

KVBFORUM

09 | 23
10 |



BEREITSCHAFTSDIENST

Sozialversicherungspflicht bringt System ins Wanken

13 | **KVB INTERN:** Deutliche Warnsignale aus Bayerns Praxen

20 | **PRAXIS UND UMWELT:** „Die Photovoltaikanlage ist schon bestellt“

24 | **NACHWUCHSFÖRDERUNG:** Praxisgründung hybrid



3 EDITORIAL

KURZMELDUNGEN

- 4 Praxis weg, Gesundheit weg
- 4 Lahnstein: Protest gegen Budgetierung und Bedarfsplanung
- 4 Vertreterversammlungen 2023
- 5 PJ-Aktionstag in München



- 5 „Wegweiser Psychotherapie“ aktualisiert
- 5 Zahl des Monats

TITELTHEMA

- 6 Bestehendes vernetzen statt Bewährtes zerstören
In einem Positionspapier zur Notfallreform lehnt die KVB neue Doppelstrukturen ab

- 8 Patientensteuerung neu gedacht und erfolgreich umgesetzt
Kann die bayerische Lösung als Blaupause für ganz Deutschland dienen?



- 12 Kollaps der ambulanten Versorgung droht
Keine Sozialversicherungspflicht für Ärzte im Bereitschaftsdienst!

KVB INTERN

- 13 Deutliche Warnsignale aus Bayerns Praxen
Vertreterversammlung der KVB beklagt Verunsicherung durch Bundespolitik
- 14 Das eRezept: Auf die Plätze, fertig, los!
KVB appelliert an Praxen, die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen
- 15 Der Notruf bei psychischen Krisen
Die Krisendienste Bayern bieten schnelle und qualifizierte Hilfe unter einer kostenlosen Rufnummer

- 16 Sonnenschein und ernste Themen
Im Senatssaal des Bayerischen Landtags feierten KVB und KZVB ihren Sommerempfang

- 18 Wer hilft bei Suchterkrankungen?
Wissenschaftliche Studie analysiert Versorgung und Behandlung im ambulanten Bereich

PRAXIS UND UMWELT

- 20 „Die Photovoltaikanlage ist schon bestellt“
Gemeinschaftspraxis in Bad Endorf/Eiselfing setzt auf Nachhaltigkeit

VERORDNUNGEN

- 22 Außerklinische Intensivpflege
Gemeinsamer Bundesausschuss beschließt neue Richtlinien

NACHWUCHSFÖRDERUNG

- 24 Praxisgründung hybrid
Augsburger Medizinstudierende profitieren von Seminarangebot

PRAXISNETZE

- 26 Praxisnetz-Workshop: Zeit für intensiven Austausch
Vielseitiges und interaktives Programm lockt Teilnehmer nach Nürnberg

VERSORGUNG FÖRDERN

- 28 Das „Landarztportal Bayerischer Wald“
Wie kann man der Mangel-situation langfristig begegnen?

AUS DER PRAXIS

- 30 Sepsis – dramatisch unterschätzt
Bundesweite Kampagne will größeres Bewusstsein für Krankheitsbild schaffen

31 KVB KONTAKTDATEN

32 IMPRESSUM



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der vergangenen Ausgabe von KVB FORUM hatten wir über die verschiedenen Wege berichtet, auf denen die KVB im Dialog mit der Politik steht. In diesem Heft finden Sie nun anhand der Notfallreform ein gutes Praxisbeispiel dafür. In diesem Fall ist das Zusammenwirken mehrerer Sektoren und Bereiche – ambulant wie auch stationär – notwendig. Besonders bei Akutpatienten, die nicht lebensbedrohlich oder ernsthaft erkrankt sind und dennoch in die Notaufnahmen der Kliniken kommen, stellt sich die Frage: Wohin sollen diese Patientinnen und Patienten eigentlich gesteuert werden?

Oft war in politischen Kreisen auf Bundesebene der Vorwurf zu hören, die einzelnen Sektoren würden dabei nicht ausreichend kommunizieren und zusammenarbeiten. Dabei ist die Situation in Bayern deutlich besser, als es in den Diskussionen in Berlin – Stichwort „Strafgebühr“ für leichte Fälle – zu hören und zu lesen war. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und die KVB haben einiges anzubieten, wenn es um konstruktive Lösungen in Bezug auf dieses Thema geht. Erstens hat die KVB ein eigenes Positionspapier zur Notfallreform veröffentlicht (siehe Seite 6f.) und zweitens ein Pilotprojekt am RoMed-Klinikum in Rosenheim durchgeführt, also ganz handfeste Lösungsvorschläge für konkrete Probleme. Mit dem RoMed-Klinikum, den Ärztinnen und Ärzten vor Ort, dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) als bundesweit tätige Institution, der Bayerischen Landesärztekammer, der Bayerischen Krankenhausgesellschaft und uns vonseiten der KVB ziehen in diesem bundesweit beachteten Modellprojekt die wichtigsten Akteure an einem Strang. Ob und wie dies die Gesetzgebung in Berlin beeinflussen wird, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht sagen. Aber der zuständige Bundesgesundheitsminister ist sehr herzlich eingeladen, sich in Rosenheim persönlich ein Bild vom bisher Erreichten zu machen – so wie es der bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek kürzlich getan hat (siehe Seite 7).

Ihr KVB-Vorstand

Dr. med. Pfeiffer
Vorsitzender des Vorstands

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

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

#Praxen Kollaps

PRAXIS WEG, GESUNDHEIT WEG

Die Praxen in ganz Deutschland stehen unter einem enormen Kostendruck. Steigende Praxis- sowie Personal- und Investitionskosten machen den Betrieb einer Praxis immer unrentabler. Eine Inflationsrate von aktuell mehr als sechs Prozent lässt die Ausgaben massiv in die Höhe schnellen. Eine ausreichende Gegenfinanzierung ist wegen der gesetzlich gedeckelten Honorare nicht möglich. Die Praxen können die gestiegenen Kosten aber nicht über höhere Preise ausgleichen, sondern müssen sie aus der eigenen Tasche bezahlen. Einnahmen und Ausgaben klaffen so immer weiter auseinander und dies sorgt für großen Frust.

Unter dem Motto „#PraxenKollaps – Praxis weg, Gesundheit weg“ fand dazu am 18. August in Berlin eine Krisensitzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen statt. Die Vorstände der KVen erklärten dazu unisono: „Die Stimmung bei Ärzten, Psychotherapeuten sowie Praxispersonal ist auf dem Tiefpunkt angekommen. Für künftige Mediziner-Generationen wird die ambulante Versorgung zunehmend unattraktiver. Medizinische Fachangestellte verlassen die Praxen in Richtung Krankenhäuser, weil sie dort besser verdienen. Das Bundesgesundheitsministerium und die Krankenkassen müssen jetzt dringend handeln, da sonst eine flächendeckende ambulante Patientenversorgung nicht mehr gewährleistet werden kann.“ Die KVen forderten daher eine deutliche Steigerung des Orientierungswertes und damit der Preise für alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen und das Ende der ritualisierten Nullrunden-Forderungen der Krankenkassen.

Sollten die Krankenkassen nicht bereit sein, Verantwortung für ihre Versicherten zu übernehmen und ausreichend Geld für die ambulante Versorgung zur Verfügung zu stellen, werde sich die schwierige wirtschaftliche Lage der Praxen weiter verschlechtern. Letztlich müsse dann darüber entschieden werden, wie das Leistungsangebot für die Versicherten dem finanziellen Rahmen angepasst werden kann.

Die Berichterstattung und Eindrücke vom Protesttag am 18. August in Berlin sind unter www.kbv.de zu finden.

Redaktion

LAHNSTEIN: PROTEST GEGEN BUDGETIERUNG UND BEDARFSPLANUNG

Vor gut 30 Jahren legte der damalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer in Lahnstein den Grundstein für das Gesundheitsstrukturgesetz mit zwei weitreichenden Inhalten: die Budgetierung der Leistungen und die Steuerung der Arzt- und Psychotherapeutenzahlen durch die Bedarfsplanung. Rund drei Jahrzehnte und sieben Bundesgesundheitsministerinnen und -minister später haben sich die Gegebenheiten grundlegend geändert. Aus der befürchteten Ärzteschwemme ist ein Ärztemangel geworden. Trotzdem bestehen Budgetierung und Bedarfsplanung unverändert weiter.

Unter ihrer Federführung ruft die KV Rheinland-Pfalz unter dem Motto „Wir sehen schwarz – Für die Zukunft unserer Praxen“ am 13. September in Lahnstein Ärzte, Psychotherapeuten und ihre Praxisteams aus ganz Deutschland auf, gegen diese Stellschrauben zu protestieren. Die Hauptforderungen sind eine vollständige Vergütung aller Leistungen und eine Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen in der jetzigen Form.

Wann? Mittwoch, 13. September 2023, 10 bis 13 Uhr
Wo? Hotel Wyndham Garden Lahnstein Koblenz

Weitere Informationen finden Sie unter www.kv-rlp.de/praxis/kampagne-wir-sehen-schwarz

Redaktion

VERTRETERVERSAMMLUNGEN 2023

Die letzte Vertreterversammlung (VV) der KVB im Jahr 2023 findet an folgendem Termin in der Eisenheimerstraße 39, 80687 München statt.

■ Samstag, 25. November 2023

Informationen rund um die geplanten Vertreterversammlung und deren Ablauf finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/gremienarbeit/vertreterversammlung.



PJ-AKTIONSTAG IN MÜNCHEN

Die Spitzen der KVB, der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK), des Bayerischen Hausärzterverbandes (BHÄV) und des Berufsverbandes der Kinder und Jugendärzt*innen in Bayern (BVKJ) unterstützen die Forderungen von Medizinstudierenden unter anderem nach einer einheitlichen, flächen-deckenden Aufwandsentschädigung des Praktischen Jahres (PJ). Als Zeichen der Solidarität nahmen sie am 19. Juli an einer Demonstration in München teil, die die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd e.V.) und die Fachschaften der anderen medizinischen Fakultäten organisiert hatten.



„Wir stehen hinter dem Anliegen der Medizinstudierenden, die für eine faire Aufwandsentschädigung und grundsätzlich bessere Bedingungen im Praktischen Jahr auf die Straße gehen. Die Ausbildung des medizinischen Nachwuchses ist für die Zukunft der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten von entscheidender Bedeutung. Es handelt sich dabei um eine



Solidarität mit dem ärztlichen Nachwuchs: Die Chiefs von BHÄV, BLÄK und KVB auf der Demo vor dem Bayerischen Gesundheitsministerium.

gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie muss deshalb aus Steuermitteln finanziert werden“, betonte der Vorstandsvorsitzende der KVB, Dr. med. Christian Pfeiffer, in einem Statement.

Aktuell sind Aufwandsentschädigungen für Medizinstudierende im Praktischen Jahr (PJ) nicht geregelt. Die Studierenden sollen während des PJ die im Studium erworbenen ärztlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Praxis vertiefen und erweitern. Das PJ gliedert sich in drei Ausbildungsabschnitte von je 16 Wochen und wird in einem Lehrklinikum oder einer ambulanten Lehrpraxis absolviert. Derzeit haben Medizinstudierende keinen geregelten Anspruch auf eine Aufwandsentschädigung. Die Lehrpraxen und -krankenhäuser erhalten von den Universitäten eine geringe, eher symbolische Unterstützung für ihre Ausbildungsleistung.

Redaktion

„WEGWEISER PSYCHOTHERAPIE“ AKTUALISIERT



Bereits seit Jahren bietet die KVB für ihre Psychotherapeuten und Psychotherapeuten einen besonderen Service an, damit sie sich schnell, umfassend und rechtssicher über wichtige Neuerungen informieren können: Die Online-Broschüre „**Wegweiser zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen**“, die nach Bedarf aktualisiert wird. Das Kompendium liefert wertvolle Orientierung und passgenaue Grundlagen für alle Fragen rund um die Abrechnung und Praxisführung – für langjährig erfahrene Mitglieder genauso wie für Neueinsteiger. Die Broschüre finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/informationsmaterial unter **Abrechnung und Honorar**.

Nathalie Willmerding (KVB)

Zahl des Monats

214.000

Patientinnen und Patienten wurden im ersten Quartal 2023 in den bayerischen Bereitschaftspraxen behandelt.

(Quelle: KVB)

Bestehendes vernetzen statt Bewährtes zerstören

Mit seiner geplanten Notfallreform überfordert Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach Praxen und Kliniken. Ein Positionspapier der KVB zeigt, dass eine Vernetzung von Akut- und Notfallversorgung mehr helfen würde als die Einführung neuer Doppelstrukturen.

Gibt es ein Merkmal bei Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, dann ist es seine Tendenz, zu sehr auf Konzepte theorielastiger Experten und noch mehr auf seine eigene (klinische) Expertise zu vertrauen. Die Folge ist Praxisferne in vielen Gesetzen, zu beobachten auch bei der Reform der Notfallversorgung. Besonders deutlich zeigt sich dies beim Vorschlag, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wieder zurück in eine 24/7-Abdeckung mit normalen Sprechstunden und einem überdimensionierten Bereitschaftsdienst zu zwingen. Die Folge: Praxen müssten Öffnungszeiten reduzieren, ältere Kolleginnen und Kollegen würden wahrscheinlich aufhören und noch weniger junge Ärztinnen und Ärzte „in die Niederlassung gehen“. Die Patienten würden vor verschlossenen Praxen stehen und sich vermehrt an Notaufnahmen der Krankenhäuser oder an die Bereitschaftspraxen wenden.



Reform als Rückschritt

Lauterbachs Reform ist in vielen Punkten ein Rückschritt hinter bereits bestehende, funktionierende Strukturen: Seit Jahren betreibt die KVB mit hohem Aufwand eine gut erreichbare und bedarfsgerechte 24/7-Versorgung der ambulant zu behandelnden Patientinnen und Patienten. Dies umfasst die reguläre Sprechstundentätigkeit der niedergelassenen Haus- und Fachärzte plus den Bereitschaftsdienst. An den 126 Bereitschaftsdienstpraxen, die überwiegend an bayerischen Kliniken angesiedelt sind, werden außerhalb der Sprechstundenzeiten der Praxen in der Regel bis 21 Uhr Patientinnen und Patienten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder deren Vertretern (Poolärztinnen und -ärzten) behandelt. Im Anschluss, wenn die Inanspruchnahme stark absinkt, werden die Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser ambulant versorgt – dies ist einvernehmlich durch Kooperationsverträge mit den Kliniken geregelt.

Aktuelles Positionspapier der KV Bayerns

Ein aktuelles Positionspapier der KVB schlägt vor, bestehende Strukturen noch besser zu vernetzen, statt kostspielige Zusatz- oder gar Parallelstrukturen zu schaffen. Hier unsere Forderungen:

1. Patientinnen und Patienten müssen dort behandelt werden, wo ihre Versorgung am effektivsten geleistet werden kann. Dies erfordert zunächst, dass alle Eingangskanäle in die Gesundheitsversorgung miteinander vernetzt werden.
2. Um dies zu erreichen, erfordert jede Inanspruchnahme des Systems eine strukturierte medizinische Ersteinschätzung, etwa über SmED, das die KVB bereits seit Jahren erfolgreich einsetzt.

Dies gilt für die telefonische Inanspruchnahme über die 116 117 und die 112 ebenso wie für die Bereitschaftspraxen und Notaufnahmen. Die Verschränkung von 116 117 und 112 wird in Bayern Anfang 2024 erfolgen. Damit ist diese – im

Übrigen sinnvolle – Empfehlung der Regierungskommission bereits umgesetzt. Ein besonderer Vorteil wird im Austausch von Patientendaten und dem Ergebnis der strukturierten Erstanamnese erzielt werden. Dafür müssen aber auch die Leitstellen des Rettungsdienstes ein strukturiertes Abfragesystem nutzen.

3. Um das etablierte System mit Bereitschaftsdienst und eventueller klinischer Weiterbehandlung zu stärken, ist die Einführung eines „digitalen Fallaustauschs“ über die Sektoren hinweg dringend notwendig. Medienbrüche würden so abgebaut und die Verzahnung zwischen der ambulanten Versorgung und der stationären Versorgung forciert.
4. Patientinnen und Patienten, die tagsüber mit ambulant zu versorgenden Beschwerden in die Notaufnahmen kommen, sollen nach einer Ersteinschätzung an einem gemeinsamen Tresen wieder in die niedergelassenen Praxen gelenkt werden. Die Versorgung findet nicht mehr in den Notaufnahmen statt, sondern lediglich die Feststellung der Behandlungsdringlichkeit. Dass dies funktioniert, hat ein Pilotprojekt der KVB zusammen mit dem RoMed Klinikum in Rosenheim bewiesen (siehe Kasten).
5. Bürgerinnen und Bürger benötigen einen kostenfreien Zugriff auf verlässliche und qualifizierte Informationsquellen zu Gesundheitsthemen. Ebenso braucht es kostenfreie digitale Ersteinschätzungen im Self-Service, die jeden Bürger schnell und in Echtzeit in die optimale Versorgungsebene steuern. „SmED-Patient“ bietet diese Unterstützung und wird noch in diesem Jahr im KV-System eingeführt. Den Piloten „Patienten-Navi“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) können Patientinnen und Patienten schon jetzt testen.

Interessierte finden das Positionspapier der KVB unter www.kvb.de/ueber-uns/gesundheitspolitisches-engagement.

Dr. phil. Axel Heise (KVB)



Von links: Dr. med. Michael Bayeff-Filloff, Dr. med. Christian Pfeiffer, Klaus Holetschek, Dr. med. Gerald Quitterer, Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried, Christina Leinhos, Dr. med. Jens Deerberg-Wittram

Minister Holetschek informiert sich in Rosenheim

Wie Notaufnahmen durch die Zusammenarbeit mit Praxen vor Ort effektiv entlastet werden können, zeigt ein Pilotprojekt der KVB, des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) und des RoMed Klinikums Rosenheim. Der bayerische Gesundheitsminister Klaus Holetschek ließ sich am 9. August in Rosenheim praxisnahe Lösungen zur besseren Patientensteuerung zeigen und sieht darin einen wesentlichen Beitrag zu der von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach geplanten Reform der Notfallversorgung. Holetschek zeigte sich beeindruckt: „Das Pilotprojekt in Rosenheim weist den Weg für eine qualitative Verbesserung der Akut- und Notfallversorgung in Bayern und liefert eine Blaupause für geplante Notfallreformen auf Bundesebene. Die bisherigen Ergebnisse deuten darauf hin, dass Notaufnahmen der Kliniken entlastet werden können, sodass mehr Zeit und Ressourcen für Notfälle zur Verfügung stehen. Die Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden können zeit- und sachgerecht durch Praxen versorgt werden.“

Auch der Vorstand der KVB setzt auf die Zukunft des Projekts: „Es ist völlig kontraproduktiv, Patienten, die mit leicht behandelbaren Fällen die Notaufnahme aufsuchen, auch tagsüber in kliniknahen Bereitschaftspraxen zu versorgen, wie es die Bundesregierung plant. Kooperierende umliegende Haus- oder Facharztpraxen können dies während der Praxisöffnungszeiten deutlich effektiver. Die KVB bietet den Kliniken in Bayern hierzu ihre Kooperation an.“

Mehr zur Veranstaltung und über das Pilotprojekt finden Sie unter www.kvb.de/ueber-uns/pressearbeit/09082023

Patientensteuerung neu gedacht und erfolgreich umgesetzt

Am 12. Juli 2023 besuchte Klaus Holetschek, Bayerischer Staatsminister für Gesundheit und Pflege, die KVB in München und ließ sich in der Vermittlungs- und Beratungszentrale (VBZ) die Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland (SmED) live erklären. Im Anschluss gab er ein kurzes, aber inhaltlich wegweisendes Interview und sagte auf die Frage, ob die bayerische Lösung auch bundesweit anwendbar wäre, dass diese in der Tat eine Blaupause für ganz Deutschland sein könnte. Nachfolgend aktuelle Entwicklungen zu Ersteinschätzungsverfahren auf Bundes-, aber speziell auf KVB-Ebene.

Mit Fragen der Steuerung von Patientinnen und Patienten, der vorausgehenden Ersteinschätzung und der Zuweisung in die fachlich richtige Versorgungsebene beschäftigen sich Experten aus den unterschiedlichsten Versorgungsbereichen seit Jahren. Die geführte Diskussion ist jedoch häufig nicht sachlich und fachlich, sondern zu politisch und zu wenig sektorenübergreifend.

Im Juni 2021 wurde das Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung (GVWG), noch unter dem damaligen Gesundheitsminister Jens Spahn, im Bundestag verabschiedet. Mit dem GVWG wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, eine Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung nach Paragraph 120 Absatz 3b SGB V zu beschließen.

Mit dieser Richtlinie sollen die Voraussetzungen für das Ersteinschätzungsverfahren und das anschließende Patientenmanagement sektorenübergreifend festgelegt werden. Außerdem werden die Fristen für die Steuerung und die erforderlichen Qualifikationen festgelegt. An der Erarbeitung der Richtlinie sind nahezu alle Akutversorger und Patientenvertreter beteiligt. Nach einem Jahr intensiver Arbeit im Rahmen einer Arbeitsgruppe „Ersteinschätzung“ gibt es in den vorgelegten Beschlussentwürfen zum Teil erhebliche inhaltliche Unterschiede.

Am 7. November 2022 wurde durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz die Frist für die Beschlussfassung

des G-BA über eine Richtlinie zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des Hilfebedarfs von Hilfebedürftigen nach Paragraph 120 Absatz 3b SGB V bis zum 30. Juni 2023 verlängert. Die Beratungen erfolgten auf der Grundlage des GVWG vom Juni 2021. Zum Ende der Fristverlängerung lag dem G-BA eine beschlussfähige Fassung vor.

„So weit so gut“, könnte man meinen. Kurz vor Verabschiedung des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes (PUEG) durch den Bundestag am 26. Mai 2023 wurde von der Ampel-Regierung jedoch ein fachfremder Änderungsantrag zur Notfallreform eingebracht. Der Antrag wurde nicht zuletzt aufgrund der Kurzfristigkeit nicht ausführlich im Bundestag debattiert. Inhalt des Änderungsantrags: Patienten, die in die Notaufnahme eines Krankenhauses kommen und kein Notfall sind, sollen künftig nicht mehr an Vertragsärztinnen und -ärzte verwiesen werden dürfen. Die Kritik seitens der Niedergelassenen war groß. Überstürzt und ohne Diskussion sowie Beteiligung der Praxen wurden Fakten geschaffen, die die Patientenversorgung nachhaltig verschlechtern würden. Die Folgen wären fatal: Es würden nun noch mehr Patientinnen und Patienten im Krankenhaus behandelt, die Notdienstreform mit den Ländern konterkariert werden. Die Politik ruderte zwar zurück, die Niedergelassenen sind im nun getroffenen G-BA-Beschluss vom 6. Juli 2023 eine feste Größe. Dennoch steht dieses Hin- und Her exemplarisch dafür, welches Chaos die Regierung mit unüberlegten Forderungen anrichten kann.

Beschluss des G-BA und Einschätzung aus KV-Sicht

Der G-BA hat die Richtlinie mit den Stimmen des GKV-Spitzenverbands und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gegen die Stimme der Deutschen Krankenhausgesellschaft beschlossen. Ziel der Richtlinie ist es, Patientinnen und Patienten, die sich künftig als Hilfesuchende zur Behandlung eines Notfalls nach Paragraph 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V (freie Arztwahl) an ein Krankenhaus wenden, zunächst ersteinzuschätzen und anschließend einer geeigneten Versorgungsstufe zuzuweisen. Die Richtlinie stellt

hohe Anforderungen an die Qualität des Ersteinschätzungsinstruments in Hinblick auf Patientensicherheit und Vollständigkeit. Besonderes Augenmerk wird auf die Qualifikation des Personals gelegt, das die Ersteinschätzung durchführt.

Es ist völlig korrekt und richtig, Patienten, die nicht der Weiterbehandlung in der Notaufnahme bedürfen, in eine ambulante Versorgungsebene zu steuern. Essenziell ist es jedoch, sie in jene Versorgungsbereiche zu steuern, die bereits vorhanden sind und nicht neue Strukturen aufzubauen und damit das System zusätzlich zu belasten. Dies gilt auch für die beteiligten Personalressourcen, die von der Richtlinie verlangt werden. Realistisch betrachtet müssen zukünftig Pflegekräfte mit der Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ oder „Notfallsanitäter“ die Ersteinschätzung durchführen. Die Übergangsfrist zum Erreichen der Qualifikationsanforderungen ist der 31. Dezember 2026. Die Notfallpflegeausbildung ist berufsbegleitend und dauert zwei Jahre, die Vollausbildung zur Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter ist eine dreijährige Ausbildung. Auch aus Kreisen der Notfallaufnahmen ist zu hören, dass die Umsetzung erhebliche Anstrengungen an das Personal bedeutet. Hier kursieren Zahlen von bis zu 10.000 Notfallpflegekräften, die für die Umsetzung der Richtlinie benötigt werden.

Die Versorgungsebenen orientieren sich an der Dringlichkeit der Behandlung. Werden Patienten der sofortigen oder sehr dringlichen Behandlung zugeteilt, verbleiben sie immer in der Notaufnahme. Dieser Ansatz ist nicht neu. Neu ist, dass die übrigen Patientinnen und Patienten, die nicht in die oben genannten Dringlichkeitsstufen fallen, mit Hilfe des in der Richtlinie beschriebenen Ersteinschätzungsverfahrens beurteilt und dann, sofern keine unmittelbare Behandlungsdringlichkeit vorliegt, in eine Versorgungsebene für die ambulante Behandlung übergeleitet werden. Es handelt sich also um Hilfesuchende, die voraussichtlich keine stationäre Aufnahme benötigen, sondern in eine Notfallpraxis oder tagsüber in eine niedergelassene Praxis überwiesen werden sollten. Die Richtlinie sieht vor, dass die zu überweisenden Hilfesuchenden zwei Ersteinschätzungen (MTS/ESI und ein erweitertes System) und eine fachärztliche Beurteilung in der Klinik erhalten. Erst danach erfolgt die Überweisung in die ambulante Versorgung. Insgesamt stellt dies ein Höchstmaß an Patientensicherheit dar. Es stellt sich jedoch die Frage, wenn eine erfahrene Fachkraft in der Klinik ihre Fachkompetenz und zwei validierte Systeme zur Beurteilung einsetzt, ist dann immer und in jedem Fall eine fachärztliche



Beurteilung in der Klinik erforderlich? Hier bestehen Zweifel, ob dies wirklich notwendig ist.

Unsere „Rosenheimer Studie“ (dazu auf der nächsten Seite mehr) hat gezeigt, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte dies genauso sicher und mit deutlich geringerem organisatorischen Aufwand durchführen können, ohne die Kollegen einer Notaufnahme mit niedrigschwellig erkrankten Patientinnen und Patienten in Anspruch nehmen zu müssen.

Niederschwellige Hilfesuchende werden gemäß der Richtlinie in zwei weitere Dringlichkeitsgruppen eingeteilt:

- Ärztliche Behandlung sollte binnen 24 Stunden beginnen und
- Ärztliche Behandlung muss nicht binnen 24 Stunden beginnen.

Hier steht – neben der in Absatz 1 und 2 aufgegriffenen sehr komplexen, aber sicher möglichen Weiterleitung –, in Absatz 3, was tatsächlich praktisch umsetzbar ist: Nämlich, dass die zuständige KV regionale Kooperationen über Partner beziehungsweise Kooperationspraxen unterstützen.

Die gesamte Richtlinie, die noch unter dem Vorbehalt der Prüfung durch das BMG und der Veröffentlichung im Bundesanzeiger nach Paragraph 94 SGB V steht, finden Sie nach Scannen des QR-Codes.



Klaus Holetschek (Vierter von links) zusammen mit dem KVB-Vorstand in der VBZ in München. Interessiert verfolgt er die Ausführungen zu SmED im Live-modus.

Der „Bayerische Weg“ als Blaupause: Machbarkeitsstudie der KVB

Die KVB, das RoMed Klinikum Rosenheim und das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) haben in einer dreimonatigen Machbarkeitsstudie die Steuerung und Lenkung von Akutpatienten, die eigenständig in die Notaufnahme kommen, erprobt – mit dem ersten Ergebnis, dass eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit mit Klinik und KVB funktionsfähig und erfolgreich ist (siehe Abbildung).

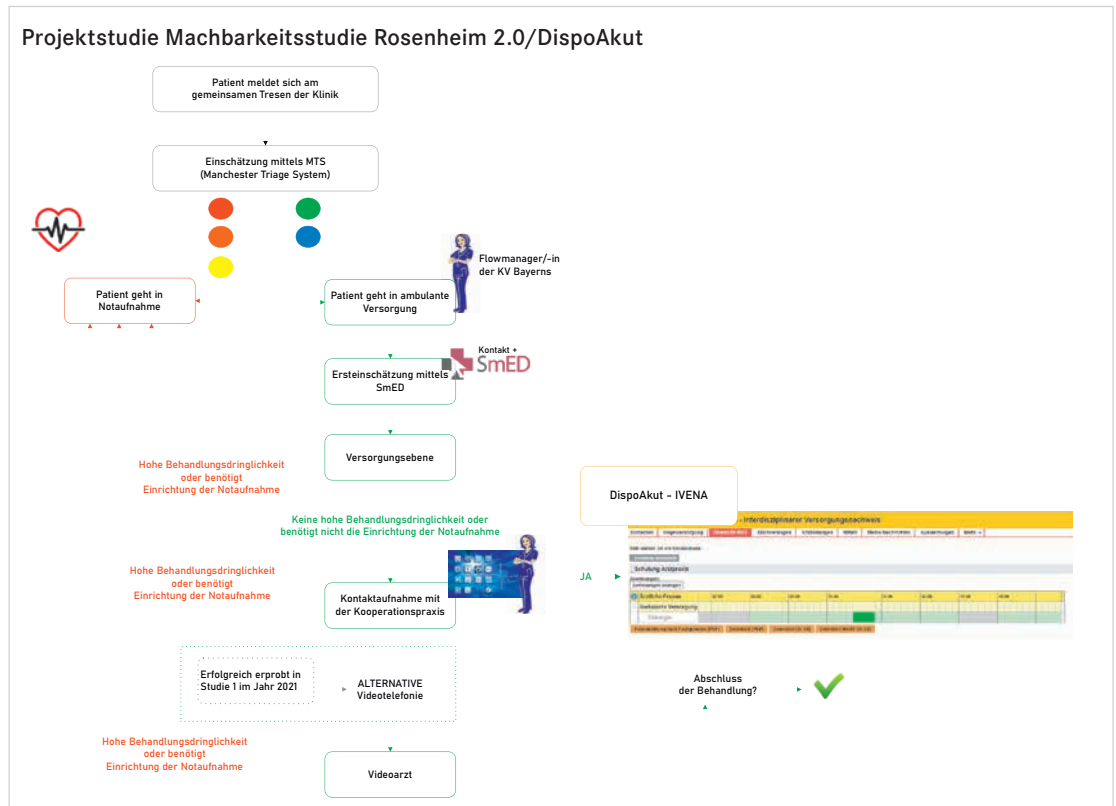
Gerade für die Überleitung in den ambulanten Bereich sind für den praktikablen bayerischen Weg, den wir in Rosenheim gegangen sind, nun gesetzliche Grundlagen geschaffen worden – eben über die oben erwähnte Richtlinie zur Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs in der Notfallversorgung.

Für die vertragsärztliche Versorgung entscheidend ist Paragraf 6 Absatz 3:
Die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Zuständigkeitsgebiet sich das ersteinschätzende Krankenhaus befindet, kann es durch weitere Maßnahmen bei der nach Durchführung der erweiterten Ersteinschätzung nach Paragraf 5 Absatz 3 empfohlenen Weiterleitung unterstützen, dies umfasst insbesondere regionale

Kooperationen (zum Beispiel Partnerpraxen, Kooperationspraxen auf oder in unmittelbarer Nähe des Krankenhausstandortes). Darüber hinaus kann die Kassenärztliche Vereinigung eine Videosprechstunde oder eine telefonische ärztliche Konsultation durch einen von der TSS benannten Arzt oder eine benannte Ärztin anbieten.

Laut Richtlinie sollen die KVen die Voraussetzungen schaffen, dass eine Klinik über das TSS-Terminbuchungssystem einen Überweisungscode generieren kann, über den Patienten einen Praxistermin erhalten. In Rosenheim haben wir vorher mit den Praxen gesprochen und einfache Kooperationen vereinbart. Die Vermittlung erfolgte noch am selben Tag direkt von der Notaufnahme in die Praxis. Das Tool für die Echtzeit-Vermittlung heißt IVENA. Dort kann jede Praxis tagesaktuell ihre Verfügbarkeit eintragen. Der Flowmanager der KVB meldet den Patienten zunächst telefonisch und dann über das IVENA-System in der Praxis an. Die Praxis bestätigt mit einem Klick und klickt ein zweites Mal, wenn der Patient die Praxis betritt. Der Aufwand für die Praxis ist gering, Patientensicherheit und Nachvollziehbarkeit sind gegeben.

Das System IVENA ist so gut funktionsfähig, dass eine Erweiterung auf den Rettungsdienst, daher kommt



das System, auch für präklinische niederschwellig erkrankte Patientinnen und Patienten im Rettungsdienst geeignet ist und diese mit Hilfe von SmED im Rettungswagen und direkt in eine an IVENA angeschlossene Praxis in der Nähe gefahren werden können. Dies entlastet den Rettungsdienst und die Notaufnahmen und gewährleistet eine schnelle Versorgung auch dieser Patientinnen und Patienten in den eigentlich zuständigen Praxen.

Sektorenübergreifende Patientensteuerung: sicher und ressourcenschonend

Alle Aktivitäten, ob politisch oder fachlich, machen eines deutlich: Jede Form der Abgrenzung innerhalb des eigenen Sektors ist nicht mehr zeitgemäß und zielführend. Die Herausforderung für alle Beteiligten im Gesundheitswesen lautet: Die vorhandenen ärztlichen und nichtärztlichen Ressourcen sind begrenzt und werden immer knapper. Jede zusätzliche Belastung schwächt unser gemeinsames System erheblich. Die KVB hat gemeinsam mit dem RoMed Klinikum Rosenheim gezeigt, wie sektorenübergreifende Patientensteuerung und -versorgung patientensicher und ressourcenschonend funktionieren kann. Dieses Projekt wurde von Fachexperten mit dem nötigen Augenmaß und der notwendigen Sorgfalt durch-

geführt. Und wir können der Aussage von Minister Klaus Holetschek nur zustimmen: Die Blaupause steht. Jetzt muss die Politik in Berlin die bestehenden gesetzlichen Grundlagen ändern und die relevanten Akteure einfach arbeiten lassen.

Reno Thoß, Benjamin Laub (beide KVB)



Urlaub oder spontane Dienstabgabe? Tauschen Sie Ihren Dienst bei der KVB!

Immer wieder, zuletzt Mitte Juni, finden Vertragsärztinnen und -ärzte Post in ihren Briefkästen von einem Unternehmen, das sein neues Tauschdienstangebot bewirbt und einen schnellen, unkomplizierten Tausch von Bereitschaftsdiensten im Falle von Urlaub oder Krankheit verspricht. Allerdings fällt dafür eine nicht unerhebliche Vermittlungsprovision an.

Die KVB stellt Ihnen diesen Service ebenfalls zur Verfügung – und zwar **völlig kostenlos!** Kein Grund also, diesen Fremdservice kostenpflichtig in Anspruch zu nehmen und sich mit undurchsichtigen Vertragswerken zu beschäftigen. **Eine Dienstabgabe muss kein Geld kosten.**

Über unser Dienstplanungsprogramm DPP-Online können Sie ganz einfach und bequem einen für Sie unpassenden Dienst zur Abgabe markieren. Jeder zur Abgabe markierte Dienst ist sofort in DPP-Online sichtbar und kann so unmittelbar von einem interessierten Kollegen übernommen werden.

Nach Scannen des QR-Codes gelangen Sie zu DPP-Online.



Bei inhaltlichen Fragen zu DPP-Online wenden Sie sich bitte an unser Team Anwendungsbetreuung unter Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 90 (Montag bis Freitag von 9.00 bis 15.00 Uhr) oder per E-Mail an info.dpp@kvb.de.

Helena Collmann (KVB)

Kollaps der ambulanten Versorgung droht

Deutschlands Kassenärztliche Vereinigungen warnen gemeinsam vor einem Zusammenbruch des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, sollten die dort arbeitenden Ärztinnen und Ärzte in Zukunft zusätzlich zu ihrer privaten Kranken- und Rentenversicherung auch noch Sozialversicherungsbeiträge zahlen müssen. Der Hintergrund: Die Bundesregierung lehnt es aktuell ab, Rechtssicherheit zu schaffen, um die im Bereitschaftsdienst arbeitenden Poolärztinnen und -ärzte von der Sozialversicherungspflicht zu befreien.

Aktuell sichern im Freistaat tausende Poolärztinnen und Poolärzte die Gesundheitsversorgung, wenn die Praxen geschlossen haben, indem sie von niedergelassenen Haus- und Fachärzten Dienste übernehmen und diese dadurch entlasten. Pro Jahr werden in Bayern rund 1,4 Millionen

Patientinnen und Patienten im Bereitschaftsdienst behandelt. Poolärzte, die aktuell per Kooperationsvereinbarung am Bereitschaftsdienst in Bayern teilnehmen, übernehmen zirka 50 Prozent der Bereitschaftsdienststunden. „Müssten die Poolärzte zusätzlich zu den privaten Kranken- und Rentenversicherungsbeiträgen auch Beiträge in die gesetzliche Sozialversicherung einzahlen, werden diese Kolleginnen und Kollegen aus dem Bereitschaftsdienst ausscheiden. Dies haben uns viele mehr als deutlich mitgeteilt“, so der Vorstand der KVB – Dr. med. Christian Pfeiffer, Dr. med. Peter Heinz und Dr. med. Claudia Ritter-Rupp. An längeren Wartezeiten in den Bereitschaftspraxen oder gar Schließungen von einzelnen KVB-Bereitschaftspraxen würde ohne Poolärzte kein Weg vorbeiführen. Leidtragende wären auch die Krankenhäuser, da ohne regionale Bereitschaftspraxen die Notaufnahmen und der Rettungs-

dienst wieder mehr beansprucht würden.

„Unsere niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen wiederum müssten dann – wie in der Vergangenheit – diese Dienste zusätzlich zu ihrer Arbeit in den Praxen übernehmen“, warnt der Vorstand der KVB. „Viele Kolleginnen und Kollegen haben uns signalisiert, dass sie unter dieser Doppelbelastung dann ihre Sprechzeiten einschränken beziehungsweise ihre Praxen sogar ganz aufgeben würden. Schlimmer noch: Auch der ärztliche Nachwuchs wird unter diesen Bedingungen von einer Niederlassung abgeschreckt“, so der Vorstand der KVB. Diese beiden sich verstärkenden Entwicklungen würden in einer Zeit passieren, in der bereits 430 Hausarzt- und 130 Facharztsitze in Bayern offen sind und die KVB-Beratungszentren alle Hände voll zu tun haben, diese zu besetzen.



Die KVen fordern, dass Ärzte im Bereitschaftsdienst – ähnlich wie Notärzte – von der Sozialversicherungspflicht befreit bleiben.

Die KVen in Deutschland und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) forderten daher bei einer gemeinsamen Protestveranstaltung Mitte August in Berlin die Bundesregierung geschlossen auf, eine Bundesratsinitiative anzunehmen und Ärztinnen und Ärzte im Bereitschaftsdienst genauso zu behandeln wie Notärztinnen und Notärzte. Diese sind bereits weitgehend von der Sozialversicherungspflicht befreit. Mehr zur Protestveranstaltung finden Sie auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de.

Dr. phil. Axel Heise (KVB)

Deutliche Warnsignale aus Bayerns Praxen

Die Verunsicherung ist groß in den Praxen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Bayern. Das war eine der Kernaussagen der Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) im vergangenen Juni. Die Schuld daran liegt vor allem bei der Bundespolitik und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese sorgen mit ihrer Blockade-Haltung dafür, dass der wirtschaftliche Praxisbetrieb zunehmend schwieriger wird.

Die VV unter Leitung von Dr. med. Petra Reis-Berkowicz verabschiedete einstimmig mehrere Resolutionen in der Sache. So wird unter anderem vom Gesetzgeber eine neue Systematik für die Weiterentwicklung des Honorars erwartet und der GKV-Spitzenverband aufgefordert, im Rahmen der Honorarverhandlungen auf Bundesebene die immer noch anhaltende inflationsbedingte Kostensteigerung und die erforderlichen Lohnsteigerungen der medizinischen Fachangestellten vollumfänglich auszugleichen. Ein Höhepunkt der VV war die Teilnahme des bayerischen Gesundheitsministers Klaus Holetschek, der sich der Diskussion mit den VV-Mitgliedern stellte. Themen waren dabei die Sicherstellung der ambulanten Versorgung, der Datenschutz im Rahmen der Digitalisierung des Gesundheitswesens, die Eindämmung des Einflusses von Finanzinvestoren im Rahmen investorengetragener Medizinischer Versorgungszentren (iMVZ) und die Reform der Notfallversorgung.



Die Vorsitzende der Vertreterversammlung Petra Reis-Berkowicz freute sich, dass sich Gesundheitsminister Klaus Holetschek der Diskussion mit den VV-Mitgliedern stellte.

Rote Karte für Rund-um-die-Uhr-Dienst

Der Vorstand der KVB – Dr. med. Christian Pfeiffer, Dr. med. Peter Heinz und Dr. med. Claudia Ritter-Rupp – hatte zuvor ausführlich über die drängendsten Themen aus Sicht der KVB berichtet. Die vom Bundesgesetzgeber geplante Notfallreform ist dabei von besonderer Bedeutung, da sie die bewährten Strukturen im ärztlichen Bereitschaftsdienst in Frage stellt und für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte einen enormen Zusatzaufwand durch Rund-um-die-Uhr-Dienste in Bereitschaftspraxen verursachen könnte.

Generell wird es immer schwieriger, junge Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung in eigener Praxis zu begeistern. Einerseits besteht Konkurrenzdruck durch Investoren beim Erwerb von Vertragsarztsitzen und andererseits gibt es zunehmende bürokratische Belastungen durch den Gesetzgeber. Wie der Vorstand

der KVB berichtete, nimmt die Zahl der Regionen in Bayern, in denen Unterversorgung oder auch drohende Unterversorgung formal festgestellt wurden, tendenziell zu. Das führt dazu, dass die KVB momentan sechs weitere Eigeneinrichtungen plant, um Versorgungslücken zu überbrücken.

In Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung hatte eine Studie der KVB Versorgungsdefizite und überdurchschnittlich lange Wartezeiten in strukturschwachen Gebieten – vor allem im Nordosten Bayerns – erbracht. Die KVB ergreift hier alle zur Verfügung stehenden Mittel von der Prüfung möglicher Sonderbedarfszulassungen bis hin zur Bewerbung freier Niederlassungsmöglichkeiten auf diversen Online-Plattformen, um das Angebot an psychotherapeutischer und ambulanter psychiatrischer Versorgung auszuweiten.

Dr. phil. Axel Heise (KVB)

Das eRezept: Auf die Plätze, fertig, los!

Mit dem neuen eGK-Verfahren wird das elektronische Rezept (eRezept) für alle Patienten digital. Ab 2024 kommt die eRezept-Pflicht. Ein Appell, sich jetzt auf das eRezept vorzubereiten und dieses im Praxisalltag auszuprobieren.

Ab 1. Januar 2024 wird das elektronische Rezept nach den Digitalisierungsplänen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) verpflichtend. Alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sollten sich daher jetzt auf das eRezept vorbereiten und die entsprechenden Voraussetzungen in ihren Praxen schaffen. Der Rollout des eRezepts ist bundesweit gestartet.

Neues eGK-Verfahren

Neben den bisherigen Möglichkeiten, das eRezept mittels App oder Ausdruck einzulösen, steht nun auch ein digitaler Weg für Patientinnen und Patienten ohne Smartphone zur Verfügung: die Einlösung mittels elektronischer Gesundheitskarte (eGK). Hierbei werden auf der eGK weder eRezepte noch Zugangsdaten zu den eRezepten gespeichert. Durch das Stecken der eGK in den Apotheken autorisieren die Patienten diese, auf ihre eRezepte zuzugreifen. Die eGK dient der Apotheke somit gewissermaßen als Schlüssel für den Zugriff auf die Verordnungsdaten, die auf dem zentralen eRezept-Fachdienst in der Telematikinfrastruktur liegen. Für das Verfahren ist weder eine



besondere Version der eGK noch eine Patienten-PIN oder Ähnliches erforderlich.

Alle Apotheken müssen seit 1. September 2022 bundesweit eRezeptannahmefähig sein. Die technischen Voraussetzungen für das neue eGK-Verfahren wurden in den Apotheken im Juli und August 2023 geschaffen. Dennoch lohnt es sich, vor der Umstellung auf das eRezept mit den umliegenden Apotheken Kontakt aufzunehmen, um den aktuellen technischen Stand bezüglich des neuen eGK-Verfahrens abzufragen, und um gegebenenfalls einen gemeinsamen Testlauf durchzuführen.

Jetzt eRezept ausprobieren

Die KVB empfiehlt allen bayerischen Praxen, die verschreibungspflichtige Arzneimittel verordnen, die verbleibende Zeit zu nutzen: Schaffen Sie jetzt die technischen Voraussetzungen und machen Sie

sich mit dem neuen Verfahren vertraut. Zur Vorbereitung auf die eRezept-Einführung ist es wichtig, sich insbesondere mit dem digitalen Signaturverfahren und der konkreten Vorgehensweise der eRezept-Ausstellung im Praxisverwaltungssystem (PVS) auseinanderzusetzen und die konkreten Abläufe in der Praxis zu definieren. Nur wenn das eRezept im Praxisalltag frühzeitig getestet wird, können die neuen Abläufe in den Praxen rechtzeitig etabliert und mögliche Unzulänglichkeiten im PVS-Modul durch den Anbieter behoben werden.

Weitere Informationen zum eRezept und den technischen Voraussetzungen finden Sie unter www.kvb.de/ti.

Nina Kösel (KVB)

Der Notruf bei psychischen Krisen

Ob Lebenskrise, Schicksalsschlag oder psychische Erkrankung: Jeder dritte Mensch gerät einmal im Leben in eine Situation, in der psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe notwendig ist. Dr. med. Simona Kralik, ärztliche Leiterin bei den „Krisendiensten Bayern“, spricht über den Beratungsalltag und erläutert die Schnittstellen zu niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie zu Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Frau Dr. Kralik, wie helfen die Krisendienste Bayern konkret?

Bei uns erreichen Menschen in psychischer Not telefonisch täglich rund um die Uhr eine in Krisenarbeit geschulte Fachkraft. Wir beraten individuell und nehmen uns die Zeit, die die Betroffenen brauchen, egal ob zehn Minuten oder mehrere Stunden. Unsere Fachkräfte fangen auf, beraten und vermitteln bei Bedarf die geeigneten Hilfen. Das reicht von Terminen in Beratungsstellen bis zur Begleitung in Fachkliniken. Wenn wir eine Situation am Telefon nicht klären

oder entschärfen können, kommen unsere mobilen Teams an den Ort der Krise.

Können die Krisendienste Bayern die ambulante Versorgung entlasten?

Schnelle, professionelle Hilfe kann gegebenenfalls verhindern, dass eine akute Krise zu einer behandlungsbedürftigen Erkrankung wird. Wir erleben jeden Tag, dass Krisen an Dringlichkeit verlieren, sobald ein Mensch offen und frei darüber reden kann. Viele Krisen können durch unsere Fachkräfte am Telefon gelöst werden. Wenn nicht, dann vermitteln wir über unser engmaschiges Netzwerk vor Ort die jeweils passende Hilfe.

Auch Ärzte und Psychotherapeuten können auf die Krisendienste verweisen?

Ja, wenn sie von weiteren krisenhaften Problemen ihrer Patienten erfahren – zum Beispiel von schweren Schicksalsschlägen, von Überforderung oder von Einsamkeit.



Simona Kralik ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und die fachliche Leitung der Leitstelle der Krisendienste in Unterfranken.

Außerdem können die Krisendienste Bayern auch Teil eines Krisenplans sei, denn wir können Patienten auch nachts und am Wochenende bei akuten Krisen auffangen. Dabei ist es immer unser Ziel, auf bewährte Behandlungsstrukturen zurückzugreifen und zu vernetzen sowie unnötige Klinikaufenthalte zu vermeiden.

Frau Dr. Kralik, vielen Dank für das Gespräch!

*Interview Katharina Hering
(Bayerischer Bezirkstag)*

„Wir alle erleben Krisen – nicht nur im Sport.“

Sei stark und wähle dein Leben.“

Alexander Huber
Extrembergsteiger

0800 / 655 3000

Wir sind für Sie da.

Krisendienste Bayern

Schnelle und qualifizierte Hilfe bei psychischen Krisen: Unter der kostenfreien Rufnummer 08 00 / 6 55 30 00 erreichen alle Menschen in Bayern in seelischen Krisen, Angehörige und Fachstellen jeden Tag rund um die Uhr geschultes Fachpersonal.

Die bayerischen Bezirke und der Freistaat finanzieren das Angebot. Informationsmaterial für Ihr Wartezimmer wie zum Beispiel dieses Plakat (Ausschnitt) können Sie bestellen unter: www.krisendienste.bayern/ueber-uns/info-material/

Sonnenschein und ernste Themen

Im eindrucksvollen Ambiente des Senatsaals im Bayerischen Landtag fand Mitte Juli der traditionelle Sommerempfang von Kassenzahnärztlicher und Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns (KZVB und KVB) statt. Das Interesse war so groß, dass eigens noch Stühle geholt werden mussten, um allen Interessierten bei sommerlich warmen Temperaturen einen Sitzplatz bieten zu können.

In Vertretung des zu Beginn der Veranstaltung noch in Berlin weilenden Bayerischen Gesundheitsministers Klaus Holetschek begrüßte der Vizepräsident des Bayerischen Landtags, Dr. med. dent. Wolfgang Heubisch, die rund 250 Gäste. Unter diesen befanden sich unter anderem zahlreiche

Bundes- und Landtagsabgeordnete wie auch der gesamte Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und Vorstände anderer Kassenzahnärztlicher und Kassenärztlicher Vereinigungen. Heubisch, der selbst Zahnarzt ist, übte in seiner launigen Rede Kritik daran, dass die Gebührenordnungen schon längst nicht mehr dem aktuellen Stand der Medizin entsprächen und zudem viel zu wenig getan werde, um den Einfluss von Investoren in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) einzudämmen.

„Minister der Schmerzen“

Als Gastgeber stellte der KZVB-Vorstandsvorsitzende Dr. med. dent. Rüdiger Schott dem amtierenden Bundesgesundheitsminister Prof.

Dr. med. Dr. sc. Karl Lauterbach, der sich vom „Minister der Herzen“ zum „Minister der Schmerzen“ gewandelt habe, ein schlechtes Zeugnis aus. Er sei dafür verantwortlich, dass das System immer kränker werde. Co-Gastgeber und KVB-Vorstandsvorsitzender Dr. med. Christian Pfeiffer warnte davor, dass die ambulante Versorgung durch die Schaffung von Parallelstrukturen wie Gesundheitskiosken und die ungezügelter Einflussnahme von Finanzinvestoren in iMVZ massiv gefährdet werde. Gerade letzteres ärgert Pfeiffer besonders, denn trotz vieler Appelle sei in Bezug auf iMVZ bislang vonseiten des Gesetzgebers nichts geschehen. Er forderte die gesundheitspolitisch Verantwortlichen dazu auf, „bestehende Strukturen nicht mutwillig zu zerstören, sondern zum Wohle der Patienten zu verbessern“.

Kritik an Krankenhausreform

In der anschließenden gesundheitspolitischen Diskussion ging es streckenweise hoch her: Gerade die geplante Klinikreform sorgte durchaus für kontroverse Meinungen bei den gesundheitspolitischen Sprechern der Landtagsfraktionen. Prof. Dr. med. dent. Peter Bauer (Freie Wähler), Kerstin Celina (Bündnis 90/Die Grünen), Bernhard Seidenath (CSU), Dr. med. Dominik Spitzer (FDP) und Ruth Waldmann (SPD) stritten engagiert über den Erhalt von Kliniken und deren Finanzierung. Während die Vertreterinnen von SPD und Grünen die Kritik an der geplanten Krankenhausreform zurückwiesen und die Reform als gemeinsames Vorhaben von Bund und Ländern beschrieben, bezeichnete es Seidenath als „Mär“, dass die Bundesländer dabei ein-



Die Gastgeber (von links): Dr. Peter Heinz (1. stv. Vorstandsvorsitzender der KVB), Dr. Claudia Ritter-Rupp (2. stv. Vorstandsvorsitzende der KVB), Dr. Christian Pfeiffer (Vorstandsvorsitzender der KVB), Dr. Rüdiger Schott (Vorstandsvorsitzender der KZVB), Dr. Marion Teichmann (stellv. Vorstandsvorsitzende der KZVB), Dr. Jens Kober (Mitglied des Vorstands der KZVB)

gebunden worden wären“. Weitere Themen in der von KZVB-Pressesprecher Leo Hofmeier unterhaltsam moderierten Debatte waren mangelnde Medizinstudienplätze, eine nicht mehr zeitgemäße Bedarfsplanung und die Probleme der Nachwuchsgewinnung. Einigkeit herrschte hingegen unter allen Teilnehmern der Diskussion, dass es mehr Medizin-Studienplätze braucht, um den dringend benötigten Nachwuchs für die Kliniken und die Praxen zu gewinnen. Am radikalsten dabei der Vorschlag von FDP-Mann Spitzer, der selbst niedergelassener Arzt ist: „Der Numerus Clausus gehört für mich beendet.“

Austausch mit Medizinstudierenden

Beim anschließenden Empfang auf dem Balkon des Landtags mit wunderbarer Aussicht auf den Abendhimmel über der Stadt und einigen kühlen Getränken beruhigten sich die erhitzten Gemüter dann auch rasch wieder. Der Bayerische Gesundheitsminister stieß noch zu der Runde und tauschte sich intensiv mit den anwesenden Medizinstudierenden aus. Denn im Endeffekt sind es vor allem diese, auf denen die Hoffnungen für eine gute Zukunft der medizinischen Versorgung der Patienten ruhen.

Martin Eulitz (KVB)



Kontroverse Meinungen bei den gesundheitspolitischen Sprechern der Landtagsfraktionen. Von links: Dominik Spitzer (FDP), Ruth Waldmann (SPD), Kerstin Celina (Bündnis 90/Die Grünen), Leo Hofmeier (KZVB), Bernhard Seidenath (CSU), Peter Bauer (Freie Wähler)



Vertreterinnen und Vertreter der Fachschaft LMU, Erlangen, Regensburg und des BVMD gemeinsam mit dem Bayerischen Gesundheitsminister Klaus Holetschek und Christian Pfeiffer



Vertreterinnen und Vertreter der Fachschaft LMU, Erlangen, Regensburg und des BVMD gemeinsam mit dem KBV-Vorstand

Wer hilft bei Suchterkrankungen?

Die Studie „Suchthilfe Bayern – Rolle von niedergelassenen Ärzt:innen sowie Psychotherapeut:innen in der Versorgung von Menschen mit Substanzkonsumstörungen“ hatte das Ziel herauszufinden, wie viele Praxen in der Versorgung aktiv sind, und sollte auch das Behandlungsgeschehen charakterisieren. Der folgende Artikel fasst die zentralen Ergebnisse des Projekts aus Sicht der KVB zusammen.

Die Studie wurde vom IFT – Institut für Therapiefor- schung gGmbH mit Unter- stützung der KVB durchgeführt (siehe auch KVB FORUM, Ausgabe 5/2022, Seite 23) und vom Baye- rischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gefördert. Der Projektbericht ist online ver- fügbar unter https://ift.de/wp-content/uploads/2023/03/Schwarzkopf-2023_Aerzte_Suchthilfe-Bayern.pdf.

Hintergrund

Die Studie basiert auf Abrechnungs- daten der KVB aus den Jahren 2018 bis 2020. Ziel war es, zu analysie- ren, wie viele Vertragsärzte und -psychotherapeuten Patienten mit substanzbezogenen Störungen (ICD-10-Kodes: F10 bis F19) be- handelt haben. Die suchtbezogene Versorgung dieser Patienten wurde über acht Quartale hinweg ermit- telt. Zusätzlich wurden Interviews mit Vertragsärzten und -psycho- therapeuten durchgeführt, um die wahrgenommenen Versorgungs- herausforderungen zu skizzieren. Hier die wichtigsten Ergebnisse.

Kernergebnisse der Studie

Anzahl der ärztlich und psycho- therapeutisch behandelten Patienten

Jährlich werden in Bayern etwa 500.000 GKV-Versicherte mit Substanzkonsumstörungen im Kontext ihrer Störung ärztlich oder psychotherapeutisch behandelt. Die meisten davon haben Tabak- (zirka 375.000 Personen) oder Alkoholkonsumstörungen (zirka 115.000 Personen). Weniger häufig sind Patienten, die aufgrund von (potenziell) illegalen Substanzen behandelt werden. Hier dominieren Opioidkonsumstörungen (stabil bei zirka 11.000 Personen) und Cannabinoidekonsumstörungen (zirka 8.000 Personen mit steigender Tendenz). Die Daten berücksich- tigen alle Patienten, die das M2Q- Kriterium erfüllen, das heißt in mindestens zwei Quartalen eines Kalenderjahres die entsprechende Diagnose erhalten haben.

Relevanz in ausgewählten Fachgruppen

Nahezu alle Hausärzte behandeln Patienten mit Tabak- oder Alkohol- konsumstörungen, knapp bezie- hungsweise gut die Hälfte von ihnen hat Patienten mit Opioid- oder Cannabinoidekonsumstörungen. Bei den Fachärzten sind Patienten mit Substanzkonsumstörungen selte- ner vertreten. Etwa vier von fünf fachärztlichen Internisten behan- deln Patienten mit Tabakkonsum- störungen, und knapp zwei von drei fachärztlichen Internisten Patien- ten mit Alkoholkonsumstörungen. Der Anteil an fachärztlichen Inter- nisten, die Patienten mit Opioid- oder Cannabinoidekonsumstörun-

gen behandeln, beläuft sich auf ein Zehntel beziehungsweise ein Zwölftel. Etwa drei von zehn Ver- tragspsychotherapeuten behan- deln Patienten mit Alkoholkonsum- störungen, etwa einer von zehn Vertragspsychotherapeuten be- handelt Patienten mit Cannabinoide- konsumstörungen und etwa einer von 14 Vertragspsychotherapeu- ten Patienten mit Tabakkonsum- störungen. Im Vergleich dazu be- handeln nur wenige Vertragspsycho- therapeuten Patienten mit Opioid- konsumstörungen (weniger als einer von 30).

In allen Fachgruppen machen Per- sonen mit Substanzkonsumstörun- gen erwartungsgemäß nur einen kleinen Teil des Gesamtkollektivs der Patienten aus. Unter den Pa- tienten von Hausärzten und Fach- ärzten hat etwa jeder Zwanzigste eine Substanzkonsumstörung, während unter den Patienten von Vertragspsychotherapeuten etwa jeder Dreißigste betroffen ist.

Behandlungsverlauf

Im Verlauf von acht Quartalen su- chen nahezu alle Patienten mit Sub- stanzkonsumstörungen Hausärzte auf. Fachärzte für Innere Medizin werden – je nach Art der Substanz- konsumstörung – von einem Drittel bis knapp zur Hälfte der Patienten aufgesucht. Etwa jeder vierte bis 15. Patient begibt sich in psycho- therapeutische Behandlung.

Während sieben bis neun von zehn Patienten, die Hausärzte aufsuchen, von diesen auch suchtbezogen be- handelt werden, erfolgt die Kontakt- aufnahme zu Fachärzten überwie- gend nicht mit dem Ziel, die Sub- stanzkonsumstörung behandeln

zu lassen, sondern aus anderen Gründen. Ähnliches gilt auch für die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung.

In den Behandlungsfällen, in denen eine Substanzstörung dokumentiert ist, kommt es durchschnittlich zu drei (Tabakkonsumstörungen) bis 17 (Opioidkonsumstörungen) Kontakten mit Hausärzten und zu zwei bis drei Kontakten mit fachärztlichen Internisten. Die Kontaktfrequenz zu Vertragspsychotherapeuten schwankt zwischen vier und fünf Kontakten.

Vergleicht man die Art der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, die von Patienten mit substanzbezogenen Störungen in Anspruch genommen werden, mit den Leistungen, die vom Gesamtkollektiv aller Patienten in Anspruch genommen werden, so ergibt sich ein erheblicher Mehraufwand. Dieser zeigt sich insbesondere in den Bereichen der psychotherapeutischen Behandlung und der Substitutionstherapie.

Herausforderungen in der Versorgung

Die interviewten Vertragsärzte und -psychotherapeuten benannten den Mangel an Therapieplätzen für eine Entwöhnungsbehandlung und in der Folge lange Wartezeiten als zentrale Herausforderung in der Versorgung. Zudem stelle die Stigmatisierung der Betroffenen nach wie vor eine Barriere für die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten dar.

Eine weitere Herausforderung sahen insbesondere die Hausärzte darin, dass sich die spezifischen Anforderungen an die Behandlung teilweise nur schwer mit den strukturellen Arbeitsbedingungen in den Praxen vereinbaren ließen. Die

Psychotherapeuten betonten zudem die hohen Hürden, die das Abstinenzgebot der Psychotherapie-Richtlinie setzt. Alle Fachgruppen waren sich einig, dass das derzeitige Vergütungssystem kaum finanzielle Anreize für eine intensivere Kooperation biete.

Einordnendes Fazit

Große Zahl an Vertragsärzten und -psychotherapeuten

Rund 98 Prozent der Hausärzte, 83 Prozent der fachärztlichen Internisten und 37 Prozent der Psychotherapeuten behandeln Patienten mit Substanzkonsumstörungen suchtbefragten. Berücksichtigt man, dass sich unter den fachärztlichen Internisten auch hochspezialisierte Gruppen befinden, deren Tätigkeit praktisch keine Berührungspunkte mit Suchterkrankungen hat (zum Beispiel Rheumatologen), und dass sich unter den Psychotherapeuten eine große Zahl von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten befindet, in deren Patientenkollektiv Substanzkonsumstörungen sehr selten vorkommen, ist die Beteiligung aller genannten Fachgruppen an der Versorgung sehr hoch. Dies ermöglicht grundsätzlich eine flächendeckende, wohnortnahe und zeitnahe Versorgung der knapp fünf Prozent bayerischen GKV-Versicherten mit Substanzkonsumstörungen.

Patienten werden im KV-System differenziert versorgt

Neben der großen Anzahl an Ärzten und Psychotherapeuten ist auch die Vielzahl der einbezogenen Fachdisziplinen bemerkenswert hoch. Viele Patienten erhalten Unterstützung von Ärzten aus verschiedenen Fachgruppen, wobei die spezialisierten Fachgruppen im Vergleich zum Gesamt-

kollektiv der Patienten überdurchschnittlich häufig aufgesucht werden. Dadurch nutzen Patienten die differenzierten Versorgungsstrukturen in breitem Umfang. Diese umfassende Nutzung der verfügbaren therapeutischen Angebote ist besonders wichtig, um die Rolle der Vertragsärzte und -psychotherapeuten bei der Versorgung realistisch zu beschreiben.

Hoher Stellenwert der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung

Die abschließende Gegenüberstellung der Behandlungsdaten mit den bayernspezifischen Daten der Deutschen Suchthilfestatistik verdeutlicht, dass Ärzte und Psychotherapeuten eine wesentlich größere Anzahl von Personen mit substanzbezogenen Störungen behandeln als die klassische Suchthilfe, die sich eher auf betreuungsintensive Aspekte wie Beratung, Entwöhnung und Therapie konzentriert. Hier zeigt sich, dass den Hausärzten eine entscheidende Rolle zukommen kann, wenn es darum geht, die sektorenübergreifende Versorgung von Suchtkranken zukünftig weiterzuentwickeln, da sie besonders häufig in Anspruch genommen werden.

*PD Dr. Larissa Schwarzkopf,
M.Sc. Psychologie Mark Hulm
(beide IFT)*

*Dipl.-Psych. Rebekka Redel,
Dr. rer. biol. hum. Martin Tauscher
(beide KVB)*

„Die Photovoltaikanlage ist schon bestellt“



Ehrgeizigen Nachhaltigkeitszielen hat sich die hausärztliche Gemeinschaftspraxis Bad Endorf/ Eiselfing verschrieben, die wir im Rahmen unserer neuen Rubrik „Praxis und Umwelt“ vorstellen. Dr. med. Stephanie Bolland und Dr. med. Janina Nitsche haben uns das Drei-Säulen-Modell der beiden Niederlassungen erläutert.

Es ist gut drei Jahre her, dass die elf Gesellschafter der beiden Praxen im Rahmen eines Strategietags beschlossen, das Thema Nachhaltigkeit zu einem übergeordneten Praxisziel zu erklären. Mit ihren 50 Mitarbeitenden und rund 10.000 Patientinnen und Patienten, so die Argumentation, habe die hausärztliche Gemeinschaftspraxis in der Umgebung Vorbildfunktion. Zunächst, so erzählt Stephanie Bolland, Fachärztin für Innere Medizin, Sport- und Notfallmedizin, sei man mit Dingen gestartet, die man klassischerweise auch zu Hause schnell verändern könne: Umstellung auf ökologische Putzmittel, Waschmittel, Toilettenpapier etc. „Wir haben auch auf Umweltpapier umgestellt, beziehungsweise versucht, Aus-

Öko-Obstkiste von einem umliegenden Bauern organisiert, um Verpackungsmüll in der Mittagszeit oder den Zwischenmahlzeiten zu reduzieren.“ Darüber hinaus habe man recherchiert, wo man die Praxisbekleidung für die immerhin 50 Mitarbeitenden ökologisch und möglichst wohnortnah produzieren lassen könne und hierfür einen lokalen Anbieter gefunden.

Den größten Beitrag zum Thema „ökologische Nachhaltigkeit“ leistet sich die hausärztliche Praxisgemeinschaft allerdings im Herbst/Winter dieses Jahres. „Unsere Gesellschafter haben die Entscheidung für eine Photovoltaikanlage getroffen, die in Bad Endorf auf der kompletten Dachfläche unseres Praxisgebäudes installiert wird“, erzählt Janina Nitsche. „Das ist eine Rieseninvestition, die wir nur tätigen können, weil wir Miteigentümer des Gebäudes sind.“

Drei-Säulen-Modell etabliert

Bei der Beschäftigung mit dem Thema Nachhaltigkeit, so Janina Nitsche weiter, sei den Gesellschaftern damals schnell klar geworden, dass man sich nicht auf rein ökologische Maßnahmen beschränken könne, sondern das Projekt deutlich weiter fassen müsse. In der Recherche sei man sowohl auf das „Modell der Gemeinwohlökonomie“ als auch auf das „Drei-Säulen-Modell“ gestoßen. Beide berücksichtigen neben ökologischen auch wirtschaftliche und soziale Aspekte. Und beide Modelle, so Nitsche, würden in der Praxis als Orientierungs- und Umsetzungshilfe genutzt. „Zum Beispiel“, ergänzt Stephanie Bolland, „war es uns ein Dorn im Auge, dass im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie so viel Maskenmüll entstanden ist. Um



Stephanie Bolland (links) und Janina Nitsche sind in der Praxis in Bad Endorf tätig und gemeinsam mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sowie zwei MFA in der Arbeitsgruppe „Nachhaltigkeit“ aktiv.

drucke zu vermeiden und möglichst alles digital zu versenden, besonders zwischen unseren Praxen.“ Ihre Kollegin Janina Nitsche, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Anthroposophische Medizin, ergänzt: „Wir haben dann auch Fairtrade-Kaffee für unsere Teams angeschafft und die Belieferung mit einer

hier wenigstens einen wirtschaftlich akzeptablen Beitrag zu leisten, haben wir Masken bei lokalen Anbietern beschafft, statt Ware aus China einzusetzen.“ Janina Nitsche erzählt weiter: „Ein großer Themenkomplex der wirtschaftlichen Nachhaltigkeit unserer Praxisgemeinschaft besteht in der Aus- und Weiter-

bildung unserer Assistenzärztinnen und -ärzte sowie MFA. Damit wollen wir die patientenorientierte, hausärztliche Versorgung in unserer Region sicherstellen und die Kontinuität einer attraktiven, ärztlich geführten überörtlichen Praxis erhalten.“

Soziale Nachhaltigkeit leben

Interessant ist auch der Aspekt der „sozialen Nachhaltigkeit“: „Das bedeutet, dass wir alles tun, damit sich unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei uns wohl- und abgesichert fühlen und möglichst viele Jahre bei uns beschäftigt bleiben wollen“, meint Stephanie Bolland und betont, dass die Arbeitszufriedenheit in beiden Praxen sehr hoch sei und von Kollegialität, flachen Hierarchien, hohem gegenseitigen Respekt und der Möglichkeit zur Mitgestaltung geprägt sei. Der Erfolg könne sich sehen lassen. „Wir sind mit MFA derzeit komplett besetzt, was in Zeiten des Fachkräftemangels schon etwas heißen will.“ Dafür werde von den Praxisbetreibern auch einiges geboten: Neben einem übertariflichen Gehalt kommen die Mitarbeitenden in den Genuss flexibler Arbeitszeitmodelle, partizipieren vom JobRad-Modell und mehreren sportlich oder kulturell ausgerichteten Betriebsausflügen pro Jahr.

Ein Prozess – und kein Selbstläufer

Doch wie viel Unterstützung erhält die Praxisleitung dafür von ihren Mitarbeitenden in Sachen Nachhaltigkeit? Janina Nitsche weiß, dass das Ganze kein Selbstläufer ist. „Unsere Ärzte, Weiterbildungsassistenten und MFA tragen die Beschlüsse zum Großteil gut mit, weil sie die Notwendigkeit für unsere Gesellschaft einsehen.“ Auch Stephanie Bolland bezeichnet das ganze Unterfangen als Prozess: „Man muss bestimmte Dinge immer wieder thematisieren, gerade auch, was die Mülltrennung angeht, sonst kann es passieren, dass alles, was wir hier tagsüber sorgsam getrennt haben, abends um 22 Uhr von der Reinigungsfirma einfach wieder in einen Behälter zusammengekippt wird.“

Es sei deshalb hilfreich, vieles in Arbeitsgruppen gemeinsam zu erarbeiten und umzusetzen, weil dadurch die Akzeptanz erhöht werde, so Janina Nitsche. „In Arbeitsgruppen zu arbeiten, ist deshalb Bestandteil unserer Praxisphilosophie. Wir treffen uns in einem gewissen Turnus, um an der Basis neue Themen und Abläufe zu entwickeln“. Es dauere natürlich immer einige Zeit, bis sich die Effekte im Praxisbetrieb tatsächlich bemerkbar machten. Zum Beispiel sei

man im Moment dabei, sich über eine mögliche Begrünung einer Freifläche vor dem Gebäude zu informieren. Die Fläche gehöre der Gemeinde, könne aber durch eine Begrünung an heißen Tagen einen kühlenden Effekt auf das Praxisgebäude bewirken.

Wunsch nach Förderung durch die Politik

Ein weiteres wichtiges Thema ihrer Arbeitsgruppe sei das Ziel einer Praxiszertifizierung, berichtet Stephanie Bolland. Leider sei es sehr aufwendig, die Informationen zu den entsprechenden Möglichkeiten zusammenzutragen. Andere Bundesländer wie Baden-Württemberg würden nachhaltige Praxen bereits zertifizieren und fördern. Dies wünschen sich auch Bolland und Nitsche in Bayern. „Das wäre ein Anreiz für viele Praxen, nachhaltiger zu werden. Vielleicht mit einer Gültigkeit von drei Jahren, damit man sich auch danach immer wieder selbst hinterfragt, inwieweit noch alles im grünen Bereich ist,“ meint Stephanie Bolland.

Ratschläge und Tipps für andere Praxen

Was raten die beiden jungen Ärztinnen anderen Praxen, die sich auf den spannenden Weg zu mehr Nachhaltigkeit begeben wollen? „Man ist ja bei vielen Ideen tatsächlich an die räumlichen Gegebenheiten und Eigentumsverhältnisse der eigenen Praxis gebunden. Nicht jeder hat die Möglichkeit, das angemietete Gebäude oder die angemieteten Räume selbst umzugestalten. Aber man kann zumindest mit kleinen Investitionen, zum Beispiel bei der Bestellung des täglichen Praxisbedarfs, durch Suche nach nachhaltigen, lokalen Anbietern und die Möglichkeit von Sammellieferungen Verpackungsmüll sparen“, so die Tipps von Stephanie Bolland. Ihre Kollegin ergänzt: „Ein wichtiges Anliegen für Praxen sollte generell sein, sich der Umwelt zuliebe miteinander zu vernetzen, um Nachhaltigkeit für viele Praxen besser umsetzbar und geeignete Materialien, wie Leitfäden, einfacher verfügbar zu machen.“ Die beiden Medizinerinnen empfehlen außerdem, sich als Mitglied bei der „Deutschen Allianz für Klimawandel und Gesundheit – KLUG“ zu engagieren. Die Plattform diene der ausführlichen Information und des fachlichen Austausches und werde ständig weiterentwickelt.

Marion Munke (KVB)

Außerklinische Intensivpflege

Seit Januar 2023 ist die außerklinische Intensivpflege ein eigenständiger Verordnungsbereich. Grundlage ist eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses – die AKI-Richtlinie. Die meisten Patientinnen und Patienten, die eine außerklinische Intensivpflege benötigen, sind beatmet oder trachealkanüliert. Die Entwöhnung von der Beatmung beziehungsweise der Trachealkanüle stehen nun im Fokus.

Zirka 22.000 Menschen sind bundesweit so schwer krank, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich lebensbedrohliche Situationen zu unvorhersehbaren Zeiten auftreten können. Daher ist neben der ärztlichen Behandlung die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege erforderlich.

Am 20. Juli 2023 hat der G-BA Neuerungen zur AKI-Richtlinie beschlossen, die im Folgenden dargestellt werden, aber noch unter dem Vorbehalt der Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit stehen.

Potenzialerhebung

Vor der Verordnung muss eine Potenzialerhebung erfolgen. Dabei wird beispielsweise geprüft, ob Potenzial zur Entwöhnung, eine Reduzierung der Beatmungszeit und/oder eine Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung sinnvoll sein könnte. Seit dem G-BA-Beschluss gilt eine **Übergangsregelung bis Ende 2024**, nach der zur Vermeidung von Versorgungslücken die Leistung auch dann ärztlich verordnet werden darf, wenn ausnahmsweise keine Potenzialerhebung vorliegt.



Wer ist zur Potenzialerhebung berechtigt?

- Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie
- Fachärzte für Anästhesiologie mit mindestens sechsmonatiger einschlägiger Tätigkeit in einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- Fachärzte für Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie oder Neurologie mit mindestens zwölfmonatiger einschlägiger Tätigkeit in einer Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- weitere Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit.

Neu bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung

Kinder- und Jugend-Pneumologie

- Fachärzte mit jeweils einschlägiger Tätigkeit in der **Behandlung von** langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten **Kindern und Jugendlichen** auf einer hierfür spezialisierten stationären Einheit, in einer entsprechend hierfür spezialisierten Hochschulambulanz oder in einem entsprechend hierfür spezialisierten sozialpädiatrischen Zentrum:
 - Fachärzte für Anästhesiologie: mindestens sechs Monate einschlägige Tätigkeit
 - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin: mindestens zwölf Monate einschlägige Tätigkeit
 - weitere Fachärzte: mindestens 18 Monate einschlägige Tätigkeit
- Bei **jungen Volljährigen** kann

die Erhebung bei einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Versicherten in einem hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum (MZEB) zusätzlich erfolgen durch:

- Fachärzte für Anästhesiologie: mindestens sechs Monate einschlägige Tätigkeit
- weitere Fachärzte: mindestens einschlägige 18 Monate Tätigkeit

Die extra nachzuweisenden einschlägigen Tätigkeiten müssen jeweils neben der Aus- und Weiterbildung zum Facharzt erworben worden sein.

Für die Erhebung benötigen alle genannten Gruppen eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Auch Ärztinnen und Ärzte in Praxen und Krankenhäusern, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind zur Potenzialerhebung berechtigt – diese nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Verordnung

Hierfür wird das Ordnungsformular 62B verwendet. In der Regel erfolgt die Erstverordnung im Krankenhaus (Entlassmanagement), was für bis zu sieben Kalendertage möglich ist.

Wer ist zur Verordnung berechtigt?

- **Fachärzte**
 - mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
 - für Innere Medizin und Pneumologie
 - für Anästhesiologie
 - für Neurologie

- für Kinder- und Jugendmedizin
- mit Genehmigung zur Potenzialerhebung

Diese Fachgruppen benötigen keine weitere Genehmigung der KVB.

■ Hausärzte

Außerdem dürfen Hausärzte mit Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Patienten verordnen. Hierfür ist eine Genehmigung bei der KV zu beantragen.

Die Kompetenzen können wie folgt nachgewiesen werden:

- Zertifizierte KBV-Fortbildung (KBV-Fortbildungsportal Online - www.kbv.de/html/fortbildung.php)
- Praktische Erfahrung durch

Behandlung von Patienten der AKI

- Weitere Fortbildungen und Kurse

■ Neu seit Beschluss des G-BA: weitere Vertragsärzte

Zudem können auch weitere Vertragsärzte mit Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Patienten verordnen. Hierfür ist eine Genehmigung bei der KVB zu beantragen.

Eine Vergütungsübersicht **Außer-klinische Intensivpflege** finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/verordnungen/sonstige-verordnungen

Eva Maier (KVB)

Erhebung persönlich oder telemedizinisch?

Die Erhebung muss grundsätzlich mindestens einmal jährlich unmittelbar persönlich erfolgen, vorrangig am Ort der Leistung – also dort, wo die betroffene Person lebt, beispielsweise in einer Beatmungs-WG. Im Übrigen kann sie auch telemedizinisch durchgeführt werden.

Was ist eine Beatmungsentwöhnungs-Einheit?

Beatmungsentwöhnungs-Einheiten sind spezielle interdisziplinäre Einrichtungen, die die besonderen Anforderungen der Respirator-entwöhnung bei langzeitbeatmeten Versicherten erfüllen. Eine solche Einheit hat einen Schwerpunkt in der Versorgung von Versicherten im und nach prolongiertem Weaning und in der Einleitung, Kontrolle und Betreuung von Versicherten mit außer-klinischer Beatmung. Einheiten in diesem Sinne sind beispielsweise Einheiten, die berechtigt sind, Maßnahmen nach Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-718.8 oder 8-718.9 durchzuführen. Auf die Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen spezialisierte stationäre Einheiten sind beispielsweise die auf diese Versichertengruppe spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheiten, Kinderintensivstationen, Einheiten der neuropädiatrischen Frührehabilitation oder Querschnittszentren, die beatmete und trachealkanülierte Kinder und Jugendliche mit geeigneten Fallzahlen behandeln und Maßnahmen nach OPS-Code 8-716 durchführen.

Praxisgründung hybrid

Was ist der Unterschied zwischen einer Praxisgemeinschaft und einer Gemeinschaftspraxis? Wie erfahre ich, in welchen Regionen Ärztinnen und Ärzte gesucht werden? Antworten auf diese Fragen bekommen Medizinstudierende mittlerweile an fünf Universitäten in sogenannten „Praxisgründungsseminaren“. Ein Besuch bei der ersten Abschlussveranstaltung des neu eingeführten Wahlpflichtfachs an der Universität Augsburg.

Es ist der 4. Juli 2023. Das Sommersemester neigt sich dem Ende zu, Hörsäle und Seminarräume leeren sich. Auch die Augsburger Medizinstudierenden sehnen sich nach den Semesterferien. Das letzte was man jetzt in der drückenden Sommerhitze erwartet, ist ein Raum voll aufmerksamer und diskussionsfreudiger Studierender. Doch genau hier, am Uniklinikum Augsburg, im Gebäude einer ehemaligen Kinderklinik ist dies der Fall. Hier findet heute die Abschlussveranstaltung des Seminars „Ohne Sorge in die Niederlassung“ statt. Zwei der 16 Teilnehmenden halten ihre Abschlusspräsentation – mit Benotung. Der Rest ist freiwillig hier. Sie wollen lernen, wie viele Patientinnen und Patienten in einer eigenen Praxis benötigt werden, wie ein Liquiditätsplan aussieht oder was überhaupt betriebliche Kennzahlen sind.

Kaum war das Institut für Allgemeinmedizin in Augsburg im Frühjahr 2023 gegründet, wurde im Sommersemester 2023 ein Praxisgründungsseminar als Wahlpflichtfach angeboten. Das moderne hybride Konzept entsprach den Bedürfnissen der Studierenden: Erst

konnten sie sich die Inhalte per Video im Selbststudium aneignen und im Anschluss Fragen dazu an ihre Coaches in den Präsenztreffen stellen.

Dabei haben sie auch so manch erfahrene KVB-Präsenzberater durchaus überrascht. „Die Fragen waren zum Teil sehr vorausschauend und oft ziemlich konkret. Wir haben sogar im Nachgang noch detaillierte Informationen zur Bedarfsplanung an einzelne Seminarteilnehmer geschickt“, so Robert Schneck, Leiter Beratungszentrum Augsburg und sein Berater-Kollege Michael Geltz, die

den Augsburger Studierenden als Experten zur Seite standen.

„Jetzt habe ich richtig Lust darauf!“

Wie wichtig Praxisgründungsseminare für die eigene Niederlassung sind, wissen die Augsburger Medizinstudierenden jetzt. Zwar herrschen bei vielen noch Unsicherheiten, in welche Fachrichtung es gehen soll und ob sie später in einer ländlichen Region oder einer Stadt arbeiten möchten. Bei einem sind sich alle Teilnehmenden an diesem heißen Julitag aber sicher:

Was Sie für Ihre Praxisnachfolge schon heute tun können:

Famulaturen anbieten

In vierwöchigen Famulaturen erhalten Medizinstudierende Einblicke in Ihren Praxisalltag. Wenn Ihre Praxis in einem ländlichen Gebiet liegt, unterstützen wir Ihren Famulus mit bis zu 1.000 Euro. Für weitere Informationen scannen Sie bitte den QR-Code.



Blockpraktika und PJ-Tertiale anbieten

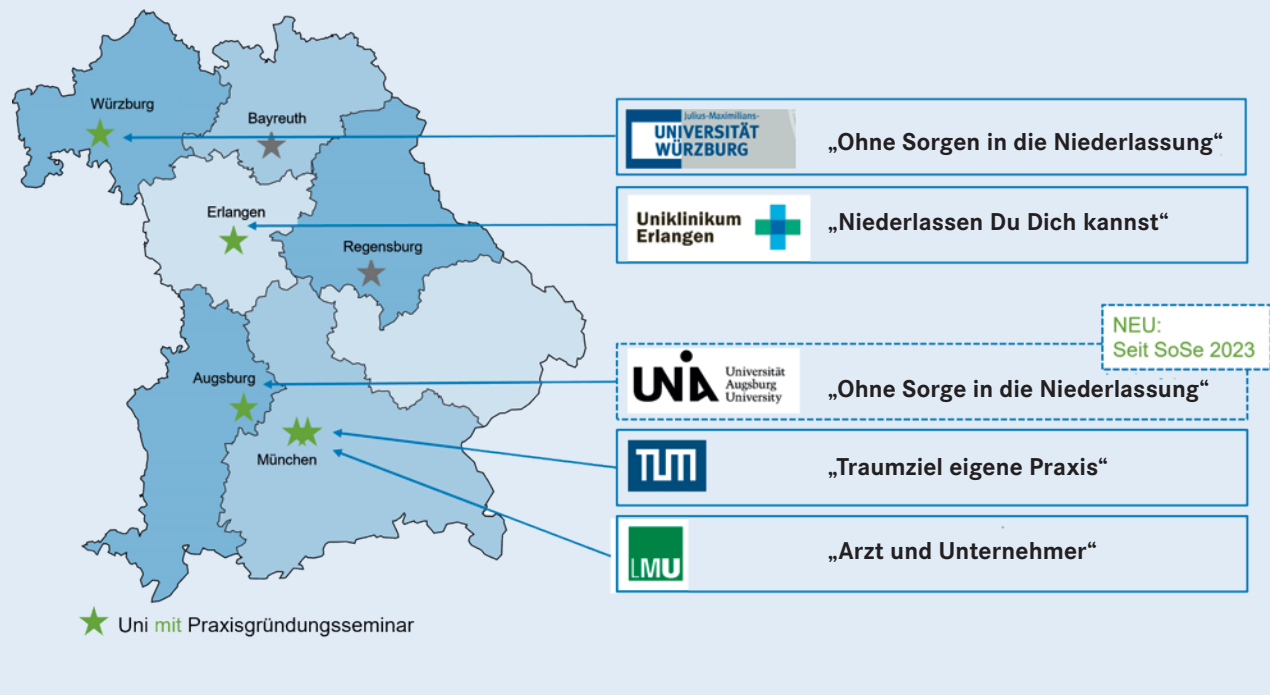
„Ich mag den kollegialen Austausch mit Medizinstudierenden von der Uni“, erzählt ein Lehrpraxeninhaber und ergänzt: „Ich gebe meine Erfahrung weiter und erfahre ebenfalls auch Neues“. Haben Sie auch Interesse, eine Lehrpraxis zu werden? Auf den Internetseiten der Medizinfakultäten erfahren Sie mehr zu den jeweiligen Voraussetzungen.

Weiterbildung anbieten

Früher wurde die Weiterbildung zum Facharzt meist mit der Klinik verbunden. Heutzutage ist eine Weiterbildung im ambulanten Bereich viel selbstverständlicher. Zudem werden Weiterbildungen finanziell unterstützt. Stark vereinfacht gesagt: Dank sogenannter Weiterbildungsförderungen wird das Gehalt des Arztes in Weiterbildung (AiW) zum Großteil übernommen. Für weitere Informationen scannen Sie bitte den QR-Code.



Seit 2023: Fünf Universitäten mit Praxisgründungsseminaren



Unterschiedliche Titel, gleiches strategisches Ziel: Fünf Universitäten bieten mittlerweile Praxisgründungsseminare an. Fester Baustein: Coaching durch erfahrene KVB-Praxisführungsberater

Das Seminar hat sich gelohnt. „Grundsätzlich hatte ich immer Angst davor, weil ich nicht wusste, was da finanziell auf mich zu kommt und ob sich das überhaupt rentiert. Das haben wir jetzt erklärt bekommen. Und jetzt habe ich auch richtig Lust darauf!“, so Maximilian Richter, Medizinstudent im achten Semester.

Verschiedene Formate, gleiches Ziel

Mit der Etablierung des Praxisgründungsseminars an der Uni Augsburg bieten nun insgesamt fünf Universitäten entsprechende Wahlpflichtfächer an. Titel und Formate unterscheiden sich, das Ziel ist das gleiche: Studierenden schon frühzeitig die verschiedenen Optionen im ambulanten Bereich vorzustellen. Für den Vorstand der

KVB sind die Uni-Seminare ein wichtiger Baustein in der strategischen Nachwuchsförderung: „Wir freuen uns, dass unsere Praxisführungsberater schon frühzeitig – noch an der Uni – die Fragen von Medizinstudierenden beantworten. Aus eigener Erfahrung wissen wir: Der ambulante Bereich kam an der Uni kaum vor. Umso besser, dass das heute anders ist. Unser Dank gilt den allgemeinmedizinischen Lehrstuhlinhabern und allen anderen beteiligten Mitarbeitern, Coaches und beratenden Fachexperten, die die Seminare so lebendig gestalten“, so der Vorstand der KVB, Dr. med. Christian Pfeiffer, Dr. med. Peter Heinz und Dr. med. Claudia Ritter-Rupp.

*Raphaela Fritzsche, Angela Kiser
(beide KVB)*



Praxisnetz-Workshop: Zeit für intensiven Austausch

Die Praxisnetze waren beim Workshop in Nürnberg fast vollzählig vertreten.



Endlich wieder in Präsenz: Die KVB hatte ihre anerkannten Praxisnetze zum jährlichen Workshop eingeladen. Viele sind dieser Einladung gefolgt und erlebten ein anspruchsvolles, vielseitiges und vor allem interaktives Programm.

Am 5. Juli 2023 trafen sich in Nürnberg 18 Vertreterinnen und Vertreter der 20 anerkannten Praxisnetze in Bayern zum gemeinsamen Austausch mit dem Referat Versorgungsinnovationen. Nach drei Jahren Online-Konferenzen war die Wiedersehensfreude auf beiden Seiten groß, der Bedarf an persönlichem Austausch sowieso und dem wurde die Agenda, die unter dem Motto „Informieren und Diskutieren“ stand, an diesem Nachmittag mehr als gerecht.

Viel Zeit für Diskussion

Das Herzstück des Workshops bildete eine sogenannte „Open Space“-Diskussionsrunde, bei der sich die Teilnehmer in Gruppen zu vier aktuellen Themen ausgiebig austauschen konnten. Intensiv

diskutiert wurde die Rolle von Niedergelassenen und Praxisnetzen im Rahmen der geplanten Krankenhausreform, der Problematik des Fachkräftemangels und der Umgang mit großen Medizinischen Versorgungszentren, die in einem Praxisnetz Mitglied werden möchten. Angesichts der bereits vorhandenen vernetzten und regionalen Strukturen und der bestehenden Kooperationen könnten Praxisnetze wichtige Impulse setzen. Sie sind aktive Gestalter ihrer Region und bieten sich vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen als wertvolle Ansprechpartner vor Ort an.

Die angeregten Diskussionen des Workshops ermöglichten einen intensiven Wissensaustausch über zukünftige Trends und über bevorstehende Veränderungen. Das Format kam bei den Teilnehmern gut an, viele Fragen wurden gestellt und es wurde der Wunsch geäußert, diese wertvolle Zusammenarbeit fortzusetzen, um weiterhin gemeinsam an zukunftsfähigen Lösungen zu arbeiten. Eine Bitte, der wir gerne nachkommen!

Die neue Anerkennungsrichtlinie

Auch der informative Teil des Workshops stieß auf großes Interesse, denn es wurde die neue KVB-Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen vorgestellt, die am 21. Juni 2023 von der Vertreterversammlung der KVB genehmigt wurde und zum 1. August 2023 in Kraft getreten ist. Sie bildet die Grundlage für die künftige Anerkennung der Praxisnetze (siehe Kasten). Da trotz umfassender Informationen Fragen zur Richtlinie aufkommen, vor allem wenn die Richtlinie bei den Re-Zertifizierungen aktiv angewendet wird, werden wir für die anerkannten Praxisnetze im Oktober eine zusätzliche Informationsveranstaltung zu diesem Thema anbieten.

Engagement, das sich sehen lassen kann

Ein Blick zurück auf das vergangene Jahr zeigte die Vielfalt des Engagements von Praxisnetzen und die vielen Themen, die wir gemeinsam mit den bayerischen Netzen bearbeiten. Diese reichen von

Projekten zur Sicherstellung der Methadon-Substitution und von sektorenübergreifenden Ansätzen in der Osteoporoseversorgung, über Themen wie Nachhaltigkeit im Praxisalltag und dem Interesse an der Nachwuchsförderung bis zur Gründung und dem Betrieb des mittlerweile dritten Praxisnetz-MVZs. Besonders zu dem Thema Nachhaltigkeit in Arztpraxen erläuterte unter anderem Dr. med. Andreas Lipécz vom Praxisnetz QuE Nürnberg, dass Praxisnetze ein wichtiger Multiplikator sein können, um Wissen aktiv weiterzugeben und die Ressourcenverteilung zu optimieren. Es gibt auch erste Überlegungen zu einem

neuen gemeinsamen Antrag für ein Innovationsfondsprojekt. Das zufriedenstellende Fazit dieses intensiven Nachmittags lautete:

„Wenn man sich trifft und miteinander spricht, kommt man auf Ideen.“

Inga Jürgens (KVB)



Viel Gesprächsbedarf gab es zum Thema „geplante Krankenhausreform“.

Praxisnetze gemäß Paragraf 87b SGB V

Grundlage für die Richtlinien zur Anerkennung von Praxisnetzen ist die grundlegend überarbeitete Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). In deren Folge wurde auch die Richtlinie der KV Bayerns neu gefasst. Die Richtlinie regelt die Anerkennung von Praxisnetzen in Bayern gemäß Paragraf 87b Absatz 4 SGB V. Praxisnetze im Sinne dieser Richtlinie sind **Zusammenschlüsse von Vertragsärzten** verschiedener Fachrichtungen sowie Vertragspsychotherapeuten zur **interdisziplinären, kooperativen, wohnortnahen ambulanten medizinischen Versorgung** unter Berücksichtigung der lokalen sozio-demografischen Situation in Bayern. Ziel solcher Zusammenschlüsse ist die Steigerung der Qualität sowie der Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierte fachlichen Zusammenarbeit.

Wesentliches aus der Richtlinie in Auszügen

- Zusammenschluss von 20 bis in der Regel 100 Netzpraxen aus mindestens drei Fachrichtungen.
- Fokus liegt auf im Praxisnetz abgestimmten Maßnahmen und Routinen („Standards“), denen jeweils der Netzgedanke einer intensivierten fachlichen und organisatorischen Zusammenarbeit zugrunde liegt, zum Beispiel in Bezug auf Therapiekoordination, interprofessioneller Austausch, Wissens- und Informationsmanagement, Patientensicherheit, Barrierefreiheit, Wirtschaftlichkeitsverbesserungen.
- Ein Ärztlicher Leiter unterstützt die Umsetzung der Standards zur Unabhängigkeit von Dritten zu Qualitätsmanagementverfahren und -zielprozessen sowie zur Beteiligung an vereinbarten Maßnahmen zum Wissens- und Informationsmanagement.
- Ein Schwerpunkt ist die Nachwuchssicherung mit Unterstützung von Studierenden, später auch Unterstützung bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung durch Kooperation mit Weiterbildungsverbänden und Gesundheitsregionen^{plus}.
- Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf Regionalität, zum Beispiel durch spezifische regionale Versorgungsmaßnahmen sowie drei Kooperationspartner bei Anerkennung auf Stufe I.
- Teilnahme-Voraussetzungen: Mindestens zweijähriges Bestehen des Praxisnetzes, Anzeige des Bestehens bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK).
- Für angestellte Ärztinnen und Ärzte wurde die Teilnahme in einem Praxisnetz erleichtert.
- Bundesweit stärkere Transparenz über Praxisnetz-Aktivitäten (auch durch KVB und KBV) gegeben.

Das „Landarztportal Bayerischer Wald“

Er gilt als eine der schönsten Gegenden des Freistaats: Der Bayerische Wald. Doch trotz aller Vorzüge, die ein Leben in der ländlichen Idylle mit sich bringt, gilt es als schwierig, niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte für die Region rund um Arber, Geisskopf und Scheuereckberg zu finden. Ein „Landarztportal“ soll nun bei der Suche helfen.

Als drohend unterversorgt gelten mittlerweile die Landkreise Cham (Hautärzte) und Freyung-Grafenau (Kinder- und Jugendärzte). Im Landkreis Regen sucht die KVB aufgrund der anhaltenden Unterversorgung zudem interessierte Dermatologen für eine Anstellung in einer KVB-Eigeneinrichtung mit dem Ziel, die Praxis perspektivisch in zwei Jahren in eigener Verantwortung weiterzuführen.

Dass es sich bei den beschriebenen Versorgungsproblemen nicht

nur um ein vorübergehendes Phänomen handelt, steht dabei auch für die Akteure vor Ort außer Frage. Um der Mangelsituation langfristig zu begegnen, haben die Landkreise Cham, Deggendorf, Freyung-Grafenau und Regen nun das „Landarztportal Bayerischer Wald“ ins Leben gerufen. Rainer Unrecht, Geschäftsstellenleiter der Gesundheitsregion^{plus} im Landkreis Deggendorf, stellt das Projekt im Interview vor.

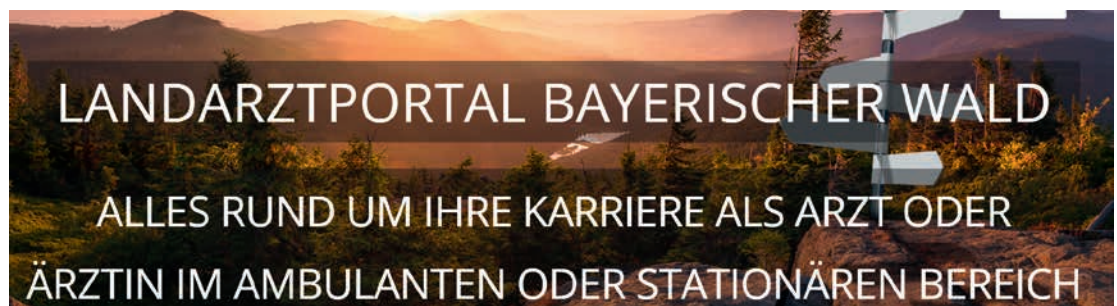
Herr Unrecht, die beteiligten Landkreise betreiben bereits je eine eigene Gesundheitsregion^{plus}-Geschäftsstelle. Was ist das Besondere am „Landarztportal Bayerischer Wald“ und welche Effekte erwarten Sie sich?

Die vier Regionen schaffen mit dem Portal eine übergreifende Plattform, um den ärztlichen Nachwuchs effektiver zu gewinnen. Damit können wir Ressourcen bündeln und Synergien

nutzen. Wir wollen über die Landkreisgrenzen hinaus denken und es ist für uns zweitrangig, ob sich eine Ärztin oder ein Arzt in einem bestimmten Landkreis niederlässt. Das Wichtigste ist die langfristige Sicherstellung der ärztlichen Versorgung für die gesamte Region.

Ein weiteres Merkmal unserer Webseite besteht darin, dass sie einen informativen Überblick für Schüler, Studierende und Ärzte bietet und dabei auch regionale Gegebenheiten berücksichtigt. Dazu zählen beispielsweise örtliche Stipendien und die regionale Infrastruktur mit Kliniken, Ärzteverbänden, aber auch Tourismusangeboten. Zudem findet man zu jedem Landkreis konkrete Ansprechpartner in den Geschäftsstellen der Gesundheitsregion^{plus}, die als Vermittler und Unterstützer fungieren.

Mit den Rubriken „Schüler“, „Studierende“ und „Ärzte“ richtet



Das Portal erreichen Sie unter www.landarztportal.de.

Ansprechpartner in den Geschäftsstellen der Gesundheitsregion^{plus} sind

Melanie Feldmann, Landkreis Arberland/Regen: MFeldmann@lra.landkreis-regen.de

Eva Liedtke, Landkreis Cham: eva.liedtke@lra.landkreis-cham.de

Rainer Unrecht, Landkreis Deggendorf: unrechtr@lra-deg.bayern.de

Rene Kurtz, Landkreis Freyung-Grafenau: Rene.Kurtz@landkreis-frg.de



Die Geschäftsstellenleiter der teilnehmenden Gesundheitsregionen^{plus}:
Rene Kurtz, Eva Liedtke, Natalie Walter (ehemalige Geschäftsstellenleiterin Arberland/Regen) und Rainer Unrecht (von links)

sich das Portal an unterschiedliche Zielgruppen. Mit welchen Angeboten?

Interessierte Schülerinnen und Schüler können dort Informationen über den Aufbau und den Ablauf des Medizinstudiums sowie über Fördermöglichkeiten und Bewerbungsverfahren finden. Zudem werden regionale Informationsveranstaltungen aufgelistet, wie beispielsweise Berufsorientierungstage oder spezielle Vorbereitungskurse für medizinische Eingangstests.

Für Medizinstudierende bietet die Website einen Überblick über praktische Inhalte während des Studiums und zeigt, wo diese in der Region absolviert werden können. Dazu gehören das Pflegepraktikum, die Famulatur sowie das Praktische Jahr (PJ) und fachliche Begleitangebote wie die Teaching-Reihe im Landkreis Cham. Die Studierenden können erfahren, welche speziellen Programme die Einrichtungen im Bayerischen Wald anbieten.

Insbesondere Ärzte in Weiterbildung oder neue Ärzte in der Region erhalten auch Auskünfte zu bestehen-

den Weiterbildungsverbänden und zur Niederlassung, wie zum Beispiel zu virtuellen Informationsveranstaltungen zur Gründungsberatung. Aber auch Themen wie die Novellierung der Weiterbildungsordnung, digitale Gadgets zur Entlastung sowie Wissenswertes über die einzelnen Landkreise – wie Freizeitaktivitäten, Lebensqualität, Gesundheitsangebote, Kinderbetreuung, Wohnraum – sind hier zu finden.

Welche Vorzüge bietet eine ärztliche Tätigkeit im Bayerischen Wald?

Der Bayerische Wald ist eine der schönsten Naturlandschaften Deutschlands. Ärztinnen und Ärzte können hier in einer ruhigen und entspannenden Umgebung arbeiten und ihre Freizeit in der Natur verbringen. Es gibt viele Möglichkeiten zum Wandern, Radfahren, Skifahren und andere Outdoor-Aktivitäten. Andererseits ist unsere Region geprägt von tiefverwurzelten Traditionen und darauf bezugnehmenden Veranstaltungen. Von Frühjahr bis Sommer ist eigentlich jedes Wochenende etwas geboten. Im Vergleich zu großen Städten sind die Lebenshaltungskosten im Bayeri-

schen Wald in der Regel deutlich niedriger, man gibt also weniger Geld für Miete und Lebensmittel aus.

Trotz der ländlichen Lage bietet der Bayerische Wald außerdem zahlreiche Karrieremöglichkeiten. Es gibt verschiedene Kliniken, Krankenhäuser und medizinische Einrichtungen, in denen Ärzte ihre Fachkenntnisse und Fähigkeiten weiterentwickeln können. Durch kurze Kommunikationswege und eine persönliche Ebene entsteht schnell ein freundschaftlich kollegiales Netzwerk.

Insgesamt bietet die ärztliche Tätigkeit im Bayerischen Wald damit eine attraktive Kombination aus natürlicher Schönheit, niedrigen Lebenshaltungskosten, starkem Gemeinschaftsgefühl, Karriere-möglichkeiten und einer besseren Work-Life-Balance.

Herr Unrecht, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Dr. phil. Luis Illan (KVB)

Sepsis – dramatisch unterschätzt

Vor vier Jahren verstarben Silja G. und ihr ungeborenes Kind in einem Universitätsklinikum aufgrund einer als Frühjahrsgrippe verkannten Sepsis innerhalb von 36 Stunden. Trotz vorliegender Symptome erkannte keiner der sechs behandelnden Ärzte, dass es sich um eine Sepsis handeln könnte. Auch der Ehemann der Verstorbenen hatte bis zu diesem Zeitpunkt noch nie etwas von dieser Krankheit gehört.

In Deutschland erkranken pro Jahr etwa 340.000 Personen an einer Sepsis. 80 Prozent aller Erkrankungen entstehen außerhalb des Krankenhauses. Etwa 100.000 Menschen versterben daran. Damit zählt die Sepsis zu den häufigsten vermeidbaren Todesursachen hierzulande. 75 Prozent der Überlebenden haben mit Langzeitfolgen zu kämpfen.

Ein Großteil der Todesfälle und derjenigen, die mit Langzeitfolgen leben müssen, wäre vermeidbar, wenn die Sepsis rechtzeitig erkannt und wie ein Herzinfarkt oder Schlaganfall als Notfall behandelt werden

würde. Leider ist dies oft nicht der Fall. Ein Grund hierfür ist mangelndes Sepsis-Wissen sowohl in der Bevölkerung als auch bei medizinischem Fachpersonal, einschließlich Ärztinnen und Ärzten. Dies ist kein spezifisch deutsches Phänomen, wobei andere Länder bereits begonnen haben, hier entschlossen gegenzusteuern: So unterstützen der National Health Service und das Department of Health in Großbritannien seit Jahren eine breit angelegte Aufklärungskampagne zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. Im Mittelpunkt der Kampagne steht die Aufforderung, sich im Rahmen der Diagnosefindung immer auch die Frage zu stellen: „Könnte es eine Sepsis sein?“

„Deutschland erkennt Sepsis“

Ähnlich handelt man nun auch in Deutschland. Im vom Bundesministerium für Gesundheit kofinanzierten Projekt „Deutschland erkennt Sepsis“ (<https://www.deutschland-erkennt-sepsis.de/>) arbeiten verschiedene Projektpartner seit 2021 daran, bei allen Akteuren im

Gesundheitswesen und der gesamten Gesellschaft ein größeres Bewusstsein für das Krankheitsbild zu schaffen. In diesem Rahmen unterstützt die Sepsis-Stiftung (www.sepsis-stiftung.de) die Aufklärung im Bereich der ambulanten Versorgung. Dass die Sepsis in das Handbuch zur Ersten Hilfe der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung aufgenommen wurde, darf als erster Erfolg gewertet werden.

Evidenz-basierte Sepsis-Checkliste

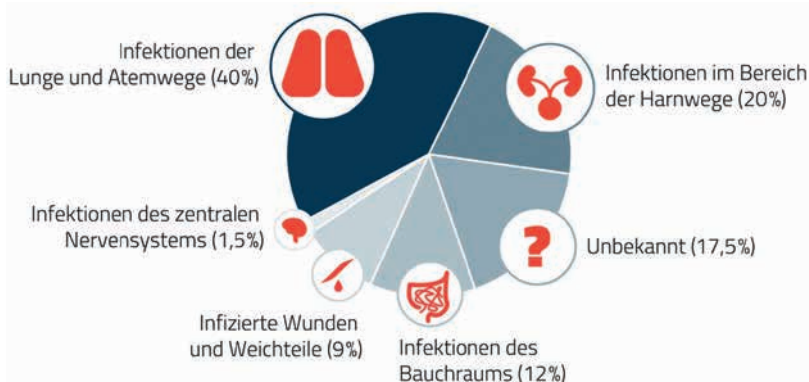
Ein weiteres wichtiges Werkzeug ist die unter Leitung der Sepsis-Stiftung entwickelte evidenz-basierte Sepsis-Checkliste (<https://www.sepsischeck.de/check>). Sie dient der Unterscheidung von unkomplizierten Infektionen und alarmierenden Verdachtsanzeichen und soll Pflegekräften, Medizinischen Fachangestellten, aber auch pflegenden Angehörigen bei der Entscheidung helfen, rechtzeitig eine ärztlich beziehungsweise notfallärztliche Abklärung anzufordern.

Welt-Sepsis-Tag am 13. September

Auf dem diesjährigen kostenfreien Event in Berlin erhalten Interessierte einen Überblick, wo Deutschland bei der Umsetzung der Forderungen der „WHO Sepsis Resolution“ steht und was wir von anderen Ländern lernen können (<https://www.worldsepsisday.org/wsd-event-2023>).

*Prof. Dr. med. Konrad Reinhart,
Vorsitzender Sepsis-Stiftung*

Die wichtigsten Ursachen von Sepsis



Quelle: Sepsis-Stiftung



KVB Servicecenter – Kurze Frage, direkte Antwort

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

Servicezeiten

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

Servicecenter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

eTec Support 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40



KVB 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!

Servicezeiten

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

Bayreuth (Oberfranken)

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

Nürnberg (Mittelfranken)

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

Oberbayern

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

Würzburg (Unterfranken)

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

Regensburg (Oberpfalz)

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

München

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

Straubing (Niederbayern)

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

Augsburg (Schwaben)

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



Dienstplanänderungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

(Diensttausch, Vertretung und Erreichbarkeit)

Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz und Schwaben

Telefon 0 89 / 57 95 70 – 8 50 10
Fax 0 89 / 57 95 70 – 8 50 11
E-Mail Dienstaenderung.vbzm@kvb.de

Unter-, Mittel- und Oberfranken

Telefon 09 21 / 8 80 99 – 6 50 10
Fax 09 21 / 8 80 99 – 6 50 11
E-Mail Dienstaenderung.vbzn@kvb.de



Dienstplanung DPP-online

(finden Sie auch in „Meine KVB“)

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

Servicezeiten

Montag bis Freitag
9.00 bis 15.00 Uhr



Notarzt-Abrechnung – emDoc

(finden Sie auch in „Meine KVB“)

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



KVB Selfservice – 24/7 für Sie verfügbar

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

Impressum für KVB FORUM und KVB INFOS

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

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

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

Redaktion:

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

Kontakt zur Redaktion: KVBFORUM@kvb.de

Satz und Layout:

KVB Stabsstelle Kommunikation

Druck:

BluePrint AG
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:

BKH Lohr (Seite 15), Kassenärztliche Bundesvereinigung (Seite 4), Krisendienst Bayern (Seite 15), Wolfgang Froese (Seite 20), stock.adobe.com/Demianastur (Titelseite), Sepsis-Stiftung (Seite 30), stock.adobe.com/upixa (Seite 2), stock.adobe.com/Syda Productions (Seite 2), stock.adobe.com/Andrey Popov (Seite 2), stock.adobe.com/Ideenkoch (Seite 4), stock.adobe.com/HNFOTO (Seite 6), stock.adobe.com/momius (Seite 11), stock.adobe.com/Finanzfoto (Seite 12), stock.adobe.com/WavebreakmediaMicro (Seite 14), stock.adobe.com/green2 (Seite 20), stock.adobe.com/Antipina (Seite 22), stock.adobe.com/photoCD (Seite 25), Privat (Seite 26, 27, 28, 29) KVB/Nadine Stegemann (Seite 3), KVB (alle weiteren)