

# KVBFORUM 04|22

## TELEMATIK- INFRASTRUKTUR

Praxen wollen nicht länger  
Versuchskaninchen sein



20 | **GESUNDHEITSPOLITIK:** „Selbstverwaltung erhalten und stärken“

22 | **VERSORGUNG FÖRDERN:** Hilfe für HNO-Praxen in Nordbayern

26 | **KOOPERATIONEN:** Bayerisches Forschungsnetz in der Allgemeinmedizin

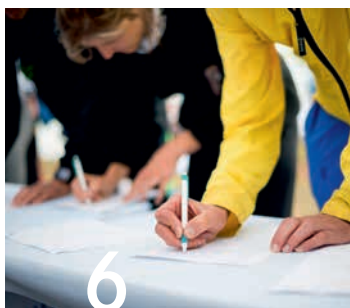
4 **AKTUELLES IN KÜRZE**

5 **EDITORIAL**

**TITELTHEMA**

6 Petition findet auch im Bundestag Anklang  
Mehr als 53.000 Unterschriften machten eine Anhörung vor dem Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags möglich

9 „Angenehme Atmosphäre“  
Dr. med. Petra Reis-Berkowicz berichtet im Interview über ihre Eindrücke im Petitionsausschuss



Ob online oder auf Papier: Für die Petition kamen genügend Unterschriften zusammen

10 TI – Aktuelle Einführungen und Ausbau

Mit welchen Neuerungen in der Telematikinfrastruktur müssen die Praxen im Laufe des Jahres rechnen?

13 Digitalisierung – was steht im Koalitionsvertrag?

Das Thema hat unter der neuen Leitung im Bundesgesundheitsministerium weiterhin höchste Priorität



Auch die neue Bundesregierung will die Einführung digitaler Verfahren vorantreiben

14 „Wir Praxen brauchen bei der TI einen langen Atem“

Eine Fachärztin, ein Hausarzt und ein Psychotherapeut schildern, welche Erfahrungen sie bisher mit der Telematikinfrastruktur gemacht haben

**RECHT INTERESSANT**

18 Nichtanbindung an die TI  
Ein aktuelles Urteil des Sozialgerichts Stuttgart bestätigt die Rechtmäßigkeit von Honorarkürzungen



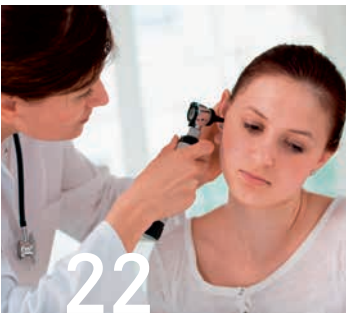
Viele niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zeigen sich ernüchert über die Telematikinfrastruktur

**GESUNDHEITSPOLITIK**

- 20 „Selbstverwaltung erhalten und stärken“  
Martin Degenhardt, Geschäftsführer der Freien Allianz der Länder-KVen (FALK), gibt Einblicke in seine Arbeit

**VERSORGUNG FÖRDERN**

- 22 Hilfe für HNO-Praxen in Nordbayern  
In vier Planungsbereichen gibt es zahlreiche Hilfsangebote, um den Aufbau einer Praxis meistern zu können



22

Eine Niederlassung als HNO-Ärztin kann auch im ländlichen Bereich lukrativ sein

- 24 „Die Praxiskosten sind auf dem Land deutlich niedriger“  
Der Regionale Vorstandsbeauftragte Dr. med. Peter Hück ermuntert junge Kolleginnen und Kollegen zu einer Niederlassung

**KOOPERATIONEN**

- 26 Bayerisches Forschungsnetz in der Allgemeinmedizin  
In ihrem Gastbeitrag stellen die vier bayerischen Institute für Allgemeinmedizin die Ziele und Aufgaben der Kooperation vor



26

In den nächsten Jahren sollen mehr als 200 Hausarztpraxen im Forschungsnetz teilnehmen

**KURZMELDUNGEN**

- 29 „Grüne Bänder“
- 29 IMPRESSUM
- 30 KVB KONTAKTDATEN



29

Eine siebenbändige Publikation unterstützt Ärzte und Psychotherapeuten in ihrer Praxisführung - von der Niederlassung bis zur Abgabe

## Wichtiges für die Praxis

## Ambulante Versorgung der Ukraine-Flüchtlinge

Bayerns niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten stellen die adäquate medizinische und psychotherapeutische Versorgung der in Bayern ankommenden Flüchtlinge aus den Kriegsgebieten der Ukraine sicher. Da kein Sozialversicherungsabkommen besteht, findet nach der Massenzustrom-Richtlinie der Europäischen Union die bayerische Asylvereinbarung Anwendung. Dies bedeutet, dass Flüchtlinge – ohne dass es eines Asylantrags bedarf – mit akut erforderlichen ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Leistungen versorgt werden können.

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl Lauterbach hat angekündigt, die Finanzierung der Hilfe unbürokratisch zu organisieren. So soll schnellstmöglich auch die Ausgabe von elektronischen Gesundheitskarten erfolgen. Behandlungsscheine für ambulante Behandlungen stellt das zuständige Sozialamt für registrierte Flüchtlinge aus, auf denen die erbringbaren Leistungen angegeben werden. Für Arzneimittel und Verordnungen nutzen Sie bei Vorliegen des Behandlungsscheins das rote Rezept (Muster 16). Ambulante Notfallbehandlungen können momentan bereits unbürokratisch durchgeführt werden. Bitte geben Sie hierzu eine Anzeige über eine Eilbehandlung innerhalb von vierzehn Tagen an die Sozialverwaltungsbehörde ab. Krankenhauseinweisungen setzen die vorherige Genehmigung des Sozialhilfeträgers voraus; ausgenommen sind hiervon Notfalleinweisungen.

Die KVB unterstützt Sie bei der Durchführung der Flüchtlingsversorgung so gut wie möglich, wohl wissend dass es vielerlei ungelöste praktische Probleme gibt, nicht zuletzt die Sprachbarriere.

Diese Information stellt den Sachstand zum Redaktionsschluss dar, laufend aktualisierte Hinweise finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) auf der Startseite unter „Aktuelles“. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Beraterinnen und Berater.

Stefan Schlosser (KVB)

## ZITAT DES MONATS

„Ich arbeite mit den Kassenärztlichen Vereinigungen sehr viel besser zusammen als früher.“

Bundesgesundheitsminister  
Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl Lauterbach

(Quelle: stern vom  
17. Februar 2022)

## ZAHL DES MONATS

# 4.591

eRezepte wurden bisher  
bundesweit eingelöst.

(Quelle: gematik,  
Stand 16. März 2022)

## VERTRETERVERSAMMLUNGEN 2022

Die Vertreterversammlungen der KVB finden im Jahr 2022 an folgenden Terminen in der Elsenheimerstraße 39, 80687 München, statt:

- Mittwoch, 29. Juni 2022
- 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*.

## AMBULANTE COVID-19-FORSCHUNG UNTERSTÜTZEN

Seit Oktober 2020 steht mit dem ABC-19-Register des Instituts für Gesundheitsforschung (IGES) eine Möglichkeit zur Verfügung, Daten aus der ambulanten Behandlung von an COVID-19 erkrankten Patienten systematisch zu erfassen. Die auf Basis dieser Daten gewonnenen Erkenntnisse sollen helfen, die Behandlung von COVID-19-Patienten zu verbessern. Eine erste Studie auf Basis dieses Registers ist die ABC-19-Studie. Sie beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit Fragen, wie der richtige Zeitpunkt für eine Krankenhauseinweisung bestimmt werden kann und welchen Einfluss Begleiterkrankungen auf den Verlauf der SARS-CoV-2 Infektion haben. Die Studie ist in Berlin und Brandenburg gestartet und soll bundesweit durchgeführt werden. Patienten, die von teilnehmenden Ärzten in das Register eingeschrieben wurden, können ihre Symptome per Smartphone übermitteln.

Wenn Sie als Ärztin/Arzt Interesse haben, am Register teilzunehmen, können Sie sich über die E-Mail-Adresse [abc19@csg-germany.com](mailto:abc19@csg-germany.com) unverbindlich anmelden. Sie erhalten dann weitere Informationen zur Studie, das Studienprotokoll und gegebenenfalls einen Studienvertrag. Nach Erhalt Ihrer Zugangsdaten für die elektronische Dokumentation können Sie mit der Datenerfassung beginnen. Selbstverständlich werden Sie während der Studie von einem erfahrenen Studienteam betreut.

Redaktion



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

eine Bundestagspetition zur Begrenzung der Wahlkreise: 160 Unterzeichner, eine Petition zur Einrichtung einer Gerichtsbarkeit für Mietangelegenheiten: 41 Unterzeichner. Wer beim Deutschen Bundestag eine Petition einreicht, braucht gute Argumente, sonst bleibt sein Thema unbeachtet. Ein Blick in die Petitionsdatenbank des Bundestags zeigt den großartigen Erfolg der Petition zur Telematikinfrastruktur (TI) unserer VV-Vorsitzenden Dr. med. Petra Reis-Berkowicz, die sage und schreibe 53.751 Unterzeichner fand. Mit dem souverän erreichten Quorum von 50.000 Stimmen konnte der Bundestag dieses für unsere Mitglieder so wichtige Thema nicht mehr ignorieren.

In dieser Ausgabe von KVB FORUM lesen Sie, wie die Anhörung im Petitionsausschuss verlaufen ist und wie es nun politisch weitergeht. Unser Heft erläutert aber auch, was unabhängig vom Moratorium nach dem Regierungswechsel beim eRezept auf die Praxen zukommt. Sehr ans Herz legen möchten wir Ihnen die Erfahrungsberichte von Kolleginnen und Kollegen, die bereits in ihren Praxen mit digitalen Anwendungen arbeiten. Denn: Eine gelebte Praxis gab es bei der Einführung der TI kaum, stattdessen allerdings eine von IT-Managern an Flipcharts geplante Digitalisierung mit der Brechstange, die mit der Realität in der Versorgung wenig gemein hatte. Wir hoffen, dass nach der „digitalen Bruchlandung“ des vorherigen Gesundheitsministers die Einführung weiterer TI-Komponenten nun unter der Federführung einer neuen Regierung besser geplant und umfangreicher getestet wird.

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



# PETITION FINDET AUCH IM BUNDESTAG ANKLANG

Die von der KVB initiierte Petition „Einführung von Flächentests zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und zum eRezept“ haben erfreulicherweise mehr als 50.000 Menschen unterzeichnet und so konnte die Vorsitzende der Vertreterversammlung der KVB, Dr. med. Petra Reis-Berkowicz, Mitte Februar die Forderungen vor dem Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags vortragen.

Wäre es nach dem ehemaligen Gesundheitsminister Jens Spahn gegangen, gäbe es schon seit Anfang dieses Jahres Rezepte für Kassenpatienten ausschließlich auf elektronischem Weg. Dieser Plan scheiterte jedoch krachend: Die Einführung des eRezepts wurde auf unbestimmte Zeit verschoben. Unzählige technische Probleme in Praxen ließen seinem Nachfolger Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl Lauterbach keine andere Wahl, als die Notbremse zu ziehen. Ein Grund für das Moratorium war sicher auch die im Oktober von der KVB eingebrachte Petition „Einführung von Flächentests zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

und zum eRezept“. Mit mehr als 50.000 Unterzeichnerinnen und Unterzeichnern hatte sie dem politischen Berlin noch einmal deutlich vor Augen geführt, wo den Praxen bei der Digitalisierung der Schuh drückt. Die KVB dankt deshalb allen Unterzeichnern der Petition für ihre Mithilfe! Es ist auch ihr Erfolg, dass diesem wichtigen Thema, mit all seinen Herausforderungen und Problemen, im Deutschen Bundestag nun endlich Gehör verschafft werden konnte.

Denn: Nur wenn eine Petition innerhalb der Mitzeichnungsfrist 50.000 Unterschriften erreicht, und damit das sogenannte Quorum, wird der Petent in einer öffentlichen Ausschusssitzung angehört. Somit war es der Vorsitzenden der Vertreterversammlung der KVB, Dr. med. Petra Reis-Berkowicz möglich, das Anliegen am 14. Februar 2022 vor dem Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags vorzutragen. Eindrücklich schilderte sie anhand anschaulicher Beispiele aus ihrem Praxisalltag, wo bei der Umsetzung der Digitalisierung gegenwärtig eklatante Probleme entstehen.

## Digitalisierung ja – aber nicht mit der Brechstange

Gleich zu Beginn machte Reis-Berkowicz, die seit 1990 als nieder-

gelassene Hausärztin in Gefrees in Oberfranken tätig ist, den Mitgliedern des Petitionsausschusses sowie den weiteren geladenen Teilnehmerinnen und Teilnehmern, darunter Staatssekretärin Sabine Dittmar, klar, dass Ärzte- und Psychotherapeuten nicht per se gegen die Digitalisierung seien. Vielmehr sei die Digitalisierung „überfällig“: Man wolle selbstverständlich weg von der Zettelwirtschaft, dem Papier und „Abheftwahnsinn“. Wie die Digitalisierung allerdings bis heute vom Bundesgesundheitsministerium vorangetrieben werde, nämlich „im Schweinsgalopp und mit der Brechstange“, sei besorgniserregend und kontraproduktiv. Jens Spahn habe nach dem Prinzip „Tempo vor Genauigkeit“ gearbeitet. Statt breit angelegter Volllasttests seien digitale Verfahren – wie die eAU oder das eRezept – in nicht ansatzweise repräsentativen Einzelpraxen in kurzen Testzeiträumen erprobt worden.

Ein großes Problem in den Praxen sei, dass Krankenkassen bis zum heutigen Tag häufig nicht in der Lage seien, von den Praxen, die die entsprechenden Voraussetzungen geschaffen hätten, eAU schnell anzunehmen und den Eingang zu bestätigen. Hat die Übermittlung nicht geklappt und die Patienten



haben bereits die Praxis verlassen, müssten die Praxisangestellten im Nachgang die AU-Bescheinigungen doch ausdrucken und den Krankenkassen postalisch zusenden. Dies passiere in nahezu der Hälfte aller Versuche und bedeute für das Personal doppelten Arbeitsaufwand. Die Situation sei in etwa so, als würde man jede zweite Whatsapp-Nachricht oder SMS ausdrucken und dem Empfänger per Post zusenden.

### Perspektive der Anwender stärker beachten

Geradezu ein Paradebeispiel dafür, dass digitale Praxisanwendungen unzureichend getestet und Ärzte und Psychotherapeuten zu wenig einbezogen werden, sei die Implementierung des eRezepts gewesen, so die Vorsitzende der KVB-Vertreterversammlung. Trotz verlängerter Testphase seien von Anfang Juli bis Dezember 2021 deutschlandweit weniger als 50 eRezepte ausgestellt worden (zum Vergleich: 500 Millionen Rezepte in Deutschland im Jahr 2021). Es sei klar, dass anhand dieser verschwindend geringen Fallzahl nicht nachgewiesen werden könne, ob das Verfahren in den zehntausenden Praxen funktionieren könne. Zudem müsse beachtet werden, dass es sowohl verschiedene Praxisverwaltungssysteme als auch Konnektoren und Kartenlesegeräte etc. gebe. Niemand könne anhand der kurzen Testzeitfenster sagen, ob die Verfahren in unterschiedlichen Institutionsgrößen und -konstellationen für einen Massenbetrieb geeignet seien. In diesem Zusammenhang machte sich Reis-Berkowicz dafür stark, die Perspektive der Anwender stärker zu beachten. Neben der notwendigen technischen Reife, müsse auch der Workflow in den Praxen mitgedacht werden.

Die eAU und das eRezept behinderten jedenfalls bisher nur die Arbeit in den Praxen. „Wir fahren mit Hosenträgern und Gürteln ein und denselben Vorgang. Ausbaden müssen diese Verfehlungen am Ende Ärzte, Psychotherapeuten und Patienten“, so Reis-Berkowicz. Die Konsequenz davon sei ein „chaotischer Praxisalltag“ und großer Frust bei der Ärzte- und Psychotherapeuten-schaft sowie deren Angestellten. Mancherorts sei die Unzufriedenheit so groß, dass über einen vorgezogenen Ruhestand nachgedacht würde. Dies wiederum würde zu Problemen in der Sicherstellung führen. Die Ärzte- und Psychotherapeuten-schaft wolle lediglich, dass das System funktioniere. „Wir dürfen nicht die Versuchskaninchen des Systems sein. Probleme und Fehlfunktionen müssen schon im Vorfeld abgeschaltet werden. Sonst geht das Vertrauen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten nachhaltig verloren“, stellte sie klar.

Darüber hinaus sei es künftig unabdingbar, die Ärzte und Psychotherapeuten bei der Umsetzung der neuen Anwendungen der Telematikinfrastruktur miteinzubeziehen. Es wäre demnach ein Fehler, die Expertise der Anwender weiterhin außer Acht zu lassen, führte die KVB-Vertreterin an.

### Verständnis bei der Staatssekretärin

Nicht nur bei den Mitgliedern des Petitionsausschusses, auch bei Staatssekretärin Dittmar – früher selbst Hausärztin in Unterfranken – stießen die Ausführungen auf Verständnis. Nicht zuletzt, da die Politikerin selbst Probleme mit IT-Herstellern aus dem Praxisalltag kennt: „Ich bekomme in meiner



alten Praxis mit, wie die Probleme mit den Praxisverwaltungssystem-Herstellern aussehen.“ Neben der Behebung technischer beziehungsweise softwarebasierter Mängel werde man im Bundesgesundheitsministerium auch prüfen, ob und inwieweit die Ärzte- und Psychotherapeuten-schaft künftig besser eingebunden werden könne, versprach sie. Die Umstellung auf das eRezept werde erst erfolgen, wenn

**Petra Reis-Berkowicz auf dem Weg in den Bundestag (oben) und als Petentin vor dem Petitionsausschuss.**

„Eindrucksvoll brachte Dr. Petra Reis-Berkowicz die Probleme auf den Punkt, die eRezept und eAU mit sich bringen“

(*Ärztezeitung*, 14. Februar 2022)

„Ärztin berichtet Politik von massiven eRezept-Problemen“

(*Quelle: Handelsblatt*, 17. Februar 2022)

„Wieder nichts: eRezept verschiebt sich auf unbestimmte Zeit“

(*Computer Bild*, 16. Februar 2022)

„Digitalisierungsprobleme frustrieren Mediziner“

(*Neu-Ulmer Zeitung*, 17. Februar 2022)

**Auch in den Medien wurden die Petition und die Forderungen der Ärzte und Psychotherapeuten aufgegriffen.**

die technische Verfügbarkeit auch wirklich gegeben sei. Ein Datum dafür sei noch nicht festgelegt.

### Lebhafte Diskussion im Ausschuss

In der weiteren Diskussion mit den Mitgliedern des Petitionsausschusses, darunter Abgeordnete von SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP, CDU/CSU, AFD und die LINKE, kristallisierte sich schnell heraus, dass die politischen Vertreterinnen und Vertreter über alle Parteien hinweg das Anliegen der Ärzte- und Psychotherapeuten nicht nur verstanden haben, sondern auch an praktischen Lösungen interessiert sind. Takis Mehmet Ali von der SPD dankte Reis-Berkowicz für ihre nachvollziehbaren Ausführungen und wollte mehr über die Störungen des Praxisablaufs durch mangelhafte digitale Anwendungen wissen. Daran anschließend erkundigte sich Janosch Dahmen, gesundheitspolitischer Sprecher von Bündnis 90/Die Grünen und selbst Arzt, wie eAU und eRezept aus Sicht der Ärzte und Psychotherapeuten ausgestattet sein müssten, um praxistauglich zu sein, und ob man mit den IT-Herstellern in einen verbindlichen Dialog treten könne.

Reis-Berkowicz betonte daraufhin nochmals, wie wichtig es sei, die Praxen bei der digitalen Umgestaltung aktiv miteinzubeziehen. Das sei bislang nie erfolgt, Ärzte und Psychotherapeuten seien nie befragt worden. Im weiteren Austausch mit den Abgeordneten stellte Reis-Berkowicz auf eine Frage zur Gestaltung der Anschubfinanzierung klar, dass die staatlichen Gegenfinanzierungen überhaupt nicht ausreichen würden. Es benötige die nächsten drei Jahre rund 9.000 Euro Investitionen je Praxis, nur damit alle Digitalisierungsabläufe ineinander greifen. Gerade ältere Ärzte und Psychotherapeuten gingen aufgrund dieser hohen Investitionskosten vorzeitig in den Ruhestand. Dies sei eine Katastrophe für die Sicherstellung, resümierte die Fachärztin für Allgemeinmedizin.

Von mehreren Ausschussmitgliedern wurde an Staatssekretärin Dittmar, als Vertreterin des Gesundheitsministeriums, der Wunsch herangetragen, bezüglich der in der Petition vorgebrachten Missstände nachzujustieren. Reis-Berkowicz fasste die Stimmung in vielen Praxen zusammen: „Wir sind Ärzte und Psychotherapeuten aus Leidenschaft, aber die Praxen sind mit den Fehlermeldungen überfordert.“

### Fazit und mediale Resonanz

Die Aussagen der Politikerinnen und Politiker gäben Anlass zur Hoffnung, waren sich viele Kommentatoren der Ausschusssitzung einig. Die Sorgen und Nöte der Ärzte und Psychotherapeuten fanden Gehör und trafen fraktionsübergreifend auf Verständnis. Selbst aus dem Gesundheitsministerium gab es Worte der Einsicht, dass das bisherige Prinzip „Tempo vor Genauigkeit“ nicht zu den gewünschten Ergebnissen geführt hätte.

Auch Petra Reis Berkowicz ging optimistisch und mit dem positiven Gefühl, dass die Probleme wahrgenommen wurden, aus der Anhörung (siehe auch Seite 9). Man darf also zumindest hoffen, dass auch im Bundesgesundheitsministerium in puncto Digitalisierung ein Paradigmenwandel ins Auge gefasst wird, der da heißt: „Weniger Tempo bei größerer Einbeziehung der Ärzte und Psychotherapeuten.“ Feste Zusagen gab es dafür jedoch keine.

*Simon Moßburger, Benjamin Laub  
(beide KVB)*



# „ANGENEHME ATMOSPHERE“

Auftritte vor größeren Gruppen ist Dr. med. Petra Reis-Berkowicz als Vorsitzende der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der KVB gewohnt. Dennoch war die Rede vor dem Petitionsausschusses des Deutschen Bundestags auch für die erfahrene Hausärztin aus Oberfranken eine besondere Herausforderung.



## Frau Dr. Reis-Berkowicz, mit welchen Gefühlen sind Sie in die Sitzung gegangen?

Ich hatte natürlich die Hoffnung, dass es eine gute, offene Diskussion gibt. Zugleich wusste ich, dass ich die Stimme von über 53.000 Menschen bin, die die Petition unterzeichnet haben und für die ich stellvertretend unser Anliegen vortrage. Ich hatte rasch den Eindruck, dass in dem Ausschuss eine angenehme Atmosphäre herrscht und dass die Abgeordneten gut vorbereitet und gewillt waren, sich mit der Thematik intensiv auseinanderzusetzen. Besonders gefreut habe ich mich über die deutliche Positionierung der Staatssekretärin Sabine Dittmar, die klargestellt hat, dass beispielsweise das eRezept erst eingeführt wird, wenn es wirklich technisch funktioniert. Das ist ein Kurswechsel gegenüber dem Vorgehen des vorherigen Gesundheitsministers, der gemeinsam mit seinen IT-Beratern unsere Praxen allzu häufig als Testumgebung für nicht ausgereifte Online-Anwendungen missbraucht hat.

## Waren Sie überrascht, dass Ihr Anliegen im Ausschuss auf Verständnis stieß?

Nein, eigentlich nicht. Ich konnte ja die Problematik anhand meiner eigenen Praxiserfahrung aufzeigen, zudem haben wir in der Petition auch Lösungsvorschläge vorgestellt. Ich denke allerdings, dass eine intensivere Beschäftigung mit diesem wichtigen Thema auch schon früher im Bundestag hätte stattfinden müssen. Da sind aus meiner Sicht zu oft Diskussionen, beispielsweise mit Verweis auf die Zuständigkeit der Gematik, abgebrochen worden.

## Was versprechen Sie sich von einer ausführlicheren Debatte im Bundestag?

Letzten Endes war es Ziel unserer Petition, neue gesetzliche Rahmenbedingungen für einen effizienten Einsatz digitaler Technologien mit Versorgungsrelevanz in den Praxen einzufordern. Die Industrie muss die notwendige

Hard- und Software liefern, die den hohen Qualitätsansprüchen genügen muss. Wir Ärztinnen und Ärzte verweigern uns ja nicht der Digitalisierung. Aber wir müssen uns darauf verlassen, dass die notwendigen IT-Komponenten lieferbar sind und das tun, was sie sollen. Leider war dies in der Vergangenheit allzu häufig nicht der Fall.

## Sie haben anklingen lassen, dass Sie sich eine konzertierte Aktion aller Beteiligten wünschen. Was hat man sich darunter vorzustellen?

Wir brauchen so etwas wie einen Digitalpakt, um die umwälzenden Veränderungen, die unserem Gesundheitssystem durch die Digitalisierung bevorstehen, gut vorzubereiten und zu begleiten und um bei allen Beteiligten eine hohe Akzeptanz zu erreichen. Dabei müssen die Praxen voll mit eingebunden und die Belange der täglichen Arbeit mit den Patienten ausreichend berücksichtigt werden. Bisher wird ja eher darauf geachtet, dass die Krankenkassen profitieren, wie beim Versichererstammdatenmanagement, das eigentlich deren Aufgabe wäre, aber in unsere Praxen verlagert wurde. Es handelt sich hier um so umwälzende Veränderungen im Praxisalltag, dass diese durch ausreichende Testphasen entsprechend vorbereitet und auch mit finanziellen Anreizen ergänzt werden müssen. Der bisherige politische Weg, mit Sanktionen etwas erzwingen zu wollen, ist gescheitert. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens wird dann gelingen, wenn die Qualität stimmt, die Prozesse funktionieren und ein Nutzen für Praxen wie auch Patienten gleichermaßen erkennbar ist.

## Wie geht es nun weiter?

Der Petitionsausschuss wird sich noch einmal beraten und dann sein Votum an die Bundesregierung geben. Wir Ärztinnen und Ärzte sind gerne bereit, diesen Weg weiterhin kritisch, aber konstruktiv zu begleiten.

*Interview Martin Eulitz (KVB)*

# TI – AKTUELLE EINFÜHRUNGEN UND AUSBAU

Die holprige Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU), die Verlängerung der Testphase des elektronischen Rezepts (eRezepts), neue Bausteine für die elektronische Patientenakte (ePA) und eine schnellere sektorenübergreifende Kommunikation im Gesundheitswesen... was gilt bereits für die aktuellen Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) und was kommt im Laufe des Jahres an Neuerungen auf die Praxen zu? Ein Überblick.

**F**ür den eAU-Start und die Pflicht für Vertragsärzte wurden in den letzten Monaten aufgrund einer zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband vereinbarten Übergangsregelung und einer späteren Richtlinie der KBV unterschiedliche Fristen genannt. Final gilt: Seit 1. Oktober 2021 beziehungsweise gemäß der vereinbarten Übergangsfrist spätestens

seit 1. Januar 2022 ist der Versand der eAU an Krankenkassen für Vertragsärzte verpflichtend. Eine weitere Verlängerung des Einführungszeitraums bis Ende Juni 2022, die die KBV im Zusammenhang mit einer Richtlinie angestrebt hatte, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) abgelehnt.

Die eAU startete holprig: Wie eine bundesweite Umfrage der KBV

zeigt, übermittelte im Januar 2022 nur jede fünfte Praxis die eAU bereits digital. Ein ausschließlich elektronischer Versand war vor allem aufgrund technischer Probleme oder fehlender technischer Voraussetzungen nur 13 Prozent der Praxen möglich. Auch verzögerte Fehlermeldungen, die die Praxen oft erst dann erreichen, wenn die Patientin/der Patient diese bereits verlassen hat, wurden in diesem Zusammenhang kritisiert. Immerhin ging nach Informationen der KBV die Fehlerquote bei der eAU-Übermittlung in den letzten Monaten kontinuierlich zurück und liegt aktuell im niedrigen einstelligen Bereich.

Da die gesetzliche Pflicht weiterhin besteht – auch ungeachtet des möglichen Ausgangs der Bundestags-Petition – und das Muster 1 laut Bundesmantelvertrag Ärzte bereits nicht mehr gültig ist, müssen Praxen, die AU-Bescheinigungen ausstellen, zügig die technischen Voraussetzungen für das elektronische Verfahren in der Praxis schaffen und die eAU digital an die jeweilige Krankenkasse übermitteln. Zu den technischen Voraussetzungen zählt insbesondere ein KIM-Dienst. Fehlen die erforderlichen Grundlagen zur Über-

**Spätestens seit 1. Januar 2022 ist der Versand der eAU an Krankenkassen für Vertragsärzte verpflichtend.**



mittlung der eAU oder ist diese aufgrund technischer Probleme nicht möglich, ist das Ersatzverfahren anzuwenden. In diesem Fall werden AU-Bescheinigungen anhand der neuen Formatvorlagen im Praxisverwaltungssystem (PVS) – auch Stylesheets genannt – in Papierform ausgestellt. Nur wenn den Praxen von ihren PVS-Anbietern noch keine neuen Formatvorlagen bereitgestellt wurden, kann die Arbeitsunfähigkeit vorübergehend formlos bescheinigt und entsprechend das bisherige Muster 1 verwendet werden.

In der zweiten Ausbaustufe der eAU – nach jüngster Gesetzesinitiative geplant ab 1. Januar 2023 – erfolgt die digitale Bereitstellung der AU-Daten für die Arbeitgeber durch die Krankenkassen. Die Bescheinigung für den Patienten erhält dieser auf Wunsch weiterhin in Papierform.

Seit Ende 2021 überschneidet sich ein weiteres technisches Problem mit der Einführung der eAU – allerdings nur zeitlich: Im Zusammenhang mit dem Einlesen elektronischer Gesundheitskarten (eGK)

der neuesten Generation 2.1, die die Funktion der Near Field Communication (NFC) unterstützen, kann es zu Abstürzen von stationären Kartenterminals kommen (wir informieren auf unserer Internetseite [www.kvb.de](http://www.kvb.de)). Ausgelöst wird das Problem nach aktuellem Kenntnisstand durch eine elektrostatische Aufladung der besagten eGK und im Folgenden einer Entladung im Kartenterminal. Das beschriebene Problem steht nicht im Zusammenhang mit der eAU. Aktuelle Informationen hierzu veröffentlichen wir auf unserer Homepage.

### eRezept in der Testphase

Durch die Verlängerung der eRezept-Testphase hat das BMG im letzten Moment die gesetzlich geplante Einführung des eRezepts zum Jahresanfang 2022 verschoben. Ein Termin für die verpflichtende eRezept-Einführung ist noch nicht bekannt. Vielmehr sollen der geplante Rollout und die flächendeckende Einführung erst dann erfolgen, wenn konkrete Qualitätskriterien eine erfolgreiche Testphase bestätigen. Eine der Kenngrößen ist, dass mindestens

30.000 eRezepte erfolgreich abgerechnet werden. Bis dahin ist der Weg noch lang: Laut TI-Dashboard der gematik wurden bislang 4.591 eRezepte eingelöst.

Wir bitten die Praxen in Bayern, sich in ihrem eigenen Interesse intensiv an der Testphase zu beteiligen, um noch vor der Pflichteinführung Erfahrungen im Umgang mit der neuen Technik sammeln und die PVS-Hersteller noch rechtzeitig auf eventuell dringenden Änderungsbedarf hinweisen zu können. Praxen, die teilnehmen möchten, wenden sich bitte direkt an ihren Systembetreuer.

Die eRezept-Pflicht gilt zunächst nur für die Verordnung von apothekenpflichtigen Arzneimitteln zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung. In Folgestufen werden weitere Verordnungen, unter anderem Betäubungsmittel- und sogenannte T-Rezepte, umgesetzt.

### ePA 2.0 mit weiteren Funktionen

Mit der ePA 2.0 wird die ePA – je nach Anbieter seit Anfang 2022 bereitgestellt – um weitere Funk-



tionalitäten erweitert. Neben einem feingranularen Berechtigungskonzept und der Möglichkeit, einen Vertreter einzurichten, zählen hierzu unter anderem die sogenannten MIOs, die Medizinischen Informationsobjekte, die einen strukturierten und standardisierten Datenaustausch ermöglichen. In der vertragsärztlichen Versorgung können die Patienten mit Einführung der ePA 2.0 in den Praxen zwischen der bisherigen papiergebundenen Dokumentation und dem in der ePA abgelegten elektronischen Impfpass, Mutterpass und Kinderuntersuchungsheft wählen. Für die Nutzung der ePA 2.0 – und damit der MIOs – ist ein weiteres Update des Konnektors auf die Updatestufe Produkttypversion (PTV) 5 sowie ein weiteres Update des PVS erforderlich.

### Neuer Kommunikationskanal TI-Messenger

Der TI-Messenger ist als Standard für ein sicheres Übermittlungsverfahren von Ad-hoc-Nachrichten vorgesehen. Voraussichtlich ab der zweiten Jahreshälfte 2022 sollen erste TI-Messenger verfügbar sein und durch den ortsunabhängigen schnellen Austausch von Sofortnachrichten die Kommunikation von Ärzten, Psychotherapeuten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Apotheken über den TI-Kommunikationsdienst KIM ergänzen.

Über ein anbieterübergreifendes Nutzerverzeichnis soll die einfache Suche anderer Nutzer gewährleistet werden. Hierfür wird künftig ein weiterentwickelter TI-Verzeichnisdienst eingesetzt. In weiteren Ausbaustufen sollen der Versicherte in die Kommunikation eingebunden und eine Videofunktionalität integriert werden. Der TI-Messenger ist für alle Beteiligten freiwillig.

### Informationen rund um die TI

Umfangreiche Informationen zur TI und ihren Anwendungen inklusive zusammenfassender Handouts und weiterführender FAQ-Dokumente finden Praxen unter [www.kvb.de/ti](http://www.kvb.de/ti) – insbesondere auf der jeweiligen Themenseite.

*Nina Kösel (KVB)*

## TI-Verzeichnisdienst

Der TI-Verzeichnisdienst dient als zentrales Adressierungsverzeichnis – ähnlich einem allgemeinen Adressbuch – für die Anwendungen innerhalb der TI. Zu allen Betriebsstätten mit einer freigeschalteten und noch gültigen SMC-B Karte (Praxisausweis) existiert ein TI-Verzeichnisdienst-Eintrag. Aber nicht nur die SMC-B Freischaltung, sondern auch die Freischaltung eines elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) führt zu einem Eintrag, sodass Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen institutionsbezogenen Eintrag zu ihrer Praxis (SMC-B) und einen personenbezogenen Eintrag (eHBA) im TI-Verzeichnisdienst haben können. Bei der Zuordnung einer KIM-Adresse ist die Koppelung an eine SMC-B Karte zu empfehlen, um auch den Praxismitarbeitern den Versand von Nachrichten und eAU über KIM zu ermöglichen. Darüber hinaus wird der TI-Verzeichnisdienst beispielsweise für die Berechtigungsvergabe der ePA durch Versicherte genutzt.

Bei Änderungen von Daten am institutionsbezogenen Eintrag im TI-Verzeichnisdienst ist die KVB als SMC-B Kartenherausgeber Ihr Ansprechpartner. Die Angaben im TI-Verzeichnisdienst beruhen auf den Angaben des Arztregisters und werden bei Änderungen regelmäßig aktualisiert. Da die Namensbildung des Praxisnamens im KVB-Arztregister auf juristischen Vorgaben basiert, ist es nicht möglich, Wunschnamen zu hinterlegen.



# DIGITALISIERUNG – WAS STEHT IM KOALITIONSVERTRAG?

Was wir – wie auch der Großteil der politischen Fachexperten im Gesundheitswesen – bereits nach Sichtung der Wahlprogramme der Ampelparteien prognostiziert hatten, ist durch den Koalitionsvertrag nun Gewissheit geworden: Auch unter der neuen Leitung durch Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl Lauterbach hat das Thema Digitalisierung im Bundesministerium für Gesundheit (BGM) höchste Priorität.

**D**ennoch lassen sich schon nach wenigen Monaten unter der Ägide Lauterbach deutliche Unterschiede im Politikstil zu seinem Vorgänger Jens Spahn erkennen. Als Mediziner kann man sowohl Lauterbach als auch seiner Staatssekretärin Sabine Dittmar wenig vormachen: Statt auf die Beschwichtigungen der gematik einzugehen, erkennen sie die vorhandenen Probleme der TI-Verfahren objektiv an und ziehen daraus Konsequenzen. Die Verschiebung des eRezepts auf unbestimmte Zeit ist ein Beispiel dafür.

Ein weiterer Pluspunkt ist, dass Lauterbach von Spahns Strategie der „agilen Gesetzgebung“ Abstand nimmt. Damit sollen fehlerhafte und ständig modifizierte Gesetzesvorhaben, wie es bei dem Trial-and-Error-Vorgehen seines Vorgängers der Fall war, vermieden werden. Trotz allem ist der Fuß des Gesundheitsministeriums in puncto Digitalisierung weiterhin auf dem Gaspedal. Ein wichtiger Meilenstein soll unter anderem ein Sammelgesetz zur Digitalisierung werden, das voraussichtlich noch in diesem Jahr erscheinen wird.

## Was steht im Koalitionsvertrag?

Vorrangige Ziele der Koalitionäre sind die Einführung der elektroni-

schen Patientenakte (ePA) und des eRezepts, sowie eine beschleunigte Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI). Die ePA soll weiterhin für alle Versicherten zur Verfügung gestellt werden und auf Freiwilligkeit beruhen. Im Unterschied zur derzeitigen Konzeption (opt-in) soll künftig ein opt-out-Verfahren angewandt werden. Wie aus der Organspende bekannt, soll demnach eine Widerspruchslösung gelten – jeder Versicherte besitzt eine ePA, bis zu dem Zeitpunkt, an dem er der Zurverfügungstellung widerspricht. Der Wortlaut im Koalitionsvertrag hierzu ist jedoch unpräzise, sodass nicht klar wird, in welchem Ausmaß die ePA genau umstrukturiert werden soll.

Die Koalitionsparteien wollen darüber hinaus ermöglichen, dass telemedizinische Leistungen (Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen, Videosprechstunden, Telekonsile, Telemonitoring und die telenotärztliche Versorgung) regelhaft genutzt werden können. Um die im Gesundheitswesen tätigen Personen besser auf die Entwicklungen vorzubereiten, möchte man Maßnahmen „zur Vermittlung digitaler Kompetenzen“ implementieren. Diese sollen vor allem während der Ausbildung, aber auch in Fort- und Weiterbildungen zum Tragen kommen.



Eine weitere Maßnahme ist der Ausbau der gematik zu einer digitalen Gesundheitsagentur. Neben dem Aufbau eines dezentralen Forschungsdatenzentrums, kündigen die Koalitionäre außerdem ein Register-, sowie ein Gesundheitsdatennutzungsgesetz in dieser Legislaturperiode an. Dies soll eine wissenschaftliche Nutzung von Daten im Einklang mit der Datenschutz-Grundverordnung bringen.

## Fazit

Wenn auch mit anderem Politikstil, will Karl Lauterbach, genau wie sein Vorgänger, die Einführung digitaler Verfahren vorantreiben. Unpräzise Formulierungen im Koalitionsvertrag lassen jedoch oftmals konkrete Prognosen, wie die Maßnahmen am Ende genau umgesetzt werden sollen, nicht zu.

*Simon Moßburger, Benjamin Laub  
(beide KVB)*

**Auch unter dem neuen Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach nimmt das Thema Digitalisierung im Gesundheitswesen weiter an Fahrt auf.**

# „WIR PRAXEN BRAUCHEN BEI DER TI EINEN LANGEN ATEM“

In einer aktuellen Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), an der vom 13. bis 20. Januar mehr als 5.300 Praxen teilgenommen haben, zeigt sich ein Großteil der Niedergelassenen ernüchtert vom Einsatz der Anwendungen im Rahmen der Telematikinfrastruktur (TI). Nur ein kleiner Teil kann demnach beispielsweise die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) bereits digital versenden. Wie bayerische Praxen mit den TI-Anwendungen zurecht- kommen, schildern drei Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber in KVB FORUM.

**I**nwiefern bieten TI-Anwendungen wie eAU und eRezept Praxen derzeit einen wirklichen Mehrwert? Wie störanfällig zeigen sich die Tools im konkreten Praxiseinsatz? Ein Interview mit Dr. med. Ahmad Sirfy, Allgemeinmediziner in München, Dr. med. Olga Strahl, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Nürnberg, und Dipl.-Psych. Rainer Cebulla, Psychologischer Psychotherapeut in Höchberg (siehe Seite 17).

**Herr Dr. Sirfy, Frau Dr. Strahl, welche TI-Anwendungen werden von Ihnen derzeit konkret genutzt? Seit wann werden diese eingesetzt?**



**Sirfy:** Wir sind eine Hausarztpraxis mit zwei Standorten in München und tragen seit neuestem den Namen „Smartpraxis“, weil wir seit unserer Gründung vor zirka 3,5 Jahren verstärkt digitale Lösungen in unserem Praxisalltag einsetzen. Seit dieser Zeit signieren wir unsere Laboraufträge ausschließlich mit dem elektronischen Heilberufsausweis.

Seit zwei Jahren nehmen wir an einem Startup-Projekt zur Ausstellung von eRezepten teil und haben bis dato knapp 1.000 eRezepte erstellt. Seit Januar 2022 können wir eRezepte auch über die gematik erstellen, ebenso die eAU. Wir können Befunde per KIM an Arztkollegen verschicken und empfangen. Bislang interessieren sich unsere Patientinnen und Patienten nicht sehr für die digitale Patientenakte, den eMedikationsplan oder das eNotfalldatenmanagement. Aber auch diese Funktionen könnten wir mit unserer digitalen Aus-

stattung schon jetzt bedienen. Außerdem haben wir bis dato mithilfe des Konnektors zirka 30.000 Covid-Impf- und Genesenzertifikate erstellt.

**Strahl:** Seit meiner Praxisübernahme am 1. April 2020 führen wir das Versichertenstammdatenmanagement durch. Das funktionierte bisher weitgehend reibungslos. Seit neuestem gibt es allerdings Probleme mit der neuen Gesundheitskarte 2.1. Das Einlesen führt häufig zum Konnektorabsturz, es dauert dann bis zu fünf Minuten, bis alles wieder funktioniert. Teilweise bleibt es aber dabei, dass die Karten nicht lesbar sind, was bedeutet, dass kein Notfalldatenmanagement durchgeführt und auch keine Impfungszertifikate ausgestellt werden können. In diesen Fällen muss die Patientendatenaufnahme manuell erfolgen. Den KIM-Dienst nutzen wir seit September 2021. Er könnte Papier und Briefmarken sparen und die Gefahr eliminieren, dass ein Arztbrief verlorengeht. Derzeit wird KIM allerdings nur zur Weiterleitung der eAU an die Krankenkassen genutzt. Der Informationsaustausch zwischen Praxis und Klinik findet also weiterhin auf Papier statt. Die elektronische Patientenakte kommt bei uns überhaupt nicht zum Einsatz, obwohl wir sie aktiv bei den Patientinnen ansprechen. Es besteht offensichtlich kein Bedarf, da das Prozedere als zu aufwendig empfunden wird. Immerhin benötigen die Patientinnen eine spezielle App ihrer Krankenkasse und einen ZugangspIN. Das eRezept läuft in unserer Praxis bisher auch noch nicht. Hier sind noch zahlreiche Fragen zu klären. Zum Beispiel, wie ältere Patientinnen ohne App und Smartphone-Kenntnisse diese Rezepte einlösen können, dasselbe gilt für eRezepte für Kinder.

## Wo gibt es bei den von Ihnen eingesetzten TI-Anwendungen Handlungsbedarf?

**Sirfy:** Mein Team und ich haben uns auch vor den TI-Anwendungen immer für andere digitale Lösungen interessiert, diese getestet und in den Praxisalltag implementiert. Am Anfang überwog die Skepsis, dann kam am Ende die Begeisterung, wenn eine Anwendung mit Mehrwert für die Praxis tatsächlich funktionierte. Der Weg dahin ist aber fast immer steinig und man muss die Nerven behalten. Auch mit den TI-Anwendungen war es nicht anders. Schon allein die Freischaltung des elektronischen Heilberufsausweises gestaltete sich bei uns nicht komplikationslos, da die Beschreibung dieses Vorgangs in unserem Fall nicht besonders „nutzerfreundlich“ dargestellt wurde.

Was besonders gut funktioniert, ist aktuell das Erstellen des eRezepts. Die Rezepte werden mit der Komfortsignatur zügig und einfach freigegeben. Da wir besonders viele Behandlungen mit der eigenen Videosprechstunde durchführen, ist das eRezept ein fester Bestandteil unserer Arbeit geworden. Auch das Erstellen von Wiederholungsrezepten via Bestellformular hat sich mit dem eRezept sehr vereinfacht. Unsere Ärztinnen und Ärzte können mit einem Klick alle Rezepte stapelweise signieren und diese sofort freigeben. Das nervige Unterschreiben in der Praxis wird damit nach und nach abgeschafft. Ein etwas holpriger Weg zeichnet sich bei der eAU ab. Erste Versuche zur Erstellung waren mit vielen technischen Problemen behaftet. Das Hauptproblem war, dass nicht alle Krankenkassen die gelieferte Datei öffnen konnten, weshalb die AU schließlich postalisch als Papiausdruck an die Kassen gesendet werden mussten. Der Support unseres Verwaltungssystems war aber beeindruckend geduldig und die meisten Probleme sind in dieser Hinsicht mittlerweile behoben. Seitdem können wir zunehmend die eAU besser in unserer stark gefragten Videosprechstunde einsetzen.

Die eAU wird sich aber erst lohnen, wenn wir nicht mehr auch noch eine Papierbescheinigung für den Arbeitgeber ausstellen müssen. Sobald die digitale Übermittlung an die Arbeitgeber hoffentlich wie erwartet dieses Jahr noch funktioniert, wird das unseren Workflow signifikant beschleunigen – besonders an manchen Montagen, an denen die Ausstellung von bis zu 60 Krankschreibungen per Videosprechstunde notwendig ist.

Neben den Software-Herausforderungen hatten wir hin und wieder Hardware-Ausfälle. Auch das teure

Ersetzen eines defekten Konnektors nach Ablauf der Garantiedauer mussten wir verkraften. Für die Konnektoren und Terminals sollte es daher verlängerte Garantielaufzeiten geben und ein schnellerer Ersatz im Garantiefall für Hersteller verpflichtend sein. Für viele kleine Praxen sind ein defekter Konnektor und die Folgekosten eine echte Herausforderung, besonders wenn man irgendwann ohne diese Hardware faktisch nicht mehr arbeiten kann.

**Strahl:** Ich persönlich würde es begrüßen, wenn man den elektronischen Medikationsplan, die elektronische Patientenakte und das Notfalldatenmanagement zu einer einzigen TI-Anwendung verschmelzen könnte, wobei die Funktionsweise dieser gemeinsamen Anwendung der des Notfalldatenmanagements gleichen sollte. Das elektronische Rezept sollte man über die Gesundheitskarte der Versicherten erstellen können und keine extra App der Krankenkasse dafür benötigen, da die PIN vielfach nicht erinnert wird. Bei der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sollte man sich entweder für eine komplett papierlose Variante entscheiden oder das Projekt gänzlich aufgeben.



## Was wünschen Sie sich von der Politik hinsichtlich zukünftiger Implementierungen von TI-Anwendungen in der Praxis? Was sind die „Learnings“, die von allen Beteiligten berücksichtigt werden sollten?

**Sirfy:** Dass wir künftig ohne TI-Anwendungen keine Medizin mehr betreiben werden, ist eine Tatsache und schon sehr bald Realität. Das wissen auch die meisten Kolleginnen und Kollegen und haben sich mental darauf eingestellt. Das Problem, warum immer noch Praxen keine TI implementieren, ist, dass der Dialog mit den Ärzten nicht frühzeitig stattfand. Viele Befürchtungen wegen eventueller Sicherheitslücken, dem mit der Implementierung verbundenen Zeitaufwand und des nicht kalkulierbaren Kostenrisikos sind absolut berechtigt und müssen ernstgenommen werden. Es ist in diesem Sinne auch sehr wichtig, dass der Gesetzgeber die Haftungsfrage von eventuellen Sicherheitslücken und Verstößen der Datenschutz-Grundverordnung in der TI so klar definiert, dass die Ärzte nicht unverschuldet rechtliche Schwierigkeiten bekommen.

Die Telematik in der Medizin wird erst wirklich Sinn ergeben, wenn alle Akteure mitmachen, auch die kleinsten Praxen auf dem Land. Diese erreicht man nicht nur mit schriftlichen Bekanntmachungen und Erklärvideos und auch nicht unbedingt durch Techniker und Sachbearbeiter, die eventuell wenig Ahnung vom Praxisalltag vor Ort haben. Diese Praxen erreicht man durch praktizierende Kolleginnen und Kollegen sowie early adapter, die als Botschafter agieren und ihre ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in diesen Bereich besser mitnehmen und begleiten können.

**Strahl:** Dass Digitalisierung wichtig ist, verstehen die Praxen und sperren sich auch nicht dagegen. Ich persönlich kritisiere allerdings den Weg und die Art und Weise der Umsetzung durch die Politik. Hier wünsche ich mir erleichterte und weniger restriktive Bedingungen. Es reicht ja nicht aus, nur etwas einzuführen. Die von der Politik gewollten und eingeführten Maßnahmen im Rahmen der TI müssen für uns Praxen auch verlässlich funktionieren. Hierzu wünsche ich mir im Vorhinein mehr Rücksprache mit der Ärzteschaft. Denn wir müssen die politisch geplante Theorie praktisch umsetzen. Dagegen wehren wir uns nicht. Aber die Umsetzung muss in den Praxisalltag so implementiert werden, dass sie allen Beteiligten das Leben erleichtert und nicht erschwert. Außerdem sollten Fristsetzungen für alle TI-Teilnehmer verbindlich sein, weil die allgemeine Einführung der TI sonst ins Leere läuft. Zum Beispiel hieß es bei der eAU, dass diese ab 1. Oktober 2021 verpflichtend sei. Wir haben unsere Praxis daraufhin entsprechend vorbereitet, also die notwendigen Module gekauft und die monatlichen Kosten getragen. Im Nachhinein zeigt sich: Viele Krankenkassen sind auf die eAU technisch gar nicht vorbereitet. Es bleibt also mit ihnen alles beim Alten, beziehungsweise wir müssen sogar zusätzlich zum Drucken der normalen AU unser eigenes Papier statt der bisherigen Kohlhammer-Formulare verwenden. Während den Ärzten bei Nichtbeachtung der Regeln sofort mit Honorarkürzungen gedroht wird, wird ein Nichteinhalten der technischen Standards offensichtlich bei den Krankenkassen nicht sanktioniert.

**Welche konkreten Tipps haben Sie für Kolleginnen und Kollegen, die neu mit den genannten TI-Anwendungen starten? Was sind die Do's and Dont's?**

**Sirfy:** Sobald Sie mit den TI-Anwendungen starten wollen, empfehle ich Ihnen, einen Zeitplan mit Ihrem Techniker zu erstellen. Prüfen Sie als Erstes, ob Sie aktuelle und funktionstüchtige Heilberufs- und Praxisausweise haben. Wenn nicht, bestellen Sie diese früh-

zeitig. Prüfen Sie als Nächstes Ihre Hardware. Verfügen Sie bereits über einen Konnektor? Sind Ihre Kartenlesegeräte TI-tauglich? Für die Hardware-Anschaffung berücksichtigen Sie die Kostendeckung Ihrer KV. Prüfen Sie mit Ihrem Techniker, wann und welche Programm-Updates Sie noch brauchen und führen Sie diese aus. Planen Sie große technische Installationen außerhalb der Sprechstunde und achten Sie davor auf die korrekte Ausführung Ihres Backups.

Testen Sie anfangs mit Ihrem Personal die Anwendungen und nehmen Sie sich Zeit, Rückmeldungen an Ihren PVS-Anbieter zu geben. Auf diese Weise können Sie vorab viele Probleme beseitigen, bevor Sie die TI-Anwendungen „live“ anbieten und so sparen Sie am Ende wertvolle Zeit und umgehen eine potenzielle Unzufriedenheit Ihrer Patienten.

Informieren Sie die Apotheken in Ihrer Umgebung über Ihr eRezept-Angebot und motivieren Sie diese zum Implementieren des eRezepts, damit Ihre Patienten die Vorteile desselben auch in dem gewohnten Umfeld „erleben“. Informieren Sie Ihre Patienten mithilfe Ihrer Praxismedien über Ihr TI-Angebot und präsentieren Sie dies als innovativen Service. So steigern Sie die Zufriedenheit Ihrer Patienten und Ihre Konkurrenzfähigkeit.

Ich empfehle Ihnen außerdem, falls Sie dies nicht bereits tun, vermehrt die Videosprechstunde anzubieten. Denn die Kombination der Videosprechstunde mit den digitalen Rezepten und der eAU ist in vielen Fällen eine wahre Entlastung für Ihren Alltag. Und last but not least: Zögern Sie nicht, Tipps und Tricks bei anderen Kollegen einzuholen, denn wir sitzen alle mehr oder weniger im selben Boot.

**Strahl:** Ich empfehle den Kolleginnen und Kollegen, sich nicht ärgern zu lassen. Der Digitalisierungsprozess ist gut und wichtig, wir haben ihn begonnen und werden ihn weiter mittragen – auch, wenn es noch einige Jahre dauern wird, bis wir alle auf einem gemeinsamen Nenner sind. Im Moment sind wir noch Pioniere auf dem Weg durch den Digitalisierungsdschungel. Aller Anfang ist bekanntlich schwer. Aber schwer heißt nicht unmöglich.

**Herr Dr. Sirfy, Frau Dr. Strahl, vielen Dank für das Gespräch!**

*Interview Marion Munke, Nina Kösel (beide KVB)*



## Telematikinfrastruktur in der Psychotherapeutenpraxis



**Herr Cebulla, welche TI-Anwendungen werden von Ihnen derzeit konkret genutzt oder aufgrund gesetzlicher Vorgaben vorgehalten? Seit wann werden diese eingesetzt beziehungsweise bereitgestellt?**

Ich habe die TI seit Spätsommer 2019 installiert und führe das Versichertenstammdatenmanagement durch. Allerdings habe ich seitdem ganze sechs Versichertenkarten neu beschrieben. Die restlichen Karten waren ok oder es gab entsprechende Fehlermeldungen. Den elektronischen Heilberufsausweis habe ich im Sommer 2021 bestellt und die entsprechenden Updates installiert. Bisher hat sich keine Patientin/kein Patient in irgendeiner Form für die Befüllung der elektronischen Patientenakte interessiert.

**Welche Erfahrungen haben Sie bislang mit den von Ihnen eingesetzten TI-Anwendungen gemacht – sowohl in Bezug auf die Beschaffung und Installation der Komponenten und Dienste als auch hinsichtlich des täglichen Betriebs?**

Abgesehen von Abstürzen hin und wieder funktioniert das Versichertenstammdatenmanagement ganz gut. Allerdings war die Installation selbst mehr als schwierig. Der Techniker wirkte deutlich überfordert. Und hätte ich mich nicht vorher ausführlich mit der Thematik beschäftigt, hätte ich mir sicher einreden lassen, dass auch in meiner Einzelpraxis mit einem PC eine parallele Installation Sinn macht. So konnte ich, gegen deutlichen Widerstand, durchsetzen, dass der Konnektor in Reihe installiert wurde.

**Welchen Bedarf an TI-Anwendungen (zum Beispiel KIM) können Sie für Ihre Praxis und Ihre Anwendungsfälle konkret erkennen und warum?**

KIM scheint mir insgesamt sinnvoll. Gerade in großen Arztpraxen stelle ich mir das als deutliche Erleichterung vor, etwa beim Versand und Empfang von Befunden. Das ist ein Unterschied zu meiner Psychotherapeutenpraxis. Ich nutze KIM derzeit noch nicht, nachdem ich bei ärztlichen Kolleginnen und Kollegen mitbekommen habe, welche erheblichen Schwierigkeiten es momentan noch bei der Installation und im Alltagsbetrieb gibt.

**Was wünschen Sie sich von der Politik hinsichtlich zukünftiger TI-Anwendungen und der Digitalisierung im Gesundheitswesen?**

Wenn ich mir den finanziellen und zeitlichen Aufwand und die Probleme bei der Installation und Instandhaltung der TI-Anwendungen ansehe und den bisherigen Nutzen in meiner Psychotherapeutenpraxis dazu ins Verhältnis setze, kann ich mich nur völlig der Petition der KVB vom November 2021 anschließen, die sich gegen die Einführung ungetesteter TIMassenanwendungen wendet und die Vorschaltung einer einjährigen Testphase fordert. Hier erhoffe ich mir durch den Wechsel im Bundesgesundheitsministerium einen anderen Stil und dass diejenigen, die die Anwendungen am Ende umsetzen sollen, deutlich besser miteinbezogen werden. Man sehe sich nur die skurrilen Lösungsvorschläge an, die für die Probleme mit der elektrostatischen Aufladung der neuen NFC-fähigen eGK 2.1-Karten gemacht wurden (von antistatischen Fußmatten bis zu selbstgebastelten Alustreifen auf der Unterseite der Lesegeräte). Und erst am 25. Februar kam die Meldung, der Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit sehe die Behandlerinnen und Behandler in der Verantwortung, nachdem bei einem Konnektor festgestellt wurde, dass er gegen die europäische Datenschutz-Grundverordnung verstößt, weil in Logdateien auch Patientendaten abgespeichert werden. Wir können keine Verantwortung für eine Technik übernehmen, die wir nicht beeinflussen können.

**Welche Tipps haben Sie für Kolleginnen und Kollegen, die neu mit der TI und den zugehörigen Anwendungen starten?**

Wenn Sie aktuell nicht auf bestimmte TI-Anwendungen angewiesen sind, sprechen Sie mit Ihrem Systemhaus zur Abklärung der Reife und Einsatzfähigkeit der Software, warten Sie gegebenenfalls ab, zumindest solange Ihnen keine gesetzlichen Sanktionen drohen, und informieren Sie sich regelmäßig in den einschlägigen Medien oder über Ihren Berufsverband zu aktuellen Problemen im Rahmen der TI und auch zu möglichen Gefahren für den Datenschutz! Auch die KVB beziehungsweise die KBV reagieren hier dankenswerter Weise immer sehr schnell mit klaren und guten Informationen.

**Herr Cebulla, vielen Dank für das Gespräch!**

*Interview Marion Munké, Nina Kösel (beide KVB)*

# NICHTANBINDUNG AN DIE TI

In einem bundesweit mit Spannung erwarteten Urteil hat das Sozialgericht Stuttgart die Rechtmäßigkeit der durch den Gesetzgeber vorgesehenen Honorarkürzungen bei Nichtanbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) beziehungsweise bei Nichtdurchführung des Abgleichs der Versichertenstammdaten bestätigt.



Die 24. Kammer des Sozialgerichts Stuttgart hatte am 27. Januar 2022 in einem als Musterverfahren gegen die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) geführten Rechtsstreit [1] erstmals über eine Klage gegen eine Honorarkürzung bei Nichtanbindung an die Telematikinfrastruktur zu entscheiden. Die Klage wurde als unbegründet abgewiesen. Die Kammer hat aber aufgrund der grundsätzlichen Bedeutung des Rechtsstreits [2] die Berufung zum Landessozialgericht zugelassen, sodass der Rechtsstreit aller Voraussicht nach in der nächsten Instanz fortgeführt wird.

## So handelt die KVB

Im Hinblick auf die bereits anhängigen Rechtsstreite vor den Sozialgerichten Stuttgart und München werden seitens der KVB Widerspruchsverfahren gegen TI-Honorarkürzungen [11] mit Einverständnis der Widerspruchsführer ruhend gestellt. Eine Entscheidung über den Fortgang dieser Widerspruchsverfahren wird erst nach Vorliegen eines letztinstanzlichen Urteils erfolgen. Die Einlegung eines Widerspruchs gegen die TI-Honorarkürzung ist bis zu einer solchen Entscheidung in jedem Quartal erneut erforderlich, da der jeweilige Honorarbescheid hinsichtlich der Honorarkürzung sonst bestandskräftig wird.

## Zum Hintergrund

Der Gesetzgeber hat die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und Einrichtungen verpflichtet, sich an die TI anzuschließen und bei der erstmaligen Inanspruchnahme ihrer Leistungen durch einen Versicherten im Quartal einen Abgleich und eine Online-Aktualisierung der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Versichertendaten mit den bei der Krankenkasse vorliegenden aktuellen Daten zu ermöglichen. Die Mitteilung der durchgeführten Prüfung ist in der Folge Bestandteil der an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermittelnden Abrechnungsunterlagen. Für den Fall, dass die Prüfung ab dem 1. Januar 2019 nicht durchgeführt wird, hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen vorgegeben, das Honorar pauschal zu kürzen. Die Honorarkürzung betrug hierbei zunächst ein Prozent und wurde zwischenzeitlich auf zweieinhalb Prozent angehoben. [3]

## Zum Verfahren

Die beklagte KVBW hatte dem Kläger, einem Facharzt für Allgemeinmedizin, für das Quartal 1/2019

das vertragsärztliche Honorar um ein Prozent gekürzt [4], da dieser erklärt hatte, die für die Anbindung an die TI notwendigen Komponenten nicht bestellt zu haben. Der Kläger konnte somit in dem streitgegenständlichen Zeitraum auch keinen Abgleich der Versichertenstammdaten vornehmen.

Gegen die Kürzungsentscheidung der KVBW erhob der Kläger zunächst Widerspruch und begründete diesen unter anderem damit, dass aus seiner Sicht der durch den Gesetzgeber geforderte Abgleich der Versichertenstammdaten mit den verfügbaren Komponenten der TI nur unter Verstoß gegen höherrangiges Recht und hierbei insbesondere gegen Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erfolgen konnte. Zudem rügte er einen unverhältnismäßigen Eingriff in seine durch das Grundgesetz geschützte Berufsausübungsfreiheit. [5]

Die Beklagte wies den Widerspruch als unbegründet zurück und führte unter anderem aus, dass sie zur Umsetzung der streitgegenständlichen gesetzlichen Regelung verpflichtet sei und insofern keine Normverwerfungskompetenz besitze. Gegen diese Entscheidung

richtete sich die Klage zum Sozialgericht Stuttgart.

### Zur Entscheidung

Das Sozialgericht Stuttgart folgte der Argumentation des Klägers nicht, sondern gelangte zu der Auffassung, dass die vorgenommene Honorarkürzung für das Quartal 1/2019 rechtmäßig erfolgt sei. In seiner mündlichen Urteilsbegründung führte das Gericht aus, dass die gesetzlichen Regelungen für die Honorarkürzung nicht wegen eines Verstoßes gegen höherrangiges Recht nichtig seien und auch mit den Vorgaben der DSGVO in Einklang stünden.

Die (gesetzliche) Verpflichtung zur Verarbeitung personenbezogener Daten bei dem vorzunehmenden Abgleich der Versichertenstammdaten erfolge zur Wahrnehmung einer im öffentlichen Interesse liegenden Aufgabe (unter anderem Verhinderung des Missbrauchs von elektronischen Gesundheitskarten) und sei damit nach den Vorgaben der DSGVO zulässig. [6] Auch liege kein Verstoß gegen den Grundsatz der angemessenen Sicherheit der Datenverarbeitung [7] vor. Bereits vor Inkrafttreten des Patientendatenschutz-Gesetzes [8] habe der Gesetzgeber Regelungen zur TI getroffen, durch welche die Sicherheitsvorgaben der DSGVO aus Sicht des Gerichts hinreichend umgesetzt und konkretisiert worden seien. [9]

In diesem Zusammenhang wies die Kammer auch auf die Rolle der Gesellschaft für Telematik (gematik) im Zusammenwirken mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) hin. Im Ergebnis sei auch im streitgegenständlichen Zeitraum eine kontinuierliche Überwachung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorgaben im Rahmen der TI hin-



reichend gewährleistet gewesen. Mit den im PDSG getroffenen weiteren Spezifizierungen und Verschärfungen sei der Gesetzgeber seiner Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht nachgekommen und habe auf sich in der Praxis zeigende Sicherheitslücken reagiert.

Soweit der Kläger eine fehlende Klärung der datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeit für die durchzuführende Datenverarbeitung rüge, folge die Kammer dieser Argumentation nicht. Die Benennung der datenschutzrechtlichen Verantwortlichkeit im Recht der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sei zwar unter bestimmten Voraussetzungen möglich, aber nicht erforderlich. [10] Der Verantwortliche sei anhand der Regelungen der DSGVO bestimmbar.

Die streitgegenständlichen gesetzlichen Regelungen seien aus Sicht der Kammer auch mit dem Grundrecht auf freie Berufsausübung vereinbar. Die Verpflichtung zur Durchführung des Abgleichs der Versichertenstammdaten sei als Berufsausübungsregelung zulässig, da sie auf einer gesetzlichen Grundlage erfolge, die durch vernünftige Gründe des Allgemeinwohls gerechtfertigt und verhältnismäßig

sei. Als legitimer Zweck werde hierbei seitens der Kammer unter anderem die Verhinderung des Missbrauchs der elektronischen Gesundheitskarte zum Zweck des Erhalts der finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (als Gemeinwohlbelang von hohem Rang) angesehen.

Aufgrund der grundsätzlichen Bedeutung des Rechtsstreits wurde die Berufung zum Landessozialgericht zugelassen. Der Kläger hat zwischenzeitlich angekündigt, den Rechtsstreit weiterzuführen. Über den Fortgang des Verfahrens werden wir informieren.

*Stefan Hochgesang  
(Rechtsabteilung der KVB)*

[1] SG Stuttgart, Urteil vom 27. Januar 2022, Az: S 24 KA 166/20, nicht rechtskräftig

[2] § 144 Absatz 2 Nummer 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG)

[3] siehe § 291 Absatz 2b SGB V alter Fassung (a.F.), nunmehr § 291b SGB V.

[4] gesetzliche Grundlage für die Kürzung: § 291 Absatz 2b Satz 3 und 14 SGB V (a.F.)

[5] Artikel 12 Absatz 1 Grundgesetz (GG)

[6] siehe Artikel 6 Absatz 1 DSGVO

[7] siehe Artikel 5 und 32 DSGVO

[8] Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) in Kraft getreten am 20. Oktober 2020

[9] siehe § 291 Absatz 2b SGB V (a.F.), § 291b SGB V

[10] siehe Artikel 4 Nummer 7 DSGVO

[11] TI-Honorarkürzungen gemäß § 291b SGB V

# „SELBSTVERWALTUNG ERHALTEN UND STÄRKEN“

Wie funktioniert eigentlich eine Interessensvertretung für zirka 118.000 Ärzte und Psychotherapeuten aus acht Bundesländern? KVB FORUM hat sich mit Martin Degenhardt, dem Geschäftsführer der Freien Allianz der Länder-KVen (FALK), unterhalten.

**Herr Degenhardt, die Ampelkoalition hat ihre ersten hundert Tage hinter sich. Hat sich für Sie als Lobbyisten bislang viel geändert oder läuft alles wie gehabt?**

Es ändert sich bei jedem Regierungswechsel tatsächlich einiges – einfach weil die handelnden Personen, allen voran natürlich der Bundesgesundheitsminister, andere sind. Zu Jens Spahn hatte ich einen sehr guten persönlichen Draht, aber auch Karl Lauterbach kennt mich schon lange. Im Ministerium selbst hat sich für uns nur an einer Stelle etwas Entscheidendes geändert, nämlich in der Abteilungsleitung Digitalisierung. Alle anderen – für uns wichtige – Personen sind geblieben, insofern ist die Kontinuität relativ hoch. Anders sieht es im Parlament – beispielsweise im

Gesundheitsausschuss – aus, wo Ansprechpartner gewechselt haben oder andere Funktionen ausüben. Mit den meisten der Hauptakteure habe ich aber auch schon in der alten Legislaturperiode zusammengearbeitet.

**Erwarten Sie – jetzt da ein Mediziner Gesundheitsminister ist – eher mehr Verständnis für Ihre Anliegen oder mehr Probleme?**

Ich glaube, Karl Lauterbach hat gezeigt, dass er etwas mehr Verständnis aufbringt für das, was in den Arzt- und Psychotherapeutenpraxen passiert. Spahn hat bis zum Schluss an seinem unrealistischen Zeitplan, was das Thema Digitalisierung angeht, festgehalten. Lauterbach hat jetzt das eRezept ausgesetzt, weil es zu fehleranfällig

ist. Gleichzeitig hat er auch bereits gegenüber den Krankenkassen betont, dass gegenwärtig die Pandemiebekämpfung – also beispielsweise das Testen und Impfen – die erste Priorität in den Praxen hat und alles andere hinstehen muss. Hier würde ich ihm erst einmal ein gutes Zeugnis ausstellen.

**Sie kennen Professor Lauterbach schon von früheren Begegnungen. Welchen Bezug hat er zur ambulanten Versorgung?**

Wir hatten über die vielen Jahre immer wieder Gespräche, wobei ich sagen muss, dass er – anders als es manchmal in Fernsehsendungen rüberkommt – ein sehr angenehmer Gesprächspartner ist. Inhaltlich ist das, was manche mit ihm verbinden, nämlich die Forderung nach der Abschaffung der KVen, längst kein Thema mehr. Er sieht in ihnen wichtige Partner bei der Gestaltung des Gesundheitswesens und insofern können wir auf eine positive Zusammenarbeit mit ihm hoffen.

**Der Föderalismus spiegelt sich auch in der regionalen Gliederung des KV-Systems wieder. Welche Vorteile und welche Nachteile sehen Sie darin für FALK mit ihren acht Länder-KVen?**



FALK entstand im Jahr 2011 aus einer Initiative der vier KVen aus Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern. 2015 traten die KV Westfalen-Lippe und die KV Saarland, 2017 die KV Rheinland-Pfalz und 2018 die KV Nordrhein dem Bündnis bei.

Ziel ist eine länderübergreifende Kooperation zu wichtigen gesundheits- und versorgungspolitischen Themen sowie eine effektive Vertretung der Interessen der Länder-KVen auf Bundesebene. FALK steht – neben dem Einsatz für die Freiberuflichkeit – dabei für das Prinzip der Subsidiarität und setzt sich für eine Dezentralisierung der Entscheidungsprozesse und eine Rückverlagerung der Kompetenzen von Bundes- auf Länderebene ein.



Ich sehe es als unsere spezifische Stärke als FALK-KVen an, dass wir einerseits auf Bundesebene mit gemeinsamen Forderungen auftreten können und die einzelnen KVen gleichzeitig die Möglichkeit haben, individuell auf ihre Landesebenen einzuwirken. Das hat sich gerade in der Pandemie gut bewährt, in einer Zeit also, in der der Einfluss der Länder auf das Gesundheitswesen enorm gestiegen ist. Ansonsten ist im ambulanten Bereich ja sehr vieles reine Bundesache. Hier haben wir also die Chance genutzt und konnten mit den abgestimmten, gleichen Forderungen auf die Landesregierungen zugehen.

**Ein wesentliches Anliegen von FALK ist der Ausbau der Handlungsfreiheit bei der Honorarverhandlung und -verteilung. Welche Hoffnungen dürfen sich die Praxen machen und wo sollte man sich eher auf Schwierigkeiten einstellen?**

Das dominierende Problem der nächsten Jahre wird schlicht und ergreifend die Finanzlage nach der Pandemie sein. Wir haben acht Jahre hinter uns, in denen viele Verteilungskonflikte mit zusätzlichem Geld einfach zugekleistert wurden. Das ist vorbei. Und deswegen müssen wir uns darauf einstellen, dass die Bäume nicht in den Himmel wachsen und sogar der Gürtel enger geschnallt werden muss. Bei der Honorarverteilung, die nichts anderes ist als Mangelverwaltung, wird uns die Politik eher keine Probleme machen und uns das undankbare Geschäft mit teilweise deutlicher Budgetierung gerne überlassen.

**Wie bekommen Sie eigentlich die Vorstellungen und Forderungen von acht Landes-KVen im Vorfeld**

**von politischen Gesprächen unter einen Hut?**

Kommunikation ist tatsächlich der entscheidende Punkt für die Willensbildung. Vor wichtigen Entscheidungen spreche ich mit allen FALK-KVen einzeln und eruiere deren Haltungen, um dann eine erste Diskussion zu starten und zu schauen, ob und wo es Konsensmöglichkeiten gibt. Oder eben um zu erfahren, dass das Thema sehr kontrovers gesehen wird und einheitliche Forderungen gegenüber der Politik nicht zustande kommen. Gleichzeitig gilt es abzuklären, welche Priorität einzelne Punkte haben. Man kann ja in einem politischen Gespräch meistens nicht alle Wünsche unterbringen und muss sich dann auf das Wesentliche konzentrieren.

Mein Arbeitstag besteht also aus vielen, vielen Gesprächen – seit der Pandemie natürlich auch sehr oft in Online-Meetings, die sich als hilfreich bei der Willensbildung herauskristallisiert haben, da aufwendige Anfahrten entfallen. Andererseits muss ich ehrlich zugeben, dass mir für vertiefte Diskussionen, die in anschließende Entscheidungen münden sollen, persönliche Treffen lieber sind. Insofern freue ich mich sehr, wenn wir uns wieder vor Ort treffen können.

**Wird die Selbstverwaltung im politischen Berlin manchmal als Hemmschuh angesehen?**

Den Vorwurf, die Selbstverwaltung sei zu langsam, findet man ja auch wieder im aktuellen Koalitionsvertrag. Viele verkennen allerdings die Komplexität der Themen und wissen nicht, dass der G-BA, also der Gemeinsame Bundesausschuss, weit über 90 Prozent all seiner Aufgaben fristgerecht erledigt. Nun



**Martin Degenhardt arbeitet bereits seit zwölf Jahren als Fachreferent Politik in der KVB.**

sollen die Verfahren in der Selbstverwaltung noch weiter beschleunigt werden und gleichzeitig aber noch mehr Mitspieler – wie beispielsweise aus der Pflegebranche – in die Arbeit des G-BA miteinbezogen werden. Das passt nicht zusammen und das werden wir mit der Politik intensiv diskutieren müssen. Wir erleben eigentlich immer das gleiche Schema: Die Politik hat eine Idee und kommuniziert diese in Richtung Selbstverwaltung. Wenn diese dann nicht das gewünschte Ergebnis liefert, schreibt die Politik diese Idee in ein Gesetz in eine Kann- oder Soll-Vorschrift, und wenn es dann immer noch nicht in ihrem Sinne läuft, wird daraus eine Muss-Vorschrift.

Das heißt für uns: Wenn wir Selbstverwaltung erhalten und stärken wollen und verhindern möchten, dass sich die Politik ins Klein-Klein einmischt, dann müssen wir die großen Linien, die von dort kommen, aufnehmen und zu einem positiven Ergebnis führen. Das gilt insbesondere für die Krankenkassen, die sich oftmals weigern, für eine ordentliche Versorgung auch ordentliches Geld zu zahlen.

**Herr Degenhardt, vielen Dank für das Gespräch!**

*Interview Markus Kreikle (KVB)*

# HILFE FÜR HNO-PRAXEN IN NORDBAYERN

Für HNO-Ärztinnen und HNO-Ärzte stehen derzeit verschiedene regionale Förderprogramme zur Verfügung, die den Einstieg in die ambulante Versorgung in Nordbayern erleichtern. KVB FORUM stellt die Regionen in Unter- und Oberfranken sowie der nördlichen Oberpfalz vor.

## Main-Spessart

Niederlassungen und Anstellungen werden beispielsweise im Landkreis Main-Spessart gefördert. Der Planungsbereich ist direkt vor den Toren der Universitätsstadt Würzburg gelegen. Der Main und der angrenzende Spessart sind ideal, um sich in der Natur zu erholen und ausgedehnte Wanderungen zu unternehmen. Die Städte Karlstadt, Gemünden, Lohr am Main und Marktheidenfeld bieten die Möglichkeit, direkt am Main als HNO-Arzt tätig zu sein. Gleichzeitig

braucht man durch die Nähe zu Würzburg nicht auf die Vorteile einer Großstadt verzichten.

## Lichtenfels

Ganz ähnlich lässt sich die Region Lichtenfels beschreiben. Auch hier zieht sich der Main mitsamt dem Main-Radweg durch den gesamten Landkreis. Der „Göttergarten“ um die Stadt Bad Staffelstein mit dem Staffelberg, der Wallfahrtskirche Vierzehnheiligen und dem Kloster Banz sowie die Korbstadt Lichtenfels bilden das Zentrum der Region.

Direkt in der Nähe liegt die Universitätsstadt Bamberg. Dadurch liefert auch Bayerns kleinster Landkreis einen attraktiven Mix aus Stadt- und Landleben.

## Kronach

Direkt angrenzend schwingt sich die alte Stadt Kronach selbst zum veritablen Hochschulstandort auf. Der Lucas-Cranach-Campus belebt hier die malerische Altstadt am Fuße der imposanten Festung Rosenberg – junges Leben inmitten der alten Gemäuer. Für Erholung

## Fördertabelle

Fachärzte HNO	Status: Unterversorgung	Status: drohende Unterversorgung
Zuschuss zu den Investitionskosten einer Niederlassung/Praxisnachbesetzung	einmalig bis zu 90.000 Euro	einmalig bis zu 60.000 Euro
Finanzielle Förderung des Aufbaus einer Praxis	85 Prozent des durchschnittlichen Honorars der Fachgruppe	
Zuschuss zu den Investitionskosten einer Zweigpraxis	einmalig bis zu 22.500 Euro	einmalig bis zu 15.000 Euro
Zuschuss zu den Beschäftigungskosten einer Anstellung	bis zu 4.000 Euro pro Quartal	bis zu 4.000 Euro pro Quartal
Zuschuss zu den Investitionskosten einer Anstellung	einmalig bis zu 15.000 Euro	einmalig bis zu 15.000 Euro
Zuschuss zu den Beschäftigungskosten von Praxisassistenten	einmalig bis zu 1.500 Euro	einmalig bis zu 1.500 Euro
Finanzielle Förderung der Fortführung einer Vertragsarztpraxis (ab dem 63. Lebensjahr)	bis zu 4.500 Euro pro Quartal	bis zu 4.500 Euro pro Quartal
Zuschuss zu den Beschäftigungskosten von Weiterbildungsassistenten	bis zu 2.500 Euro pro Monat für die Dauer der Weiterbildung	bis zu 2.500 Euro pro Monat für die Dauer der Weiterbildung



und Naturerfahrung sorgt der angrenzende Frankenwald mit seinen vielfältigen touristischen Attraktionen.

**Tirschenreuth**

Auch im Landkreis Tirschenreuth lässt es sich als HNO-Ärztin und HNO-Arzt gut leben und arbeiten. Wunderschön im Naturraum Oberpfälzisch-Bayerischer Wald gelegen lädt die schmucke Altstadt von Tirschenreuth zum Flanieren und dem Genuss des landestypischen Karpfen und des Zoigl-Biers ein.

Auch Naturliebhaber kommen beim Besuch der einmaligen Teichlandschaft, der „Tirschenreuther Teichpfanne“, im Osten der Stadt, oder einer Kanufahrt auf der Waldnaab im Naturschutzgebiet Waldnaabtal mit Sicherheit auf ihre Kosten. Mit der ganzen Familie lassen sich Ausflüge zum Aussichtsturm „Himmelsleiter“ oder zur Felsformation „Teufelsküche“ unternehmen. Der hohe Freizeitwert ist nur einer der Vorzüge des Arbeitens im ländlichen Raum. Durch die derzeitige Unterversorgung sind hier die Fördermöglichkeiten am höchsten.

**Förderungen der KVB**

Vier Planungsbereiche im Norden Bayerns, die durch ihre Möglichkeiten einer guten Work-Life-Balance und einer hohen Lebensqualität punkten. Um alle Herausforderungen beim Praxisaufbau in diesen Regionen meistern zu können, gibt es zahlreiche Hilfsangebote. Die KVB bietet in den durch den Landesausschuss als unterversorgt und drohend unterversorgt festgestellten Gebieten hohe finanzielle Förderungen an, mit denen sich ein Großteil der Investitionskosten finanzieren lassen. In unterversorgten Planungsbereichen wie Tirschenreuth unterstützt die KVB darüber hinaus mit einer Umsatzgarantie. Das bedeutet, dass in den ersten vier Quartalen während des Praxisaufbaus so gut wie kein finanzielles Risiko besteht, da der Umsatz der Praxis bei Erreichen der vorgegebenen Mindestfallzahlen auf 85 Prozent des Fallgruppendurchschnitts aufgestockt wird.

Eine Aufstellung aller Fachgruppen und geförderten Regionen finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Praxis/Niederlassung/Region sucht Arzt* oder Sie nutzen einfach den nebenstehenden QR-Code.



*Johanna Hausberger (KVB)*

**Persönliche Beratung zur Praxisführung**

Oberfranken für die Planungsbereiche Kronach und Lichtenfels

**Iris Püttmann und Michaela Hofmann**

Beratungszentrum Bayreuth

**Telefon** 09 21 / 2 92 – 4 99      **E-Mail** [bc-bayreuth@kvb.de](mailto:bc-bayreuth@kvb.de)

Unterfranken für den Planungsbereich Main-Spessart

**Christine Moka und Michael Heiligenthal**

Beratungszentrum Würzburg

**Telefon** 09 31 / 3 07 – 4 99      **E-Mail** [bc-wuerzburg@kvb.de](mailto:bc-wuerzburg@kvb.de)

Oberpfalz für den Planungsbereich Tirschenreuth

**Franz Ferstl und Tobias Mierzwa**

Beratungszentrum Regensburg

**Telefon** 09 41 / 39 63 – 4 99      **E-Mail** [bc-regensburg@kvb.de](mailto:bc-regensburg@kvb.de)

# „DIE PRAXISKOSTEN SIND AUF DEM LAND DEUTLICH NIEDRIGER“

Dr. med. Peter Hück ist Regionaler Vorstandsbeauftragter der KVB für den fachärztlichen Bereich für Niederbayern, Bezirksvorsitzender im Berufsverband der HNO-Ärzte und vor allem langjährig praktizierender HNO-Arzt in eigener Praxis im ländlichen Pocking. KVB FORUM hat sich mit ihm über das Landarztleben unterhalten.

**Peter Hück ist überzeugt, dass eine Praxisführung auf dem Land mit weniger Stress verbunden ist als in der Stadt.**



**Herr Dr. Hück, was macht in Ihren Augen eine Niederlassung auf dem Land für HNO-Ärztinnen und HNO-Ärzte attraktiv?**

Grundsätzlich ist eine eigene Niederlassung die klassische Alternative zur beruflichen Karriere an Universitätskliniken mit vorrangig wissenschaftlicher Tätigkeit und zur Langzeitbeschäftigung an nicht universitären Kliniken für HNO-Heilkunde mit vornehmlich operativer Tätigkeit. Erst in den letzten Jahren nehmen die abhängigen Beschäftigungen in Medizinischen Versorgungszentren oder durch Anstellungen in größeren Praxen oder Praxisverbänden zu. Die selbstständige Tätigkeit ist aber mit Abstand die finanziell lukrativste Form der fachärztlichen Berufsausübung

außerhalb des stationären Bereichs. Dies gilt aufgrund der deutlich niedrigeren Lebenshaltungskosten besonders in ländlichen Gegenden. Die Praxiskosten mit Miete, Löhnen und Verwaltungskosten sowie die Finanzierung des privaten Lebens sind auf dem Land erheblich niedriger als in Ballungszentren. Auch der Vorteil eines höheren Privatanteils in der Stadt nivelliert sich zusehends.

Die Praxisführung auf dem Land ist mit kürzeren Wegezeiten, einfacheren Parkmöglichkeiten und weniger Konkurrenz stressfreier als in der Stadt, wo die vielen reinen Privatpraxen – oft geführt von spät niedergelassenen habilitierten Kollegen – zudem den Druck erhöhen.

Gerade in drohend unterversorgten oder unterversorgten Gebieten kann auch bei Neubeginn einer Praxis mit einer vollen Inanspruchnahme nach kürzester Zeit gerechnet werden. Dabei hat man dann eine brandneu ausgestattete Praxis, die räumlich und auch von den Abläufen her selbst gestaltet werden kann. Die Kollegialität ist auf dem Land ebenfalls einfacher zu leben, da die Patientenzuweisungen konstanter sind als in der Stadt, wo man weniger Gelegenheit hat, zuweisende Kollegen näher kennenzulernen.

Mittlerweile ist auch die Wahrnehmung ärztlicher Versorgung vonseiten der Lokalpolitik besser geworden, sodass man hier mit Unterstützung bei der Suche nach Räumlichkeiten für Praxis und Wohnung, nach Personal, Arbeitsplatz für den Partner, Kindergartenplätzen etc. rechnen kann.

**Wo liegen die größten Herausforderungen und wie können interessierte Ärztinnen und Ärzte unterstützt werden?**

Nachdem man in der Regel seine Facharztausbildung ganz oder wenigstens weitgehend in einem Ballungszentrum oder zumindest einem Mittelzentrum absolviert und damit neben dem Studium noch mindestens fünf Jahre dort verbracht hat, ist das eigene Leben und das des Partners in der Stadt eingerichtet. Ich kann nachvollziehen, dass ein Wechsel aufs Land manche Unsicherheiten mit sich bringt und somit der Wunsch nach einem möglichen Plan B, also die Rückkehr in eine Anstellung in der Stadt, besteht. Mittlerweile sind 70 Prozent der Medizinstudierenden Frauen – im HNO-Bereich noch mehr. Wer dann nach Abschluss der Facharztausbildung die Familienplanung mit Kinderwunsch und damit verbundener

vorübergehend geringerer Arbeitszeit bedenken muss, wird sich eine selbstständige Praxisführung besonders gut überlegen. Kooperationen sind aber mittlerweile vielfältig möglich! Teilniederlassung beziehungsweise Aufteilung der vollen Niederlassung auf mehrere Kollegen und die überörtliche Zusammenarbeit in Praxisverbänden können dabei gute Lösungen darstellen. Die Beraterinnen und Berater der KVB stehen dabei mit Rat und Tat zur Seite. Wenn der Partner in der Region der Niederlassung einen Wunscharbeitsplatz gefunden hat, sehe ich keine unüberwindlichen Probleme der selbstständigen Praxisführung in ländlichen Bereichen. Sollte in absehbarer Zeit sogar die Digitalisierung in der Medizin ausgereifter sein, hat man in der Neuniederlassung sogar die besondere Chance, mit einem modernen und aufeinander abgestimmten IT-System zu starten. Die finanziellen Risiken der eigenen Niederlassung würde ich erst nach der Beratung durch Banken mit besonderer Erfahrung in der Finanzierung von Arztpraxen bewerten. Die Kreditausfallquote bei Praxisfinanzierungen liegt nämlich deutlich unter einem Prozent und ist damit auf dem Bankensektor eine rühmliche Ausnahme.

**Ist das Bild vom Einzelkämpfer auf dem Land noch aktuell, oder lässt sich auch hier der nötige Austausch organisieren?**

Grundsätzlich ist eine Niederlassung auch ohne Partner kein Problem. Urlaubsvertretung und Dienste können heute einfacher

organisiert werden. Die Dienstbelastung ist auch im fachärztlichen Bereich deutlich zurückgegangen. Man hat keine Bereitschaft mehr mit einer Anforderung rund um die Uhr an sieben Tagen die Woche. Da die HNO-Heilkunde auch ein operatives Fach ist, kann man bei entsprechendem Wunsch in nahezu jedem Krankenhaus belegärztlich tätig werden. Eine fachübergreifende Niederlassung ist möglich, aber für HNO eher untypisch. Als Ergänzung wären besonders die Kinderheilkunde und Neurologie denkbar. Eine fachgleiche Niederlassung ist oft der Einstieg in eine bestehende Praxis zur späteren Übernahme und bietet dabei die Chance der Einarbeitung und leichteren Familienplanung. Die Einzelniederlassung bedeutet schon lange kein einsames Arbeiten in der Praxisblase mehr, da es sehr viele Qualitätszirkel im Fach und auch fachübergreifend gibt. Dort lernt man die Kollegenschaft vor Ort zum einen schnell kennen und hat zum anderen die Chance, bei den Fortbildungen fachübergreifend über den eigenen Tellerrand zu schauen. Der Blick in die Angebote der regionalen Krankenhäuser zeigt zudem, dass moderne Medizin auch außerhalb der Ballungszentren geleistet wird.

**Die KVB bietet für angehende HNO-Ärzte in den unterversorgten Regionen ein umfassendes Förderprogramm an. Welche Unterstützung gibt es vom Berufsverband?**

In den regionalen und überregionalen praxisnahen Fortbildungs-

veranstaltungen des Berufsverbands der Hals-Nasen-Ohrenärzte kann man die bereits niedergelassenen Kollegen kennenlernen. Später kann man diese Angebote auch dazu nutzen, Kontakte für Vertretungen sowie für eine gemeinsame Dienst- und Urlaubsplanung zu knüpfen. Der Berufsverband bietet zudem einen Marktplatz für Geräte und Einrichtungen sowie eine Praxisbörse mit Stellen- und Übergabeangeboten.

Zusatzweiterbildungen werden von der dazu eigens gegründeten Fortbildungsgesellschaft des Berufsverbands gewährleistet, sodass auch in der Niederlassung die fachliche Weiterentwicklung in keine Sackgasse gerät. Zudem vertritt der Verband auch unsere politischen Interessen. Durch das eklatante Versagen der Politik in der Bereitstellung von genügend Studienplätzen für Humanmedizin angesichts des bekannten demografischen Wandels ist allerdings nicht davon auszugehen, dass die Versorgung der Patienten in allen Regionen wie bisher gewährleistet werden kann. Wenn 50 HNO-Ärzte aus Altersgründen ihre Tätigkeit in Bayern pro Jahr beenden und nur 25 die Facharztprüfung absolvieren, ist ganz einfach zu berechnen, wo die Entwicklung hingeht.

**Herr Dr. Hück, vielen Dank für das Gespräch!**

*Interview Johanna Hausberger  
(KVB)*



# BAYERISCHES FORSCHUNGSNETZ IN DER ALLGEMEINMEDIZIN



Mit dem Ziel, die Forschung in der Allgemeinmedizin in Deutschland weiter zu stärken, wird derzeit das Bayerische Forschungsnetz in der Allgemeinmedizin (BayFoNet) aufgebaut. Die bayerischen Institute für Allgemeinmedizin stellen in einem Gastbeitrag die Intentionen, Aufgaben und standortbezogenen Projekte im Rahmen der BayFoNet-Kooperation vor.

**D**as Bayerische Forschungsnetz in der Allgemeinmedizin BayFoNet wird von den vier bayerischen Lehrstühlen für Allgemeinmedizin in Würzburg, Erlangen, der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) und der Technischen Universität (TU) München aufgebaut.

Ziel ist die Etablierung eines nachhaltigen, dynamischen Netzwerks von Forschungspraxen für Hausärztinnen und Hausärzte in Bayern, mit der Möglichkeit für diverse Aktivitäten und einen fachlichen Austausch. Bis 2025 sollen in Bayern bereits 240 hausärztliche Praxen für die aktive Teilnahme im BayFoNet gewonnen werden. Weitere Informationen hierzu finden Sie unter [www.bayfonet.de](http://www.bayfonet.de).

## Relevanz allgemeinmedizinischer Forschung

Aktuell finden hochwertige wissenschaftliche und klinische Studien meist im klinischen oder spezialisierten Facharztbereich statt. Sie sind auf das hausärztliche Setting nur begrenzt oder überhaupt nicht übertragbar. [1, 2] Um gesundheitspolitische Entscheidungen treffen zu können, wird deshalb bisher überwiegend auf Daten und Ergebnisse aus internationalen Studien zurückgegriffen. Eine Übertragung dieser Daten auf das deutsche Gesundheitswesen ist jedoch nur begrenzt möglich. [3] Es ist daher dringend erforderlich, auch in Deutschland eine Forschungsinfrastruktur im hausärztlichen Bereich aufzubauen und zu etablieren. Länder wie England, Schottland, die Niederlande und die USA waren

Vertreterinnen  
und Vertreter  
der beteiligten  
BayFoNet-  
Standorte beim  
Auftrittreffen  
im September  
2020 am  
Uniklinikum  
Würzburg.



## Aktuelle Projekte und Studien der beteiligten Institute für Allgemeinmedizin

Für nachfolgende Studien werden forschungsinteressierte Praxen gesucht. Bei Interesse an einer Teilnahme wenden Sie sich bitte an die nachfolgenden Ansprechpartner.

- **Universitätsklinikum (UK) Würzburg:** Christian Kretzschma (E-Mail: Kretzschma\_C@ukw.de)
- **Universitätsklinikum (UK) Erlangen:** Stefanie Stark (E-Mail: Stefanie.Stark@uk-erlangen.de)
- **Klinikum der Universität München (LMU):** Linda Sanftenberg (E-Mail: Linda.Sanftenberg@med.uni-muenchen.de)
- **Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (TUM):** Stefanie Eck (E-Mail: Stefanie.Eck@mri.tum.de)

### MicUti – Microscopy Urinary Tract Infections (UK Würzburg)

Der Hintergrund dieser Studie ist, dass ein erheblicher Anteil der Frauen mit Harnwegsinfektionen nicht von einer sofortigen Antibiotikagabe profitiert und der bisherige diagnostische Standard keine eindeutige Einschätzung der Notwendigkeit hierfür zulässt. Bei der MicUti Studie des UK Würzburg in Kooperation mit dem UK Erlangen erproben die Hausarztpraxen ein effizientes Point-of-Care Mikroskopieverfahren, mit dem Ziel einer sicheren Diagnose und einer passgenauen Therapieentscheidung.

#### Kontakt

Standort Würzburg: Peter K. Kurotschka  
(E-Mail: Kurotschka\_P@ukw.de)  
Standort Erlangen: Stefanie Stark  
(E-Mail: Stefanie.Stark@uk-erlangen.de)

### Koordinierungsbüro Gesundheit (UK Erlangen)

Im Rahmen dieses Projekts erfolgt die Entwicklung und Erprobung einer regionalen Koordinierungsstelle aller beratenden und informierenden medizinischen, rehabilitativen, pflegerischen und sozialen Angebote eines Landkreises für Patientinnen und Patienten in komplexen Lebens- und Versorgungssituationen. Hausärztinnen und Hausärzte bleiben dabei die zentralen Versorger und Versorgungsmanager.

#### Kontakt

Laura Rink (E-Mail: Laura.Rink@uk-erlangen.de)

### Bayerischer ambulanter Covid-19 Monitor (LMU München)

In Kooperation mit dem UK Erlangen und dem UK Würzburg werden Langzeitbelastungen durch SARS-CoV-2 bei Unterstützungsbedürftigen, Angehörigen, Pflegekräften und bei Hausärzten untersucht. Informationen unter [www.bacom-studie.de](http://www.bacom-studie.de).

#### Kontakt

Standort München: Isabel Zöllinger  
(E-Mail: isabel.zoellinger@med.uni-muenchen.de)

Standort Erlangen: Laura Rink  
(E-Mail: Laura.Rink@uk-erlangen.de)  
Standort Würzburg: Dagmar Hindenburg  
(E-Mail: hindenburg\_d@ukw.de)

### Suizidalitätsdiagnostik in der Primärversorgung (LMU München)

Für dieses Projekt werden Praxen zur Untersuchung der hausärztlichen Suizidalitätsdiagnostik bei Depression gesucht (DFG-Graduiertenkolleg POKAL).

#### Kontakt

Carolin Haas (E-Mail: c.haas@med.uni-muenchen.de)

### Asthma-Online-Schulung in der Hausarztpraxis (TU München)

Am Institut für Allgemeinmedizin der TU München am Klinikum rechts der Isar findet aktuell ein Projekt zum Thema „Implementierung einer Asthma-Online-Schulung in der Hausarztpraxis“ statt, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird.

#### Kontakt

Stefanie Eck (E-Mail: Stefanie.Eck@mri.tum.de)

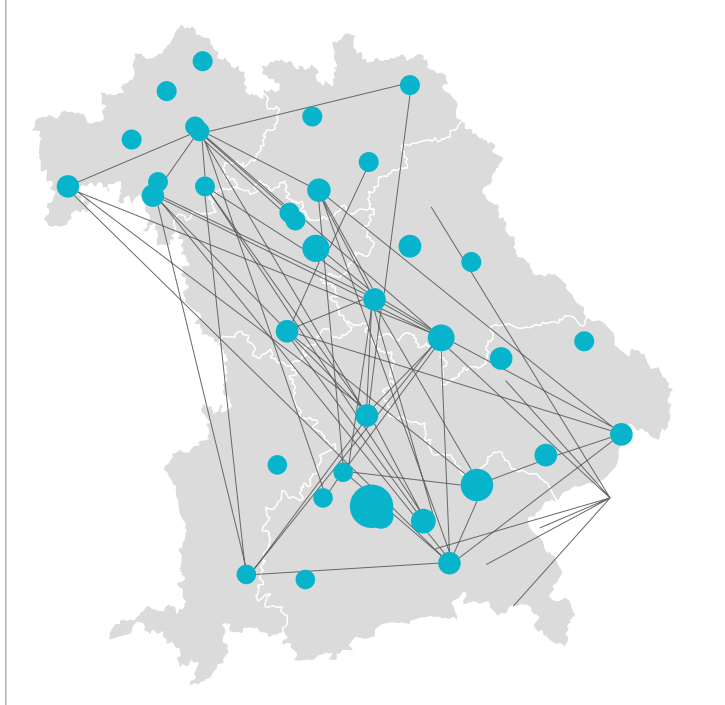
### TU München

Im Rahmen zweier weiterer Projekte werden „Strategien zur Verbesserung der Diagnostik von Depressionen in der Hausarztpraxis“ und „Zusammenhänge von Persönlichkeitsmerkmalen und Somatisierungsstörungen“ (DFG-Graduiertenkolleg POKAL) adressiert.

#### Kontakt

Clara Teusen  
(E-Mail: Clara.Teusen@mri.tum.de)  
Victoria von Schrottenberg  
(E-Mail: Victoria.vonSchrottenberg@mri.tum.de)

## Anzahl Mitgliedspraxen im BayFoNet



Aktuell sind im BayFoNet 61 Praxen gelistet. Insgesamt sollen in den kommenden Jahren mindestens 240 hausärztliche Praxen in ganz Bayern für eine Mitgliedschaft im BayFoNet gewonnen werden. In der Karte ist ersichtlich, wie viele Praxen sich bisher dem Netzwerk angeschlossen haben und in welchen bayerischen Regionen die forschungsinteressierten Praxen beheimatet sind.

- [1] De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet*. 2003;362(9392):1314-9.
- [2] De Maeseneer JM, De Sutter A. Why research in family medicine? A superfluous question. *Ann Fam Med*. 2004;2 Suppl 2:S17-22.
- [3] DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin). Unser Labor ist die Praxis – Warum ein hausärztliches Forschungspraxennetz in Deutschland erforderlich ist. Verfügbar unter: [https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen\\_und\\_Arbeitsgruppen/Sektion\\_Forschung/DEGAM%20Broschuere\\_Unser%20Labor%20ist%20die%20Praxis\\_final.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Forschung/DEGAM%20Broschuere_Unser%20Labor%20ist%20die%20Praxis_final.pdf) (Zugriff 31.01.2022).
- [4] United Kingdom Clinical Research Network (UKCRN). <http://www.crncc.nihr.ac.uk/>
- [5] Scottish Primary Care Research Network (SPCRN). <http://www.sspc.ac.uk/spcrn/aboutus-item>
- [6] CARE, Netherlands school of primary care research (NIVEL, CAPHRI, EMGO, NCEBP). <http://www.researchschoolcare.nl/>
- [7] Peterson KA, Lipman PD, Lange CJ, Cohen RA, Durako S. Supporting better science in primary care: a description of practice-based research networks (PBRNs) in 2011. *J Am Board Fam Med*. 2012;25:565-71
- [8] Norwegian Primary Care Research Network (PraksisNett). <https://www.uib.no/en/praksisnett>
- [9] Irish Primary Care Research Network (IPCTN). <http://www.ipcrn.ie/index.html>
- [10] Primary Health Care research & Information Service. Practice-Based Research Networks in Australia. <http://www.phcris.org.au/guides/pbrns.php>

Wegbereiter bei der Etablierung und Vernetzung von Forschungspraxen in der ambulanten Versorgung. [4, 5, 6, 7] In den vergangenen Jahren wurden Forschungspraxisnetze auch in Norwegen, Irland und Australien aufgebaut. [8, 9, 10]

### BayFoNet – Hintergründe und Ziele

Um die Versorgungswirklichkeit in Deutschland abzubilden, sowie Diagnose- und Therapiemöglichkeiten zu entwickeln und zu fördern, bedarf es sowohl wissenschaftlicher als auch klinischer Studien in der ambulanten Versorgung. [3] Zur Stärkung eigener Forschungsprojekte in der Allgemeinmedizin fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) den Aufbau des Bayerischen Forschungsnetzes in der Allgemeinmedizin. Getragen wird BayFoNet von vier bayerischen Instituten für Allgemeinmedizin an den Standorten Würzburg, Erlangen sowie der LMU und der TU München. Mittelfristig wird BayFoNet durch den neuen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der Universität Augsburg verstärkt.

### Angebote und Möglichkeiten einer Teilnahme

BayFoNet bietet kostenfreie Fortbildungen. Diese reichen von den Grundlagen klinischer Studien bis hin zum zertifizierten Studienarztkurs. Somit werden die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte auf eine aktive Mitarbeit und die Durchführung von Studien in ihren Praxen bestmöglich vorbereitet.

Gemeinsame Ideenwerkstätten ermöglichen darüber hinaus einen fachlichen und persönlichen Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer zwischen Praxisinhabern, deren Praxisteams und wissenschaftlichen Mitarbeitern. Auf diese Weise soll eine professionelle Verschränkung von Praxis und Wissenschaft erreicht werden. Auch die Ansichten der Bürgerinnen und Bürger sollen bei Planung und Durchführung der Projekte berücksichtigt und in Austauschforen gehört werden.

*Prof. Dr. med. Ildiko Gagyor,  
Prof. Dr. med. Jochen Gensichen,  
Prof. Dr. med. Thomas Kühlein,  
Prof. Dr. med. Marco Roos,  
Prof. Dr. med. Antonius Schneider*

## „GRÜNE BÄNDE“

Neben Online-Börsen und persönlichen Terminen in unseren Beratungszentren bieten wir unseren Mitgliedern eine weitere Unterstützung in Form der siebenbändigen Publikation „Beratungsservice für Ärzte“. Auch diejenigen, die an einer Praxisgründung oder -übernahme interessiert sind, sichern sich durch die exklusiv bei den KVen erhältlichen Bände umfangreiche Informationen zur Praxisführung – von der Niederlassung über Kooperationen bis hin zur Praxisabgabe.



Für die inhaltliche Aktualität der „Grünen Bände“ sorgt ein Redaktionsteam der einzelnen KVen in Zusammenarbeit mit weiteren Fachautoren, zu denen unter anderem Beraterinnen und Berater der KVB gehören. Die Inhalte sind fast ausnahmslos ebenso auf die Praxisbedürfnisse von Psychologischen Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgerichtet.

Leseproben und ein Onlineformular für die kostenlose Bestellung finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/Informationsmaterial*.

*Karin Dersch (KVB)*

### 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 zehnmal 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 (Ltd. Redakteur)  
Dr. phil. Axel Heise (CvD)  
Text: Markus Kreikle, Marion Munke  
Grafik: Gabriele Hennig, Iris Kleinhenz

#### Anschrift der Redaktion:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Eisenheimerstraße 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:

Bayerische Forschungsnetz in der Allgemeinmedizin (BayFoNet) (Seite 26, 28), © Deutscher Bundestag/Leon Kügeler/photothek (Seite 5), Medienstürmer GbR (Seite 14), [stock.adobe.com/sheilaf2002](http://stock.adobe.com/sheilaf2002) (Titelseite), [stock.adobe.com/Fraitag.de](http://stock.adobe.com/Fraitag.de) (Seite 2), [stock.adobe.com/TobiasArhelger](http://stock.adobe.com/TobiasArhelger) (Seite 2), [stock.adobe.com/fizkes](http://stock.adobe.com/fizkes) (Seite 2, 3, 32), [stock.adobe.com/AlexanderRaths](http://stock.adobe.com/AlexanderRaths) (Seite 3), [stock.adobe.com/AndreyPopov](http://stock.adobe.com/AndreyPopov) (Seite 6), [stock.adobe.com/mpix-foto](http://stock.adobe.com/mpix-foto) (Seite 10), [stock.adobe.com/MQ-Illustrations](http://stock.adobe.com/MQ-Illustrations) (Seite 11, 19), [stock.adobe.com/M.Dörr & M.Frommherz](http://stock.adobe.com/M.Dörr&M.Frommherz) (Seite 12), [stock.adobe.com/peshkov](http://stock.adobe.com/peshkov) (Seite 13), [stock.adobe.com/AIDAsign](http://stock.adobe.com/AIDAsign) (Seite 23), [stock.adobe.com/niyazz](http://stock.adobe.com/niyazz) (Seite 32), [stock.adobe.com/oxie99](http://stock.adobe.com/oxie99) (Seite 32), Privat (Seite 7, 15, 17), 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



### **VIRTUELLER PRAXIS- NETZ-WORKSHOP**

Rückblick auf Arbeitsergebnisse und künftige Projekte



### **UNBÜROKRATISCHE HILFE FÜR DIE UKRAINE**

Wie Bayerns Ärzte sich für Geflüchtete stark machen



### **VERTRETERVERSAMMLUNG DER KVB**

Ärzteparlament diskutiert über Impfpflicht und Ukraine-Hilfen



### **GESUNDHEITSREGION COBURG**

Hausärztliche Versorgung und Weiterbildungsverbund