

KVBFORUM

03 | 23
04



DISEASE MANAGEMENT PROGRAMME

Bestandsaufnahme
nach der Pandemie

12 | **TITELTHEMA:** Chronische Erkrankungen ernst nehmen

14 | **KVB INTERN:** „Als neuer Vorstand stehen wir vor gewaltigen Herausforderungen“

18 | **KVB INTERN:** Neue ASV-Beschlüsse gefasst

3 EDITORIAL

KURZMELDUNGEN

- 4 Krise folgt auf Krise – Corona endet, die Energiepreiskrise ist da
- 4 „Wegweiser Psychotherapie“ aktualisiert
- 4 Die nächsten Vertreter-versammlungen 2023
- 4 Zahl des Monats
- 5 Jubiläum: Uni-Seminar „Arzt und Unternehmer“ (LMU)
- 5 Neue Serie: „Die nachhaltige Arztpraxis“



TITELTHEMA

- 6 20 Jahre DMP in Bayern
Fast zweieinhalb Millionen Menschen haben bislang an den Programmen teilgenommen
- 7 DMP in Zeiten von Corona
Abrechnungsdaten zum Versorgungsumfang
- 10 Schwierige Patienten-schulungen
Ambulantes Diabeteszentrum in Traunstein hat flexible Lösungen entwickelt
- 11 Werden DMP in Zukunft digital?
Gerade für Asthma und COPD gäbe es im pneumologischen Bereich viel Bedarf



- 12 Chronische Erkrankungen ernst nehmen
Wie will die Kassenärztliche Bundesvereinigung die DMP weiterentwickeln?

KVB INTERN

- 14 „Als neuer Vorstand stehen wir vor gewaltigen Herausforderungen“
Seit 21. Januar hat die KVB eine neue Führungsspitze mit ambitionierten Zielen
- 18 Neue ASV-Beschlüsse gefasst
Patienten mit Multipler Sklerose sowie Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren profitieren

19 KVB KONTAKTDATEN

20 IMPRESSUM





Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir leben in turbulenten Zeiten, die Welt wandelt sich: Die Digitalisierung verändert, wie wir kommunizieren, wirtschaften und leben. Die Auswirkungen, die der Klimawandel auf die Gesundheitsversorgung haben wird, lässt sich aktuell noch gar nicht abschätzen. Die große Gefahr der Corona-Pandemie scheint zwar gebannt, aber wer weiß, welche Krankheitswellen in einer globalisierten Welt noch drohen?

In diesen Zeiten der Umbrüche ist ein gewisses Maß an Kontinuität für die KVB und die Praxen besonders wichtig. Deshalb haben wir auch den Leitspruch des bisherigen KVB-Vorstands – „Gut ist, was für die Praxen gut ist.“ – beibehalten. Die KVB ist und bleibt eine Körperschaft, die eben auch hoheitliche Aufgaben zu erfüllen hat, die nicht immer bei allen Mitgliedern auf Zustimmung und Wohlwollen stoßen. Aber die Entscheidungen müssen transparent und nachvollziehbar sein. Und wir wollen das zweite Standbein der KVB, die Vertretung der Mitgliederinteressen, weiter ausbauen. In den vergangenen Jahren hat sich hier unglaublich viel zum Positiven entwickelt. Beispielsweise konnten mit der Reform des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes insbesondere die Kolleginnen und Kollegen auf dem Land von Dienststunden in der Nacht und am Wochenende entlastet werden.

Wir wollen Sie in den Praxen bei Ihrer Arbeit bestmöglich unterstützen und auch angehende Kolleginnen und Kollegen für die ambulante Versorgung begeistern. Als Vorstand wollen wir das Ohr an der ärztlichen und psychotherapeutischen Basis haben. Deshalb wird jeder von uns weiterhin einen Tag in der Woche in der Praxis tätig sein, um hautnah mitzuerleben, wie sich Entscheidungen konkret im Praxisalltag auswirken. Zögern Sie nicht, sich bei Fragen, Wünschen und Anregungen bei uns zu melden.

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

Krise folgt auf Krise – Corona endet, die Energie- preiskrise ist da

Die seit Anfang 2020 erfolgte staatliche Steuerung der Corona-Maßnahmen endet zum zweiten Quartal 2023. Die kostenfreien präventiven Testungen wurden bereits zum Großteil abgeschafft und sind Ende Februar endgültig entfallen. Damit sind Testungen nur noch bei einer Corona-Behandlung als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung möglich. Die Corona-Impfungen gehen in die Regelversorgung über.

Mit der explosionsartigen Entwicklung der Energiepreise ist aber bereits die nächste Krise da, die die Praxen bis an den Rand der wirtschaftlichen Existenz belastet. Zwar wirken die bundesgesetzlich verfügbaren Strom- und Gaspreisminderungen auch in den Praxen als Letztverbraucher und der Freistaat Bayern hat auch Unterstützung bei alternativen Energien wie Öl- und Pelletsheizungen zugesagt, jedoch können diese Maßnahmen die Kostenbelastung nur zu einem Bruchteil abfedern. Die Einsparpotenziale im Praxisbetrieb sind überschaubar und energieintensive, technisch ausgerichtete Praxen haben kaum Steuerungsmöglichkeiten. Nach Information der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind die Krankenkassen bisher nicht bereit, die Vergütungsanteile für die Praxiskosten im Einheitlichen Bewertungsmaßstab der Entwicklung anzupassen.

Eine weitere Krise belastet aktuell die Arztpraxen im Bereich der Arzneimittel aufgrund der Lieferengpässe, vorrangig für die Behandlung von Atemwegsinfektionen bei Kindern sowie bei der Umsetzung der Digitalisierung, allem voran bei der Einführung des eRezepts.

Die KVB möchte Sie bestmöglich bei der Bewältigung dieser täglichen Belastungen im Praxisbetrieb unterstützen und bietet Ihnen fachkundige Beratung in den regionalen Beratungszentren an.

Stefan Schlosser (KVB)

„Wegweiser Psychotherapie“ aktualisiert

Bereits seit Jahren bietet die KVB für ihre Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen besonderen Service an, damit sie sich schnell, umfassend und rechtsicher 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 steht Ihnen unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/Informationsmaterial Abrechnung/Honorar* zur Verfügung.

Nathalie Willmerdinger (KVB)



2,4

Millionen Patientinnen und Patienten haben seit Einführung der Programme vor 20 Jahren an einem bayerischen DMP teilgenommen.

(Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Januar 2023)

Zahl des Monats

Vertreterversammlungen 2023

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

- Samstag, 18. März 2023, 10.00 Uhr
- Mittwoch, 21. Juni 2023
- Samstag, 25. November 2023

Informationen rund um die geplanten Vertreterversammlungen und deren Ablauf finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Über uns/Organisation/Vertreterversammlung*.



Jubiläum: Uni-Seminar „Arzt und Unternehmer“ (LMU)



Krönender Abschluss: Am 8. Februar präsentierten zwölf Studierende der Ludwig-Maximilians-Universität München ihre Business-Pläne zur Praxisgründung vor Vertretern aus Politik, KVB und beratenden Experten verschiedener Branchen. Bernhard Seidenath, Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit und Pflege im Bayerischen Landtag, zeigte sich beeindruckt von den durchdachten Plänen und betonte, dass auch kooperative Modelle wie Medizinische Versorgungszentren durch Ärzte geleitet werden sollten. Dr. med. Christian Pfeiffer, Vorsitzender des Vorstandes der KVB, kommentierte erfreut den Plan der „Landarzt-Gruppe“: „Auf Werbung können Sie getrost verzichten. In einem Jahr können Sie sich vor Patienten nicht retten.“

Dr. med. Marianne Röbl-Mathieu, KVB-Vorstandsbeauftragte aus München, erinnerte sich in ihrem Grußwort zurück an ihren eigenen Weg in die Selbstständigkeit. Damals habe es Seminare zur Praxisgründung leider noch nicht gegeben. „Umso mehr freue ich mich, dass Studierende nun dank solcher Seminare das richtige Rüstzeug mit auf ihren Weg bekommen – einem Weg zu einem wunderschönen Beruf!“, so die niedergelassene Gynäkologin. Nach zwei Präsentationen der Gruppen „Stadt“ und „Land“ tauschten sich die Studierenden intensiv mit den Teilnehmern der 25. Abschlussveranstaltung von „Arzt und Unternehmer“ (LMU) aus.

Raphaela Fritzsche (KVB)

Neue Serie: „Die nachhaltige Arztpraxis“



Für eine neue Serie in KVB FORUM ist die Redaktion auf der Suche nach Praxisinhaberinnen und -inhabern, die in ihrer Niederlassung bereits erfolgreich ein Nachhaltigkeitskonzept für eine „grünere

Praxis“ installiert haben und in unserem Mitglieder-magazin über die Prozesse von der Idee bis zur Realisierung berichten möchten. Was waren die Herausforderungen, die es zu bewältigen galt? Wie haben Sie das Problembewusstsein bei Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für das Thema geschaffen? Was

waren die ersten Schritte, mit denen Sie konkret gestartet sind? Welche Gesetze und Auflagen mussten von Ihnen berücksichtigt werden? Wo haben Sie sich Unterstützung geholt? Welche Investitionen mussten getätigt werden? Ist Nachhaltigkeit „teuer“? Welche Tipps und Empfehlungen können Sie Kolleginnen und Kollegen mit auf den Weg geben, die ebenfalls planen, ihre Praxis in ein nachhaltiges Arbeitsumfeld zu verwandeln? Erzählen Sie uns davon!

Sie erreichen die Redaktion per E-Mail an kvbforum@kvb.de. Gerne besprechen wir dann die weiteren redaktionellen Schritte und besuchen Sie auf Wunsch auch vor Ort in Ihrer Praxis. Wir freuen uns, von Ihnen zu hören!

Redaktion

20 Jahre DMP in Bayern

Die bayerischen Disease Management Programme (DMP) feiern in diesem Jahr ihr 20-jähriges Jubiläum. Was hat sich seither getan? Wie hat sich die Patientenversorgung verändert und wie soll es weitergehen? Ein Überblick.

Im Herbst 2003 startete das erste DMP für Patienten mit Typ-2-Diabetes, bis 2006 folgten sukzessiv weitere DMP für Menschen mit Brustkrebs, KHK, Asthma, COPD und Typ-1-Diabetes. Damals ein Novum, ist das DMP-Format heute fest etabliert. Doch wozu dienen die DMP, und inwiefern tragen diese Programme zur Aufrechterhaltung einer hochwertigen Versorgung in Bayern bei?

Extrabudgetäre Finanzierung

Zusammen mit der Diabetesvereinbarung sichern die DMP sowohl die Qualität als auch die extrabudgetäre Finanzierung der Chronikerversorgung in Bayern. Seit Beginn der DMP haben rund 2,4 Millionen Menschen in Bayern an einem DMP teilgenommen, aktuell sind über 930.000 Patientinnen und Patienten eingeschrieben. Zwei Kernelemente der DMP sind die formale Benennung

eines koordinierenden Arztes, der die kontinuierliche Betreuung der Patienten sicherstellt, sowie die Festlegung von Qualitätszielen, auf deren Basis wichtige Aspekte der Versorgung routinemäßig gemessen werden. Die Erhebung von Daten in Form der Patientendokumentation schafft Transparenz über die Versorgungsqualität und unterstützt sowohl den koordinierenden Arzt als auch die Vertragspartner bei der kontinuierlichen Verbesserung der Versorgung.

Zuständig für die arztbezogene Qualitätssicherung in den DMP ist die Gemeinsame Einrichtung DMP Bayern beziehungsweise die Gemeinsame Einrichtung DMP Brustkrebs Bayern (GE). Diese Gremien setzen sich aus Vertretern der KVB und der am DMP beteiligten Krankenkassen zusammen. Vorsitzender ist derzeit der Hausarzt Klaus Kinzinger aus Coburg. Aufgabe der GE ist die Unterstützung der am DMP teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bei ihrem praxiseigenen Qualitätsmanagement. Dies erfolgt in erster Linie durch die Erstellung eines halbjährlichen Feedbackberichts für koordinierende Ärzte, der eine

praxisindividuelle Auswertung der Qualitätsziele beinhaltet. Der Feedbackbericht wird stets weiterentwickelt, um den Nutzen für die Praxen zu erhöhen.

Öffentlicher Qualitätsbericht

Neben diesem Bericht erstellt die GE in regelmäßigen Abständen Sonderanalysen, um über die Weiterentwicklung der DMP in Bayern und auf Bundesebene zu informieren. Im Qualitätsbericht werden diese Analysen auch für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Der Bericht zeigt, was im DMP gut läuft und ermöglicht die Identifikation von Versorgungsaspekten, die optimiert werden könnten. Unter www.ge-dmp-bayern.de können sowohl ein Muster-Feedbackbericht als auch alle DMP-Qualitätsberichte eingesehen werden.

Die Corona-Pandemie stellte für die Chronikerversorgung in Bayern eine außerordentliche Herausforderung dar. Ein Schwerpunkt des aktuellen Qualitätsberichts ist daher die Evaluation der DMP-Versorgung während der Pandemie. Wie auf den nächsten Seiten dargestellt, ist die ambulante Versorgung in Bayern verhältnismäßig gut durch die Pandemie gekommen. In diesen schwierigen Zeiten haben sich die DMP als geeignete Strukturen für die Sicherstellung und Überprüfung der Versorgungsqualität erwiesen. Jetzt, da die Gesellschaft wieder zur Normalität zurückkehrt, gilt es umso mehr, gerade die Aspekte im Auge zu behalten, die während der Pandemie besonders gelitten haben.

Ewan Donnachie (KVB)

Rund 2,4 Millionen Menschen haben in Bayern in den letzten 20 Jahren an einem DMP teilgenommen.



DMP in Zeiten von Corona

Besteht die Gefahr, dass es durch die Pandemie zu einem „Rückstau“ in der Behandlung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten gekommen ist und die Folgen noch in den kommenden Jahren zu spüren sein werden? Die folgenden Analysen beleuchten den Versorgungsumfang im Rahmen der DMP während dieser Zeit.

Mit der Regierungserklärung vom 19. März 2020 wurde „die ganze Medizin in Bayern auf die Bewältigung des Coronavirus“ ausgerichtet. Die Bedrohung für das Gesundheitssystem war akut und die Unsicherheit sehr groß. Oberstes Ziel war die Verlangsamung der Ansteckungen durch eine Reduktion von persönlichen Kontakten. Hinzu kam der Mangel an Schutzausrüstung in den ambulanten Arztpraxen, die sich unter schwierigen Umständen auf die Behandlung von vielen Covid-19-Patienten vorbereiten mussten. In diesem Kontext empfahlen die Berufsverbände dringend, „alle aus medizinischen Gründen nicht zwingend erforderlichen Untersuchungen, Behandlungen und Operationen“ zu verschieben.

Die über 900.000 an den DMP teilnehmenden Patienten in Bayern waren von den Folgen der pandemischen Lage besonders betroffen. Aufgrund ihrer Morbidität und Altersverteilung unterlagen sie einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung. Gleichzeitig ist gerade bei DMP-Patienten eine kontinuierliche und umfassende ambulante Behandlung essenziell, um notfallmäßige Ereignisse und langfristige Schäden in Folge der chronischen Erkrankung

zu vermeiden. Diese konkurrierenden Aspekte mussten die koordinierenden Ärztinnen und Ärzte abwägen, um die bestmögliche Versorgung für ihre Patienten zu organisieren.

Im Folgenden wird untersucht, inwiefern die Versorgung im Rahmen der bayerischen DMP während der Covid-19-Pandemie aufrechterhalten werden konnte. Hierzu werden die ambulanten Abrechnungsdaten der Pandemiezeit zwischen Januar 2020 und Juni 2022 im Vergleich zu den Vorjahren 2018 und 2019 analysiert.

Kontinuität der Versorgung

Bei allen DMP-Patienten muss der Behandlungsstatus bei der Einschreibung und anschließend mindestens halbjährlich dokumentiert werden. Neben Informationen zur Therapie und zu relevanten Ereignissen beinhaltet die Dokumen-

tation medizinische Angaben wie den HbA1c-Wert (DMP Diabetes) oder das Ergebnis der Spirometrie (DMP Asthma und DMP COPD). Die Abrechnung der Folgedokumentation gilt daher als Indikator für eine kontinuierliche Betreuung der DMP-Patienten. Erstdokumentationen werden sowohl bei Patienten mit einer erstmaligen DMP-Teilnahme („Neueinschreibungen“) als auch bei Patienten mit vorherigem Ausschluss aus den DMP („Wiedereinschreibung“) erstellt. Da der Ausschluss aus den DMP aufgrund fehlender Dokumentation oder Wahrnehmung einer Patientenschulung pandemiebedingt ausgesetzt wurde, sind vorrangig die Neueinschreibungen von Interesse.

Abbildung 1 zeigt die Häufigkeit der Neueinschreibungen und Folgedokumentationen in den Quartalen 1/2020 bis 2/2022 im Verhältnis zum Durchschnitt der entsprechenden Quartale aus den Jahren 2018

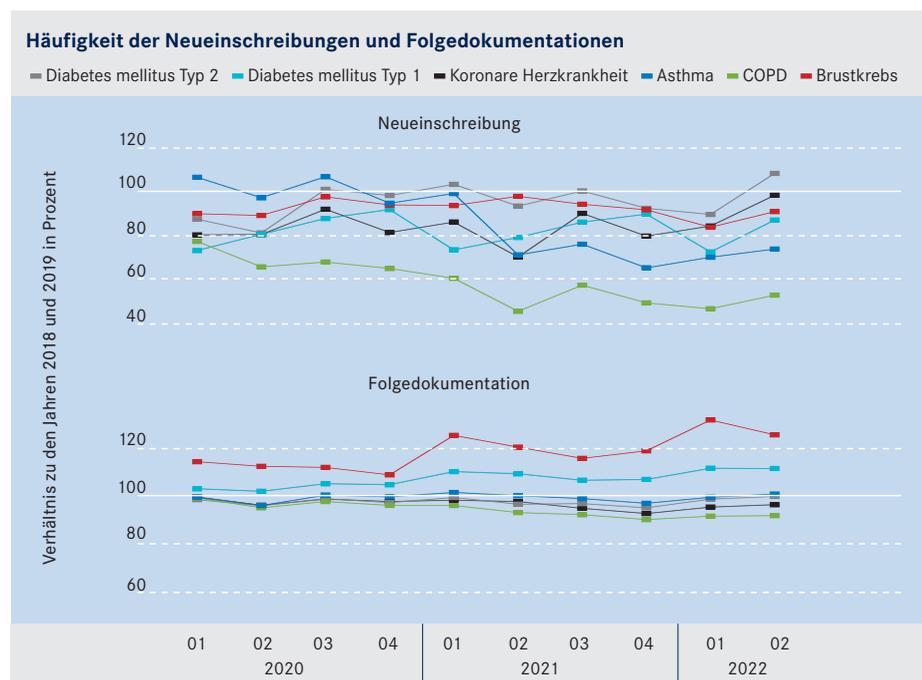


Abbildung 1

Quelle: KVB

und 2019. Auf den ersten Blick ist ersichtlich, dass es zu einem erheblichen Rückgang bei der Anzahl der Neueinschreibungen gekommen ist. Im Gegensatz dazu liegt die Anzahl der Folgedokumentationen stets bei über 90 Prozent des vorpandemischen Durchschnitts. Das DMP Brustkrebs stellt diesbezüglich eine Ausnahme dar: Die Zunahme der Anzahl an Folgedokumentationen ist dem Umstand geschuldet, dass Patientinnen seit 2018 nicht nach fünf Jahren ausgeschrieben werden, sondern bis zu zehn Jahre lang teilnehmen dürfen.

Betrachtet man die Entwicklung der Neueinschreibungen näher, so ist vor allem das DMP COPD auffällig. Im Jahr 2020 ist die Zahl der Neueinschreibungen auf zirka 80 Prozent des Normalwerts gesunken. Ab dem Jahr 2021 bis zum Ende der Beobachtung im zweiten Quartal 2022 liegt die Quote bei zirka 50 bis 60 Prozent. Im DMP Diabetes mellitus Typ 2 ist dagegen ab dem Quartal 3/2020 keine merkbare Reduktion der Neueinschreibungen zu verzeichnen. Lediglich mit der Omikron-Welle in den Quartalen 4/2021 und 1/2022 fällt die Anzahl der Neueinschreibung auf etwa 90 Prozent des zu erwartenden Werts.

Jedes Jahr werden ungefähr 80.000 bis 85.000 Patienten erstmalig in einem DMP eingeschrieben, überwiegend im DMP Diabetes mellitus Typ 2. In den Pandemie Jahren 2020 und 2021 wurden lediglich 75.364 beziehungsweise 72.593 Patienten neu eingeschrieben, was einem Rückgang von zirka zehn Prozent entspricht. Folglich kann man davon ausgehen, dass bis Juni 2022 rund 25.000 Menschen weniger in einem DMP eingeschrieben sind, als ohne Pandemie zu erwarten gewesen wäre.

Versorgungsumfang

Eine regelmäßige Kontrolluntersuchung ist ein notwendiger, aber nicht hinreichender Bestandteil einer umfassenden Chroniker-versorgung, die aus einer Vielzahl von Leistungen im haus- und fachärztlichen Bereich besteht. Um den Effekt der Pandemie auf den Versorgungsumfang der DMP-Patienten zu quantifizieren, werden deswegen auf Grundlage der KVB-Abrechnungsdaten fünf Leistungen exemplarisch überprüft: die Bestimmung des HbA1c-Wertes, die Spirometrie, die augenärztliche Netzhautuntersuchung, die Behandlung des diabetischen Fußes und Patientenschulungen. **Tabelle 1** zeigt die

Häufigkeit dieser Leistungen für die Jahre 2018 bis 2021 sowie für das erste Halbjahr 2022. Die Häufigkeiten der Corona-Jahre werden ins Verhältnis zum Durchschnitt der Jahre 2018 und 2019 gesetzt.

Unmittelbar nach Ausrufung des Katastrophenfalls im März 2020 kam es bei allen Leistungen zu einem deutlichen Rückgang der Abrechnungshäufigkeit. Im weiteren Verlauf sind jedoch Unterschiede zu beobachten. Die Bestimmung des HbA1c-Werts erfolgte bereits ab Mai 2020 in einem annähernd normalen Umfang. In ähnlicher Weise ist bei der Behandlung des diabetischen Fußes ab zirka Mai 2020 ein weitestgehend normaler Verlauf zu beobachten, was wiederum auf einen „Normalbetrieb“ der diabetologischen Schwerpunktpraxen hindeutet. Die Behandlungshäufigkeit der augenärztlichen Netzhautuntersuchung blieb dagegen stets leicht unter dem Level von 2018 und 2019: Im Jahr 2020 lag sie bei 89 Prozent des vorpandemischen Niveaus, im Jahr 2021 bei 94 Prozent und im ersten Halbjahr 2022 bei 95 Prozent. Aufgrund der Pandemie ist der Anteil der Diabetespatienten mit Durchführung einer mindestens zweijährlichen Netz-

| Versorgungsumfang (ausgewählte Leistungen) | | | | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----|-----------|-----|--------------|-----|
| Leistung | 2018 | 2019 | 2020 | (%) | 2021 | (%) | 2022 (1. HJ) | (%) |
| Dokumentation: Folgedokumentation | 3.621.345 | 3.664.667 | 3.581.762 | 98 | 3.547.620 | 97 | 1.795.647 | 99 |
| Dokumentation: Neueinschreibung | 80.731 | 84.866 | 75.364 | 91 | 72.593 | 88 | 37.687 | 91 |
| Bestimmung des HbA1c-Werts | 3.386.625 | 3.459.995 | 3.350.784 | 98 | 3.641.806 | 106 | 1.885.835 | 110 |
| Netzhautuntersuchung | 1.718.399 | 1.721.260 | 1.531.501 | 89 | 1.615.001 | 94 | 814.881 | 95 |
| Behandlung Diabetischer Fuß | 158.006 | 156.598 | 150.656 | 96 | 152.772 | 97 | 77.852 | 99 |
| Spirometrie | 857.253 | 840.877 | 622.385 | 73 | 569.569 | 67 | 325.152 | 77 |
| Patientenschulung: Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 | 342.850 | 344.138 | 319.250 | 93 | 335.428 | 98 | 164.747 | 96 |
| Patientenschulung: Asthma | 27.333 | 26.147 | 13.445 | 50 | 10.563 | 40 | 5.303 | 40 |
| Patientenschulung: COPD | 8.665 | 8.264 | 3.550 | 42 | 2.932 | 35 | 1.460 | 34 |

Tabelle 1

Quelle: KVB

hautuntersuchung um etwa drei Prozentpunkte gesunken.

Im Einklang mit internationalen Leitlinien hat die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin empfohlen, die Spirometrie auf das „unbedingt notwendige Maß zu beschränken“ und nur unter besonderen Hygienemaßnahmen durchzuführen. Folglich war diese Leistung während der Pandemie stark eingeschränkt. Im Jahr 2020 lag die Häufigkeit bei 73 Prozent des vorpandemischen Niveaus, im Jahr 2021 bei 67 Prozent und im ersten Halbjahr 2022 bei 77 Prozent.

Die ausgeprägten Folgen der Pandemie im Bereich der Pneumologie sind auch bei der Entwicklung der Patientenschulungen zu beobachten. Während Diabetesschulungen schnell wieder aufgenommen wurden, lagen Schulungen im DMP Asthma und COPD bis zum Ende des Beobachtungszeitraums bei zirka 35 bis 40 Prozent der vorpandemischen Häufigkeit.

Um diese Entwicklung besser verstehen zu können, veranschaulicht die **Abbildung 2** das Ergebnis einer Netzwerkanalyse der Arztpraxen, die Kinder und Jugendliche im DMP Asthma schulen. Dargestellt sind die Praxen, die Patienten in den jeweiligen Abrechnungsquartalen geschult haben (grüne Punkte) sowie die koordinierenden Praxen dieser Patienten, sofern der Patient nicht beim koordinierenden Arzt geschult wurde (blaue Punkte). Grundsätzlich sind in den Netzwerkdiagrammen drei Konstellationen zu erkennen. Erstens Arztpraxen, die ausschließlich ihre eigenen Patienten schulen. Sowohl im Quartal 4/2019 als auch im Quartal 4/2020 gibt es sieben solcher Schulungspraxen. Zweitens Praxen, die sowohl ihre

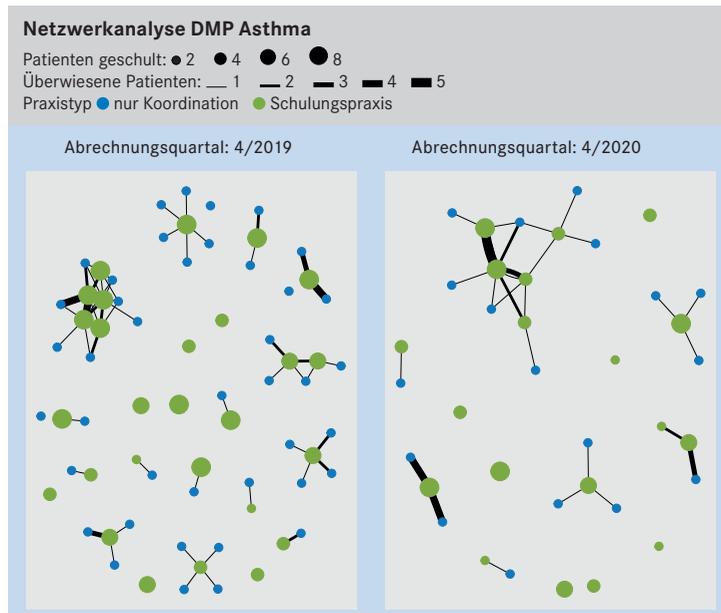


Abbildung 2

Quelle: KVB

eigenen Patienten als auch Patienten der umliegenden Arztpraxen schulen. Im Quartal 4/2019 sind 13 solcher Schulungspraxen zu beobachten, im Quartal 4/2020 dagegen nur noch sechs. Drittens sind organisierte Schulungsnetzwerke zu erkennen, die aus mehreren Schulungspraxen bestehen. Im Quartal 4/2019 sind zwei Netzwerke zu erkennen, im Quartal 4/2020 noch ein Netzwerk.

Diese „Ausdünnung“ der Schulungsnetzwerke im DMP Asthma setzt sich mit minimaler Variation bis zum Quartal 2/2022 fort. Betroffen sind vor allem die Arztpraxen, die Patienten im Auftrag der umliegenden koordinierenden Ärzte schulen. Besonders resistent war ein großes, organisiertes Schulungsnetzwerk.

Fazit

Insgesamt ist die ambulante Versorgung relativ gut durch die Pandemie gekommen. Man darf davon ausgehen, dass die strukturierte Versorgung in den DMP sowie die

besondere Strukturqualität im Rahmen der bayerischen Diabetesvereinbarung in dieser schwierigen Lage maßgeblich zur Aufrechterhaltung der Versorgung beigetragen hat.

Möglicherweise hat jedoch die geringere Anzahl von Neueinschreibungen zu einem Rückstau bei der Behandlung chronisch kranker Patienten geführt, der noch in den kommenden Monaten und Jahren zu spüren sein wird. Denn die DMP verfolgen das Ziel, schwerwiegende Folgekomplikationen durch eine frühzeitige Versorgung durch Haus- und Fachärzte zu vermeiden. Die Patienten sollten deswegen ermuntert werden, nicht vor einer eventuell notwendigen Konsultation zurückzuschrecken, sei es aus Angst vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus oder aus Rücksicht vor einer vermuteten Überlastung des Gesundheitssystems.

Ewan Donnachie (KVB)

Schwierige Patientenschulungen



Während der Corona-Pandemie mussten auch Diabetologen flexibel und „erfinderisch“ sein, um ihre Patienten – auch solche im DMP „Diabetes mellitus Typ 1 und 2“ – weiterhin adäquat behandeln zu können. Dr. med. Annemarie Voll, Fachärztin für Innere Medizin und Diabetologin DDG, berichtet aus dem Ambulante Diabeteszentrum (adz) in Traunstein.

Frau Dr. Voll, wie konnten Sie und Ihre Kollegin die Diabetesversorgung Ihrer Patienten trotz Corona aufrechterhalten?

Dr. Annemarie Voll: In den ersten vier bis sechs Wochen der Pandemie, als Masken, Antigen- und PCR-Tests noch nicht vorhanden oder Mangelware waren, haben wir den Patienten ihre DMP-Termine telefonisch bestätigt und diese mit ihrem Einverständnis in Telefon- oder Videosprechstunden umgewandelt. Lediglich Neupatienten, Patienten mit Stoffwechsellstörungen und Schwangere mit Diabetes haben wir persönlich in die Praxis bestellt. Dabei wurden die geforderten Hygienemaßnahmen selbstverständlich beachtet. Die Patienten waren dankbar, dass sie nicht allein gelassen wurden. Als dann zunehmend ausreichend Masken und Tests zur Verfügung standen, Wartezimmer, Behandlungs- und Schulungsräume entsprechend den Hygieneanforderungen ausgestattet waren, haben wir alle Diabetespatienten wieder persönlich gesehen.

Eine große Herausforderung blieben die Patientenschulungen: Statt Gruppenschulungen in der vom Schulungsprogramm vorgesehenen Patientenzahl mussten wir in Kleinstgruppen oder auch einzeln schulen. Daraus ergab sich ein deutlich erhöhter Personalbedarf und der für die Schulung so wichtige Effekt der Gruppendynamik fehlte. Glücklicherweise wurde die bis dahin bestehende Kontingentierung der Einzelschulungen (damals fünf Patienten pro Quartal) ausgesetzt. So konnten wir auch während der Pandemie die erforderlichen Schulungen anbieten. Wir haben dann auch Videoschulungen vorbereitet. Das Angebot wurde allerdings eher von jüngeren Patienten genutzt. Bei unseren Video-Gruppenschulungen ist die Anzahl der Teilnehmer auf vier bis fünf begrenzt. Hier wäre eine Steigerung der Teilnehmerzahl durch An-

passung der Videoplattform zertifizierter Anbieter dringend erforderlich.

Welche Rolle spielen die DMP in der Diabetesversorgung? Was läuft gut, was sollte verbessert werden?

Voll: In Bayern spielt das DMP als Versorgungs- und Steuerungsinstrument eine sehr wichtige Rolle. Die drei- oder sechsmonatigen Termine sind für die meisten Patienten zwischenzeitlich selbstverständlich. Die regelmäßigen Kontakte, Beratungen und Therapieanpassungen mit dem Koordinierenden Arzt und seinem Team wirken sich positiv auf den Diabetesverlauf aus. Die Mehrzahl der chronisch kranken Patienten fühlt sich durch das Programm sicherer. Das im Rahmen der kontinuierlichen S.c. Glucosemessungen neu etablierte Telemedizinische Coaching hat die Behandlung und das Selbstmanagement der betreffenden Diabetiker deutlich verbessert.

Aus diabetologischer Sicht wäre die Aufnahme des Typ 3 (pankreopriver Diabetes mellitus) als drittes gesondertes Diabetes DMP zu empfehlen: Es handelt sich hier um eine eigenständige Erkrankung, deren Therapie und Betreuung sich deutlich von Typ 1 und 2 unterscheidet und mit erheblichem Behandlungs-, Beratungs- und Schulungsaufwand verbunden ist.

Die bayerischen DMP feiern in diesem Jahr ihr 20-jähriges Jubiläum. Wie haben die DMP „Typ 1 und 2“ die Diabetesversorgung verändert?

Voll: Das mehrstufige Behandlungs- und Therapieverfahren (Hausarzt, diabetologische Schwerpunktpraxis, stationäre Diabeteseinrichtung, die Kooperation mit Nephrologen, Kardiologen, Angiologen, Chirurgen, Radiologen und Gynäkologen) haben die Versorgung der Patienten deutlich verbessert. Mikro- und Makroangiopathische Komplikationen werden frühzeitiger diagnostiziert und therapiert. Für die Betreuung von Patientinnen mit Typ 1 und 2 in der Schwangerschaft bestehen enge Kooperationen mit ambulanter und stationärer Gynäkologie. Davon profitieren sowohl die Diabetikerinnen, die im DMP eingeschrieben sind, als auch solche, die nicht dort geführt werden.

Interview Ewan Donnachie (KVB)

Werden DMP in Zukunft digital?

Dr. med. Stefan Heindl ist niedergelassener Pneumologe in eigener Praxis in Gauting. Erst kürzlich wurde er zum neuen Vorstandsvorsitzenden des Berufsverbands der Pneumologen in Bayern e. V. (BdP) gewählt. Welchen Stellenwert hatten die DMP „Asthma“ und „COPD“ für Patienten insbesondere während der Pandemie? Und wie sehen die DMP der Zukunft aus? Eine Einschätzung.

Herr Dr. Heindl, welche Rolle spielen die Pneumologen in den DMP-Programmen „Asthma“ und „COPD“ und wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den koordinierenden Hausärzten? Wann ist eine Koordination durch den Pneumologen sinnvoll?

Dr. Stefan Heindl: Die Koordination in den DMP-Programmen für chronische Atemwegserkrankungen ist die Domäne der hausärztlichen Versorgung. Die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten erfolgt über möglichst zeitnahe Termine bei spezifischen Fragestellungen, zum Beispiel zur Medikation bei Krankheitsverschlechterung. Hier hat sich in der individuellen Medikation in den letzten Jahren viel getan. Pneumologinnen und Pneumologen sollten hier

nur ausnahmsweise die Koordination übernehmen, wenn Hausärztinnen und Hausärzte diese nicht selbst durchführen können.

Die Zahl der Neueinschreibungen ins DMP „COPD“ ist in Zeiten von Corona dramatisch gesunken. Welche Gefahren sehen Sie aufgrund verzögerter Diagnosestellungen? Und wie soll die Ärzteschaft darauf reagieren?

Heindl: Die Einschreibungen sollten wieder vollumfänglich aufgenommen werden. Die gute Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und Pneumologinnen und Pneumologen sollte die Gefahren einer gegebenenfalls verzögerten Diagnosestellung minimieren und gut ausgleichen können.

Welchen Nutzen hat die Patientenschulung in den DMP „Asthma“ und „COPD“?

Heindl: Schulungen spielen in der Therapieadhärenz und -effizienz bei chronischen Atemwegserkrankungen eine sehr wichtige Rolle. Neben den regelmäßigen DMP-Schulungen sollte bei DMP-Kontrollterminen immer wieder auch die Inhalationstechnik der Patientinnen und Patienten überprüft und falls notwendig nachgeschult werden.

Die bayerischen DMP feiern in diesem Jahr ihr 20-jähriges Jubiläum. Wie haben die DMP „Asthma“ und „COPD“ die pneumologische Versorgung verändert?

Die bayerischen DMP sind ein fester Bestandteil in der pneumologischen Versorgung geworden. Ich würde mir perspektivisch wünschen, dass die DMP-Programme in Zukunft möglichst als digitale Formate in der Telematikinfrastruktur angeboten werden. Hier erwarte ich mir eine deutliche Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen.

Herr Dr. Heindl, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Ewan Donnachie (KVB)



Chronische Erkrankungen ernst nehmen

Die Krankheitslast und auch die Krankheitskosten in einem Gesundheitssystem werden wesentlich durch chronische Erkrankungen bestimmt. Haben die Disease Management Programme (DMP) in den letzten Jahren für Verbesserung sorgen können und wohin sollen sie sich entwickeln? KVB FORUM hat bei der DMP-Expertin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. med. Monika Mund, nachgefragt.

Frau Dr. Mund, die bayerischen DMP feiern in diesem Jahr ihr 20-jähriges Jubiläum. Was haben die DMP insgesamt für die Versorgung der Patienten gebracht?

Die Frage nach der Wirksamkeit von DMP lässt sich am besten durch Studien beantworten, die DMP-Versorgung versus Nicht-DMP-Versorgung bei möglichst vergleichbaren Patientengruppen untersuchen. Solche Studien liegen inzwischen für viele DMP-Indikationen vor. Auf Basis von Leistungsdaten der Krankenkassen werden Zwillingspaare gebildet, von denen jeweils ein Versicherter im DMP versorgt wird, der andere nicht. Da es sich bei den DMP-Indikationen um chronische, schleichend verlaufende Erkrankungen handelt, müssen sich die Analysen auf mehrere Jahre beziehen, um bewerten zu können, ob sich Unterschiede bei Folgeerkrankungen, Komplikationen, stationären Aufenthalten bis hin zur Mortalität feststellen lassen. Die Mehrzahl der hierzu vorliegenden großen Studien zeigt relevante Vorteile für die DMP-Versorgung. Das betrifft nicht nur Prozessparameter wie leitliniengerechte Medikation, sondern auch harte Outcomes wie Amputationsraten, Schlaganfälle, Herzinfarkte bis hin zur Senkung der Sterblichkeit. Anfangs lagen solche positiven Ergebnisse aus vergleichenden Studien nur für das DMP Diabetes Typ 2 vor, inzwischen gibt es sie auch für die DMP COPD, KHK und Brustkrebs.

Der beste Nachweis für die Wirksamkeit von DMP wären randomisierte kontrollierte Studien (RCT). Nach Einführung der DMP durch den Gesetzgeber sind diese aber in unserem System kaum mehr umsetzbar, weil man Versicherten nicht den Zugang zu dieser Versorgungsform verwehren kann. Positive Ergebnisse von

DMP-Versorgung lagen aber aus internationalen RCT schon vor der DMP-Einführung in Deutschland vor.

Wie kommt ein DMP auf Bundesebene zustande?

Die Auswahl der Indikationen erfolgt teilweise durch den Gesetzgeber (zum Beispiel die neuen Indikationen „Chronischer Rückenschmerz“, „Depression“ und „Adipositas“), teilweise über öffentliche Vorschlagsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Kriterien für die Auswahl der Indikationen sind beispielsweise das Vorliegen von evidenzbasierten Leitlinien, Beeinflussbarkeit durch Selbstmanagement, Versorgungsmängel, die sich durch DMP-Strukturen verbessern lassen. Die medizinischen Empfehlungen und Anforderungen an ein DMP werden im G-BA auf Basis hochwertiger internationaler und nationaler Leitlinien erstellt. Eine besonders wichtige Rolle spielen dabei die nationalen Versorgungsleitlinien des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin und S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Beteiligt sind Sachverständige aus der Versorgung, die Vertreter der Bänke des G-BA und die Patientenseite. Die medizinische Öffentlichkeit ist über Stellungnahme- und Anhörungsverfahren beteiligt. Das Bundesministerium für Gesundheit kann Beschlüsse beanstanden beziehungsweise Änderungen fordern.

Wozu dienen die DMP-Dokumentation und der regelmäßige Feedbackbericht?

Ein wesentlicher Bestandteil der DMP sind die Qualitätsindikatoren, die auf Basis des jeweiligen Richtlinientextes formuliert werden. Sie sollen insbesondere Ärztinnen und Ärzte bei der Umsetzung der medizinischen Empfehlungen unterstützen. Also beispielsweise daran zu denken, Diabetiker mindestens einmal in zwei Jahren zum Augenarzt zu schicken, ihre Füße regelmäßig zu untersuchen oder bei KHK-Patienten eine Strategie für das Lipidmanagement festzulegen oder bei Asthma und COPD mindestens einmal im Jahr eine Spirometrie durchzuführen. Dafür braucht man die Dokumentationsparameter. Die DMP wirken offenbar gerade über diese Schiene. Wenn neue Indikatoren

eingeführt werden, kann man häufig sehen, dass sich die erreichten Werte nach kurzer Zeit verbessern, weil offenbar Aufmerksamkeit erzeugt werden konnte. Die Feedbackberichte sollen den DMP-Praxen regelmäßig ihre Ergebnisse zurückspeiegeln, damit sie gegebenenfalls ihre Vorgehensweise ändern können. Eine sehr wichtige Rolle spielen hierbei die Medizinischen Fachangestellten (MFA).

Warum ist es wichtig, dass sich die Ärzteschaft und die KVen mit der Versorgungsqualität auseinandersetzen?

Chronische Erkrankungen haben einen sehr hohen Anteil an der Krankheitslast und den Krankheitskosten aller mit uns vergleichbaren Gesundheitssysteme. Daher bewerten viele Länder ihre Versorgungsqualität in diesem Bereich intensiv, mit gleichen oder ähnlichen Indikatoren wie wir im DMP. Der Zugang zu hochwertiger Versorgung ist in Deutschland verglichen mit vielen anderen Ländern sehr gut, Patientinnen und Patienten haben bei uns vergleichsweise viele Arztkontakte. Wir müssen zeigen können, dass wir leitliniengerechte Versorgung in hohem Maße umsetzen. Aber nicht alle Qualitätsziele im DMP sind vorrangig abhängig von ärztlicher Qualität. Bei allen chronischen Krankheiten spielt das Verhalten der Patientinnen und Patienten eine wesentliche Rolle. Gesunde Ernährung, Bewegung, Rauchverhalten und Alkoholkonsum und die Fähigkeit, vereinbarte Therapien auch konsequent umzusetzen, beeinflussen die Behandlungsergebnisse ganz wesentlich. Und auch die Infrastruktur kann eine Rolle spielen. Lange Wege zur nächsten Fußambulanz oder Augenarztpraxis können die Umsetzung der Qualitätsziele erheblich erschweren. Wenn Ziele nicht erreicht werden, bedarf es einer Auseinandersetzung mit den Gründen, dazu ist die Kommunikation mit den Praxen vor Ort enorm wichtig. Dabei lassen sich bei bestimmten Indikatoren sicherlich durch einfache Maßnahmen Verbesserungen erzielen, insbesondere über die MFA. Manchmal sind es einfach nur Missverständnisse bei der Dokumentation, die zu unterdurchschnittlicher Zielerreichung führen. Nicht zuletzt können aber auch die gesetzten Zielwerte unrealistisch sein. Dann bedarf es einer Korrektur auf Bundesebene.

Welche Strategie verfolgt die KBV bei der Weiterentwicklung der DMP?

Die so häufig als bürokratisch kritisierte DMP-Dokumentation sollte aus unserer Sicht so weiterentwickelt werden, dass sie mehr Unterstützung bietet als bisher.

Wenn die DMP-Software schon während der Eingabe darauf hinweist, dass bald ein Augenarzttermin ansteht oder dass auf Basis der eingegebenen Fußdokumentation eine Mitbehandlung in einer Fußambulanz angezeigt wäre, dann kann das ein Mehrwert sein. Beim bisher nicht vertraglich umgesetzten DMP Rheuma rechnet die Software aus den eingegebenen Werten direkt aus, ob eine relevante Verschlechterung oder Verbesserung eingetreten ist. Damit die Zielwerte alltagstauglich sind, setzen wir uns im G-BA dafür ein, dass sie dort mit den Sachverständigen aus der Versorgung vereinbart werden und nicht im Nachhinein ausschließlich durch das Bundesamt für Soziale Sicherung und die Krankenkassen.



Die besondere Herausforderung liegt aktuell darin, die neuen DMP in die Versorgung zu bringen. Umsetzungshürden, die schon auf G-BA-Ebene entstehen, müssen abgebaut beziehungsweise künftig vermieden werden. Dazu zählen insbesondere aufwendige Evaluationen bereits evaluierter Patientenschulungen. Weitere wesentliche Ziele sind: Volldigitalisierung des Einschreibeprozesses, DMP-Kennzeichnung auf der e-GK, Aufhebung der rückwirkenden Ausschreibung in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung und Änderung der finanziellen Anreizsystematik für die Umsetzung der DMP durch die Krankenkassen.

Frau Dr. Mund, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Ewan Donnachie (KVB)

„Als neuer Vorstand stehen wir vor

Die KVB hat eine neue Führungsspitze: Dr. med. Christian Pfeiffer, Dr. med. Peter Heinz und Dr. med. Claudia Ritter-Rupp bilden den neuen Vorstand der KV Bayerns. Sie wollen die Arbeit der scheidenden Vorstände Dr. med. Wolfgang Krombholz und Dr. med. Pedro Schmelz erfolgreich weiterführen und sich den „gewaltigen Herausforderungen der ambulanten Versorgung Bayerns stellen.“



VV-Vorsitz: Petra Reis-Berkowicz geht in ihre dritte Amtsperiode.

Ob ein Stabwechsel harmonisch abläuft, ließ sich im Rahmen der konstituierenden Vertreterversammlung (VV) der KVB leicht daran erkennen, wie viele Delegierte nach Verkünden des Wahlergebnisses aufstanden und wie viele sitzen blieben: Als Christian Pfeifer, Peter Heinz und Claudia Ritter-Rupp am 21. Januar 2023 zum neuen Vorstand der KVB gewählt waren und sich der scheidende Vorstandsvorsitzende Wolfgang Krombholz gemeinsam mit seinem ersten Stellvertreter Pedro Schmelz von den anwesenden Kolleginnen und Kollegen verabschiedete, gab es von diesen minutenlangen Beifall und stehende Ovationen. „Wir werden die hervorragende Arbeit der vergangenen zwölf Jahre weiter fortsetzen“, versicherten alle drei neu gewählten Vorstandsmitglieder und bedankten sich bei ihren Vorgängern für das jahrelange Engagement im Sinne der bayerischen Praxen. Auch Krombholz und Schmelz – beide sichtlich gerührt – bedankten sich: bei allen KVB-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern sowie ihren Vorstandskollegen für die vertrauensvolle Zusammenarbeit. Diese sei bestimmt nicht immer einfach, aber sicher sinnvoll gewesen, so



Viele neue Gesichter: Die VV der KVB hat sich deutlich verändert.



Spannung vor jeder Auszählung.

gewaltigen Herausforderungen“



Geschafft: Christian Pfeiffer (links) und Peter Heinz sind an der Spitze der KVB.



Wiedergewählt: Claudia Ritter-Rupp (rechts) vor ihrer zweiten Amtszeit.



Standing Ovations: Die VV dankt ihrem bisherigen Vorstand.

Krombholz. Schmelz sagte: „Es war eine Zeit, die wirklich stürmisch begann, die immer auch Höhen und Tiefen mit sich brachte. Aber es war eine tolle Zeit, eine wirklich gute Zeit.“

Unter Leitung der wiedergewählten VV-Vorsitzenden Dr. med. Petra Reis-Berkowicz, die inzwischen in ihre dritte Amtszeit geht, hatte zuvor die Wahl des neuen Vorstands stattgefunden. Dabei wurde der Giebelstädter Hausarzt Christian Pfeiffer mit großer Mehrheit zum Vorstandsvorsitzenden gewählt. Der 55-jährige Facharzt für Allgemeinmedizin aus Unterfranken ist auch Mitglied im Landesvorstand des Bayerischen Hausärzterverbands (BHÄV), auf dessen Liste er kandidiert hatte. Als erster stellvertretender Vorstandsvorsitzender fungiert künftig der 55-jährige Augenarzt Peter Heinz, der im oberfränkischen Schlüsselfeld niedergelassen ist. Er war als Vorsitzender der Allianz der fachärztlichen Berufsverbände Bayerns zur Wahl angetreten. Den Dreivorstand komplettiert Claudia Ritter-Rupp als zweite stellvertretende Vorstandsvorsitzende. Die 65-jährige Münchner Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie hatte diese Funktion bereits in der vergangenen Amtszeit inne.

Der neue Vorstand der KV Bayerns skizzierte in den Antrittsreden die großen Herausforderungen, vor denen die ambulante Versorgung stehe. Bei einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung und einem zugleich steigenden Behandlungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen werde eine umfassende flächendeckende medizinische Betreuung

immer wichtiger. Doch die schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen würden gerade in den ländlichen Regionen für einen Mangel an niederlassungswilligen Haus- und Fachärzten sorgen. Hinzu komme die gescheiterte Digitalisierungsstrategie im Gesundheitswesen, die in den Praxen bislang ausschließlich für Ärger und Mehrarbeit gesorgt habe. Für die Praxen sei eine funktionierende IT-Unterstützung dringend notwendig, auch um die überbordende Bürokratie zu reduzieren.

Dass die Vorstandsarbeit sofort begann, zeigte sich noch am Tag der Wahl, als Christian Pfeiffer und Peter Heinz umgehend ihre Schlüssel zu ihren neuen Büros ausgehändigt wurden. Alle drei Vorstandsmitglieder wollen weiterhin – meist zu Wochenbeginn – einen Tag in ihren Praxen tätig bleiben, um auch künftig an der Basis zu erfahren, wie sich Entscheidungen der Politik, aber auch der KVB, auf die Niederlassung auswirken.

Dr. phil. Axel Heise (KVB)



Gerührt: Pedro Schmelz (links) und Wolfgang Kromholz vor ihrem Abschied.



Petra Reis-Berkowicz (in Gelb) mit den neuen und bisherigen Mitgliedern des Vorstands und des VV-Vorsitzes.

Die Regionalen Vorstandsbeauftragten (RVB) der KVB für die Amtsperiode 2023 bis 2028

| Region | Hausärztinnen/Hausärzte | Fachärztinnen/Fachärzte |
|---------------|--|--|
| München | Dr. med. Oliver Abbushi, Facharzt für Allgemeinmedizin | Dr. med. Marianne Röbl-Mathieu, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| Oberbayern | Dr. med. Michael Haslbeck, Facharzt für Allgemeinmedizin | Dr. med. Bernhard Weigl, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie |
| Oberfranken | Dr. med. Beate Reinhardt, Fachärztin für Allgemeinmedizin | Dr. med. Kathrin Krome, Fachärztin für Neurologie |
| Mittelfranken | Dr. med. Hans-Erich Singer, Facharzt für Allgemeinmedizin | Dr. med. Axel Jaksche, Facharzt für Augenheilkunde |
| Unterfranken | Joachim Lentzkow, Facharzt für Allgemeinmedizin | Dr. med. Birgit Spohn, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| Oberpfalz | Dr. med. Matthias Loew, Facharzt für Allgemeinmedizin | Dr. med. Frank Vescia, Facharzt für Anästhesiologie |
| Niederbayern | Johann Ertl, Facharzt für Allgemeinmedizin | Dr. med. Peter Hück, Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde |
| Schwaben | Dr. med. Jakob Berger, Facharzt für Allgemeinmedizin | Dr. med. Steffen Gass, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten |

Die gesundheitspolitischen Ziele des neuen KVB-Vorstands



Dr. Christian Pfeiffer, neuer Vorstandsvorsitzender der KVB

„Der scheidende KVB-Vorstand unter Dr. Wolfgang Krombholz und Dr. Pedro Schmelz hat das Motto geprägt: ‚Gut ist, was für die Praxen gut ist‘. Das gilt selbstverständlich weiter. Wir sind hier, um für die Praxen etwas zu erreichen. Das funktioniert nur, wenn wir über die einzelnen Fachgruppen hinweg kollegial zusammenarbeiten. Dazu gehört auch, die Bürokratie in den Praxen zu verringern und das Thema Digitalisierung anzugehen. Diese muss funktionieren und die Praxistätigkeiten der Kolleginnen und Kollegen erleichtern, statt sie unter Strafandrohung zu verkomplizieren. Grundsätzlich muss die Vertragsärzteschaft die Versorgung der Zukunft selbst gestalten und nicht nur die Politik agieren lassen. Hier muss die Selbstverwaltung aktiv werden und bei der Politik die Wertschätzung unserer am-

bulanten Tätigkeit einfordern, die leider nicht in allen Parteien verankert ist. Es müssen auch Lösungen für den Ärztemangel gefunden werden. Damit einher geht der Kampf für den Erhalt der Selbstständigkeit unserer Praxen. Auch wenn wir als Körperschaft des Öffentlichen Rechts an die Weisungen des Fünften Sozialgesetzbuches gebunden sind, dürfen wir den Kopf nicht in den Sand stecken, sondern müssen versuchen, weitere Veränderungen zum Wohl unserer Kolleginnen und Kollegen und ihrer Praxen zu erreichen.“



Dr. Peter Heinz, erster stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVB

„Als fachärztlicher Bereichsvorstand ist es mir äußerst wichtig zu betonen, dass ich mich mit vollem Einsatz engagieren werde – und zwar für die Belange aller Fachgruppen, nicht nur meiner eigenen. Es stehen turbulente Zeiten an und die Vertragsärzteschaft und ihre Gremien stehen unter massivem politischen Druck. Mit Blick auf die geplante intersektorale Zusammenarbeit müssen wir aufpassen, dass die Vertragsärzteschaft dabei nicht unter die Räder gerät und sich nicht alles auf die Kliniken konzentriert. Die Zusammenarbeit mit allen Berufsverbänden ist daher immens wichtig. Wir können und wollen nicht im luftleeren Raum an den Verbänden vorbei agieren. Nur wenn die Fachärzteschaft gemeinsam

handelt, kann sie erfolgreich sein. Oberstes Ziel ist dabei die Ent-Budgetierung. Wir müssen endlich zu einer adäquaten Honorierung unserer ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen kommen, ohne dass uns Budgetgrenzen drohen. Diesem Ziel ordnen wir alles unter, selbstverständlich, ohne dabei mit der Brechstange zu agieren.“



Dr. Claudia Ritter-Rupp, zweite stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVB

„Auch ich spreche mich – ebenso wie meine beiden Vorstandskollegen – für die Geschlossenheit der gesamten Ärzteschaft aus. Zu groß waren und sind die gesundheitspolitischen Herausforderungen, als dass wir leichtfertig Energien auf Rivalitäten verschwenden und uns in Zersplitterungen und in Partikularinteressen verlieren. Daher stehe ich für eine konstruktive, aber auch kämpferische Politik, deren Einflussnahme auf Glaubwürdigkeit beruht.“

Neue ASV-Beschlüsse gefasst

Patienten mit Multipler Sklerose sowie Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren können künftig von einem interdisziplinären Team im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) behandelt werden. Hierfür wurde mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in seiner Sitzung am 15. Dezember 2022 der Grundstein gelegt.

Die neuesten Anlagen zur ASV-Richtlinie „Multiple Sklerose“ sowie „Knochen- und Weichteiltumoren“ durchlaufen aktuell das Beanstandungsverfahren durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Im Falle einer Nichtbeanstandung durch das BMG treten die neuen Anlagen in Kraft. Anschließend können interessierte Ärztinnen und Ärzte ein interdisziplinäres Behandlungsteam gründen und dieses beim erweiterten Landesausschuss Bayern (eLA Bayern) anzeigen.

Behandelbare Patientengruppen

Die Anlage 1.2a „Multiple Sklerose“ umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose, wenn diese aufgrund der Ausprägung der Erkrankung eine interdisziplinäre oder komplexe Versorgung oder eine besondere Expertise oder Ausstattung benötigen. Die Anlage 1.1a umfasst die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren.

Eine Zuordnung der Erkrankungen anhand der ICD-10-Codes ist in den entsprechenden Anlagen 1.2a unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/5804/> und 1.1a unter

<https://www.g-ba.de/beschluesse/5803/> zur ASV-Richtlinie zu finden.

Benötigte Fachgruppen „Multiple Sklerose“

Die Teamleitung dürfen Fachärzte für Neurologie übernehmen. Ärzte dieser Fachrichtung bilden auch das Kernteam. Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie zu benennen. Falls nicht verfügbar, ist eine Fachärztin/ ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zu benennen. Darüber hinaus wird das Team noch um weitere Ärzte verschiedener Fachgruppen ergänzt, die im Bedarfsfall hinzuzuziehen sind.

Benötigte Fachgruppen „Knochen- und Weichteiltumoren“

Die Teamleitung dürfen Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder Orthopädie und Unfallchirurgie oder Strahlentherapie übernehmen. Zusätzlich zu diesen Fachgruppen bedarf es im Kernteam eines Facharztes für Allgemeinchirurgie und eines Facharztes für Viszeralchirurgie. Darüber hinaus wird das Team noch um weitere Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachgruppen ergänzt, die im Bedarfsfall hinzuzuziehen sind.

Behandlungsumfang

Die abrechenbaren Gebührenordnungspositionen sind in der Anlage, respektive im Appendix, aufgeführt. Darunter befinden sich auch sechs Leistungen (Knochen- und Weichteiltumoren), die bislang nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sind (Abschnitt 2).

Mindestmengen „Multiple Sklerose“

Um an der ASV-Indikation „Multiple Sklerose“ teilnehmen zu können, muss das Kernteam mindestens 120 Patienten mit gesicherter Diagnose in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen nachweisen. Details zu den Mindestmengen und zu allen anderen Voraussetzungen finden Sie im Beschluss zur Anlage 1.2a Multiple Sklerose unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5804/2022-12-15_ASV-RL_Multiple-Sklerose.pdf.

Mindestmengen „Knochen- und Weichteiltumoren“

Um an der ASV-Indikation „Knochen- und Weichteiltumoren“ teilnehmen zu können, muss das Kernteam mindestens 50 Patienten mit gesicherter Diagnose in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen der genannten Indikationsgruppen nachweisen. Details zu den Mindestmengen und zu allen anderen Voraussetzungen finden Sie im Beschluss zur Anlage 1.1a onkologische Erkrankungen, Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5803/2022-12-15_ASV-RL_Knochen-Weichteiltumoren.pdf

Alice Reisacher (KVB)



KVB Servicetelefonie – Ihre Erste Wahl

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

Servicezeiten

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

Abrechnung 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
Seminare 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20
Verordnung 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
Technik 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40



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:

M. Rumberger (Seite 10), Privat (Seite 11), stock.adobe.com/Deemerwha studio (Titelseite), stock.adobe.com/geschmacksRaum® (Seite 2, 5), stock.adobe.com/RVAN (Seite 2), stock.adobe.com/Ideenkoch (Seite 4), stock.adobe.com/ink drop (Seite 6), stock.adobe.com/RFBSP (Seite 11), stock.adobe.com/Maks_Lab (Seite 13), KVB (alle weiteren)