenommen.

Kinder- und Jugend-Richtlinie

Die gewonnenen Erkenntnisse aus der Versorgung nach der KSVPsych-RL konnten maßgeblich in die Entwicklung einer neuen Richtlinie für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche (KJ-KSVPsych-RL) einfließen. Die Beschlussfassung dieser Richtlinie erfolgte bereits im März 2024. Ihr Ziel ist es, eine ähnlich koordinierte und berufsgruppenübergreifende Versorgung zu gewährleisten, die jedoch weitaus niedrigschwelliger gestaltet sein wird. Ein Start der Versorgung ist Anfang 2025 zu erwarten.

Inga Jürgens (KVB)

Für weiterführende Informationen rund um die KSVPsych-RL bitte QR-Code scannen.



Einblicke in den Alltag eines Netzverbundes – ein Interview

Frau Dr. Bain-Bold, was hat Sie zur Gründung Ihres Netzverbunds bewogen?

Die Rahmenbedingungen der neuen Richtlinie sind erfreulich realitätsgerecht, indem sie die Notwendigkeit der Koordination aller beteiligten Behandler von schwer psychisch erkrankten Menschen anerkennt und die Durchführung erleichtert. Sie belohnt unsere Bemühungen, Patienten umfänglich und lückenlos psychiatrisch, psychotherapeutisch und sozialpsychiatrisch zu begleiten. Die durchaus großzügige Honorierung sehe ich als Würdigung unseres Fachgebiets und all derjenigen, die sich um die Patientinnen und Patienten kümmern, die unsere Hilfe am meisten benötigen.

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit der Kolleginnen und Kollegen im Netzwerk?

Nach Aufnahme in den Netzwerk durch den Bezugsarzt oder -psychotherapeuten wird die Teilnahme des Patienten der Krankenkasse gemeldet, bei Überweisung in Psycho- oder Ergotherapie oder zur stationären Einweisung werden die Netzwerkpartner telefonisch oder per E-Mail kontaktiert und der Patient dann bevorzugt behandelt. In regelmäßigen Fallkonferenzen der beteiligten Behandler wird der Therapiefortschritt gemeinsam besprochen und entsprechend koordiniert.

Inwieweit hat sich die Qualität der Gesundheitsversorgung im Rahmen der KSVPsych-RL in Ihrer Praxis und für Ihre Patienten konkret verbessert?

Die Behandlung gestaltet sich effizienter und unkomplizierter, da alle Partner gegenseitig von der Schweigepflicht entbunden sind. Durch den gemeinsam erstellten Behandlungsplan entsteht ein Konsens unter den beteiligten Behandlern, wodurch Behandlungsziele schneller erreicht werden.

Welchen Rat können Sie anderen Kolleginnen und Kollegen mit auf den Weg geben, die ebenfalls planen, einen Netzwerk zu gründen oder sich daran zu beteiligen?

Die überschaubare zeitliche Investition zu Anfang lohnt sich im Nachhinein definitiv. Die Patienten danken den Aufwand, die bürokratischen Hürden sind leicht zu meistern, die Honorierung ist großzügig, zumal auch die Leistung unserer medizinischen Fachangestellten hier anerkannt und gewürdigt wird.



Dr. med. Kristina Bain-Bold, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hat 2023 einen der ersten Netzverbände PsychNetzOberbayern in der Region München gegründet.

Interview Inga Jürgens (KVB)

Vielversprechender Auftakt für interdisziplinäre Versorgungsform

Dr. med. Claudia Ritter-Rupp ist zweite stellvertretende KVB-Vorstandsvorsitzende und Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.



„Ich schätze das Engagement der Beteiligten an den Netzwerken sehr und freue mich, dass von dort erste, sehr positive Rückmeldungen kommen. Ich möchte besonders meine psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen ermutigen, an bestehenden oder an neuen Netzwerken mitzuwirken. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Fach- und Berufsgruppen, vor allem das Zusammenspiel zwischen psychiatrischen und psychotherapeutischen Therapieansätzen, ermöglicht eine adäquate Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf.“

„Netzwerk Schule und psychische Gesundheit“: Mitarbeit erwünscht

Die Nachwirkungen der Corona-Pandemie, die in den Medien omnipräsenten Kriege und Krisen und die zunehmenden gesellschaftlichen Interessenskonflikte machen gerade jungen Menschen sehr zu schaffen. Insofern wird es immer wichtiger, ihnen unbürokratisch und einfach Hilfsangebote bei psychischen Problemen zur Verfügung zu stellen. Ein Ansatz, den die KVB initiiert hat, ist dabei das „Netzwerk Schule und psychische Gesundheit“.



Ein wichtiger Lebensbereich für Kinder und Jugendliche ist die Schule. Hier setzt das „Netzwerk Schule und psychische Gesundheit“ an. Ziel ist es, vor Ort die „Lebenswelt Schule“ mit der ambulanten Versorgung in einen Austausch zu bringen. Das Netzwerk wurde von der KVB initiiert.

Die KVB wird dazu eine „Unterstützerliste“ auflegen, die unter www.kvb.de in einem geschützten Bereich verfügbar sein wird. Der Zugriff darauf ist eingeschränkt, da die Übersicht zweckgebunden für Fachkräfte der Schulen erstellt

wird. In die Liste können sich alle KVB-Mitglieder, die Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch versorgen und sich dem Netzwerk anschließen wollen, freiwillig eintragen lassen. Das Verzeichnis können dann beratend tätige Mitglieder der Schulfamilien, also Schulpsychologen, Schulsozialarbeiter und Vertrauenslehrer nutzen, um geeignete und fachlich versierte Ansprechpartner aus dem Bereich der Psychotherapie zu finden. Die Übersicht wird seit April 2024 aufgebaut und fortlaufend aktualisiert.

„Es ist mir ein großes persönliches Anliegen, die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in den Fokus der ambulanten Versorgung zu rücken. Gerade in dieser frühen Lebensphase lassen sich die weiteren Entwicklungsstufen zum Erwachsenenalter noch positiv beeinflussen. Deshalb appelliere ich an alle Kolleginnen und Kollegen, die Kinder psychotherapeutisch betreuen, sich auf unserer Unterstützerliste einzutragen“, so die zweite stellvertretende KVB-Vorstandsvorsitzende Dr. med. Claudia Ritter-Rupp.

Umsetzung vor Ort

Sollte im Schulumfeld ein Schüler oder eine Schülerin Auffälligkeiten zeigen, bei denen die in Schulen beratend tätigen Fachkräfte im Bereich der Schulpsychologie und -sozialarbeit fachliche Expertise benötigen, können sie den Kontakt zu einem „Unterstützer“ aufnehmen, eine telefonische Absprache vornehmen und falls erforderlich

auch eine Terminvereinbarung durch die Familie regeln. Grundsätzlich ist aber zu beachten: Die Terminvereinbarung und -wahrnehmung ist weiterhin allein Aufgabe und Pflicht der Familien.

Ziel des Netzwerks

In der Schullaufbahn können Situationen auftreten, in denen Schülerinnen oder Schüler Hilfe bei psychischen Problemen benötigen. Die Gründe sind vielfältig und manchmal kann es notwendig sein, die psychische Gesundheit frühzeitig zu schützen oder auch wiederherzustellen.

Um Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern möglichst effizient zu unterstützen und gleichzeitig die Ressourcen so gut wie möglich zu nutzen, ist die Vernetzung zwischen den Einrichtungen des Gesundheitssystems, der Schule und auch der Jugendhilfe von großer Bedeutung. Eine auf die jungen Menschen und ihre Eltern zugeschnittene frühzeitige Beratung und niedrigschwellige Intervention kann auch dazu beitragen, umfassendere psychotherapeutische Maßnahmen oder auch Kriseninterventionen zu vermeiden.

*Andrea Fembacher,
Christine Stieffermann (beide KVB)*

Nicht allein mit Krisen

Seit Oktober 2023 gibt es mit **KRISENFEST** ein neues präventives Gruppenangebot für Kinder und Jugendliche mit psychischen Belastungen. Wir haben bei Gabriele Ehrlenspiel-Ganser nachgefragt, welche Erfahrungen sie als Gruppenleiterin mit dem Pilotprojekt gemacht hat.

Frau Ehrlenspiel-Ganser, was waren Ihre Beweggründe, an **KRISENFEST** teilzunehmen?

Die Idee, ein niedrighschwelliges Kursangebot für Kinder und Jugendliche anzubieten, hat mich sofort begeistert, da die Hemmschwelle für die Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychologischer Hilfe bei Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern häufig noch groß ist. Die Angst vor Stigmatisierung und vor einer Diagnose ist oft der Grund, warum die Betroffenen lange warten, bevor sie sich Hilfe holen.

Wodurch zeichnet sich das Projekt aus Ihrer Sicht besonders aus?

Durch die Offenheit für verschiedene Altersgruppen und die Möglichkeit, individuelle Themen in die Gruppe einzubringen. Einer der wichtigsten Punkte für die Teilnehmenden war sicherlich das Gefühl, nicht allein zu sein, sondern die Erfahrung zu machen, anderen im gleichen Alter geht es so ähnlich wie ihnen. Der Austausch hierüber war sehr wertvoll, anregend und auch entlastend.

Welche Aufgaben hatten Sie als Gruppenleiterin?

Am Anfang stand die Kontaktaufnahme zu Schulsozialarbeitern, zu Erziehungsberatungsstellen, Erziehungsbeiständen und Schulpsychologen, um Teilnehmende für die Gruppe zu finden. Zu Beginn ging es vorrangig darum, jedem Teilnehmenden mit seinen persönlichen Themen gerecht zu werden, aber gleichzeitig die Belange der anderen nicht aus den Augen zu verlieren. Den Gruppenprozess anzuleiten, Impulse zu setzen, die eigene Reflexion anzustoßen waren meine Hauptaufgaben während des Kurses. Am Ende ging es darum, für jeden Teilnehmenden herauszufinden, was die weiteren Schritte und Wege sein können. Außerdem habe ich einen Elternabend angeboten, um die Eltern mit ins Boot zu holen. Mir war es wichtig, mit den Eltern zu reflektieren, was die Jugendlichen von ihnen benötigen, um sich unterstützt und gesehen

zu fühlen und mit welchen für Herausforderungen die Jugendlichen tagtäglich zu kämpfen haben. Dieser Abend hat sich als sehr bereichernd für die Eltern erwiesen.

Wie haben die Kinder und Jugendlichen auf das Angebot reagiert?

Das wichtigste Erlebnis für alle war die Erkenntnis: „Ich bin nicht allein mit meinen Themen, den anderen hier geht es ähnlich.“ Dies hat alle entlastet und sie konnten gegenseitig von ihren jeweiligen Strategien profitieren und Neues ausprobieren.

Frau Ehrlenspiel-Ganser, vielen Dank für das Gespräch!

Das ganze Interview finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/psychotherapie.

Interview Susanne Singl (KVB)



Dipl.-Päd. Gabriele Ehrlenspiel-Ganser ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und in Augsburg niedergelassen.

Prävention im Fokus

KRISENFEST ist ein präventives Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche von sechs bis 18 Jahren, die psychisch belastet sind, aber noch keine manifeste Störung mit Krankheitswert entwickelt haben. Im Fokus des Angebots steht die Prävention der Entwicklung von behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen. Erreicht werden soll dies durch ein spezielles Angebot psychotherapeutischer Gruppensitzungen. Durchgeführt werden die Sitzungen durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehungsweise -psychiater, die sich hierfür angemeldet haben.

Das Besondere an **KRISENFEST** ist, dass keine Patienten- und Diagnosedaten übermittelt werden, um Nachteile bei Inanspruchnahme psychotherapeutischer Unterstützung und Ängste vor Stigmatisierung abzubauen. Gleichzeitig soll dazu ermutigt werden, schon in einer frühen Belastungsphase psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Anmeldung erfolgt direkt bei den Gruppenleitungen.

Das Projekt wird zunächst befristet im Rahmen einer Pilotphase bis 26. Juli 2024 durchgeführt und vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention finanziert. Ein Verzeichnis der aktuellen Gruppenangebote sowie weiterführende Informationen finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/psychotherapie.

Impfstoffe: von der STIKO-Empfehlung zur GKV-Leistung

Fragen zur Verordnung und Abrechnung von Impfstoffen sind häufig Grund für Kontaktaufnahmen mit dem KVB Servicecenter. Der folgende Artikel erklärt anhand von aktuellen Beispielen die teils komplexen Rahmenbedingungen und gibt außerdem einen Überblick zum aktuellen Impfgeschehen.

Wiederkehrende Themen sind die neu zugelassenen Impfstoffe gegen RSV (Respiratorisches Synzytial-Virus), das im Wirkspektrum erweiterte Pneumokokken-Vakzin und der Impfstoff gegen Meningokokken B. Letzterer hat die Zulassung bereits seit zehn Jahren, wurde aber erst jetzt zur Grundimmunisierung für alle Säuglinge und Kinder unter fünf Jahren von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen.

Rahmenbedingungen auf Bundesebene für die Verordnung

Im Gegensatz zu den meisten anderen verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sind Impfstoffe trotz erfolgter Zulassung nicht direkt ab dem Zeitpunkt ihres Markteintritts zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähig. Entscheidend für die Verordnung von Impfstoffen und die Abrechnung von Schutzimpfungen ist vielmehr die Schutzimpfungsrichtlinie (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Darin werden Einzelheiten zu den Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Impfung für GKV-Versicherte geregelt. Grundlage hierfür sind die Impfpfehlungen der

STIKO beim Robert Koch-Institut. Der G-BA hat nach Veröffentlichung der entsprechenden STIKO-Empfehlung zwei Monate Zeit, einen Beschluss zur Aufnahme in die SI-RL zu fassen. Bevor dieser G-BA-Beschluss dann in Kraft treten kann, entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) über dessen Rechtmäßigkeit. Innerhalb einer Zweimonatsfrist (in Ausnahmefällen vier Wochen) kann das BMG den vorgelegten G-BA-Beschluss beanstanden. Nach Beendigung der Frist oder wenn keine sogenannte Beanstandung ausgesprochen ist, wird der Beschluss im Bundesanzeiger veröffentlicht und tritt in der Regel einen Tag später in Kraft. Die Verordnungsfähigkeit zulasten der GKV ist erst ab diesem Tag gegeben.

Rahmenbedingungen in Bayern für die Verordnung

Im Freistaat ist zunächst zu unterscheiden, ob die Verordnung des Impfstoffs zulasten der Versicherten auf Einzelverordnung (E-Rezept/Muster 16) zu erfolgen hat oder über den Sprechstundenbedarf (SSB) erfolgen kann. Eine Verordnung der Impfstoffe über den SSB muss ausdrücklich mit den Krankenkassen vereinbart werden und damit in der „Anlage Impfstoffe“ in der für Bayern gültigen SSB-Vereinbarung geregelt sein. Bis dies erfolgt ist, sind die Impfstoffe über eine Einzelverordnung, also ein E-Rezept/Muster 16 zulasten der Versicherten zu verordnen. Welche Impfungen in Bayern nun abgerechnet werden können und wie diese vergütet werden, ist in der bayerischen Impf-

vereinbarung zwischen der KVB und den bayerischen Krankenkassen geregelt. Die Besonderheit ist, dass es hier die Krankenkassen sind, die gemäß Paragraph 132e SGB V den Sicherstellungsauftrag für Schutzimpfungen innehaben, nicht die KVB.

„Neu“ heißt nicht gleich „neu“

Welche unterschiedlichen Konstellationen bei „neuen“ Impfstoffen unter anderem möglich sind, sei an Beispielen der jüngsten Vergangenheit kurz erläutert. Handelt es sich um einen völlig neuen Impfstoff gegen Erreger, für die es noch keinen verfügbaren Impfstoff und daher auch keine Vorgaben in der SI-RL gibt, muss zunächst eine Bewertung und Empfehlung durch die STIKO erfolgen. Dies kann mitunter auch ein paar Jahre in Anspruch nehmen, wie das Beispiel der Meningokokken B-Impfung gezeigt hat. So lange kann eine Erstattung nur nach Kostenübernahmeerklärung durch die jeweilige Krankenkasse erfolgen (eventuell hat die jeweilige Krankenkasse dies in Form einer Satzungsleistung geregelt) oder über ein Privatrezept zulasten der Versicherten. Im Moment gilt dies beispielsweise für die beiden gegen RSV gerichteten Vakzine Arexvy® und Abrysvo®, zu denen sich die STIKO bisher nicht geäußert hat.

Für die Meningokokken B-Grundimmunisierung (Bexsero®) wurden nun im Rahmen des G-BA-Beschlusses zur Aufnahme in die SI-RL entsprechend Einzelheiten zu den Voraussetzungen sowie Art und Um-

fang und bundeseinheitliche Abrechnungsnummern festgelegt. Das Inkrafttreten des Beschlusses wird für Mai 2024 erwartet. Der künftige Bezugsweg des Impfstoffs ist derzeit ebenso wie die Höhe der Vergütung Verhandlungsgegenstand zwischen der KVB und den bayerischen Krankenkassen (aktueller Stand zum Redaktionsschluss).

Handelt es sich um einen im Wirkungsspektrum erweiterten Impfstoff für eine bereits bestehende Impfung, wie im Falle des 20-valenten Pneumokokken Konjugat-Impfstoffs Apexxnar® (PCV20; neuer Handelsname: Prevenar 20®), gilt es zunächst zu berücksichtigen, ob die bestehende Impfempfehlung in der SI-RL gegebenenfalls auf bestimmten Spezifikationen der Impfstoffe (zum Beispiel die Art des Impfstoffs oder Anzahl der Antigene) beruht. Zum Markteintritt von Apexxnar® im April 2022 war für die Standardimpfung ab 60 Jahren die Verwendung des 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff (PPSV23) angezeigt. Erst mit dem Inkrafttreten der SI-RL im Januar 2024 wurde die STIKO-Empfehlung zur ausschließlichen Verwendung des PCV20 für die Standardimpfung ab 60 Jahren und folglich die Anwendung von Apexxnar® eine GKV-Leistung. Anders verhielt es sich für den PCV15 Impfstoff Vaxneuvance® für die Grundimmunisierung von Säuglingen und Kleinkindern. Für diese Grundimmunisierung mit regelhaft drei Impfstoffdosen wird in der aktuellen SI-RL bis zu einem Alter von maximal 24 Monaten keine Spezifikation der Impfstoffe vorgegeben. In diesem Fall sind die Impfstoffe von Anfang an zulasten der GKV ordnungsfähig.

Allein diese drei Beispiele zeigen die Komplexität des stark reglementierten Prozesses der Impfstoffversorgung. Sollten Unklarheiten



hinsichtlich der Verordnung oder Abrechnung bestehen, helfen die Kolleginnen und Kollegen der KVB in gewohnt kompetenter Weise gerne weiter.

Aktuelle Zahlen zu abgerechneten Impfleistungen

Insgesamt gesehen ergibt sich ein uneinheitliches Bild zum Impfgeschehen in Bayern im Jahr 2023. Während einerseits eine gewisse Impfmüdigkeit in den letzten beiden Jahren zu beobachten ist, zeigt sich andererseits auch eine – wenn auch leicht – gesteigerte Impfbereitschaft.

Insbesondere die Impfungen, die während der Coronapandemie auch seitens der Politik im Fokus waren, wie die Pneumokokken- oder Influenza-Immunsierung, weisen in den letzten beiden Jahren einen deutlichen Rückgang zum ersten Pandemiejahr auf.

Der Rückgang bei den „6-fach-Säuglings-Grundimmunisierungen“ lässt sich eventuell auch mit dem in den Medien viel zitierten Geburtenrückgang begründen. Anhaltend im Aufwärtstrend liegt die Herpes Zoster-Impfung. Auch die 3- und 4-fach-Impfung gegen Diphtherie/Tetanus/Pertussis/Polio hat nach drei Jahren Rückgang wieder aufgenommen. Die HPV-

Impfung bleibt insgesamt auf einem niedrigen Niveau, auch wenn die Häufigkeit der abgerechneten GOP-Ziffern im letzten Jahr moderat angestiegen ist. Im bundesweiten Vergleich liegt Bayern auf einem der letzten Plätze, was die Impfquote betrifft. Das Thema der HPV-Immunsierung und eine Verbesserung der Impfrate ist bereits Gegenstand einer RKI-Studie und soll nach dem Jahr 2022 auch dieses Jahr nochmals seitens des Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention in Angriff genommen werden.

Für die abgerechneten Influenza-Impfungsleistungen ist nach der deutlichen Steigerung der Saison 2020/2021 wieder ein stetiger Rückgang in den letzten beiden Jahren zu erkennen. Zur aktuell gelaufenen Saison 2023/24 liegen noch keine abschließenden Zahlen vor, der negative Trend scheint sich jedoch fortzusetzen. Abzuwarten bleibt die Entscheidung der STIKO hinsichtlich der Antigenzusammensetzung der Influenza-Impfstoffe für die kommende Saison 2024/2025, nachdem sich die Weltgesundheitsorganisation grundsätzlich für die Rückkehr zum trivalenten Vakzin ausgesprochen hat.

Dr. biol. hum.

Larissa Weichenberger (KVB)

Digitalgesetze verändern das Gesundheitswesen



Es hat lange gedauert, aber nun sind die beiden Digitalgesetze – das „Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens“ [1], kurz Digital-Gesetz (DigiG), und das „Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten“, kurz Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) – seit dem 26. März 2024 in Kraft.[2]

Während im deutschen Gesundheitswesen bislang Tempo und Grad der Digitalisierung bei den verschiedenen Akteuren unterschiedlich waren, soll sich dies nun ändern.

Einführung der elektrischen Patientenakte (ePA) ohne Eigeninitiative der gesetzlich Versicherten, Videosprechstunde ohne Mengenbegrenzung, verpflichtende Nutzung des eRezepts, Videobehandlung im „Homeoffice“ und vieles mehr sollen dafür sorgen, dass es nun endlich mit der Digitalisierung und dem ausgegebenen Ziel einer effizienteren Gesundheitsversorgung (sogenannte Primäre Datennutzung) funktioniert.

Und auch die Forschung mit Gesundheitsdaten in und aus Deutschland soll deutlich verbessert werden (sogenannte Sekundäre Datennutzung). Zu lange hat man neidvoll auf andere Länder und deren Nutzung von Gesundheitsdaten geschaut.

Das deutsche Gesundheitssystem soll zukunftsfähig ausgerichtet werden, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass man für die Entwicklung Künstlicher Intelligenz (KI) „Made in Germany“ große Datenmengen benötigt.

Hier ein kurzer Überblick, welche Änderungen die beiden Gesetze unter anderem mit sich bringen.

1. Das Digital-Gesetz

Das Digital-Gesetz soll den Behandlungsalltag für Ärzte, Psychotherapeuten sowie für Patienten mit digitalen Lösungen vereinfachen. Kernelement des DigiG ist die Einrichtung der patientenzentrierten ePA. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) spricht hier von der „ePA für alle“. Sie soll – so das erklärte Ziel – den Austausch und die Nutzung von Gesundheitsdaten vorantreiben und die Versorgung gezielt unterstützen. Geht es nach den Vorstellungen des Bundesgesundheitsministers sollen im Jahr 2025 80 Prozent der gesetzlich Versicherten über eine ePA verfügen.

Die Liste der Neuerungen, die das DigiG mit sich bringen und auch den Aufgabenkatalog der Ärzte und Psychotherapeuten erweitern werden, ist lang.

Zentrale Inhalte sind folgende:

- Die gesetzlichen Krankenkassen sind verpflichtet, ab dem 15. Januar 2025 jedem Versicherten ab der Geburt eine ePA zur Verfügung zu stellen, der der Ein-

richtung nicht innerhalb von sechs Wochen nach entsprechender Information widerspricht (Wechsel vom sogenannten „Opt-in-Modell“ zum „Opt-out-Modell“).

- Ärzten und Psychotherapeuten wird im Kontext der ePA eine Vielzahl von Handlungspflichten (Befüllung, Aktualisierung, Hinweispflichten bei besonders sensiblen Gesundheitsdaten etc.) auferlegt (siehe auch Seite 30), mit denen ein erweitertes Haftungsrisiko einhergehen dürfte.[3]
- Das eRezept soll – verbunden mit einer Sanktionierung bei nicht erfolgtem Nachweis der Nutzungsmöglichkeit – als verbindlicher Standard in der Arzneimittelversorgung als volldigitaler niederschwelliger Einlöseweg etabliert werden.
- Versicherte erhalten den Anspruch, ihre Gesundheitsdaten unverzüglich und kostenfrei in interoperablem Format zu erhalten beziehungsweise weitergeleitet zu bekommen (sogenanntes Recht auf Interoperabilität), verbunden mit einer Bußgeldvorschrift zulasten der Ärzte und Psychotherapeuten.
- Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) sollen tiefer in die Versorgungsprozesse in-

tegriert werden. Mit der Ausweitung der DiGA auf digitale Medizinprodukte der Risikoklasse IIb werden sie auch für komplexere Behandlungsprozesse (zum Beispiel für das Telemonitoring) genutzt werden können. Dass damit auch ein erhöhtes Haftungsrisiko einhergehen könnte, war für den Gesetzgeber kein Thema.

- Nicht in das final beschlossene DigiG hat es ein im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens zunächst vorgesehener 14-tägiger Probezeitraum für DiGA geschafft. Die insbesondere auch seitens der Krankenkassen geforderte Regelung hätte der hohen Abbruchquote der DiGANutzung Rechnung tragen können. Schlussendlich wollte das BMG aber wohl der vermeintlich hohen Innovationskraft der DiGA nicht im Wege stehen.
- Die Telemedizin soll massiv ausgebaut werden und so sieht das DigiG gleich eine Vielzahl von Änderungen zur Videobehandlung & Co vor. Damit die Telemedizin fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung wird, werden die bislang vorgesehenen (und nur während der Corona-Pandemie kurzzeitig ausgesetzten) Mengenbegrenzungen aufgehoben. Neu ist auch die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen Videobehandlungen im „Homeoffice“ zu erbringen.

2. Das Gesundheitsdaten-nutzungsgesetz

Mit dem GDNG sollen die in der Primärversorgung generierten Gesundheitsdaten für die Forschung erschlossen werden. Kern des neu geschaffenen Stammgesetzes ist die erleichterte Nutzbarkeit von Gesundheitsdaten für sogenannte gemeinwohlorientierte Zwecke.

Hier vollzog sich also ein Wechsel vom bislang geltenden Adressatenbezug (inklusive einer Liste an Nutzungsberechtigten) hin zum Zweckbezug für die Datennutzung. Das GDNG greift damit bereits Vorgaben der erst kürzlich beschlossenen EU-Verordnung zum „Europäischen Gesundheitsdatenraum“ (EHDS) vor.[4]

Zentrale Inhalte sind folgende:

- Wie bei der Primärnutzung der Gesundheitsdaten gilt für die Datenfreigabe aus der ePA künftig ein „Opt-out-Verfahren“. Daten aus der ePA werden demnach für die gesetzlich festgelegten Zwecke zugänglich gemacht, soweit der Versicherte der Datenübermittlung nicht widersprochen hat. Ein Widerspruch ist jederzeit möglich.
- Einen weiteren Paradigmenwechsel gibt es bei der Auswertung von Daten durch die Kranken- und Pflegekassen durch Einführung der sogenannten „Datengestützten Erkennung individueller Gesundheitsrisiken“. Diese erhalten das Recht, auf Basis von Abrechnungsdaten personalisierte Hinweise an ihre Versicherten zu geben, wenn dies nachweislich dem individuellen Schutz der Gesundheit der Versicherten dient, zum Beispiel der Arzneimitteltherapiesicherheit oder der Erkennung von Krebserkrankungen.
- Durch das GDNG wird ein Forschungsgeheimnis bei der Nutzung von Gesundheitsdaten eingeführt. Bei Verletzung dieser Geheimhaltungspflichten gilt künftig eine Strafnorm.
- Die zentrale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle für die Nutzung von Gesundheitsdaten soll bürokratische Hürden abbauen und den Zugang zu Forschungsdaten erleichtern. Dort

werden erstmalig Gesundheitsdaten aus verschiedenen Datenquellen zu Forschungszwecken miteinander verknüpft.

Fazit

Die mit den beiden Gesetzen verfolgten Ziele – also die Vereinfachung des Praxisalltags, die verbesserte Nutzung von Gesundheitsdaten sowie die Nachhaltigkeit und europäische Anschlussfähigkeit – sind zu begrüßen, die seitens des Gesetzgebers gewählten Mittel und Wege allerdings oft nicht.

So ist unter anderem zu kritisieren, dass Sanktionen und Bußgelder kein geeignetes Mittel sind, um die Nutzung und Akzeptanz digitaler Anwendungen bei denjenigen durchzusetzen, die tagtäglich die ambulante Gesundheitsversorgung in Deutschland sicherstellen: die Ärzte und Psychotherapeuten!

Hinzu kommt, dass die „Opt-out-ePA“ als Kernelement der Digitalisierungsstrategie des BMG in der jetzigen Ausgestaltung in Praxen zu Mehraufwänden führen wird. Dass außerdem häufig unausgereifte Technik zum Einsatz kommt, die den reibungslosen Praxisablauf stört und zu Unmut führt, ist hinlänglich bekannt.

Wir dürfen also gespannt sein, wie sich die Umsetzung der beiden Gesetze in der Praxis gestalten wird. Die Chancen für das Gesundheitssystem durch die Digitalisierung sind unbestritten, die Herausforderungen insbesondere für Ärzte und Psychotherapeuten sind es ebenso!

*Dr. jur. Pamela Schelling
(Rechtsabteilung der KVB)*

Das Fußnotenverzeichnis finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxis-fuehrung/service/kvb-forum.

Elektronische Patientenakte: Was ist geplant?

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist das zentrale Element der vernetzten Gesundheitsversorgung und der Telematikinfrastruktur. Sie soll die bisher an verschiedenen Orten abgelegten Patientendaten digital zusammentragen. Ab Januar 2025 wird die ePA neu aufgelegt, als „ePA für alle“, denn bislang haben nur etwa ein Prozent aller gesetzlich Krankenversicherten eine digitale Akte bei ihrer Krankenkasse beantragt. Wo mehr Informationen zu finden sind, listet der folgende Artikel auf.

Die elektronische Patientenakte als sogenannte „ePA für alle“ ist ein bedeutender Bestandteil des Digital-Gesetzes (DigiG), siehe auch Seite 22 bis 23. Seit 2021 können alle gesetzlich Versicherten eine ePA bei ihrer Krankenkasse beantragen, was aufgrund des aktiv zu stellenden Antrags als „Opt-in-Variante“ bezeichnet wird. Bisher wurde die ePA jedoch kaum genutzt. Deshalb soll sie ab 2025 im Rahmen des DigiG für alle gesetzlich Versicherten als „Opt-out-Variante“ bereitgestellt werden. Das heißt, wer die ePA nicht nutzen möchte, kann dann jederzeit aktiv widersprechen.

Auf die bayerischen Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kommt damit eine Fülle an Neuerungen zu. Die KVB wird im Laufe des Jahres deshalb wichtige Themenbereiche informativ und kommunikativ aufbereiten, um bestmöglich auf die Einführung der „ePA für alle“ vorzubereiten. Erste interessante Informationsquellen sind nachfolgend zusammengefasst.

Internet-Themenseiten mit Informationsmaterial und FAQ

- Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)** hat bereits damit begonnen, Informationen zur neuen ePA aufzubereiten und online zur Verfügung zu stellen. Diese sind auf der KBV-Internetseite in der Rubrik „Service für die Praxis“ abrufbar unter www.kbv.de/html/epa.php
- Das **Bundesministerium für Gesundheit** bietet Informationen unter www.bundesgesundheitsministerium.de/elektronische-patientenakte.
- Unter <https://www.gematik.de/anwendungen/epa/epa-fuer-alle> hat die **gematik** ziel-

gruppenspezifische Informationen veröffentlicht.

Veranstaltung online abrufen

Die **KV Nordrhein** hat gemeinsam mit der KBV am 28. Februar 2024 eine spannende Informationsveranstaltung organisiert: Neben einem Vortrag eines Experten für Arzthaftungsrecht zum Thema „ePA – Erweiterung ärztlicher Handlungspflichten?“ griff unter anderem auch eine Podiumsdiskussion die verschiedenen Aspekte des Themas auf. Die Aufzeichnung kann unter www.youtube.com/watch?v=skRd0muzKvk abgerufen werden.

Diverse Kommunikationsmaßnahmen der KVB geplant

Damit sich die Praxen frühzeitig und bestmöglich mit der „ePA für alle“ vertraut machen können, stellt die KVB im Laufe des Jahres diverse Kommunikationsmaßnahmen und umfangreiche Informationen bereit. Der aktuelle Stand ist unter www.kvb.de/ti im Kasten „Weitere TI-Themen“ unter dem Begriff „Elektronische Patientenakte“ zu finden.

Weitere Artikel in KVB FORUM sowie Serviceschreiben werden wesentliche Aspekte der neuen ePA beleuchten. Zudem sind mehrere Informationsveranstaltungen geplant.

Kathrin Walenda, Lea Roth
(beide KVB)





KVB Servicecenter – Kurze Frage, direkte Antwort

Sie stecken mitten im Praxisbetrieb und brauchen eine schnelle Information am Telefon – speziell zu Abrechnung, Verordnung oder digitalen KVB Anwendungen? Wir sind für Sie da.

Servicezeiten

Montag bis Donnerstag 7.30 bis 17.30 Uhr
Freitag 7.30 bis 16.00 Uhr

Servicecenter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

eTec Support 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40



KVB Beratungscener – Ihr Kontakt vor Ort

Sie möchten ein Thema aus Abrechnung, Verordnung oder Praxisführung in einer persönlichen Einzelberatung vertiefen? Wir vereinbaren gerne einen Termin mit Ihnen!

Servicezeiten

Montag bis Donnerstag 8.00 bis 16.00 Uhr
Freitag 8.00 bis 13.00 Uhr

Bayreuth (Oberfranken)

Telefon 09 21 / 2 92 – 4 99
E-Mail bc-bayreuth@kvb.de

Nürnberg (Mittelfranken)

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 99
E-Mail bc-nuernberg@kvb.de

Oberbayern

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 25 99
E-Mail bc-oberbayern@kvb.de

Würzburg (Unterfranken)

Telefon 09 31 / 3 07 – 4 99
E-Mail bc-wuerzburg@kvb.de

Regensburg (Oberpfalz)

Telefon 09 41 / 39 63 – 4 99
E-Mail bc-regensburg@kvb.de

München

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 99
E-Mail bc-muenchen@kvb.de

Straubing (Niederbayern)

Telefon 0 94 21 / 80 09 – 4 99
E-Mail bc-straubing@kvb.de

Augsburg (Schwaben)

Telefon 08 21 / 32 56 – 3 99
E-Mail bc-augsburg@kvb.de



Dienstplanänderungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

(Diensttausch, Vertretung und Erreichbarkeit)

Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz und Schwaben

E-Mail Dienstaenderung.vbzm@kvb.de

Unter-, Mittel- und Oberfranken

E-Mail Dienstaenderung.vbzn@kvb.de



Dienstplanung DPP-online

(finden Sie auch in „Meine KVB“)

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 90
Fax 0 89 / 5 70 93 – 88 85
E-Mail info.dpp@kvb.de

Servicezeiten

Montag bis Freitag
9.00 bis 15.00 Uhr



Notarzt-Abrechnung – emDoc

(finden Sie auch in „Meine KVB“)

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88
Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25
E-Mail emDoc@kvb.de



KVB Selfservice – 24/7 für Sie verfügbar

Sie wollen eine Abwesenheit melden, Dokumente sicher übermitteln, Sprechzeiten ändern oder eine Genehmigung beantragen? Das und mehr bietet Ihnen „Meine KVB“ – einfach online, zeitlich und örtlich flexibel! Den Einstieg finden Sie unter www.kvb.de.

Impressum für KVB FORUM und KVB INFOS

KVB FORUM ist das Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) mit den offiziellen Rundschreiben und Bekanntmachungen (KVB INFOS).

Herausgeber (V. i. S. d. P.):

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vertreten durch den Vorstand:
Dr. med. Christian Pfeiffer, Dr. med. Peter Heinz, Dr. med. Claudia Ritter-Rupp

Redaktion:

Martin Eulitz (Leiter Stabsstelle Kommunikation), Dr. phil. Axel Heise (CvD)
Text: Markus Kreikle, Marion Munke Grafik: Gabriele Hennig, Iris Kleinhenz

Kontakt zur Redaktion: KVBFORUM@kvb.de

Satz und Layout: KVB Stabsstelle Kommunikation

Druck: Bonifatius GmbH, Paderborn

Mit externen Autorennamen gekennzeichnete Beiträge spiegeln ebenso wie Leserbriefe nicht unbedingt die Meinung der Herausgeber oder der Redaktion wider. Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung und Kürzung von Zuschriften vor. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder übernehmen wir keine Haftung. Die hier veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, ein Abdruck ist nur mit unserer schriftlichen Genehmigung möglich.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden die Sprachformen (wie beispielsweise „Ärztinnen und Ärzte“) nicht in jedem Einzelfall gleichzeitig verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter gleichermaßen.

KVB FORUM erhalten alle bayerischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie alle Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft in der KVB. Der Bezugspreis ist mit der Verwaltungskostenumlage abgegolten.

Bildnachweis:

axentis/Lopata (Seite 4), BARMER (Seite 20), Paul Paulsen (Seite 14), Alex Pfeffer (Seite 23), Privat (Seite 13, 15, 21, 25), RoMed-Klinikum (Seite 11), Selbsthilfekoordination Bayern (Seite 5), KVB/Nadine Stegemann (Seite 3, 20, 23), stock.adobe.com/alphaspirit (Titelseite), stock.adobe.com/DCStudio (Seite 2), stock.adobe.com/gopixa (Seite 2), stock.adobe.com/Ideenkoch (Seite 4), stock.adobe.com/Gorodenkoff (Seite 15), stock.adobe.com/valiantsin (Seite 21), stock.adobe.com/Maryna (Seite 24), stock.adobe.com/Hunman (Seite 27), stock.adobe.com/Stockwerk-Fotodesign (Seite 30), KVB/Wolf (Seite 2, 6, 7, 8), KVB (alle weiteren)



Gedruckt auf FSC®-
zertifiziertem Papier



Dieses Druckerzeugnis
ist mit dem Blauen Engel
ausgezeichnet.

