

# KVBFORUM <sup>11</sup>/<sub>12</sub>|22

## SCHLECHTWETTER- PERIODE

Politik lässt Praxen im Stich

- 19 | **BETRIEBSWIRTSCHAFT ERKLÄRT:** Die BWL-Beratung der KVB
- 24 | **RECHT INTERESSANT:** Der europäische Gesundheitsdatenraum
- 28 | **PATIENTENORIENTIERUNG:** Seltene genetische Herzerkrankung

4 **AKTUELLES IN KÜRZE**

5 **EDITORIAL**

**TITELTHEMA**

6 Im Schraubstock zwischen Politik und Krankenkassen  
Insbesondere der Bundesgesundheitsminister hat in den Augen vieler Praxen seine Vertrauenswürdigkeit verspielt

8 Protesttag gegen Raubbau am Gesundheitssystem  
Gemeinsame Aktion von Berufsverbänden und KVB erzeugt beachtliche Medienresonanz



Deutliche Warnung an die Politik: Die ambulante Versorgung ist in Gefahr

10 Neupatientenregelung: Ende einer Erfolgsstory?

Die Abschaffung wäre ein eklatanter Rückschritt in Diagnostik und Behandlung

**KVB INTERN**

12 Darmkrebsvorsorge: FARKOR liefert Ergebnisse

Im nächsten Schritt könnten die Inhalte in die Regelversorgung überführt werden



Darmkrebsvorsorge im jungen Alter ist sinnvoll, wenn ein familiäres Risiko besteht

14 ACHT – das Innovationsfondsprojekt zu Adipositas

Ziel ist eine langfristige Nachsorge durch interdisziplinäre Teams

16 PHARAO – Erkenntnisse aus der Arzneimittelversorgung

Daten aus Versorgungsforschungsprojekten tragen dazu bei, die Behandlung zu verbessern

18 Selektivvertrag OrthoHeroBKK

Die Kombination mit einer App-gestützten Bewegungstherapie verspricht mehr Patientennutzen



Wie können Patienten von Forschungsergebnissen besser profitieren?

**BETRIEBSWIRTSCHAFT  
ERKLÄRT**

19 Die BWL-Beratung der KVB  
Derzeit sind zwölf spezialisierte Expertinnen und Experten in den Beratungszentren tätig

**WEITERBILDUNG**

20 KWAB Mentoring-Programm  
Das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Bayern bringt Mentoren und junge Leute passgenau zusammen



Plattform verbindet erfahrene Mentoren und engagierte junge Mediziner

**QUALITÄT**

22 „Darf’s ein bisschen weniger sein?“  
Die DECIDE-Initiative der TU München will unnötige Medikamentierung bei Demenzkranken reduzieren

**RECHT INTERESSANT**

24 Der europäische Gesundheitsdatenraum  
Will die EU-Kommission das deutsche Gesundheitssystem verändern?

**VERSORGUNG FÖRDERN**

26 Neue Wege in der Sicherstellung  
Eine Hautarztpraxis im Fichtelgebirge ist seit Juli 2022 die erste Eigeneinrichtung der KVB



EU will digitale Gesundheitsversorgung voranbringen

**PATIENTENORIENTIERUNG**

28 Seltene genetische Herz-erkrankung  
Selbsthilfeverein unterstützt Patienten mit arrhythmogener Kardiomyopathie

**KURZMELDUNGEN**

29 Patienten mit Leseschwäche

29 **IMPRESSUM**

30 **KVB KONTAKTDATEN**



Herzpatienten: Unterstützung in der Gruppe für Betroffene und Angehörige

## Wichtiges für die Praxis

### Berufshaftpflichtversicherung – Nachweis für Bestandspraxen

Zum 20. Juli 2021 wurde mit Paragraph 95e SGB V eine gesonderte vertragsarztrechtliche Pflicht zum Unterhalt einer Berufshaftpflichtversicherung eingeführt. Seither müssen alle Ärzte, Psychotherapeuten und MVZ, die beim Zulassungsausschuss eine Zulassung, Anstellungsgenehmigung oder persönliche Ermächtigung beantragen, das Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung nachweisen.

Unabhängig davon muss der Zulassungsausschuss nun auch alle Bestandspraxen (Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ, ermächtigte Ärzte) zu einem entsprechenden Nachweis auffordern. Die Versicherer müssen hierzu eine Bescheinigung nach Paragraph 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes ausstellen, die Sie bitte schnellstmöglich an die in der Aufforderung genannte Adresse schicken. Wird diese Bescheinigung nicht innerhalb von drei Monaten nach Aufforderung vorgelegt, zwingt das Gesetz den Zulassungsausschuss zur Anordnung des Ruhens der Zulassung.

#### **Der Zulassungsausschuss wird die Aufforderung zur Vorlage des Nachweises in den kommenden Wochen und Monaten an die Praxen verschicken.**

Bitte bereiten Sie sich darauf vor und überprüfen Sie Ihre Berufshaftpflichtversicherung. Welche Mindestanforderungen Paragraph 95e SGB V im Einzelnen stellt, finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Praxisführung*. Muss der Vertrag angepasst werden, wenden Sie sich bitte an Ihren Versicherer. Ist eine Anpassung nicht möglich, muss notfalls ein zusätzlicher Vertrag abgeschlossen werden. Gegebenenfalls kann der Altvertrag gekündigt werden, die gesetzliche Neuregelung stellt einen wichtigen Grund hierfür dar.

Zu den allgemeinen Vorgaben des Paragraphen 95e SGB V geben auch die die regionalen Beratungszentren der KVB gerne Auskunft.

*Klaus Joos (KVB)*

## ZITAT DES MONATS

„Dieser Montag wird mal ein Vorgeschmack dessen sein, was in Zukunft passieren könnte.“

*Anja Tischer, Vorsitzende des Kulmbacher Hausarztvereins, zum Protesttag am 10. Oktober 2022*

*(Quelle: Blickpunkt Nordostbayern, 8. Oktober 2022)*

## ZAHL DES MONATS

# 20

Millionen gesetzlich Krankenversicherte wurden im vierten Quartal 2021 als Neupatienten in einer Vertragsarztpraxis behandelt.

*(Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi); Stand September 2022)*

## VERTRETERVERSAMMLUNGEN 2022

Die letzte Vertreterversammlung der KVB findet an folgendem Termin in der Elsenheimerstraße 39, 80687 München, statt:

- Samstag, 26. November 2022

Informationen rund um die geplante Vertreterversammlung und deren Ablauf finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Über uns/Organisation/Vertreterversammlung*.

## PRAXISVERTRETUNG WEIHNACHTEN/NEUJAHR

Falls Sie Ihre Praxis über Weihnachten und Silvester schließen möchten, planen Sie dies bitte sorgfältig und benennen Sie eine Vertretung. Ein pauschaler Verweis auf die Kollegen oder die Krankenhäuser vor Ort ist dabei nicht möglich. Für die Feiertage ist der Ärztliche Bereitschaftsdienst eingerichtet, sodass Sie zu folgenden Zeiten keinen eigenen Vertreter benennen müssen:

- Vom 23. Dezember 2022, 13.00 Uhr bis 27. Dezember 2022, 8.00 Uhr
- Vom 30. Dezember 2022, 13.00 Uhr bis 2. Januar 2023, 8.00 Uhr
- Vom 5. Januar 2023, 18.00 Uhr bis 9. Januar 2023, 8.00 Uhr

Die Tage vom 27. bis einschließlich 30. Dezember 2022 sowie vom 2. bis einschließlich 5. Januar 2023 sind Werktage, an denen die üblichen Sprechzeiten vorzuhalten sind. Sollten Sie an diesen Tagen abwesend sein, müssen Sie eine Vertretung organisieren. Bei Meldung einer Vertretung durch umliegende Praxen stimmen Sie sich bitte mit den betroffenen Kollegen vorher ab. Ein Verweis auf den Ärztlichen Bereitschaftsdienst und die 116117 ist an diesen Tagen tagsüber nicht zulässig.

Weitere Informationen zur Vertreterregelung finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Praxisführung/Praxisvertretung*.

*Sabrina Ladders (KVB)*



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

es gibt Situationen, da bringt der berühmte Tropfen ein Fass zum Überlaufen. Nach zweieinhalb Jahren Pandemie, die von den Praxen vorbildlich gemeistert wurden, war dieser Punkt erreicht, als Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach ankündigte, die GKV-Neupatientenregelung zu streichen. Die Ärztinnen und Ärzte fühlten sich schlicht verschaukelt: Lauterbach selbst hatte erst drei Jahre zuvor im Bundestag erklärt, wie hoch der Aufwand bei der Behandlung neuer Patienten ist und eindrücklich für die Schaffung einer Regelung geworben, die den Praxen feste Preise bei der Behandlung neuer Patienten zusichert.

Sein Amtsvorgänger Jens Spahn hatte den Medizinischen Fachangestellten in den Praxen den Coronabonus vorenthalten, den die Beschäftigten in den Krankenhäusern vollkommen zu Recht bekommen hatten. Lauterbach geht nun einen Schritt weiter und streicht den Praxen sogar Honorar, ohne selbst empirische Belege für seine Behauptung zu liefern, die Neupatientenregelung sei unwirksam. Die Regelung hat die Versorgung verbessert, dies belegen sowohl Zahlen des ZI als auch Analysen der KVB, die wir auf Seite 10 vorstellen.

Doch damit nicht genug: Den Praxen wurde nun im Erweiterten Bewertungsausschuss vom GKV-Spitzenverband und den unparteiischen Mitgliedern gegen die Stimmen der Ärzte ein Honorarabschluss von zwei Prozent aufgezwungen, der die steigenden Energie- und Personalkosten nicht ansatzweise deckt. Der Unmut bei den Ärzten und Psychotherapeuten ist verständlicherweise riesig und deshalb haben wir als Vorstand der KVB die Protestaktion der Berufsverbände am 10. Oktober voll unterstützt. Mit Erfolg: Tausende Zuseher im Stream, Tausende, die sich die Veranstaltung im Nachgang angesehen haben, zahlreiche Presseartikel, Radio- und Fernsehbeiträge. Wir werden nicht lockerlassen, unsere Freiberuflichkeit und flächendeckende Versorgung gegenüber einer widersinnigen Gesundheitspolitik zu verteidigen.

Ihr KVB-Vorstand

Dr. med. Krombholz  
Vorsitzender des Vorstands

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

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

# IM SCHRAUBSTOCK ZWISCHEN POLITIK UND KRANKENKASSEN

Manchmal reicht eben nur ein Tropfen, um das Fass endgültig zum Überlaufen zu bringen. Die Streichung der Neupatientenregelung war genau dieser Affront, aber beileibe nicht die einzige Zumutung in den letzten Monaten. Das Maß ist für viele Praxen voll, sie fordern mit Vehemenz eine Umkehr.

**D**ie alte Bundesregierung hat es den Praxen wahrlich nicht immer leicht gemacht. Ex-Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) war damit beschäftigt, ein Gesetz nach dem anderen zu verabschieden, in den Praxen kam jedoch selten etwas Gutes an. Oder besser gesagt: Etwas Funktionierendes – man denke nur an die unausgereiften Digitalisierungsprozesse, die den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bis heute den Arbeitsalltag schwerer machen, anstatt ihn zu erleichtern. Auch die vielen Coronagesetze und -verordnungen sorgten vor allem am Anfang der Pandemie für Chaos, fast täglich musste man sich auf neue Prozesse einstellen und Abläufe verändern, anstatt einfach nur die Patientinnen und Patienten zu versorgen oder sie in hohem Tempo zu impfen.

Wer hätte wohl gedacht, dass man sich diese Zeiten fast wieder herbeiwünscht. Obgleich Jens Spahn aufs gesundheitspolitische Gaspedal drückte, war sein Politikstil von einer gewissen Stringenz und Verlässlichkeit geprägt. Sein Nachfolger, Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl Lauterbach (SPD), agiert hingegen erratisch und getreu dem Motto „Was interessiert mich mein Geschwätz von gestern?“. Leidtragen-

de sind sowohl die Praxen als auch die Patienten.

## Verspieltes Vertrauen

Mit der Streichung der Neupatientenregelung als eine der Maßnahmen im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, um das zweistellige Milliardenloch der gesetzlichen Krankenkassen zu stopfen, hat der Minister jedoch seine Vertrauenswürdigkeit vollends verspielt. Die 2019 von ihm – damals noch als Koalitionspartner der CDU/CSU – über das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführte Neupatientenregelung war sein Herzensprojekt. Zumindest kam er in öffentlichen Debatten nicht umhin, sie stetig als wichtiges Werkzeug gegen die Zwei-Klassen-Medizin zu preisen.

Er hatte damals recht und irrt heute, wenn er behauptet, die Neupatientenregelung habe nichts gebracht. Sowohl Analysen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) als auch der KVB zeigen eindeutig, dass besagte Regelung seit ihrer Einführung zu einer Zunahme der Behandlung von neuen Patienten bei den Fachärzten geführt hat. Doch diese Fakten werden vom Bundesgesundheitsminister geflissentlich ignoriert – selbst auf seinem so gerne bespielten Twitter-Kanal. Stattdessen spricht er von ihm vorliegenden Studien,

die einen Nutzen der Neupatientenregelung nicht belegen. Woher diese Studien sind und wer sie gemacht hat, weiß keiner, das Bundesgesundheitsministerium hat sie bis dato auch nicht veröffentlicht.

Lauterbach sagte 2019 in einer Rede im Bundestag fast wörtlich: „Wenn die Bezahlung von Neupatienten in Zukunft teurer ist, dann ist das richtig, weil es den Kosten entspricht.“ Viele Praxen haben daraufhin im Vertrauen auf die Politik in ihre Abläufe und Strukturen investiert und diese für ihre Patienten weiterhin optimiert. Diese Praxen stehen jetzt im Regen! Die Behauptung des Ministers, es werde keine Leistungskürzungen geben, macht den doppelten Wortbruch komplett und ist nicht mehr als eine Phantomdiskussion. Natürlich werden gerade Neupatienten die Auswirkungen der geplanten Streichung spüren. Es wird künftig weniger Termine und gegebenenfalls sogar Aufnahmestopps in den Praxen der Fachärzte geben.

## Vorsätzliche Zerstörung der ambulanten Versorgung

Während die Politik gegenwärtig die ambulante Versorgung wieder zurückbaut, scheinen die gesetzlichen Krankenkassen die ambulanten Versorgungsstrukturen sogar gänzlich aufweichen zu wollen.

Angesichts der Inflationsentwicklung und der steigenden Energiekosten erscheinen die zwei Prozent Erhöhung des Orientierungswerts für das Jahr 2023 als Schlag ins Gesicht der Ärzte- und Psychotherapeuten. Darüber hinaus treffen die Praxen die gestiegenen Personalkosten massiv. Sie wollen ihre Mitarbeiter ordentlich bezahlen, aber dafür muss es auch eine vernünftige Refinanzierung geben.

Die jüngsten Forderungen der Spitzenverbände der Krankenkassen auf Bundesebene sind jedoch kein Abbau, sondern eine vorsätzliche Zerstörung der ambulanten Versorgung. In einer Stellungnahme zum Entwurf des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes fordern die Spitzenverbände den Gesetzgeber auf, den Praxen einen Inflationsausgleich für die Jahre 2023 und 2024 vorzuenthalten. Zudem soll der Orientierungswert für das Jahr 2024 auf dem Niveau von 2023 eingefroren werden.

Das ist nicht nur ein Affront gegen die Praxen, sondern auch gegen die Patienten und damit die Beitragszahler. Denn die Folge dieser Nullrunde wäre, dass die niedergelassenen Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten ihre Leistungen deutlich einschränken müssten. Indem sie die notwendigen Finanzmittel kappen, weigern sich die Krankenkassen also, die ambulanten Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln. Vor dem Hintergrund der Streichung der Neupatientenregelung stellt dies einen fatalen Effekt dar, mit allen negativen Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft.

Die Politik wäre nun gefragt, für die Praxen als Rückgrat der medizinischen Versorgung in die Bresche zu springen. Stattdessen wartet man aber vergebens auf konstruk-

tive Vorschläge aus Berlin für Hilfsprogramme zur Finanzierung der Energieversorgung der Praxen, die man als Teil der systemrelevanten kritischen Infrastruktur ebenfalls unterstützen sollte – analog zu den Krankenhäusern. Doch anscheinend misst die Politik hier mit zweierlei Maß, wie man dies – um es nur kurz zu erwähnen – auch bei den Medizinischen Fachgesellschaften getan hat. Auf einen staatlichen Coronabonus und damit auf eine Geste der Wertschätzung wartete man hier selbst im dritten Anlauf vergeblich.

### Baustellen aller Art

Doch es gibt noch weitere Baustellen, derer sich der Gesetzgeber annehmen müsste. So kämpfen die Praxen weiterhin mit einer extrem störanfälligen Telematikinfrastruktur (TI). Hier steht allerdings weniger Bundesgesundheitsminister Lauterbach in der Schusslinie, da diese Problematik seinem Vorgänger im Amt zuzuschreiben ist und Lauterbach den eAU- und eRezept-Rollout sogar zeitweilig gestoppt hat. Digitale Lösungen für die Praxen sollten in der Tat weniger revolutionär sein, sondern eher hybride Evolutionen darstellen. Der Austausch tausender TI-Konnektoren wegen ablaufender Sicherheitszertifikate steht den Praxen zudem noch bevor.

Über kurz oder lang muss auch der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) reformiert werden. Seine Komplexität setzt in der Gesamtheit immer mehr Fehlanreize in der Patientenversorgung. Die gegenwärtigen unregelmäßigen Strukturen sind auch ein Hemmnis für niederlassungswillige Ärzte und Psychotherapeuten, die aufgrund demografischer Entwicklungen verstärkt benötigt werden – nicht nur in den ländlichen Regionen. Es



gäbe also im Bereich der ambulanten Versorgung genügend Optimierungsbedarf, dessen sich die Politik annehmen müsste.

### Lautstarker Protest ist nötig

Politik und Krankenkassen erreichen mit ihrem gegenwärtigen Handeln das Gegenteil dessen, wofür sie sich aus Sicht der Patienten eigentlich einsetzen sollten: die Stärkung der ambulanten Versorgung. Dagegen gilt es vonseiten der Ärzte- und Psychotherapeuten lautstark zu protestieren. Unsere Mitglieder müssen aus dem Schraubstock von Politik und Krankenkassen befreit werden, um sich wieder mehr um ihre Patienten kümmern zu können. Eine patientenorientierte Versorgung ist nur dann gewährleistet, wenn auch die ambulante Medizin zukunftsfest ist.

*Benjamin Laub (KVB)*

# PROTESTTAG GEGEN RAUBBAU AM GESUNDHEITSSYSTEM

Mit einer gemeinsamen Aktion gegen die Sparpläne des Bundesgesundheitsministers und der Krankenkassen haben die bayerischen Praxen am 10. Oktober 2022 ein deutliches Zeichen gesetzt und davor gewarnt, dass die gewohnte und bewährte ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten in Zukunft massiv gefährdet ist.

Von 8 bis 10 Uhr nahmen mehrere tausend bayerische Praxen an einer Informationsveranstaltung ihrer Berufsverbände teil, die in den Räumen der KVB stattfand und live auf Youtube gestreamt wurde. Fast 10.000 Zuseher haben den Stream darüber hinaus im Nachgang als Aufzeichnung angesehen – auf dem Youtube-Kanal der KVB oder den Kanälen der teilnehmenden Berufsverbände. Auch die Medienresonanz war beachtlich: Zeitungen, Radio- und Fernsehsender berichteten bereits vor der Veranstaltung über die Protestaktion, darunter die Abendschau des Bayerischen Rundfunks sowie alle großen

Medienhäuser in Bayern wie die Süddeutsche Zeitung, der Münchner Merkur, die Passauer Neue Presse oder die Augsburger Allgemeine.

Zu der Aktion erklärte der Vorstand der KVB – Dr. med. Wolfgang Krombholz, Dr. med. Pedro Schmelz und Dr. med. Claudia Ritter-Rupp: „Die Pläne von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, die Neupatientenregelung wieder aus dem Gesetz zu streichen, und die Forderungen der Krankenkassen nach Nullrunden beim Honorar sorgen bei galoppierender Inflation dafür, dass sich Praxen kaum mehr wirtschaftlich betreiben lassen.

Junge Ärztinnen und Ärzte sind unter diesen Bedingungen nicht mehr für eine Tätigkeit in eigener Praxis zu begeistern. Für die Patienten bedeutet der derzeitige Kurs der Bundesregierung, dass sie sich auf längere Wartezeiten bei Arztterminen einstellen müssen und dass ihre gewohnte flächendeckende ambulante Versorgung in Gefahr ist. Wir haben deshalb heute gemeinsam mit den ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsverbänden deutlich gemacht, dass wir uns gegen die in Berlin gemachte Gesundheitspolitik zur Wehr setzen werden.“

*Dr. phil. Axel Heise (KVB)*

**Nach dem Streaming: Die Diskutanten der Informationsveranstaltung zum Protesttag.**



## Auszüge aus den Statements der Vertreter der Berufsverbände



Dr. med. Wolfgang Ritter, Mitglied Vorstand Bayerischer Hausärzteverband, erklärt: „Ärztinnen und Ärzte sind keine ‚Digitalisierungs-Verweigerer‘: Die Praxen brauchen eine praxisnahe und praxistaugliche Digitalisierung, die die ärztliche Arbeit erleichtert und unterstützt.“

Dr. med. Christian Pfeiffer, Mitglied Vorstand Bayerischer Hausärzteverband, ergänzt: „Der immer komplizierter werdende EBM setzt in seiner Gesamtheit immer mehr Fehlanreize für die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Der EBM gehört daher in seiner Gesamtheit reformiert.“



Dr. med. Peter Heinz, Vorsitzender der Allianz Fachärztlicher Berufsverbände, betont: „Mit der Rücknahme der TSVG-Neupatientenregelung nimmt die Politik den Ärzten erstmals aktiv Honorar weg. In Zeiten hoher Energiepreise und einer stetig wachsenden Inflation wird dies zweifellos zu einer Verknappung von Terminen für die Patientinnen und Patienten führen, da unter Budgetbedingungen das „Neupatientenrisiko“ voll bei den Praxen liegt. Die Praxen sind nicht mehr bereit, ihr Angebot unter Budgetbedingungen weiter auszubauen oder in dieser Form aufrechtzuerhalten.“



Rudi Bittner, Landesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung, unterstreicht: „Eine Verschlechterung der Vergütung für Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können wir nicht hinnehmen. Da soll am falschen Ende gespart werden, während für eine desaströse Telematikinfrastruktur Millionensummen verschleudert werden. Hier sollte man mal den Rotstift ansetzen.“



Dr. med. Michael Hubmann, zweiter stellvertretender Landesvorsitzender des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte, betont: „Im kinder- und jugendärztlichen Bereich betreiben wir mit unserer Praxis-App, der Video-Sprechstunde, PaedExpert und der bvkj-direkt App mit unseren Mitgliedern seit fast zehn Jahren datenschutzkonforme Telemedizin, die anders als die gematik-Ideen zum einen funktioniert, zum anderen Zeit spart und die Versorgung verbessert.“



Dr. med. Wolfgang Bärtl, Vorsitzender des Bayerischen Facharztverbands, fordert: „Wir brauchen feste und angemessene Preise für unsere Leistungen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung. Alternativ gibt es begrenzte Leistungen für begrenztes Geld mit längeren Wartezeiten und weniger Leistungen, denn niemand kann langfristig Ware oder Dienstleistung unter Wert anbieten.“



Rainer Cebulla, Landesvorsitzender des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten, erklärt: „Wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind der Versorgungsverantwortung, die ja durch das TSVG gezielt gefördert werden sollte, klar nachgekommen! Bei den nichtärztlichen Psychotherapeuten sind die Fallzahlen bei den Neupatienten vom vierten Quartal 2019 zum vierten Quartal 2021 laut der Datenauswertung des ZI sogar um 18,4 Prozent gestiegen.“



**Live aus der KVB: Über YouTube hatten tausende Zuseher die Möglichkeit, die Diskussion zum Protesttag mitzuerfolgen.**

# NEUPATIENTENREGELUNG: ENDE EINER ERFOLGSSTORY?

Als Beitrag zur Konsolidierung der Kassenfinanzen will die Ampelkoalition die erst vor drei Jahren im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführte sogenannte Neupatientenregelung kippen. Ein großer Fehler, wie Analysen der KVB belegen.

**A**ngewöhnlich habe sich die Regelung, die die Behandlung „neuer“ Patientinnen und Patienten in Arztpraxen extrabudgetär vergütet, nicht bewährt. So jedenfalls lautet die offizielle Begründung hinter der geplanten Streichung im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz. Belastbare Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) und der KVB sagen jedoch etwas anderes, weshalb der Vorstand der KVB die Streichung der Neupatientenregelung auch entschieden ablehnt und diese ungewöhnlich erfolgreiche und zielgenaue Versorgungsinnovation unbedingt erhalten will.

## Bessere medizinische Versorgung nachgewiesen

So zeigen Berechnungen des Zi, dass bereits jeder vierte gesetzlich Versicherte von der Neupatientenregelung profitiert. Auch eine Erhebung der KVB, die anhand der Diagnosen „Herzinsuffizienz“ und „Diabetes“ durchgeführt wurde, macht deutlich, dass die Neupatientenregelung sowohl zu einem quantitativen Anstieg der Termine als auch – insbesondere bei neuerkrankten Patienten – zu einer besseren ärztlichen Versorgung führt. Diagnostik und Behandlung neuerkrankter Patienten sind jedoch besonders aufwendig, der Behandlungsbedarf um zirka 30 Prozent höher als für

Bestandspatienten. Angesichts budgetierter Leistungen werden neuerkrankte Patienten für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte schnell zu einem wirtschaftlichen Risiko (Überschreitung ihrer Budgetvorgaben = Neupatientenrisiko). Genau hier setzt die Neupatientenregelung des TSVG an. Sie hilft nicht nur, Budgetüberschreitungen der Praxen, sondern auch die Diskriminierung neuerkrankter Patienten in der ambulanten Versorgung weitestgehend zu verhindern. Die Analyse der KVB zeigt, dass die Neupatientenregelung den medizinisch notwendigen Mehraufwand bei Neuerkrankungen effektiv vor den Budgetvorgaben der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) schützt. Die Abrechnungs-

daten belegen, dass diejenigen Neuerkrankungen, die im Zusammenhang mit dem TSVG einen Neupatientenstatus erhielten, tatsächlich noch umfassender versorgt werden konnten als die übrigen neuerkrankten Patienten, die ihrerseits aber immer noch diagnostisch aufwendiger betreut werden als Bestandspatienten. Dies macht Sinn, da es sich hier um eine Patientengruppe handelt, für die in der Arztpraxis noch überhaupt keine Werte und Daten vorliegen. Die behandelnden Ärzte müssen hier zusätzliche Leistungen der Grundanamnese und -diagnostik erbringen, was sich in einem höheren Leistungsbedarf niederschlägt.

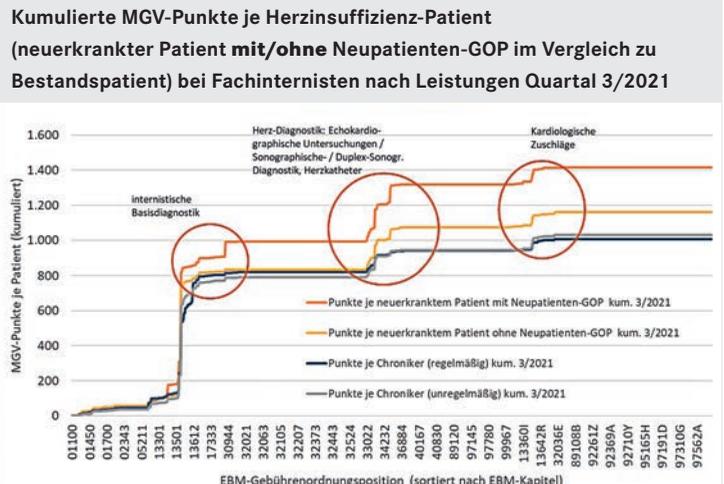


Abbildung 1

## Beispiel Herzinsuffizienz

Abbildung 1 zeigt, wie sich das Leistungsprofil der genannten Patientengruppen unterscheidet, wenn die einzelnen MGV-Leistungen des gesamten EBM von Kapitel 1 (ganz links) bis zum Ende (ganz rechts) aufsummiert werden (kumulative Betrachtung). Insbesondere im Bereich der kardiologischen Diagnostik finden bei Neupatienten mehr Untersuchungen als bei Bestandspatienten statt. Dies gilt auch für Herzkatheter-Leistungen (diese waren mutmaßlich bei Bestandspatienten in der Vergangenheit bereits erfolgt). Am Ende des Leistungskatalogs summiert sich ein Unterschied von rund 300 Punkten (zirka 30 Euro), um den eine Neuerkrankungsbehandlung aufwendiger ausfällt als die Behandlung der beiden Chronikergruppen.

Darüber hinaus zeigt die Analyse der Entwicklung der Zahl der Neupatienten im Vergleich zur Zahl der Gesamtpatienten, dass 2021 deutlich mehr Neupatienten einen Behandlungsplatz beim Fachinternisten und Kardiologen erhielten als dies noch 2018 der Fall war. Der deutlich stärkere Anstieg dieser Neupatientenfälle steht offensicht-

lich im Zusammenhang mit den zusätzlich bereitgestellten Behandlungskapazitäten für neue Patienten und der Abschaffung von entsprechenden Vergütungsnachteilen. Beides sind Kernelemente des TSVG, mit denen der Zugang neuer Patienten in die ambulante Versorgung gefördert werden sollte.

## Neupatientenzahlen entwickeln sich dynamischer

Anhand der von der KVB untersuchten Krankheitsbilder „Diabetes“ und „Herzinsuffizienz“ wird deutlich, dass die Neupatientenregelung sogar im Bereich schwerwiegender Erkrankungen greift. So zeigt Abbildung 2, dass im Vergleich der Jahre 2018 mit 2021 ein Prozent mehr Neu-Diabetiker und sogar acht Prozent mehr Neupatienten mit Herzinsuffizienz zu verzeichnen sind. Da es sich hier um zwei schwerwiegende chronische Erkrankungen handelt, sind hier naturgemäß nur moderate Entwicklungen der Patientenzahlen zu erwarten. Daher ist es bemerkenswert, dass sich die Entwicklungsrate von Neupatienten doch deutlich erkennbar von den entsprechenden Werten der übrigen Diabetes- beziehungsweise Herzinsuffizienzpatienten unterscheidet.

## Fazit

Die Neupatientenregelung allein kann zwar nicht alle Wartezeitenprobleme lösen, die durch den Fachkräftemangel und die Ausrichtung der Gesundheitspolitik an den Kriterien der wirtschaftlichen, ausreichenden, notwendigen und zweckmäßigen Versorgung (SGB V) verursacht werden. Die Auswertungen des Zi und der KVB zeigen jedoch eindrücklich, dass die Neupatientenregelung ein versorgungspolitisches Erfolgsmodell ist. Sehr gezielt konnten damit strukturelle Zugangsbarrieren bei der aufwendigeren Versorgung von Neuerkrankungen beseitigt und die bestehende Diskriminierung von Neupatienten beendet werden. Alle Ergebnisse sprechen damit für eine Beibehaltung der Neupatientenregelung. Ihre geplante Abschaffung wäre ein eklatanter Rückschritt für die frühzeitige und umfangreiche Untersuchung und Behandlung neuerkrankter Patienten. Und sie wäre auch ein Schlag ins Gesicht der Ärzte, die im Vertrauen auf die Beständigkeit dieser Regelung ihre Praxisprozesse optimiert haben, um trotz begrenzter Ressourcen eine aufwendige Betreuung von Neuerkrankten zu leisten. Nicht zuletzt hat die Neupatientenregelung das Damoklesschwert der Budgetierung von den Praxen genommen. Im Ergebnis ist sie ein versorgungspolitisches Erfolgsmodell, das keinesfalls unevaluiert wegen angeblicher Unwirksamkeit beendet werden darf. Eine Streichung der Regelung führt zu längeren Wartezeiten für Arzttermine und zu einer potenziell schlechteren Versorgung neuerkrankter Patienten.

*Dr. rer. biol. hum. Martin Tauscher  
(KVB)*

### Fallzahlentwicklung im Bereich von Diabetes und Herzinsuffizienz: Neupatientenzahlen entwickeln sich dynamischer

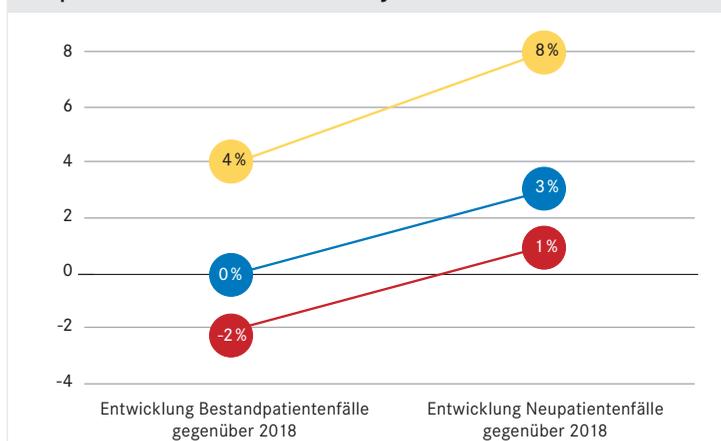


Abbildung 2

# DARMKREBSVORSORGE: FARKOR LIEFERT ERGEBNISSE

Das Innovationsfondsprojekt FARKOR – Vorsorge bei familiärem Risiko für das kolorektale Karzinom – ist beendet. Nun muss der Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses entscheiden, ob die Versorgungsinhalte in die Regelversorgung überführt werden.



Die Initiative ermöglichte es familiär von Darmkrebs belasteten Menschen, schon ab dem Alter von 25 bis 49 Jahren an der Darmkrebsvorsorge teilzunehmen. Die epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Ergebnisse stehen mittlerweile fest.

Auf Initiative der Felix Burda Stiftung hatten sich nahezu alle bayrischen Krankenkassen unter der Konsortialführung der KVB zusammengeschlossen. Im Projekt, das von 2017 bis 2021 lief, erhielten die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, bei ihren Patientinnen und Patienten ein vorhandenes familiäres Risiko für Darmkrebs mittels Familienanamnese früh zu identifizieren. Bei vorhandenem Risiko konnten dann risikogepasste Vorsorgemaßnahmen – wie eine Vorsorgedarmspiegelung oder ein immunologischer Stuhltest zum Nachweis von nicht sichtbarem Blut, kurz iFOBT – vor dem 50. Le-

bensjahr kostenfrei durchgeführt werden. Ziel von FARKOR war es, zu zeigen, dass die aktuelle Darmkrebsvorsorge für Versicherte ab dem 50. Lebensjahr um eine Früherkennungsstrategie für familiär vorbelastete Personen im Alter unter 50 Jahren erweitert werden muss.

## Effektive Rekrutierung

Mit der Unterstützung von etwa 550 niedergelassenen Haus- und Fachärzten erhielten rund 26.000 Patienten trotz der erschwerten Bedingungen in der Covid-19-Pandemie eine Familienanamnese. 91 Prozent der Studienteilnehmer wurden durch ihren behandelnden Arzt aktiv angesprochen und rekrutiert. Als zweiter Rekrutierungspfad wurden Personen von Familienmitgliedern mit kürzlich diagnostiziertem Karzinom, die gezielt von den Krankenkassen angeschrieben wurden, angesprochen. Dies zeigt, dass die Rekrutierung über die niedergelassenen Ärzte weitaus effektiver war.

Bis einschließlich März 2021 wurden 25.848 einfache Familienanamnesen, 3.232 vertiefte Familienanamnesen und 4.030 Beratungsgespräche im Rahmen des Projekts erbracht. Bei 5.769 der teilnehmenden Patienten wurde die Familienanamnese positiv dokumentiert. Das Projekt hatte einen Algorith-

mus für die Studienteilnehmer vorgegeben, sodass Teilnehmer mit positiver Familienanamnese im Anschluss ein Beratungsgespräch (Shared Decision Making) durchführen sollten, um gemeinsam mit dem behandelnden Arzt die möglichen Versorgungsmaßnahmen zu besprechen und zu planen. Insgesamt entschieden sich 1.188 der Studienteilnehmer für einen iFOBT und 1.595 für eine Darmspiegelung. Die Koloskopiepatienten waren im Mittel 40 Jahre alt und mehrheitlich weiblich. Bei 287 (17,9 Prozent) der Darmspiegelungen wurden Adenome gefunden. Das mittlere Alter betrug dabei 41,2 Jahre. Zudem konnten insgesamt bei 76 (4,8 Prozent) der Koloskopien fortgeschrittene Adenome gefunden werden. Vier Koloskopien resultierten in der Diagnose manifester Darmkrebserkrankungen. Das Ergebnis zeigt, dass die Entdeckungsraten an Adenomen und fortgeschrittenen Adenomen mit den Entdeckungsraten in einer herkömmlichen Screening-Population von 55 bis 59-Jährigen vergleichbar sind.

## Evaluation liefert beeindruckende Belege

Die gesundheitsökonomische Evaluation konnte zeigen, dass das Herabsetzen des Eintrittsalters für eine Darmkrebs-Früherkennungs-

maßnahme von derzeit 50 auf 30 Jahre bei Personen mit positiver Familienanamnese unter Berücksichtigung des erwarteten Nutzens, Schadens und Ressourcenverbrauchs langfristig als kosteneffektiv bezeichnet werden kann. Geeignete Versorgungsmöglichkeiten wären demzufolge entweder die Koloskopie im Abstand von zehn Jahren oder alternativ eine Früherkennung mittels iFOBT im Abstand von zwei Jahren jeweils für Personen im Alter von 30 bis 70 Jahren mit familiärem Darmkrebsrisiko.

Nun ist der Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses gefragt. Dieser hat die Ergebnisse von FARKOR zu prüfen und festzulegen, ob und wie die Inhalte in die Regelversorgung überführt werden können. Nach Veröffentlichung können die Berichte unter folgender Adresse eingesehen werden: [innovationsfonds.g-ba.de](mailto:innovationsfonds.g-ba.de) in der Rubrik Förderprojekte/ Neue Versorgungsformen/FARKOR.

*Natalie Schmidt, Simon Fugel  
(beide KVB)*

## Kontakt

Wenn Sie Ideen für ein Innovationsfondsprojekt oder Fragen haben, wenden Sie sich bitte an das Referat Versorgungsinnovationen unter [Versorgungskonzepte@kvb.de](mailto:Versorgungskonzepte@kvb.de)

## Stimmen aus dem Konsortium

**Dr. med. Pedro Schmelz, erster stellvertretender Vorsitzender des KVB-Vorstands:** „Die KVB hat gerne die Konsortialführung für das Projekt FARKOR übernommen, da auch für uns das Thema Vorsorge sehr wichtig ist. Denn Vorsorge bedeutet Leben retten. Die hohe Relevanz des Themas wird auch dadurch deutlich, dass fast alle bayerischen Krankenkassen an FARKOR teilgenommen haben. Ich möchte mich an dieser Stelle auch noch einmal ausdrücklich bei den Ärztinnen und Ärzten für ihr Engagement im Rahmen von FARKOR bedanken. Dank ihres Einsatzes sind wir unserem gemeinsamen Ziel, FARKOR in die Regelversorgung zu überführen, ein Stück nähergekommen.“

**Dr. med. Berndt Birkner, Kurator der Felix Burda Stiftung und Vize-Präsident des Netzwerks gegen Darmkrebs e. V.:** „Wir beobachten die Häufigkeitszunahme des Darmkrebses bei den unter 50-Jährigen aufmerksam. Eine klare Erklärung hierfür gibt es noch nicht, aber eine Hypothese: Diese Hypothese betrifft das familiäre Risiko. Würde sich die Hypothese bestätigen, und daran wird im Rahmen der Nationalen Dekade gegen Krebs geforscht, dann wird mit der Integration der FARKOR-Strategie in die Regelversorgung tatsächlich eine Reduktion der Erkrankungen bei unter 50-Jährigen erreicht.“

**Klaus Schwarzer, Direktor der AOK Bayern:** „Damit diese Vorsorge in die Regelversorgung aufgenommen werden kann, ist eine Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendig. Aufgrund der nunmehr vorliegenden positiven Ergebnisse des Innovationsfondsprojekts FARKOR rechnen wir mit einer positiven Empfehlung des Innovationsfondsausschusses zur Übernahme dieser Vorsorgemaßnahme bereits in jüngerem Alter in die Regelversorgung.“

**Prof. Ulrich Mansmann, Direktor des IBE an der LMU:** „Die Studie hat gezeigt, dass man eine wichtige Risikogruppe für die frühen Screeningmaßnahmen finden kann. Die Studie ließ aber auch klar werden, dass die zuverlässige Implementierung des FARKOR-Screeningprozesses im Umfeld der niedergelassenen Ärzte mit vielen praktischen Herausforderungen verbunden ist.“

**Assoc.-Prof. Dr. Gaby Sroczynski, MPH, Leiterin des Programms für Entscheidungsanalyse, UMIT TIROL – Private Universität für Gesundheitswissenschaften und -technologie:** „Mit der Vermeidung insbesondere schwergradiger Darmkrebsfälle sind neben einer Morbiditäts- und Mortalitätssenkung auch deutliche Kosteneinsparungen möglich. Basierend auf unseren Analysen bedeutet dies ganz konkret, dass man im Durchschnitt bis zu 400 Euro Kosten pro Person einsparen könnte, wenn Personen mit einem familiären Darmkrebsrisiko bereits ab einem Alter von 30 Jahren an dem Programm teilnehmen.“

# ACHT - DAS INNOVATIONSFONDS-PROJEKT ZU ADIPOSITAS



Am 31. Dezember 2022 endet die ärztliche Leistungsphase des Innovationsfondsprojekts „ACHT – Adipositas Care & Health Therapy“. Ziel des Projekts ist eine Verbesserung des langfristigen Therapieerfolgs von Adipositas-Patienten nach bariatrisch-metabolischer Operation durch eine sektorenübergreifende digital gestützte Nachsorge. Damit die Versorgungsstrukturen von ACHT auch nach Ende der ärztlichen Leistungsphase sichergestellt werden, ist für das nächste Jahr ein Folgevertrag geplant.

Das zentrale Ziel des Innovationsfondsprojekts ACHT ist eine langfristige Nachsorge von Patientinnen und Patienten nach bariatrisch-metabolischen Operationen durch interdisziplinäre Teams. Bislang ist die notwendige und fachübergreifende Nachsorge in der Regelversorgung unzureichend berücksichtigt oder finanziert. Im Projekt ACHT wurde daher erstmals ein strukturiertes, wohnortnahes postoperatives Nachsorgekonzept außerhalb von Adipositaszentren etabliert, das flächendeckend umsetzbar sein sollte, um den nachhaltigen Therapieerfolg zu sichern. Mögliche Komplikatio-

nen, Ernährungsprobleme oder Mangelerscheinungen, zum Beispiel durch Vitamin- oder Mineralstoffmangel, sollen rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Der Therapieerfolg der teilnehmenden Patienten wird dabei am modifizierten King's Score und an Parametern wie der Verhinderung von Mangelzuständen und der Senkung der indirekten Kosten wie den Krankentagen gemessen.

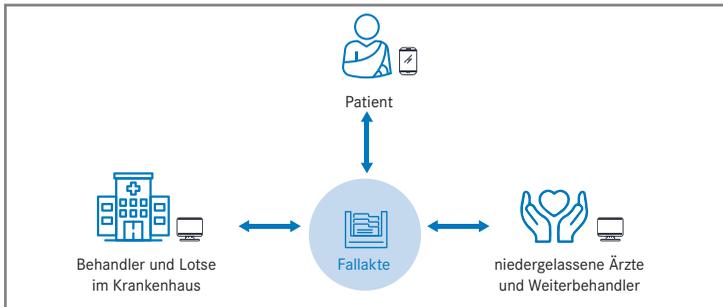
An der Umsetzung beteiligt sind neben der Deutschen Stiftung für chronisch Kranke (DSck) als Konsortialführung folgende Konsortialpartner: AOK Bayern, KVB, das In-

terdisziplinäre Adipositaszentrum des Universitätsklinikums Würzburg (UKW) sowie fünf weitere Adipositaszentren, außerdem die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie und die vitagroup AG. Die Evaluation übernimmt das Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen des Helmholtz Zentrum München.

## Das Versorgungskonzept von ACHT

Das Versorgungskonzept (siehe Grafik nächste Seite) sieht vor, dass die sechs über Bayern ver-





Quelle: DSck

teilten teilnehmenden Adipositaszentren eng mit den spezifisch geschulten niedergelassenen Ärzten zusammenarbeiten. Besonders innovativ ist dabei der Einsatz von Adipositas-Lotsen, die die Patienten nach der OP begleiten und den Versorgungsprozess koordinieren. Eine persönliche und individuelle Betreuung soll die Patienten unterstützen, ihre Therapieziele einzuhalten und damit den Therapieerfolg positiv beeinflussen. Eine Besonderheit des Projekts ist, dass die Vernetzung der beteiligten Adipositas-Lotsen und Ärzte durch digitale Komponenten unterstützt wird. Innerhalb einer webbasierten, interoperablen Fallakte erfolgt die Vernetzung von Lotsen und Ärzten, sowie das Monitoring des Therapieerfolgs. Den Patienten wird eine App zur Verfügung gestellt, die es den Patienten ermöglicht, tägliche Informationen zu Stimmung, körperlichen Beschwerden, Medikamen-

ten- und Nahrungsmittelergänzungseinnahmen, Ernährungsverhalten, sowie Sportübungen und Bewegung (per Schrittzähler) zu dokumentieren. Die Daten aus der App werden dabei direkt in die Fallakte übertragen, sodass die beteiligten Adipositas-Lotsen und Ärzte zeitnah den Gesundheitszustand und Therapieverlauf beurteilen können.

Ursprünglich war die Gesamtprojektlaufzeit des Innovationsfondsprojekts auf Ende 2022 terminiert. Aufgrund der Auswirkungen von Covid-19 wurde das Projekt um insgesamt elf Monate verlängert. Das Projekt endet damit offiziell erst am 30. November 2023. Ende 2022 wird zunächst die ärztliche Durchführungsphase enden, die sich bereits jetzt schon als sehr erfolgreich abzeichnet. Dank des großen Engagements der teilnehmenden Praxen konnten die Fallzahlen innerhalb der Interventions-

und Kontrollgruppen gut erreicht werden. Für nächstes Jahr ist die Finalisierung der Evaluation vorgesehen. Die Ergebnisse werden mit Spannung erwartet. Besonders herausfordernd wird der Umgang mit den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie, die dazu führen könnten, dass der Effekt der ACHT-Nachsorge verzerrt beziehungsweise unterschätzt wird.

Da zwischen einer Auswertung der Daten und der Überführung in die Regelversorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einige Zeit vergehen kann, wird derzeit an einem Selektivvertrag zwischen der KVB, der AOK Bayern und den an der Versorgung für ACHT beteiligten Adipositaszentren gearbeitet. Damit soll gewährleistet werden, dass das Wissen in den Nachsorgepraxen nicht verloren geht und die aufgebauten Strukturen fortlaufend genutzt und weitere Patienten versorgt werden können. Viele Elemente des ACHT-Versorgungskonzepts werden im neuen Vertrag wiederzufinden sein. Die Weiterführung des Programms ist für das nächste Jahr geplant und es wird mit Hochdruck an einer zeitnahen Umsetzung gearbeitet. Weitere Informationen zu ACHT finden Sie unter <https://acht-nachsorge.de/>.

*Ramona Gaube (KVB)*



# PHARAO – ERKENNTNISSE AUS DER ARZNEIMITTELVERSORGUNG

Im August dieses Jahres sind die Ergebnisse des PHARAO-Projekts „Arzneimittelversorgung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen“, von Hörbrand et al. in der Zeitschrift für Rheumatologie [1] veröffentlicht worden. Im Interview mit Dr. med. Florian Schuch, niedergelassener Rheumatologe in Erlangen, und Dr. rer. biol. hum. Peter Killian, Teamleiter Arzneimittel bei der KVB, konnten wir mit zwei der beteiligten Autoren die Zielsetzung und die Implikationen des Projekts für die Praxen diskutieren.

**Herr Dr. Killian, was verbirgt sich hinter dem Akronym PHARAO?**



**Peter Killian**  
ist Apotheker,  
Teamleiter  
Arzneimittel bei  
der KVB und  
Mitautor der  
PHARAO-Studie.

**Killian:** Abstrakt steht PHARAO für „Pharma, Arzneimittel Analyse Objektiv“ oder etwas vereinfacht für Projekte, die sich objektiven Arzneimittelanalysen widmen.

**Was genau kann man sich darunter vorstellen? Welche Zielsetzung haben diese Projekte im Allgemeinen und welches hat das PHARAO-Projekt „Rheuma“ im Besonderen?**

**Killian:** Die Zielsetzung ist die Verbesserung der Patientenversorgung durch den systematischen Erkenntnisgewinn der Arzneimittelversorgungssituation in Bayern. Ich muss dafür etwas ausholen: Als Körperschaft des öffentlichen Rechts wird die KVB über die Beiträge ihrer Mitglieder finanziert und die Gelder sind an die Aufgaben der KVB zweckgebunden. Versorgungsforschungsprojekte gehören dabei nicht zu den ureigenen Tätigkeiten einer KV und müssen daher über andere Mittel, zum Beispiel durch die Kooperation mit der Pharmaindustrie, finanziert werden. Nachdem die KVen jedoch über einen unglaublichen Datenschatz – bestehend aus Arzneimittelverordnungs- und Rezeptdaten sowie den dazugehörigen Diagnose- und ärztlichen Leistungen verfügen – wäre es ein Unding, diesen Schatz nicht zu analysieren, natürlich mit der hehren Zielsetzung, durch die objektive Auswertung dieser Daten, die Patientenversorgung zu

verbessern. Zumal der Gesetzgeber über den Paragraphen 287 SGB V Absatz 1 die Möglichkeit geschaffen hat, auf diese Daten zuzugreifen.

Das Rheuma-Projekt hatte zwei zentrale Fragestellungen. Zum einen galt es, die „Versorgungslandschaft“ beziehungsweise die medikamentöse Therapie insgesamt und im Speziellen mit biologischen DMARDs (disease modifying antirheumatic drugs) bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen in Bayern in der ambulanten Versorgung von 2014 bis 2019 abzubilden. Nachdem in diesem Zeitraum auch mehrere Markteinführungen von Biosimilars stattfanden, galt es zum anderen zu beschreiben, ob die Verfügbarkeit dieser Biosimilars zu einer Veränderung der Versorgung bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen führt.

**Sie haben hierzu auch Dr. Schuch, niedergelassener Rheumatologe aus Erlangen, als externen Experten miteinbezogen.**

**Killian:** Richtig, bei solchen Projekten ist es überaus wichtig, auch die Stimme der ärztlichen Praxis miteinzubeziehen, auch um die Beobachtungen einordnen zu können. Dr. Schuch verfügt über ein sehr breites Wissen und einen großen Erfahrungsschatz in der Behandlung von Patienten mit Rheuma, von dem das Projekt überaus profitieren konnte.

**Herr Dr. Schuch, Sie sind seit über 20 Jahren als Rheumatologe niedergelassen. Wie wichtig sind für Sie die Daten aus dem Versorgungsalltag?**

**Schuch:** In randomisiert kontrollierten Studien werden Wirksamkeit und Unbedenklichkeit in einer klar definierten Patientenpopulation untersucht. Wie sich Arzneimittel in der „freien Wildbahn“ verhalten, also eben bei Patientinnen und Patienten, die zum Beispiel wegen verschiedener Begleiterkrankungen oder Vortherapien an keiner Zulassungsstudie teilnehmen dürfen, bleibt erstmal offen. Registerdaten, zum Beispiel aus dem Deutschen Rheumaforschungszentrum, helfen dabei, ein besseres Bild zu bekommen. Darüber hinaus empfinde ich es als sehr wertvoll, auch Erkenntnisse zu erhalten, wie sich die Behandlung in der alltäglichen Praxis darstellt, ob Leitlinienempfehlungen umgesetzt werden und wie verfügbare Arzneimittel die Versorgungslandschaft beeinflussen und verändern. Diese Erkenntnisse im Rahmen von Versorgungsforschungsprojekten können dazu beitragen, die Behandlung zu verbessern.

#### Was sind Ihre zentralen Erkenntnisse aus dem Rheuma-Projekt PHARAO?

**Schuch:** Die Studie hat mehrere Dinge aufgezeigt: Insgesamt beobachten wir eine Verbesserung der Versorgung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, sowohl quantitativ als auch qualitativ. Wir konnten sehen, dass der Einsatz von Cortison entsprechend der Leitlinienempfehlungen abnimmt. Im Gegensatz dazu steigt der Anteil von zielgerichteten Therapien. Die Behandlung und der Behandlungsanteil durch Biosimilars hat die Versorgung verbessert. Die Biosimilars werden inzwischen in der Regel auch gut von Ärzten und Patienten akzeptiert. Standardisierte Scores bestätigen die gute Wirksamkeit der Biosimilars auch im Alltag, analog zu den Zulassungsstudien. Subjektiv vereinzelte Berichte über eine geringere Wirksamkeit können teilweise durch den Nocebo-Effekt erklärbar sein, der durch geeignete Kommunikationsstrategien minimiert werden könnte.

#### Wie können diese Erkenntnisse nun genutzt werden?

**Schuch:** Ziel ist es, die Versorgung zu verbessern. So können die Daten der Publikation zeigen, dass der häufigere Einsatz von Biologika inklusive Biosimilars dies leisten kann. Die Aufmerksamkeit auf das Thema soll durch die Kommunikation und die Diskussion der Ergebnisse mit den Kollegen gelenkt werden. Darüber hinaus beruht die Betreuung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen auf einem guten Zusammenspiel von Haus- und Fachärzten. Wir

sehen, dass sich die Versorgung über den Beobachtungszeitraum bereits verbessert hat. Gleichzeitig ist es weiterhin wichtig, die regionale Zusammenarbeit stetig zu fördern.

#### Laufen in der KVB mit Bick auf die Versorgungsforschung derzeit noch weitere Projekte?

**Killian:** Ja, derzeit arbeiten wir an einem weiteren Projekt, das auch die Schnittstelle Klinik/ambulante Arzneimittelversorgung unter die Lupe nimmt.

Versorgungsforschung ist meines Erachtens sehr wichtig. Wir verstehen dadurch viel besser, was im Praxisalltag passiert und wo noch Verbesserungspotenzial für die Patientenversorgung besteht. Wir sollten daher weitere Möglichkeiten schaffen, um unbürokratisch noch viel tiefer in den verfügbaren Datenschatz eintauchen zu können.

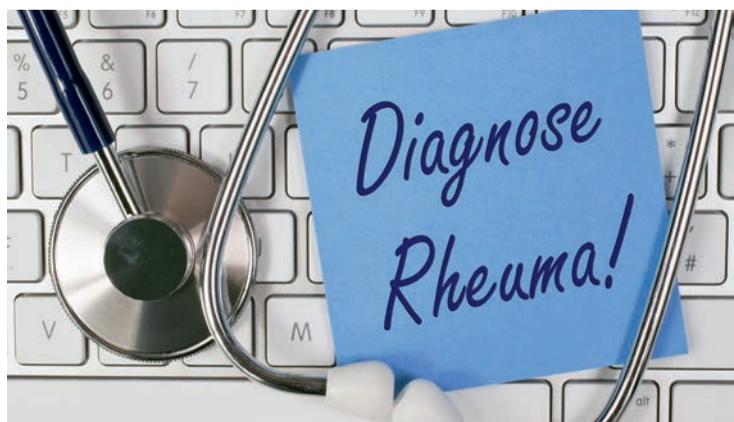
Herr Dr. Killian, Herr Dr. Schuch, vielen Dank für das Gespräch!

*Interview Redaktion*

1 F. Hörbrand, F. Schuch, H. Bleß, D. Messinger, B. Bretthauer, P. Killian; Z Rheumatol Aug 2022; <https://doi.org/10.1007/s00393-022-01259-5>



Für PHARAO-Studie  
bitte QR-Code scannen.



**Rheumatologe  
Florian Schuch  
ist in einer Praxisgemeinschaft in Erlangen niedergelassen und unter anderem erster Vorsitzender des Berufsverbands Deutscher Rheumatologen BDRh Bayern.**

# SELEKTIVVERTRAG

## OrthoHeroBKK

Am 1. Juli 2022 startete der neue Selektivvertrag „OrthoHeroBKK“ über eine ärztlich verordnete und kontrollierte, App-gestützte Bewegungstherapie nach Paragraf 140 a SGB V. Die Einschreibung der Ärzte erfolgt unkompliziert.

Ziel des neuen Zusatzvertrags ist es, die Versorgung im orthopädisch-unfallchirurgischen Fachbereich zu verbessern, indem mithilfe von Eigenübungen die Eigenverantwortung und das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten gestärkt werden. Teilnahmeberechtigt sind Fachärzte für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin mit Zulassung und Hauptbetriebsstätte als Vertragsarzt, Anstellung in einem MVZ oder Ermächtigung im Bereich der KVB. Am Vertrag teilnehmende Fachärzte können Versicherte der teilnehmenden Betriebskrankenkassen (BKK) mit Knie- und Rückenbeschwerden in den Vertrag einschreiben.

Im Rahmen des digitalen Versorgungsprogramms erhalten Patienten

nach Eingangs-Check und Freischaltung bewegungstherapeutische Eigenübungen mittels fachärztlich individuell abgestimmter und kontrollierter Trainingspläne über die „Herodikos-App“. Während der Nutzungsphase sind ärztliche Zwischenuntersuchungen obligat, bei Bedarf kann der Nutzungszeitraum verlängert werden.

Die Kombination einer individuellen Versorgung der Patienten durch Fachärzte mit der Flexibilität und der Effizienz eines digitalen Angebots versprechen einen hohen Patientennutzen, Attraktivität und Mehrwert für alle Vertragsteilnehmer.

### Unkomplizierte Einschreibung in den Vertrag

Fachärzte für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder

Physikalische und Rehabilitative Medizin können die Teilnahme beim Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) unter <https://doe.net/veranstaltung/103535/buchung> beantragen.

Sie erhalten anschließend eine Teilnahmeberechtigung und können ihren BKK-Patienten die im Programm vorgesehenen zusätzlichen Untersuchungen anbieten und entsprechend abrechnen.

Weiterführende Informationen zu den Inhalten und Leistungen sowie zu den Teilnahmevoraussetzungen und zur Abrechnung finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/Vergütungsverträge/Buchstabe „O“/OrthoHeroBKK-Vertrag*.

Alice Hammes (KVB)



# DIE BWL-BERATUNG DER KVB

Mit einer eigenen Praxis sind nicht nur Ihre ärztlichen beziehungsweise psychotherapeutischen Fähigkeiten, sondern auch Ihr Unternehmergeist gefordert.

Die KVB lässt Sie damit nicht allein: Nutzen Sie unser Beratungsangebot.

## Existenzgründungsberatung

### Zielgruppe:

- Praxisgründerinnen/-gründer
- Praxisübernehmerinnen/-übernehmer

## Kooperations-, Erweiterungs- und Umstrukturierungsberatung

### Zielgruppe:

- Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten mit Interesse an einer Kooperation, Erweiterung oder Umstrukturierung



## Potenzialanalyse und Optimierungsberatung

### Zielgruppe:

- Praxisinhaberinnen/-inhaber mit akuten betriebswirtschaftlichen Problemen in der Praxis

## Abgabeberatung (keine Praxiswertermittlung)

### Zielgruppe:

- Praxisabgeberinnen/-abgeber

## Beratungstermin

Sie haben die Wahl: ein Gespräch vor Ort, am Telefon oder komfortabel per Video. Wir freuen uns auf Ihre Terminanfrage. Die Kontaktdaten Ihres regionalen Beratungscen-ters finden Sie auf Seite 31 oder unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Beratung/Beratungscen-ter*.

## Seminarangebot

Sie möchten sich zunächst all-gemein orientieren? Dann empfehlen wir Ihnen eine Teil-nahme am KVB-Seminar „Be-triebswirtschaftliche Grund-lagen“ für Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-thera-peuten. Sämtliche Termine und nähere Informationen zu den Seminaren der KVB finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Fortbildung*.

**Empfehlung:** Lassen Sie sich für eine Praxiswert-Berechnung wie auch bei steuerlichen und rechtlichen Fragen von weiteren Expertinnen und Experten beraten (Steuerberatungs-/Fachanwaltskanzlei, Bank etc.).

**Anja Röble** ist BWL-Beraterin im Beratungscen-ter Augsburg. Ins-gesamt sind derzeit zwölf speziali-sierte BWL-Beraterinnen und -Be-rater an den Beratungscen-tern\* der KVB tätig.

**Frau Röble, was war Ihre Motiva-tion, sich auf die BWL-Beratung zu spezialisieren?**

**Anja Röble:** Im Medizinstudium werden wirtschaftliche Kenntnisse kaum bis gar nicht vermittelt. Ohne Blick auf die eigene wirtschaftliche Planung und Situation wird aber jede Unternehmungsführung zum Blindflug – das gilt auch für eine Arzt- und Psychotherapeutenpraxis. Dem möchte ich mit dem speziellen betriebswirtschaftlichen Beratungs-angebot entgegenwirken.

**Wie läuft ein Beratungstermin bei Ihnen ab?**

Zunächst einmal ist es wichtig, den Rahmen des Vorhabens genau ab-zustecken. Die Vorlage von betriebs-wirtschaftlichen Eckdaten ist dabei unerlässlich. In einem weiteren Schritt werden Ziele und Maßnah-men besprochen. Dabei geht es nicht vorrangig darum, jedes Detail bis auf den Euro genau zu berech-nen. Vielmehr wollen wir unseren Mitgliedern vermitteln, wie die ein-zelnen wirtschaftlichen Rädchen ineinandergreifen, um Planungs-sicherheit für die eigene Praxis zu schaffen.

\* Aktuell an folgenden Beratungscen-tern: Augsburg, Bayreuth, München, Nürnberg, Oberbayern, Straubing, Würzburg



# KWAB MENTORING-PROGRAMM

Das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Bayern (KWAB) startete 2019 ein Mentoring-Programm für Ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin. Über eine Matching-Plattform werden Mentoren und Mentees passgenau zusammengeführt. Die jungen Leute sollen vom beruflichen Know-how der älteren Generation profitieren und umgekehrt. Alexandra Greser, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Würzburg, hat mit einer Mentorin und ihrer Mentee gesprochen.

**Frau Dr. Schott, Frau Pfister, wie haben Sie beide sich als Mentorin-Mentee-Paar gefunden?**

**Dr. med. Astrid Schott (Mentorin):** Ich habe bei einer Veranstaltung für potenzielle Mentoren am Institut für Allgemeinmedizin in Würzburg von dem Programm erfahren und war von der Idee sehr angetan, sodass ich mich unter <https://mentoring.kompetenzzentrum-weiterbildung.de/startseite> auf der KWAB-Plattform als Mentorin registriert habe. Einige Wochen später wurde ich von Verena Pfister angeschrieben. In einer ersten E-Mail habe ich mich vorgestellt und kurz meine berufliche Laufbahn und Situation beschrieben. Außerdem habe ich ihr Fragen zu ihren persönlichen Vorstellungen und Wünschen hinsichtlich einer potenziellen Mentorin-Mentee-Beziehung gestellt. Daraufhin entwickelte sich sehr schnell ein reger E-Mail-Kontakt.

**Verena Pfister (Mentee):** An meine erste Info über das Mentoring erinnere ich mich nicht wirklich, vermutlich war es über SemiWam (Seminarartige Weiterbildung Allgemeinmedizin). Bei einem Telefongespräch mit der Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin (KoStA)

habe ich den Hinweis auf die Internetseite des KWAB erhalten und dort nach einer Mentorin gesucht. Mein Wunsch war es, jemanden aus der Nähe zu finden und so bin ich auf Frau Dr. Schott gestoßen.

**Wie und wann haben Sie sich das erste Mal getroffen?**

**Pfister:** Wir hatten einen sehr ausgiebigen E-Mail-Kontakt und nach zwei Monaten hat mir Frau Dr. Schott eine Hospitation in ihrer Praxis angeboten. Dort haben wir uns zum ersten Mal getroffen.

**Was waren die Hauptthemen, über die Sie sich ausgetauscht haben?**

**Pfister:** Fachlich wollte ich erfahren, wie ich der Allgemeinmedizin genügen kann, also wie ich dorthin komme, wie ich mich gut und breit aufstellen und auch mit Unsicherheiten umgehen kann. Ich wollte auch wissen, wo ich dafür überall noch hineinschnuppern sollte.

**Sie haben sich ja explizit eine Frau als Mentorin gewünscht. Warum?**

**Pfister:** Ich war auf der Suche nach der Möglichkeit, außerhalb

des eigenen Arbeitsumfelds eine Ansprechpartnerin zu haben, auf deren Perspektive, Rat und Erfahrung ich zurückgreifen darf – vielleicht auch über die Weiterbildungszeit hinaus. Und da ich damals mit zwei männlichen Kollegen arbeitete, habe ich mir an dieser Stelle eine Frau als Mentorin gewünscht.

**Schott:** Ich hatte das Gefühl, es war wichtig, mit Verena darüber zu sprechen, wie es gelingen kann, mit Unsicherheiten in dem riesigen Gebiet der Allgemeinmedizin umzugehen, wenn man erst mal mit Anamnese, Stethoskop und körperlicher Untersuchung klarkommen muss. Ein weiteres Thema war, welche Entscheidungen bezüglich Diagnostik und Therapie zeitnah zu treffen sind und was man aufschreiben kann. Hier gibt es durchaus unterschiedliche Wege, wie ich im Vergleich zu männlichen Kollegen mit Unsicherheiten und Zweifeln umgehe. Das habe ich Verena sowohl kommuniziert als auch mit ihr diskutiert. Dabei finde ich es wichtig, Mut zu machen, den eigenen Weg zu finden und auch zu reflektieren, wieviel und wie sehr die ärztliche Tätigkeit einen selbst mental beschäftigt und darf.

## Welchen persönlichen Benefit haben Sie beide aus dieser Mentorin-Mentee-Beziehung mitgenommen?

**Pfister:** Bereits einige Monate nach unserem ersten Kontakt habe ich begonnen, bei Astrid im Hausarzt-Zentrum als Weiterbildungsassistentin mitzuarbeiten. Dieses Weiterbildungsverhältnis wäre wahrscheinlich ohne das Mentoring-Programm nicht zustande gekommen. Das ist mein persönliches Highlight.

**Schott:** Wir haben aktuell den besonderen Vorteil, dass wir uns in der Praxis sehen können. Jeden Montagabend haben wir einen Besprechungstermin, an dem wir sowohl medizinische Fälle, Vorgehensweisen, Diagnostik, Therapie, Organisatorisches, aber auch mal Persönliches besprechen. Wir freuen uns beide darauf und ich profitiere vom Blickwinkel einer jungen Kollegin. Wir lassen es fast nie ausfallen.

**Pfister:** Ja, diese Treffen genieße ich sehr! Das Besondere an unserem Kontakt ist, dass ich ganz offen alle Bedenken und Unsicherheiten ansprechen und alles fragen kann, was ich zum Beispiel nicht in einem Buch nachlesen könnte. Das ist sehr bereichernd!

**Schott:** Das funktioniert aber auch umgekehrt: Verena war davor in der Onkologie tätig, mein Know-how ist nicht mehr ganz aktuell. Sie hat mein Wissen mit einem kurzen Update aufgefrischt. Das nur als konkretes Beispiel, wovon auch ich in dieser Beziehung profitiere. Der Austausch mit Verena zeigt mir auch ihren Blickwinkel bei der Patientenbehandlung, also den einer jungen Kollegin, was auch mir immer wieder neue Impulse und Anlass zu gemeinsamen, weiterführenden Diskussionen gibt.



## Warum würden Sie das Programm empfehlen?

**Schott:** Ich empfehle es, weil der Blick von jemandem, der nicht in die Arbeitsabläufe der Praxis eingebunden ist, guttut. Das hat sich bei uns dann ja zwar geändert, war aber das Fundament der späteren „Arbeitsbeziehung“.

Ich habe von Verena erfahren, dass es nicht einfach ist, insbesondere wenn man in einer Praxis in einer neuen Region arbeitet, Kontakt zu anderen Weiterbildungsassistenten vor Ort zu bekommen. Daher haben wir Verena unter anderem in den lokalen Qualitätszirkel integriert und unsere Beziehungen vor Ort genutzt.

Einen großen Vorteil des Programms sehe ich darin, dass neben dem Ausbilder eine weitere Ärztin oder ein Arzt der Weiterbildungsassistentin oder dem -assistenten die eigenen Erfahrungen im medizinischen, beruflichen aber auch im persönlichen Umgang mit Herausforderungen weitergeben kann. Das kann grundsätzlich auch aus der „Ferne“ geschehen.

Verena zu unterstützen, sie in ihrem ärztlichen Weiterkommen zu begleiten und ihr meine Sicht der hausärztlichen Medizin zu zeigen, hat mir persönlich sehr viel Freude bereitet!

**Pfister:** Auch in dem halben Jahr, in dem ich noch nicht in der Praxis von Astrid war, habe ich durch sie wertvolle Anregungen bekommen. Ich weiß nicht wie „austauschbedürftig“ andere Mentees sind, aber ich habe diese Beziehung als sehr bereichernd erlebt und kann das Programm nur empfehlen. Es ist eine tolle Chance und ich würde mir wünschen, dass viele sie nutzen!

**Frau Dr. Schott, Frau Pfister, vielen Dank für das Gespräch!**

*Interview Alexandra Greser  
(Institut für Allgemeinmedizin am  
Universitätsklinikum Würzburg)*

**Ein erfolgreiches  
Gespann: Verena  
Pfister (links)  
und Allgemein-  
ärztin Dr. Astrid  
Schott aus dem  
HausarztZentrum  
Grafenrheinfeld,  
Bergheinfeld,  
Röthlein und  
Schwebheim  
schätzen die  
Vorteile des  
Mentoring-  
Programms.**

# „DARF‘S EIN BISSCHEN WENIGER SEIN?“

Die an der Klinik für Psychiatrie der TU München gegründete DECIDE-Initiative hat einen bewussteren und verantwortungsvolleren Umgang mit sedierender Medikation bei Menschen mit Demenz zum Ziel. Wie das funktionieren kann, erläutert der folgende Gastbeitrag.

In Pflegeeinrichtungen lebende Menschen mit Demenz werden – zumeist aufgrund von Verhaltenssymptomen – häufig mit sedierenden Psychopharmaka behandelt. Die DECIDE-Initiative möchte die Verschreibungshäufigkeit von dämpfenden Psychopharmaka bei demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen und ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Bayern nachhaltig reduzieren.

Etwa die Hälfte aller Heimbewohner mit Demenz erhält Psychopharmaka, wobei die Antipsychotika mit Abstand den größten Anteil ausmachen. So nehmen in Deutschland rund 40 Prozent der Heimbewohner mit Demenz dauerhaft mindestens ein Antipsychotikum ein (Thürmann 2017), am häufigsten Risperidon, gefolgt von Pipamperon, Quetiapin und Melperon (Hartmann, Roßmeier et al. 2021).

Ziel der Behandlung mit Antipsychotika ist in den meisten Fällen eine Linderung von Verhaltenssymptomen wie Agitation, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität, Enthemmung oder Schlafstörungen. Man geht hierbei nicht von einer symptom-spezifischen Wirkung der Antipsychotika aus, sondern eher von einer generellen Sedierung, die in der Folge zu einer Abnahme des auffälligen Verhaltens führt.

Besonders wenn die Verhaltenssymptome sehr ausgeprägt sind, reichen die primär für die Behandlung empfohlenen, nichtmedikamentösen Maßnahmen nicht aus und erst eine medikamentöse Therapie mit Antipsychotika bewirkt eine Besserung. Allerdings besteht eine gewisse Tendenz, diese Medikamente nicht nur vorübergehend einzusetzen, sondern auch nach Besserung der Symptomatik beizubehalten – nach der Devise „never change a winning team“.

Dabei wird häufig außer Acht gelassen, dass die Medikation mit Antipsychotika bei älteren Menschen mit Demenz – je nach Dosis und Präparat – mit vielen, die Lebensqualität einschränkenden Nebenwirkungen einhergeht, wie Bewegungsstörungen, Schwindel, Blutdruckabfall, erhöhter Sturzgefahr, Müdigkeit und rascherem kognitiven Abbau. Zudem erhöhen Antipsychotika das Schlaganfallrisiko und die Mortalität (Nielsen, Lolk et al. 2017, Sturm, Trinkley et al. 2017).

Folglich muss die Indikation nicht nur für den Beginn, sondern auch für die Fortführung einer Therapie mit Antipsychotika sehr streng gestellt werden.

## Das DECIDE-Projekt

Das vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderte Projekt, das auch Teil der Bayerischen Demenzstrategie ist, wird unter Leitung von Professor Janine Diehl-Schmid, Chefärztin am Zentrum für Altersmedizin des kbo-Inn-Salzach-Klinikums Wasserburg, durchgeführt. DECIDE steht für „Reduktion Sedierender Psychopharmaka bei Heimbewohner\*innen mit fortgeschrittener DEMENZ“ und will in einer multidimensionalen Herangehensweise alle beteiligten Akteure im Gesundheitssystem für das komplexe Thema sensibilisieren und informieren (Abbildung 1). Angehörige werden über Flyer und Laienmedien angesprochen und können sich über eine Telefonsprechstunde fachärztlich zu allen Fragen der medikamentösen Behandlung bei Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen beraten lassen. Die Website [www.decide.bayern](http://www.decide.bayern) bietet laufend aktualisierte Informationen zum Thema sowie eine Videovortragsreihe für Pflegefachkräfte. Fortbildungsveranstaltungen werden für ärztliches und Pflegepersonal, Apotheker, Amtsrichter und gesetzliche Betreuer angeboten. Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit spielen eine weitere wichtige Rolle.

Im Rahmen von „DECIDEvorOrt“ wird in 60 zufallsausgewählten Pflegeeinrichtungen in Bayern die Verschreibungshäufigkeit sedierender Psychopharmaka erfasst. Zudem werden individuelle Arzneimittelchecks mit Arzneimittel-Interaktionsanalysen für Bewohner mit Demenz durchgeführt und konkrete Empfehlungen zur Reduktion von Antipsychotika gegeben.

### Handlungsempfehlungen zum „Deprescribing“ von Antipsychotika

Die Empfehlungen, die in DECIDEvorOrt erstellt werden, orientieren sich an den erst kürzlich vom DECIDE-Team entwickelten Handlungsempfehlungen zur Therapie und zum „Deprescribing“, also zu Reduktion und Ausschleichen von Antipsychotika bei Demenz (Roßmeier, Gast et al. 2022). Diese Handlungsempfehlungen sind auf der DECIDE-Website bereitgestellt ([www.decide.med.tum.de/handreichung-zum-deprescribing/](http://www.decide.med.tum.de/handreichung-zum-deprescribing/)) und im Infokasten rechts zusammengefasst.

Das erfolgreiche Ausschleichen von Antipsychotika bedeutet einen potenziellen Gewinn an Lebensqualität und Überlebenszeit für Menschen mit Demenz. Daher ist es Ziel des DECIDE-Projekts, auf allen Kanälen über das „Deprescribing“ von Antipsychotika zu informieren, zu sensibilisieren und fortzubilden.

*Dr. med. Sarah Kohl*

*(Rechts der Isar, TU München),*

*Prof. Dr. med. Janine Diehl-Schmid*

*(kbo Inn-Salzach-Klinikum, Wasserburg)*

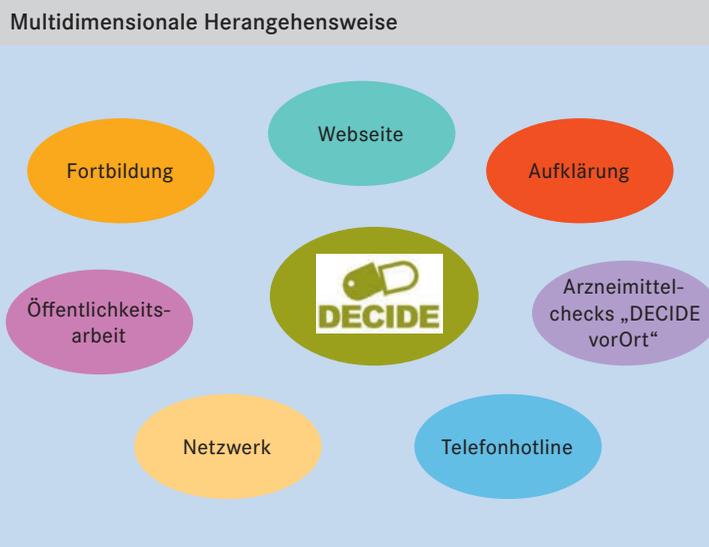


Abbildung 1

1. Die Dosierung der Antipsychotika sollte möglichst gering und der Einsatz so kurz wie möglich sein.
2. Eine Reduktion beziehungsweise ein Ausschleichen der Medikation ist immer anzustreben, wenn sich die Verhaltenssymptome über einen angemessenen Zeitraum, zum Beispiel drei Monate, anhaltend gebessert haben.
3. Mindestens einmal pro Monat sollte von ärztlicher und pflegerischer Seite unter Einbezug der Angehörigen geprüft werden, ob ein Ausschleichen der Antipsychotika möglich ist.
4. Die Dosisreduktion soll schrittweise und nicht abrupt erfolgen. Je ausgeprägter die Verhaltenssymptome ursprünglich waren, desto vorsichtiger sollte reduziert werden.
5. Während des Ausschleichens sollte alle zwei bis vier Wochen eine Verlaufskontrolle erfolgen, bei der die Beobachtungen des Pflegepersonals einfließen.
6. Während des Ausschleichens kann das Ansetzen einer Bedarfsmedikation hilfreich sein.
7. Bei Wiederauftreten der Symptome sollte zunächst eine Ursachenabklärung erfolgen. Falls nötig, sollte das Antipsychotikum in der Dosis wieder angesetzt werden, die vor dem Wiederauftreten der Symptome bestand.

#### Literaturverzeichnis

- Hartmann, J., et al. (2021). „Quality of Life in Advanced Dementia with Late Onset, Young Onset, and Very Young Onset.“ J Alzheimers Dis 80(1): 283-297.
- Nielsen, R. E., et al. (2017). „Antipsychotic treatment effects on cardiovascular, cancer, infection, and intentional self-harm as cause of death in patients with Alzheimer’s dementia.“ Eur Psychiatry 42: 14-23.
- Roßmeier, C., et al. (2022). „Deprescribing‘ von Antipsychotika bei Demenz.“ Der Nervenarzt.
- Sturm, A. S., et al. (2017). „Efficacy and safety of atypical antipsychotics for behavioral symptoms of dementia among patients residing in long-term care.“ Int J Clin Pharm.
- Thürmann, P. (2017). Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen. Pflege-Report 2017, WIdO: wissenschaftliches Institut der AOK.

# DER EUROPÄISCHE GESUNDHEITSDATEN- RAUM



Nach dem Recht der Europäischen Union (EU) sind primär die Mitgliedstaaten für die Gestaltung und Finanzierung ihres Gesundheitswesens verantwortlich. Die Rolle der EU ist darauf beschränkt, die Politik der Mitgliedstaaten zu ergänzen, ihre Zusammenarbeit zu fördern und ihre Tätigkeit – falls erforderlich – zu unterstützen. Geht es allerdings nach den Vorstellungen der EU-Kommission soll sich das zukünftig ändern.

## I. Der Verordnungsentwurf der EU-Kommission zum Europäischen Gesundheitsdatenraum

Als ein Baustein der EU-Digitalstrategie liegt seit Mai 2022 der Verordnungsentwurf über den „europäischen Raum für Gesundheitsdaten“ (im Englischen: „European Health Data Space“, kurz EHDS) vor.[1]

Ziel des EHDS ist, die nationalen Gesundheitssysteme durch einen einfachen, sicheren und effizienten Zugang und Austausch von elektronischen Gesundheitsdaten europaweit für Patienten, Angehörige von Gesundheitsberufen sowie für die Forschung, Innovationen und die Politikgestaltung deutlich stärker zu verknüpfen. Außerdem soll er der EU ermöglichen, das Potenzial von Austausch, Nutzung und Weiterverwendung von Gesundheitsdaten unter „gesicherten Bedingungen“ voll auszuschöpfen.

Um für einheitliche Regelungen in allen Mitgliedstaaten Sorge zu tragen, hat sich die EU-Kommission entschieden, den EHDS in Form

einer Verordnung auszugestalten. Das führt dazu, dass es innerhalb der Mitgliedstaaten keiner weiteren Umsetzungsakte in nationales Recht mehr bedarf. Handlungsfreiräume, wie sie beispielsweise die Datenschutz-Grundverordnung im Bereich der Gesundheitsdaten eröffnet, sind hier explizit unerwünscht! Ab Inkrafttreten des EHDS hätten die EU-Mitgliedstaaten für die Umsetzung im eigenen Land teilweise nur zwölf Monate Zeit, was sicher nicht nur für Deutschland eine ziemliche Herausforderung darstellen dürfte.

## II. Die Säulen des Europäischen Gesundheitsdatenraums

Der Verordnungsentwurf zum EHDS stützt sich auf drei Säulen:

- Schaffung eines einheitlichen Rechtsrahmens für den Datenzugriff und den Datenaustausch
- Sicherung der Datenqualität
- Schaffung einer starken Infrastruktur und verbindliche Anforderungen an die Interoperabilität

Nach den Vorstellungen der EU-Kommission ist der EHDS also ein

gesundheitsspezifisches System, das aus Vorschriften, gemeinsamen Standards und Verfahren, Infrastrukturen und einem Governance-Rahmen besteht, der insbesondere auf Folgendes abzielt: [2]

### ■ Verwendung der Daten in der Gesundheitsversorgung (sogenannte Primärnutzung von Daten):

Stärkung der Handlungskompetenz der Menschen durch besseren digitalen Zugang zu ihren personenbezogenen elektronischen Gesundheitsdaten, ihrer Kontrolle darüber und dem problemlosen Austausch mit „Angehörigen von Gesundheitsberufen“, also auch Ärzten und Psychotherapeuten sowohl im eigenen Land als auch auf EU-Ebene; Unterstützung des freien Verkehrs von Personen und Förderung eines echten Binnenmarkts

### ■ Verwendung der Daten in Gesundheitsforschung und -politik (sogenannte Sekundärnutzung von Daten):

Schaffung eines kohärenten, vertrauenswürdigen und effizienten Umfelds für Forschung,

Innovation, Politikgestaltung und Regulierungstätigkeiten

Ziel ist also die effiziente, unionsweite Nutzung von Gesundheitsdaten sowohl im Behandlungskontext durch den „Patienten“ und „Angehörige von Gesundheitsberufen“ (Primärnutzung) als auch zur zweckgebundenen Nutzung (anonymisierter) Gesundheitsdaten unter anderem für die Forschung und die Gestaltung der Politik (Sekundärnutzung).

### III. Kritik, Empfehlungen und Forderungen

#### 1. Deutliche Kritik aus der Ärzteschaft

Während der vorliegende Entwurf insbesondere auf EU-Ebene als längst überfälliger Schritt und zentraler Baustein einer starken Gesundheitsunion gesehen wird, stößt er bei Vertretern der Ärzteschaft auf massive Kritik.[3]

Neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) kritisiert auch die Bundesärztekammer (BÄK) den Verordnungsentwurf zum EHDS und stellt klare Forderungen auf. Die Liste der Kritikpunkte von KBV und BÄK ist lang:

- Der Verordnungsentwurf sei an vielen Stellen unpräzise formuliert, es fehlten klare (Legal-) Definitionen, was den Vollzug erschwere.
- Vorgesehene Sekundärnutzung der Daten ohne Widerspruchsrecht der Patienten.
- Forderung nach einer wirklichen Digitalisierung und nicht „PDF-Verschiebung“.
- Die umfangreichen Datenlieferungspflichten für Ärzte und Psychotherapeuten seien nicht leistbar.
- Die Arztpraxen müssten insgesamt von der Pflicht zur mehrfachen Datenlieferung (für die

Sekundärnutzung) ausgenommen werden.[4]

- Die Risiken der Re-Identifizierung bei Sekundärnutzung müssten minimiert werden.
- Der Zugriff auf Gesundheitsdaten für die Sekundärnutzung sollte ausgewählten Forschungsinstitutionen vorbehalten bleiben.
- Und insbesondere die Forderung nach der Wahrung der Kompetenzverteilung zwischen der EU und den Mitgliedstaaten. Eine Ausdehnung europäischer Regelungskompetenzen hätte wohl massiven Einfluss auf das deutsche Gesundheitswesen.

#### 2. Empfehlungen und Forderungen der Ausschüsse des Bundesrats

Auch diverse Ausschüsse des Bundesrats, darunter der hier federführende Ausschuss für Fragen der EU und natürlich auch der Gesundheitsausschuss waren mit dem Verordnungsentwurf zum EHDS befasst und stellen eine Vielzahl von Empfehlungen und Forderungen [5] auf:

- Keine Nivellierung des bisher vergleichsweise hohen Datenschutzstandards.
- Möglichst Verzicht auf gemeinsame Verantwortlichkeiten bei der Primär- und Sekundärnutzung.
- Fiktion der Datenfreigabe zur Sekundärnutzung bei Fristablauf nicht vertretbar.

Bei insgesamt 47 Empfehlungen und Forderungen ließe sich die Liste noch lange fortsetzen.

#### IV. Fazit und Ausblick

Der vorliegende Verordnungsentwurf zum EHDS lässt viele Fragen offen und die Kritikpunkte, Empfehlungen und Forderungen zeigen, dass – jedenfalls aus Sicht deutscher Stakeholder – dringender Überarbeitungsbedarf besteht. Die finale Ausgestaltung des Verordnungs-

entwurfs – derzeit wird der Entwurf im sogenannten Trilog zwischen EU-Rat, dem EU-Parlament und EU-Kommission erörtert – bleibt natürlich abzuwarten, aber klar ist: Kommt der EHDS – mehr oder weniger – wie im Entwurf vorgelegt, wird das den Umgang mit Gesundheitsdaten stark beeinflussen und die Gesundheitsversorgung, jedenfalls in Deutschland, insgesamt verändern. Betroffen wäre neben der Telematikinfrastruktur (TI) insbesondere auch die Konzeption der hierzulande vorhandenen elektronischen Patientenakte (ePA), was wiederum mit Veränderungen, also Aufwand für Ärzte und Psychotherapeuten verbunden wäre.

Zudem sind neue Möglichkeiten zum Angebot grenzüberschreitender, telemedizinischer Dienstleistungen vorgesehen. Jedenfalls sollte die im EU-Vertrag verankerte Kompetenzregelung, wonach die Mitgliedstaaten für ihre Gesundheitspolitik zuständig sind, kein Hindernis für den freien Verkehr digitaler Gesundheitsdienste wie Telemedizin einschließlich Online-Apotheken darstellen.[6] Ob und wie das mit dem deutschen Zulassungs- und Leistungserbringungsrecht zu vereinbaren wäre, bleibt fraglich.

Klar auf der Hand liegt natürlich der Nutzen für die Gesundheitsforschung! Und was schon jetzt beantwortet werden kann: Der Verordnungsentwurf zum EHDS hat das Potenzial, ein Game-Changer zu werden! Oder wie es die EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides in einem Presse-Statement zum EHDS sagte: „Die EU setzt einen wahrhaft historischen Schritt auf dem Weg zur digitalen Gesundheitsversorgung in der EU.“ [7]

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

Das Literaturverzeichnis zu diesem Artikel finden Sie unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/KVB FORUM/Literaturverzeichnis*.

# NEUE WEGE IN DER SICHERSTELLUNG

Anfang Juli startete in Marktredwitz die erste Eigeneinrichtung der KVB. Sofort wurde die Hautarztpraxis im Landkreis Wunsiedel im Fichtelgebirge von den Patientinnen und Patienten angenommen und als Baustein in der Sicherstellung der dortigen ärztlichen Versorgung etabliert und geschätzt.

**A**ls Ende Juni 2019 von einem Tag auf den anderen die ambulante dermatologische Versorgung von GKV-Patienten im Landkreis Wunsiedel im Fichtelgebirge nicht mehr gewährleistet war, zeigte sich schnell, dass dies ein gravierendes Sicherstellungsproblem verursachen würde. Der Mangel an jungen Ärztinnen und Ärzten, der im hautärztlichen Bereich gerade auf dem Land schon seit geraumer Zeit auftritt, traf eine Region, in der auch andere Facharztgruppen nur schwer Nachfolger finden. Trotz eines umfangreichen regionalen Förderprogramms der KVB, des Engagements der KVB-Beratung in Bayreuth und der regionalen Akteure des Landkreises und trotz der Bereitschaft des Klinik-MVZs und eines niedergelassenen Hausarztes, eine Hautärztin oder einen Hautarzt anzustellen, gelang es leider nicht, die Versorgung auf herkömmlichem Weg sicherzustellen.

## Notwendige Entscheidung für Pilotprojekt

Daher entschloss sich die KVB – zum ersten Mal überhaupt –, eine sogenannte Eigeneinrichtung auf den Weg zu bringen, wobei die größte Herausforderung darin bestand, geeignete Kandidaten zu finden. Ungeachtet umfangreicher bundesweiter Rekrutierungsmaßnahmen

erwies sich dies – wie erwartet – als schwieriges Unterfangen. Umso größer war die Freude, mit Dr. med. Michal Sapák einen Bewerber gefunden zu haben, der nicht nur die nötigen fachlichen und menschlichen Qualifikationen nachweisen konnte, sondern sich zudem konkret für die Region im Fichtelgebirge entschieden hatte und die Bereitschaft mitbrachte, die Praxis mittelfristig auch zu übernehmen. Denn es ist nicht das Ziel der KVB, dauerhaft eigene Praxen zu betreiben, sondern lediglich die Wege zu bahnen, um die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in ärztlicher Hand zu ermöglichen. Dafür war es nötig, einen geeigneten Kandidaten zu finden, mit dem der Region auch dauerhaft gedient ist.

## Suche nach Praxisräumen

Parallel zur Arztsuche begann die KVB, auch ihre Prozesse anzupassen. Formale Anforderungen wurden definiert und personelle Ressourcen umgeschichtet, um für den Betrieb einer Eigeneinrichtung gewappnet zu sein. Zweifelsohne ist zwar der Mangel an Ärzten die größte Herausforderung bei der Sicherstellung der Versorgung. Allerdings finden Niederlassungswillige oft keine verfügbaren Praxisräume, wie es auch bei unserer Eigeneinrichtung der Fall war. Geeigneter Leerstand, der sofort

oder mit geringem Umbauaufwand als Arztpraxis zur Verfügung steht, war also Mangelware: Auch mit Unterstützung der regionalen Liegenschaftsverwalter gelang es im gesamten Landkreis nicht, ein (nahezu) bezugsfertiges Objekt anzumieten. Letztlich ist es dem Engagement der Akteure der Stadt Marktredwitz – der Stadtspitze, der Verwaltung und den Mitarbeitern des Bauhofs – zu verdanken, dass es dann doch noch funktionieren konnte.

Diese Erfahrung sollte auch andere Kommunen aufrütteln, bei den politischen Verantwortlichen das entsprechende Handwerkszeug einzufordern, wenn sie in Zukunft mehr Verantwortung für die medizinische Versorgung in der Region übernehmen sollen. Noch immer erschweren beispielsweise kommunalrechtliche Vorschriften, sich vorausschauend um geeignete Praxisräume zu kümmern. Hier muss dringend nachgebessert werden, denn auch die KVB ist auf die Kommunen als Partner in der Daseinsvorsorge angewiesen, wenn sie die ärztliche Versorgung in einer Region sicherstellen soll. Sofern sich niederlassungswillige Ärzte für freie Sitze interessieren, sollte es also möglich sein, zeitnah geeignete Praxisräume zu beziehen.

## Volle Praxis von Anfang an

Auch der Endspurt hielt noch zahlreiche Hürden bereit. Nachdem die Räume gefunden waren und mit der Stadt Marktredwitz ein realisierbarer Umbau abgestimmt war, hielten die zunächst durch die Pandemie und später auch durch den Krieg in der Ukraine ausgelösten Preissteigerungen und Lieferverzögerungen das Projektteam in Atem – ebenso wie der Fachkräftemangel bei den Medizinischen Fachangestellten. Hier können wir nur bestätigen, was uns auch die KVB-Mitglieder widerspiegeln: Es ist mittlerweile ungemein schwierig, Medizinisches Fachpersonal zu finden! Doch schließlich gelang es uns, ein motiviertes und fähiges Praxisteam zu gewinnen, sodass zum 1. Juli 2022 die erste Eigen-

einrichtung der KVB tatsächlich die Türen öffnen konnte. Bereits in den ersten Tagen wurde der enorme Bedarf offenkundig: Nachdem mittlerweile auch der zwischenzeitlich beim Klinik-MVZ angestellte Dermatologe seine Tätigkeit beendete, musste das Team der Eigeneinrichtung von Beginn an einen hohen Patientenansturm bewältigen und stellt seither die dermatologische Versorgung im Landkreis Wunsiedel sicher.

### Ausblick

Die Praxis wird im besten Sinne ein Pilotprojekt für die Entwicklung von Eigeneinrichtungen der KVB sein, mit der Möglichkeit, aus den Erfahrungen zu lernen und die Praxisprozesse zu optimieren. Gemeinsam mit Dr. Michal Sapák

arbeiten wir weiter am Ziel, dass er die Praxis mittelfristig in Eigenregie betreiben kann. Damit bietet die Praxis in Marktredwitz eine Blaupause für weitere Einrichtungen dieser Art. Denn der Mangel an niederlassungswilligen Ärzten reißt schon jetzt Lücken in die Versorgung, die ein weiteres Engagement der KVB nötig macht. Für die Planungsregion der HNO-Ärzte in Tirschenreuth und der Hausärzte in Donauwörth-Nord hat die KVB bereits entsprechende Einrichtungen ausgeschrieben. Ziel bleibt es dabei immer, die ambulante medizinische Versorgung in einer Region dauerhaft in ärztlicher Hand sicherzustellen.

*Adam Hofstätter (KVB)*

## Interview mit Dr. med. Michal Sapák

**Herr Dr. Sapák, Sie arbeiten als Hautarzt in der ersten Eigeneinrichtung der KVB in Marktredwitz. Warum haben Sie sich für dieses Modell entschieden?**

Mein Traum war es schon immer, in einer Praxis selbstständig zu arbeiten. Leider ist dies aber aus bürokratischen und finanziellen Gründen nicht so einfach. Das Unterstützungsangebot der KVB mit der Möglichkeit einer Anstellung und anschließender Niederlassung nach zwei Jahren war mehr als hilfreich für mich. Zwar gefällt mir auch die Region Fichtelgebirge und ich genieße es sehr, in der Natur zu leben. Aber ausschlaggebend war das Angebot der KVB, den Start mit der Eigeneinrichtung zu erleichtern.

**Das erste Quartal ist mittlerweile beendet. Wie lief der Start der Praxis und wie sind Sie bisher zufrieden?**

Die Vorbereitungen bis zur Fertigstellung zogen sich vor allem wegen der Pandemie und des Krieges in der Ukraine in die Länge. Dank der fachlichen Unterstützung durch die Mitarbeiter der KVB konnten wir aber im Juli mit der ganzheitlichen Patientenversorgung starten. Mittlerweile läuft die Praxis auf Hochtouren und es gibt bereits Überlegungen, sogar noch eine MFA einzustellen, damit wir den Patientenansturm reibungslos versorgen können.



*Interview Adam Hofstätter (KVB)*

# SELTENE GENETISCHE HERZERKRANKUNG



Die dramatische Reanimation des dänischen Fußballspielers Christian Eriksen bei der Fußball-EM im Juni 2021 hat das Thema „(überlebter) plötzlicher Herztod“ medial in die Öffentlichkeit gerückt. Ein Herzstillstand während einer sportlichen Betätigung wird zu einem hohen Prozentsatz durch genetische Herzerkrankungen wie der ARVC – Arrhythmogene (rechtsventrikuläre) Kardiomyopathie – verursacht. Ruth Biller, Vorsitzende der ARVC-Selbsthilfe e. V., beschreibt, wie ihr Verein Betroffene auffängt.

**D**ie ARVC wird wegen des Auftretens linksbetonter beziehungsweise biventrikulärer Formen und Vorhofbeteiligung heute auch ACM – Arrhythmogene Kardiomyopathie – genannt. Alarmsignale für genetische Herzerkrankungen sind Palpitationen, unklare Synkopen, Krampfanfälle, auch Fieberkrämpfe, unklare Dyspnoe – insbesondere bei körperlicher Anstrengung oder nachts, unklare Herzinsuffizienz, Druckgefühl auf der Brust, myokardinfarkt-ähnliche Brustschmerzen mit erhöhtem Troponin und negativer Koronarangiographie, Myokarditis ohne Virusnachweis, unspezifische Symptome wie Schwindel, Übelkeit/Unwohlsein oder unerklärbare Unfälle, wie Stürze.

## Diagnostische Odysseen verkürzen

Die ARVC-Selbsthilfe setzt sich dafür ein, die oft langen diagnostischen Odysseen der Betroffenen zu verkürzen. Da diese oft sehr jung sind, werden ihre Symptome häufig nicht ernst genommen. Eine gezielte Familienanamnese mit Fragen nach Fällen von plötzlichem

Herztod und Arrhythmien in mehreren Generationen kann erste Hinweise geben. Bei unklaren Beschwerden sollte ein Spezialist konsultiert werden, am besten in einem Zentrum für seltene Erkrankungen. Nicht selten führt hier eine genetische Untersuchung zur Aufklärung.

## Austausch unter Betroffenen

Nach der einschneidenden Diagnose werden Betroffene und ihre Angehörigen von der ARVC-Selbsthilfe aufgefangen und können sich mit anderen Betroffenen unter anderem im ARVC-Patientenforum, online oder in den jährlichen Präsenztreffen austauschen. Der Selbsthilfeverein bietet außerdem umfassende E-Mail- oder Telefonberatung an. Ihr Wissen über die eigene Erkrankung können Betroffene auf der umfangreichen Website der ARVC-Selbsthilfe e. V. unter [www.arvc-selbsthilfe.org](http://www.arvc-selbsthilfe.org) erweitern. Auch für nicht spezialisierte Ärztinnen und Ärzte sind die Informationen hilfreich. Ein weiterer Austausch findet bei den regelmäßigen Vortragsveranstaltungen sowie durch aufgezeichnete Youtube-Vorträge und Online-

Q&A-Sessions, bei denen Patientinnen und Patienten ihre Fragen an ausgewiesene Expertinnen und Experten richten können, statt.

## Austausch auf europäischer und internationaler Ebene

Als Vorsitzende der European Patient Advocacy Group des Europäischen Referenznetzwerks ERN GUARD-Heart für seltene Herzerkrankungen vertrete ich die Interessen der Patientinnen und Patienten unseres ARVC-Selbsthilfevereins auch auf europäischer Ebene sowie international im Cardiomyopathy Council des Global Heart Hub. Auch über unseren prominent besetzten wissenschaftlichen Beirat und dessen internationale Kontakte zu AVRC-Experten sind wir in der Lage, die Anliegen der Betroffenen weltweit zu vertreten und voranzubringen.

## Kontakt

Ruth Biller  
Telefon 01 63 / 1 84 75 21  
E-Mail [info@arvc-selbsthilfe.org](mailto:info@arvc-selbsthilfe.org)

*Ruth Biller,  
Vorsitzende ARVC-Selbsthilfe*

## PATIENTEN MIT LESESCHWÄCHE

6,2 Millionen Menschen sind in Deutschland von einer starken Lese- und Schreibschwäche betroffen. Jeder achte Erwachsene hat Probleme, schriftliche Informationen zu erfassen und zu verstehen. Das betrifft auch Patientinnen und Patienten, die mit dieser Einschränkung in Ihre Praxis kommen. Eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung initiierte und finanzierte Kampagne gibt Tipps, wie Sie Patienten mit Lese- und Schreibproblemen erkennen und wie die Kommunikation zwischen Ihnen und Ihren Patienten trotzdem gelingen kann. In jedem Fall gilt: Nehmen Sie sich ausreichend Zeit für das Patientengespräch, schaffen Sie eine vertrauliche Atmosphäre, verwenden Sie einfache Wörter und nutzen Sie möglichst wenig Fachbegriffe, binden Sie visuelle Hilfsmittel wie Modelle, Bilder oder Zeichnungen mit ein. Seien Sie so konkret wie möglich. Versichern Sie sich, dass der Patient die wichtigsten Inhalte verstanden hat.



Fachliche Unterstützung zu diesem Thema – ausführliche Tipps für die Patientenkommunikation sowie kostenlose Kampagnenunterlagen (Wartezimmerplakate, Postkarten, Ärztinformationen) – finden Sie zum Bestellen unter [mein-schlüssel-zur-welt.de](http://mein-schlüssel-zur-welt.de).

*Redaktion*

### 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). Es erscheint sechsmal im Jahr.

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

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vertreten durch den Vorstand:  
Dr. med. Wolfgang Krombholz, Dr. med. Pedro Schmelz,  
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

#### Anschrift der Redaktion:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Elsenheimerstraße 39  
80687 München  
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 21 92  
Fax 0 89 / 5 70 93 – 21 95  
E-Mail [KVBFORUM@kvb.de](mailto:KVBFORUM@kvb.de)  
Internet [www.kvb.de](http://www.kvb.de)

#### Satz und Layout:

KVB Stabsstelle Kommunikation

#### Druck:

BluePrint AG, 80939 München  
Gedruckt auf FSC®-zertifiziertem Papier



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:

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Seite 29), Christian Brodbeck (Seite 17), FOTO Fix, Würzburg (Seite 21), Privat (Seite 16, 27), [stock.adobe.com/Phimak](https://stock.adobe.com/Phimak) (Titelseite), [stock.adobe.com/ColinAnderson-Stocksy](https://stock.adobe.com/ColinAnderson-Stocksy) (Seite 2), [stock.adobe.com/mi\\_viri](https://stock.adobe.com/mi_viri) (Seite 2), [stock.adobe.com/tibor13](https://stock.adobe.com/tibor13) (Seite 2), [stock.adobe.com/insta\\_photos](https://stock.adobe.com/insta_photos) (Seite 3), [stock.adobe.com/millaf](https://stock.adobe.com/millaf) (Seite 3), [stock.adobe.com/SydaProductions](https://stock.adobe.com/SydaProductions) (Seite 3), [stock.adobe.com/AndriiYalanskyi](https://stock.adobe.com/AndriiYalanskyi) (Seite 5), [stock.adobe.com/Kenjo](https://stock.adobe.com/Kenjo) (Seite 7), [stock.adobe.com/Kurhan](https://stock.adobe.com/Kurhan) (Seite 14), [stock.adobe.com/iconsgraph](https://stock.adobe.com/iconsgraph) (Seite 15), [stock.adobe.com/yliivdesign](https://stock.adobe.com/yliivdesign) (Seite 15), [stock.adobe.com/DOC\\_RABEMedia](https://stock.adobe.com/DOC_RABEMedia) (Seite 17), [stock.adobe.com/fizkes](https://stock.adobe.com/fizkes) (Seite 32), [stock.adobe.com/MikkoLemola](https://stock.adobe.com/MikkoLemola) (Seite 32), KVB/Klaus D. Wolf (Seite 32), KVB (alle weiteren)



## KVB Servicetelefonie

### Ihre Erste Wahl

Sie wünschen eine Telefonberatung zu einer konkreten Frage aus dem Praxisalltag?  
Wir sind für Sie da!

Sie erreichen die KVB Servicetelefonie

Montag bis Donnerstag 7.30 bis 17.30 Uhr

Freitag 7.30 bis 16.00 Uhr

**Abrechnung** 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

**Seminare** 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20

**Verordnung** 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

**Technik** 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40



## Dienstplanänderungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

(Diensttausch, Vertretung und Erreichbarkeit)

Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz und Schwaben

Unter-, Mittel- und Oberfranken

 0 89 / 57 95 70 – 8 50 10

 09 21 / 8 80 99 – 6 50 10

 0 89 / 57 95 70 – 8 50 11

 09 21 / 8 80 99 – 6 50 11

 Dienstaenderung.vbzm@kvb.de

 Dienstaenderung.vbzn@kvb.de



## Dienstplanung – DPP-online (finden Sie auch in „Meine KVB“)

Montag bis Freitag

9.00 bis 15.00 Uhr

 0 89 / 5 70 93 – 88 90

 0 89 / 5 70 93 – 88 85

 info.dpp@kvb.de



## Notarzt-Abrechnung – emDoc (finden Sie auch in „Meine KVB“)

Montag bis Freitag

9.00 bis 15.00 Uhr

 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88

 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25

 emdoc@kvb.de



## KVB Beratungscenter 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!

Sie erreichen die KVB Beratungscenter

Montag bis Donnerstag 8.00 bis 16.00 Uhr

Freitag 8.00 bis 13.00 Uhr

### Beratungscenter München

 0 89 / 5 70 93 - 24 99

 bc-muenchen@kvb.de

### Beratungscenter Bayreuth (Oberfranken)

 09 21 / 2 92 - 4 99

 bc-bayreuth@kvb.de

### Beratungscenter Würzburg (Unterfranken)

 09 31 / 3 07 - 4 99

 bc-wuerzburg@kvb.de

### Beratungscenter Straubing (Niederbayern)

 0 94 21 / 80 09 - 4 99

 bc-straubing@kvb.de

### Beratungscenter Oberbayern

 0 89 / 5 70 93 - 25 99

 bc-oberbayern@kvb.de

### Beratungscenter Nürnberg (Mittelfranken)

 09 11 / 9 46 67 - 3 99

 bc-nuernberg@kvb.de

### Beratungscenter Regensburg (Oberpfalz)

 09 41 / 39 63 - 4 99

 bc-regensburg@kvb.de

### Beratungscenter Augsburg (Schwaben)

 08 21 / 32 56 - 3 99

 bc-augsburg@kvb.de

Ihre persönlichen Berater vor Ort finden Sie unter [www.kvb.de/service/beratung/beratungscenter/](http://www.kvb.de/service/beratung/beratungscenter/) oder Sie scannen mit Ihrem Smartphone nebenstehenden QR-Code.



## 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](http://www.kvb.de).

## VORSCHAU



### ZUGANG AUCH VON UNTERWEGS

Nachrichtencenter in „Meine KVB“ jetzt auch mobil erreichbar



### GESUNDHEITSPOLITISCHE REISE

KVB-Vorstand blickt auf Erreichtes im Interview zurück



### UNSERE MITGLIEDER HABEN ENTSCHEIDEN

Alle Details zu den Ergebnissen der Wahl der KVB-Vertreterversammlung



### VERTRETERVERSAMMLUNG POSITIONIERT SICH

November-VV schlägt gegenüber Politik klare Töne an