

KVBFORUM

07 | 25
08 | 25

WOHIN, WENN'S EILT?

Abgestimmte Wege für Akut- und Notfallpatienten finden



20 | **QUALITÄT:** Sicherung der Pflegequalität in Bayern

24 | **VERSORGUNG FÖRDERN:** Mindestquoten bieten Chancen für Psychiater

30 | **AUS DER PRAXIS:** Berufserlaubnis für ausländische Ärzte



3 EDITORIAL

KURZMELDUNGEN

- 4 ePA für alle – verbleibende Zeit jetzt nutzen
- 4 Bundesweiter ePA-Start: Appell an PVS-Hersteller
- 4 „Systemerkrankung. Arzt und Patient im Nationalsozialismus“
- 5 Vertreterversammlungen 2025
- 5 Zahl des Monats
- 5 Für ein faires Praktisches Jahr!
- 5 Bayernweiter Selbsthilfefachtag „Sucht und Gesundheit“

TITELTHEMA

- 6 in.SAN Bayern geht in die nächste Runde
KVB-Expertenkonferenz für Notfall- und Akutversorgung tagte Anfang Mai zum zweiten Mal

- 9 Zwischen Praxis und Notaufnahme
Patientenbefragung von KVB und Zi zur Inanspruchnahme von Notaufnahmen in Bayern

- 12 „Eine unbezahlbare Plattform des Miteinanders“
Interview mit den in.SAN-Organisatoren zu Zielen und Herausforderungen der Konferenz

- 14 Strukturierte medizinische Ersteinschätzung (SmED)
Die Vorteile von SmED und künftiger KI-Lösungen zur gezielten Patientensteuerung

- 16 Am digitalen Tresen
SmED bei Notaufnahme des Klinikums Rosenheim im Einsatz

- 17 Akutversorgung neu gedacht
Projekt RTWakut setzt auf Rettungsdienste als Wegweiser in die ambulante Versorgung

- 18 Pflegeheim: Arzt kommt per Video
Erprobung von DocOnLine in ausgewählten Pflegeeinrichtungen angelaufen

KVB INTERN

- 19 Meine KVB: mehr Service
Neue Funktionen im Mitgliederportal erleichtern Kommunikation mit Praxen

QUALITÄT

- 20 Sicherung der Pflegequalität in Bayern
Einblicke in die Arbeit der Aufsichtsbehörde FQA

IT IN DER PRAXIS

- 22 Was kann KIM? – weitere Anwendungsmöglichkeiten
Teil 2 der Serie zur elektronischen Ersatzbescheinigung und eNachricht

VERSORGUNG FÖRDERN

- 24 Mindestquoten bieten Chancen für Psychiater
Möglichkeit, auch in gesperrten Regionen an Versorgung teilzunehmen
- 26 Landesausschuss prüft Versorgungssituation
Drohende Unterversorgung in acht weiteren Regionen Bayerns festgestellt

AUS DER PRAXIS

- 28 Abrechnen mit dem KVB Pro Service
Praxen profitieren für alle Leistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen

- 30 Berufserlaubnis für ausländische Ärzte
Welche Möglichkeiten bietet das Vertragsarztrecht?

31 KVB KONTAKTDATEN

32 IMPRESSUM



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die neue Bundesgesundheitsministerin Nina Warken hat keine leichte Aufgabe vor sich. Was in ihren ersten öffentlichen Aussagen und Auftritten bereits zu erkennen war: Die Bereitschaft, den Praxen zuzuhören, dürfte höher sein als bei ihrem Vorgänger Karl Lauterbach. Die Herausforderungen sind dieselben: Die Krankenkassen fordern Ausgabendisziplin, während wir Niedergelassenen in unseren Praxen für bessere Rahmenbedingungen unserer Arbeit eintreten. Dies beinhaltet auch eine angemessene Honoraranpassung, damit wir unsere Patientinnen und Patienten weiterhin gut versorgen und unsere Praxen in der Fläche erhalten können. Die jüngsten Honorarberichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigen: Das war in den vergangenen zwei Jahren deutlich zu wenig.

Im Wettstreit mit den Interessen der anderen Akteure im Gesundheitswesen wollen wir dabei nicht nur mit Konzepten überzeugen, sondern auch mit praktikablen Lösungen: Auf unserer Expertenkonferenz in SAN Bayern haben wir gezeigt, wie das geht. Mit Projekten wie RTWakut oder DocOnLine im Pflegeheim, haben wir Lösungen für bestehende Probleme präsentiert. Im ersten Fall reduzieren wir Krankentransporte in die Klinik und leiten nicht lebensbedrohliche Erkrankungsfälle in die Haus- oder Facharztpraxen um. Und im zweiten Fall wird das Pflegeheimpersonal durch Videounterstützung eines hausärztlichen Kollegen entlastet und die Patienten so schneller versorgt. Lesen Sie dazu alles im Titelthema der vorliegenden Ausgabe.

Für die Zukunft der ambulanten Versorgung klare Vorstellungen äußern und mit digitalen Schnittstellenlösungen untermauern – das sehen wir als Weg in die Zukunft und wollen unsere Partner der Selbstverwaltung, aber auch die Politik davon überzeugen. Diesen Weg wollen wir mit Ihnen weiterhin gemeinsam gestalten.

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

„ePA FÜR ALLE“ – VERBLEIBENDE ZEIT JETZT NUTZEN

Seit Ende April 2025 hält die elektronische Patientenakte für alle, kurz „ePA für alle“, Schritt für Schritt Einzug in die Praxen. Ihre Integration in den Praxisalltag geschieht allerdings nicht über Nacht. Wichtig ist, dass sich niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten und ihre Mitarbeiter ausreichend Zeit nehmen, um sich mit ihren gesetzlichen Pflichten auseinanderzusetzen, die Funktionen in ihrem Praxisverwaltungssystem (PVS) kennenzulernen und die ePA in ihre Abläufe einzubinden. Obwohl die Verpflichtung zur Nutzung für Ärzte und Psychotherapeuten erst ab 1. Oktober 2025 gilt, heißt das nicht, dass Praxen bis dahin warten sollten.

Auch von anfänglichen Hürden sollten Praxen sich nicht entmutigen lassen, sondern mögliche Unzulänglichkeiten direkt ihrem IT-Servicepartner oder Telematikinfrastruktur-Anbieter melden. Nur so können Probleme schnell behoben und Verbesserungen vorgenommen werden. Nach den unterschiedlichen Erfahrungsberichten, die die KVB von Praxen erhält, unterscheiden sich die Umsetzungen in den jeweiligen PVS teils erheblich. Umso wichtiger, dass die Anbieter sich den Anforderungen ihrer Kunden bewusst sind.

Die KVB möchte die Praxen mit ihrem breit angelegten Informationsportfolio bestmöglich bei den anstehenden Herausforderungen unterstützen. Aufzeichnungen der vergangenen Informationsveranstaltungen, ein umfangreiches FAQ-Dokument mit zahlreichen Fragen und Antworten sowie Links, unter anderem zum Starterpaket der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Aushängen und Flyern für die Patienteninformation, finden Sie unter www.kvb.de/epa.

Teilnahme an KVB-Umfrage: Stimmungsbarometer zur „ePA für alle“
Wenn Sie die „ePA für alle“ bereits nutzen, lassen Sie uns an Ihren Erfahrungen teilhaben. Im Mitgliederportal „Meine KVB“ unter www.meinekvb.de in der Kategorie „Aktuelles“ haben wir eine anonyme und kurze Online-Umfrage eingerichtet und freuen uns über Ihr Feedback.

Nina Kösel, Kathrin Walenda (beide KVB)

BUNDESWEITER ePA-START: APPELL AN PVS-HERSTELLER



Mittlerweile wird bundesweit die elektronische Patientenakte für alle, kurz „ePA für alle“, ausgerollt. Für die Niedergelassenen in Bayern stellt die KVB hier eine unterschiedliche Umsetzung durch die beteiligten Software-Hersteller von Praxisverwaltungssystemen (PVS) fest. Einrichtung und Nutzung – insbesondere das Befüllen der ePA – erweisen sich in den Praxen oft als sehr aufwendig. Der KVB-Vorstand hat deshalb offiziell an die PVS-Hersteller appelliert, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung definierten Anforderungen an ein PVS zügig umzusetzen, bestehende technische Mängel zeitnah zu beheben und Praxen umfassend über Funktionalitäten, Bedienung und Updates der ePA in der jeweiligen Software zu informieren. Dazu gehöre auch, dass PVS-Hersteller rechtzeitig die Konformitätsbewertung gemäß Paragraph 387 SGB V anstreben müssten. Andernfalls könnten betroffene Praxen ab dem Jahr 2026 nach Paragraph 372 Absatz 3 SGB V keine Abrechnungen mehr einreichen.

Redaktion

„SYSTEMERKRANKUNG. ARZT UND PATIENT IM NATIONALSOZIALISMUS“

Vom 7. bis 25. Juli ist in den Räumen der KVB, Elsenheimerstraße 39, in München die Ausstellung „Systemerkrankung. Arzt und Patient im Nationalsozialismus“ zu sehen. Sie wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gemeinsam mit dem Zentrum für Antisemitismusforschung in Berlin konzipiert und beleuchtet unter anderem die Rolle der Vorgängerorganisation der KBV – der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands – in den Jahren 1933 bis 1945. Die KBV will mit der Aufarbeitung ihre historische Verantwortung übernehmen, die Verbrechen des Nationalsozialis-

mus nicht in Vergessenheit geraten zu lassen.

Die Ausstellung ist im Foyer der KVB frei zugänglich und kann zu den regulären Öffnungszeiten kostenlos besucht werden.

Redaktion



VERTRETERVERSAMMLUNGEN 2025



Die letzte Vertreterversammlung (VV) der KVB im Jahr 2025 findet an folgendem Termin in der Eisenheimerstraße 39, 80687 München statt.

- Freitag, 21. November 2025

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

FÜR EIN FAIRES PRAKTISCHES JAHR!



Mitte Mai gingen Medizinstudierende öffentlichkeitswirksam im Zentrum von München auf die Straße, um ihren Anliegen nach einem fairen Praktischen Jahr, vor allem bei den Arbeitsbedingungen und der Bezahlung, Nachdruck zu verleihen. Der Demonstrationzug startete am Friedensengel und endete am Marienplatz. Unterstützt werden die Forderungen schon seit Längerem auch von der KVB. Der Regionale Vorstandsbeauftragte für München, Hausarzt Dr. med. Oliver Abbushi, versicherte den Demonstrierenden, dass die Ärzteschaft weiterhin an ihrer Seite stehe: „Die aktuelle Situation im Praktischen Jahr ist nicht weiter tragbar. Deshalb stehen wir vollumfänglich hinter den Forderungen der Studierenden!“

Redaktion

BAYERNWEITER SELBSTHILFEFACHTAG „SUCHT UND GESUNDHEIT“

Auch dieses Jahr organisiert die SeKo Bayern gemeinsam mit der Selbsthilfekontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Schwaben den bayernweiten Selbsthilfefachtag „Sucht und Gesundheit“. Er steht unter der Schirmherrschaft von Gesundheitsministerin Judith Gerlach und folgt dem Motto „Verantwortung teilen – Gruppe aktivieren“. Die Veranstaltung richtet sich an Selbsthilfeaktive und Fachleute aus dem Sucht- und Gesundheitsbereich, sowie Auszubildende und Studierende.

Nach einem interaktiven Einstiegsvortrag von Theresa Keidel, SeKo Bayern, haben alle Teilnehmenden im Rahmen der Barcamp-Methode die Möglichkeit, sich aktiv einzubringen und selbst zu „Teil-Gebenden“ zu werden. Die Barcamp-Methode ist eine moderne Großgruppenmethode, um interessante Themen tagesaktuell auf Augenhöhe zu bearbeiten.

Ideell unterstützt wird der Fachtag von der Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe und der Baye-

rischen Akademie für Suchtfragen. Die finanzielle Unterstützung übernimmt die KVB gemeinsam mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention.

Veranstaltungsort: Bigbox Allgäu, Kottenerstraße 62-64, 87435 Kempten. Datum: 11. Juli 2025. Uhrzeit: 9.30 bis 16.30 Uhr.

Weitere Informationen zu Programm und Anmeldung finden Sie unter <https://www.seko-bayern.de/veranstaltungen/selbsthilfefachtag-2025/>.

Redaktion



99,65

Zahl des Monats

Prozent aller Einwohner Bayerns erreichen eine KVB-Bereitschaftspraxis innerhalb von 30 Minuten.

(Quelle: KVB)

in.SAN Bayern geht in die zweite Runde

Die vor einem Jahr von der KVB erstmals aus der Taufe gehobene Expertenkonferenz für Notfall- und Akutversorgung in.SAN Bayern hat am 8. und 9. Mai 2025 zum zweiten Mal getagt – mit denselben ehrgeizigen Zielsetzungen, aber unter anderen Voraussetzungen. So hatte man dem Wunsch vieler Teilnehmenden aus 2024 entsprochen und der Veranstaltung mehr Zeit und Raum gegeben.

Stattd für die Konferenzetage der KVB hatte sich das in.SAN-Organisationsteam für das Veranstaltungsforum Fürstenfeldbruck entschieden, einer großzügigen Location mit viel Platz für die zahlreichen Fachvorträge der hochkarätigen Konferenzteilnehmerinnen und -teilnehmer aus Politik, Wissenschaft, Krankenkassen, Kliniken, Praxen und Rettungsdienst. Der Standort bot zusätzlich genügend Raum für Podiumsdiskussionen, Workshops, Begegnungen und Austausch in den Kaffeepausen. In denen hatte man auch Gelegenheit, eine äußerst informative Ausstellung unterschiedlicher Projektteams aus der bayerischen Akut- und Notfallversorgung zu besuchen.

Um den Teilnehmenden generell mehr Gelegenheit zum Dialog und Netzwerken zu geben, war die Veranstaltung um einen zweiten Tag verlängert und die

Veranstaltungsagenda um entsprechende Zeitslots für Get-together und Networking ergänzt worden. Moderiert wurde die Konferenz an beiden Tagen von Wirtschaftsjournalistin Maxi Sarwas und Rettungsingenieur, Bestseller-Autor und Influencer Luis Teichmann. Die Begrüßung übernahmen neben Hausherr Dr. med. Christian Pfeiffer, Vorstandsvorsitzender der KVB, der Bayerische Innenminister Joachim Herrmann (MdL), der es sich nicht nehmen ließ, per Videobotschaft Grußworte an die Teilnehmenden zu richten. Zur Begrüßung anwesend war in Vertretung der verhinderten Gesundheitsministerin und Schirmherrin Judith Gerlach, die zuvor ein schriftliches Grußwort übermittelt hatte, Dr. Rainer Hutka, Amtschef des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention. Ebenso wie Roland Engehausen, Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG) und Dr. rer. oec. Irmgard Stippler, Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern. Sie alle lobten in ihren Eingangsstatements die Initiative der KVB zur in.SAN-Expertenkonferenz. Diese setze für die Akut- und Notfallversorgung in Bayern ein starkes und notwendiges Signal, dass eine optimale Steuerung zur bedarfsgerechten Behandlung aller Patientinnen und Patienten im Freistaat möglich ist, wenn alle daran beteiligten Expertinnen und Experten gemeinsam an innovativen Lösungen arbeiten. Hierfür brauche es einen interdisziplinären Austausch – weshalb der Dialog im Rahmen dieser Veranstaltung, aber auch darüber hinaus für eine gemeinsame Gestaltung der Zukunft der Akut- und Notfallversorgung in Bayern fortgesetzt werde.

Exklusive Studienergebnisse veröffentlicht

Als besonderes Highlight der in.SAN wurden gleich zu Anfang exklusive Einblicke in eine Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) gemeinsam mit der KVB zur Inanspruchnahme bayerischer Notaufnahmen in Aussicht gestellt, die zu einem späteren Zeitpunkt vom Zi-Vorstandsvorsitzenden, Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried, sowie Prof. Dr. med. Matthias Klein, Ärztlicher Leiter der Zentralen Notaufnahme am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität, München-Großhadern, präsentiert wurden (siehe auch Seite 9). KVB-Chef Pfeiffer lobte die Studie und



Die Expertinnen und Experten der in.SAN 2025 eint das Ziel, die Akut- und Notfallversorgung in Bayern patientengerecht und zukunftsorientiert aufzustellen.

bedankte sich ausdrücklich beim Zi für die hilfreichen Erkenntnisse: „Befragungen wie diese zur Inanspruchnahme in bayerischen Notaufnahmen sind äußerst wertvoll, weil alle an der Akut- und Notfallversorgung Beteiligten zwar die Rahmenbedingungen so gestalten können, dass sie einigermaßen gut sind. Aber wen wir nicht beeinflussen können, das sind die Patienten. Die Ergebnisse helfen uns, zu erfahren, wie Patienten ticken und an welchen Stellschrauben im System wir zur besseren Steuerung drehen müssen.“

Keine Zeit zu verlieren

Ein weiterer Höhepunkt des ersten Tages war der Besuch des ehemaligen bayerischen Gesundheitsministers Klaus Holetschek, Fraktionsvorsitzender der CSU im Bayerischen Landtag, der in den letzten Jahren viele Projekte der KVB zusammen mit den Playern des bayerischen Gesundheitssystems zur Vernetzung von Notaufnahme, Arztpraxis und Rettungsdienst befürwortend unterstützt hatte. Als CSU-Fraktionsvorsitzender konnte er nun aus Sicht eines derjenigen, die den Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung aktiv begleitet haben, Ein- und Ausblicke in die politischen Gesundheitspläne der nächsten Jahre geben. Er warb eindringlich dafür, jetzt an den entscheidenden Stellschrauben zu drehen und nicht weiter in Strukturen zu investieren, die am Ende des Tages nicht sehr effizient seien. „Ich werbe dafür – und tue dies auch bei der neuen Gesundheitsministerin – das System zu stabilisieren und es effizienter zu machen.“ Es sei derzeit „absolut auf Kante“ genäht. „Wir haben im Koalitionsvertrag versucht, den Ländern bei der Notfallversorgung individuelle Spielräume zu ermöglichen, zum Beispiel bei der Wahl der Krankenhausstandorte, trotz Reduzierung der Häuser. Wir haben auch das Thema Zuordnung/Beschränkung von Ärzten zu bestimmten Leistungsgruppen noch mal in den Fokus genommen. Darüber hinaus haben wir das Thema Primärarztssystem diskutiert, das ich ausdrücklich befürworte und das man weiter ausarbeiten sollte.“ Der Koalitionsvertrag, so Holetscheks Fazit, sei ein guter. Die gesundheitspolitische Arbeitsgruppe sei von einem gemeinsamen Spirit getragen. Und man wisse um Gesetze – wie die Notfallreform – die im Kern fertig in der Schublade liegen. „Wir haben die Blaupause aus Bayern, die man direkt umsetzen könnte. Hier müssen wir abwarten, inwiefern dies in den ersten hundert Tagen gelingen wird.“ Zum Schluss mahnte der CSU-Fraktionsvorsitzende, im Sinne einer künftigen Ressourcenschonung von Ärztinnen und Ärzten, sich auch dem Thema Kompetenzübertragung an medizinisch ausgebildetes Fachpersonal weiter zu öffnen. Hier seien

freilich noch wichtige Grundsatzfragen zur Abgabe ärztlicher Verantwortung, Haftung und Dokumentationsketten zu klären. Viel Zeit, so Holetschek, dürfe man bei all den Fragen aber sicher nicht mehr verlieren!

Bevor es als nächstes in einen Innovationsdialog zur Akut- und Notfallversorgung in Bayern ging und dazu auf dem Podium unter anderem Prof. Dr. med. Viktoria Bogner-Flatz (Kreisklinik Ebersberg), Dr. med. Michael Bayeff-Filloff (RoMed Kliniken) und PD Dr. med. Stephan Prückner (LMU) begrüßt wurden, hatte Gastgeber Dr. Christian Pfeiffer noch Gelegenheit, die Vision der KVB und ihrer Partner zur indikationsgerechten Steuerung von Hilfesuchenden in der Akut- und Notfallversorgung in Bayern vorzustellen (siehe Kasten auf dieser Seite). Hierbei ging er auch ausführlich auf das Projekt DocOnLine in Pflegeeinrichtungen ein – ein Thema, dem inhaltlich auch ein Großteil des zweiten Konferenztages der überaus gelungenen in.SAN 2025 gewidmet war.

Weitere Informationen, Grußworte, Vorträge und Präsentationen sowie Bildmaterial zur in.SAN 2025 finden Sie unter [in.SANKonferenz 2025](#).



Marion Munke (KVB)

Pläne zur Patientensteuerung in der Akut- und Notfallversorgung in Bayern

- Flächendeckende **Implementierung „gemeinsamer Tresen“** (Einrichtung weiterer Pilotregionen).
- Flächendeckende **Etablierung von SmED** im öffentlich-rechtlichen bayerischen Rettungsdienst (siehe Seite 14).
- Etablierung von **SmED-Patient** zur digitalen Selbsteinschätzung und „Selbstlenkung“ der Patienten in die vertragsärztliche Versorgung.
- Erprobung der **Videosprechstunde DocOnLine** zwischen diensthabenden Ärzten im Bereitschaftsdienst und Pflegeeinrichtungen (siehe Seite 18).
- **Vernetzung des eTerminservice** mit Zuweisungsmöglichkeiten für Rettungsdienst während Sprechstundenzeiten (siehe Seite 17).
- Ausbau KVB-Vermittlungszentrale zur **Akuteleitstelle Bayern**. Weitere Optimierung der Vernetzung mit Integrierten Leitstellen.
- Einbindung weiterer Berufsgruppen in das in.SAN-Netzwerk, zum Beispiel **stationäre und ambulante Pflegekräfte**.

Wichtige Statements der in.SAN-Konferenz 2025



Die richtige Balance finden

„Zusammenkünfte von Expertinnen und Experten wie bei der in.SAN Bayern sind in diesen Zeiten von immenser Bedeutung, um den großen Herausforderungen im Gesundheitswesen mit guten, innovativen und kreativen Ideen zu begegnen. Stichwort Krankenhausreform: Sie wird die Krankenhauslandschaft auch in Bayern verändern – mit Folgen ebenso für die Notfallstrukturen. Hierzu müssen wir Notaufnahmen und Notfallstrukturen von Fällen entlasten, die eigentlich gut in den ambulanten Praxen versorgt wären – ohne dabei die ambulante Versorgung zu überlasten. Hier müssen wir die richtige Balance finden.“

Dr. Rainer Hutka, Amtschef des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention

Konzentrierte und konfliktfreie Zusammenarbeit

„Ich glaube, in keinem anderen Bundesland arbeiten KV und Krankenhäuser in den Grundsätzen so konzentriert und konfliktfrei zusammen wie in Bayern. Während in Baden-Württemberg Bereitschaftspraxen geschlossen wurden, haben wir die Notfallversorgung mit dem Rosenheimer-Modell neu gedacht. Auch die Digitalisierung auf den Rettungswegen wird nun zügig umgesetzt. Das Thema Krankenhausstandorte wird uns künftig intensiv begleiten: Hier werden wir vorangehen und überlegen, was wir wie und wo aus dem stationären in den ambulanten Bereich abgeben können.“

Roland Engehausen, Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft



Ernste Lage erfordert sofortiges Handeln

„Für die GKV kann ich sagen: Die Kassen sind leer. Wir sind in Summe in einer sehr ernstesten Lage, die sofortiges Handeln erfordert. Es braucht schnelle und zügige Strukturreformen, die zu einer patientenorientierten, bedarfsgerechten, sektorenübergreifenden und auch finanzierbaren Versorgung führen. Dazu zählen die Krankenhausreform, die Reform der Notfallversorgung und auch die Entwicklung eines Primärversorgungssystems zur Patientensteuerung. Außerdem müssen für eine gute Versorgung umgehend die Finanzen der GKV mit einem Sofortprogramm stabilisiert werden. Hier kann es keinen Aufschub bis 2027 geben.“

Dr. rer. oec. Irmgard Stippler, Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern

Bayerns Notfallversorgung steht vor Wandel

„Studien zeigen: Die meisten unserer Rettungsmittel sind zu lange gebunden, weil sie oft weitere Strecken zurücklegen müssen oder mit Blaulicht zu einem Patienten fahren, der am Ende gar nicht transportiert wird. Das ist ein Grund, warum wir immer mehr Rettungsmittel vorhalten müssen, um die gesetzlich vorgeschriebenen Hilfsfristen einhalten zu können. In Zukunft werden durch die Krankenhausreform – besonders in ländlichen Regionen – auch für Patientenverlegungen aus Kliniken immer größere Strecken überwunden werden müssen. Hierfür werden wir mehr Luftrettung benötigen. Allerdings haben wir witterungsbedingt oder zu Tageszeiten, zu denen keine Hubschrauberflüge stattfinden können, auch dann ein Transportproblem. Wir brauchen daher Lösungen, um die Zeit bis zum Eintreffen der Rettungsmittel zu überbrücken. Man könnte zum Beispiel alle Polizeiautos mit Defibrillatoren ausstatten.“

PD Dr. med. Stephan Prückner, geschäftsführender Direktor, Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement LMU, München



Zwischen Praxis und Notaufnahme

Was führt Patienten, die eigentlich besser anders versorgt werden könnten, in die Klinik? Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, kurz Zi, hat sich der Frage angenommen und die Ergebnisse einer Patientenbefragung in 15 Notaufnahmen in Bayern zusammengefasst.

Wer als medizinischer Notfall in ein Krankenhaus eingeliefert wird oder eigenständig eine Notaufnahme aufsucht, soll sich darauf verlassen können, dass für eine fachgerechte Notfallbehandlung ausreichend Kapazität und Zeit vorhanden sind. Damit dies so ist, müssen die Notaufnahmen von den Fällen entlastet werden, die eigentlich besser in einer Praxis oder Bereitschaftspraxis versorgt werden könnten. Das ist ein Kernziel der Notfallreform, das auch von der KVB unterstützt wird. Es liegt auch im Interesse der Praxen, denn nur so können diese sich darauf verlassen, dass ihre Patientinnen und Patienten in Notfallsituationen angemessen behandelt werden. Die Personalengpässe in Krankenhäusern und Praxen erlauben es nicht länger, dass Ressourcen des Versorgungssystems mehrfach, parallel oder ungezielt, ohne Versorgungsnotwendigkeit, in Anspruch genommen werden. Die Antwort besteht in einer besseren Patientensteuerung, auch und besonders beim Zugang zu den Notaufnahmen. Um hierfür eine empirische Grundlage zu schaffen, haben die KVB und das Zi gemeinsam mit 18 kooperierenden Kliniken von Anfang September bis Ende November 2024 eine

standardisierte Befragung in 15 bayerischen Notaufnahmen durchgeführt, an der über 7.500 Patientinnen und Patienten teilgenommen haben. Erfragt wurden die Beweggründe für die Inanspruchnahme, die Bedeutung vorheriger Kontakte zur vertragsärztlichen Versorgung, die Bekanntheit der 116117, sowie die Akzeptanz digitaler Steuerungsangebote.

Patienten werten ihre Anliegen mehrheitlich als dringlich, knapp die Hälfte sucht zuerst einen Vertragsarzt auf

Für den Großteil der Befragten ging es um ein nach eigenem Ermessen dringliches oder sehr dringliches

Anliegen. Die häufigsten Anlässe waren Schmerzen, Verletzungen, Herz-Kreislauf-/Atem- und Bauchbeschwerden. Knapp die Hälfte der Befragten suchte die Notaufnahme aufgrund der wahrgenommenen Intensität ihrer Beschwerden auf. Beim Großteil waren diese am gleichen Tag aufgetreten oder bestanden erst seit wenigen Tagen.

Immerhin hatte knapp die Hälfte der Befragten vor Aufsuchen der Notaufnahme eine Praxis kontaktiert. Knapp drei Viertel hatten sich an eine Hausarztpraxis, ein Viertel an eine Facharztpraxis gewandt. Der Großteil der Kontaktversuche, insbesondere bei den Hausarzt-

Wohnortverteilung der Inanspruchnahmebefragung in Bayern

Anzahl der Teilnehmenden je Postleitzahl

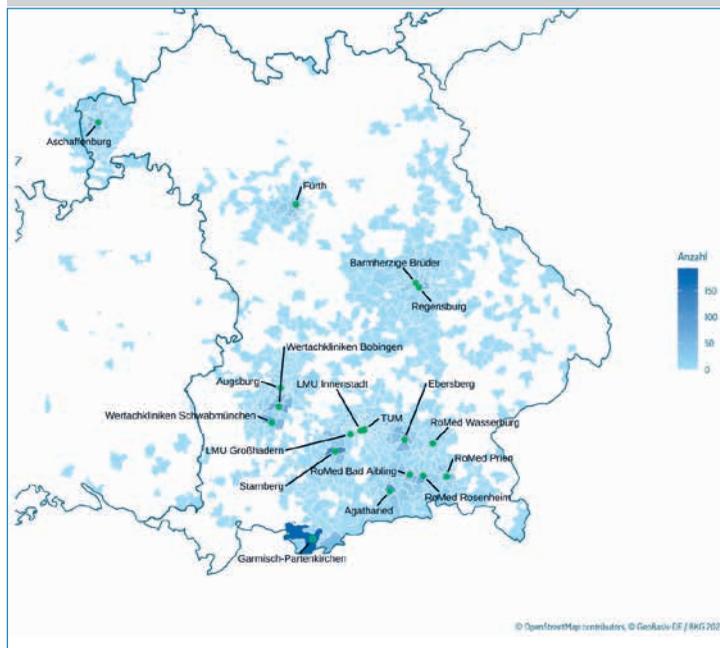


Abbildung 1: Übersicht der beteiligten Notaufnahmen mit Postleitzahl der Befragten.

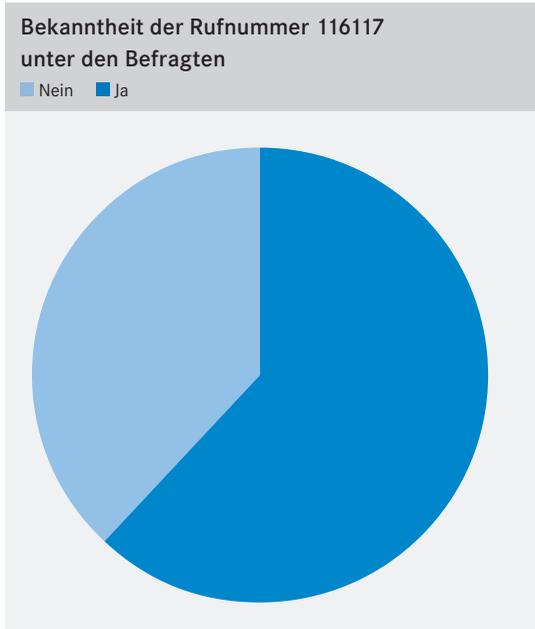


Abbildung 2: Bekanntheit 116117

praxen, war erfolgreich. Kam es nicht zum gewünschten Kontakt, war nach Angaben der Befragten niemand erreichbar oder kein zeitnaher Termin verfügbar. Nur ein sehr kleiner Anteil der Befragten

berichtete von einem vorherigen Kontakt zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst oder zu einer Bereitschaftspraxis. Patienten, die mit dem Rettungsdienst eingeliefert wurden, hatten nur zu einem Drittel vorher Kontakt zu einem niedergelassenen gesucht. Folglich hatte fast die Hälfte der Befragten vor Aufsuchen der Notaufnahme Kontakt zur vertragsärztlichen Versorgung.

Schwierige Ausgangslage für eine Patientensteuerung?

Rund ein Drittel der Befragten berichtete folglich, die Notaufnahme auf Empfehlung einer vertragsärztlichen Praxis in Anspruch genommen zu haben. Knapp zwei Drittel hatten sich dort aus eigenem Entschluss oder auf Anraten von Freunden und Bekannten vorgestellt. Vier von fünf der Befragten waren der Auffassung, dass ein Vertragsarzt ihr Problem nicht hätte lösen können. Die Rufnummer 116117 des Patientenservices war zwar

knapp zwei Drittel der Befragten bekannt – doch nur knapp ein Viertel kannte die Möglichkeit der Terminvermittlung.

Ein kleiner Teil der Befragten hatte sich vorab im Internet kundig gemacht, und nur rund die Hälfte davon ist dort auf eine Empfehlung gestoßen, sich an eine Klinik zu wenden. Auf die Frage, ob die Patienten bereit wären, eine strukturierte digitale Selbsteinschätzung vorzunehmen, antwortete rund ein Viertel mit Ja. Die große Mehrheit davon wäre auch bereit, der Empfehlung zu folgen, selbst wenn diese in einer Terminbuchung in einer niedergelassenen Praxis resultieren würde. Es überrascht nicht, dass eher jüngere, höher gebildete Patienten ohne Migrationshintergrund, ohne große Schmerzen und mit bereits etwas länger bestehenden Beschwerden von einem solchen Angebot Gebrauch machen würden. Optional konnten die Befragten sich mit dem Chatbot der

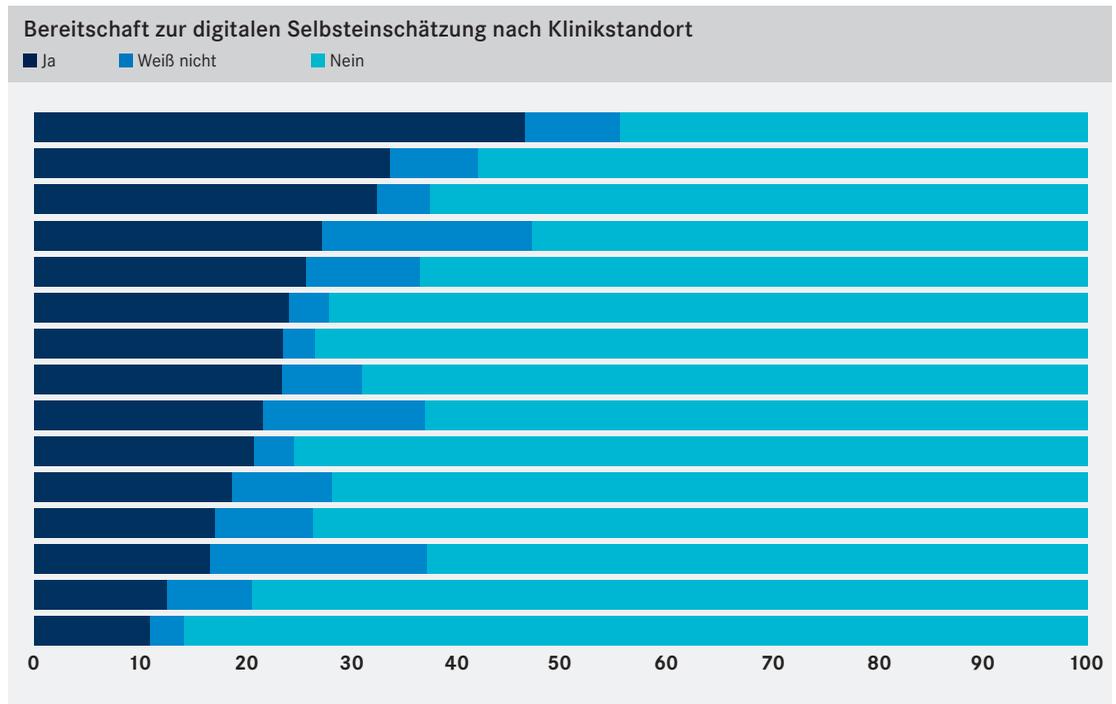


Abbildung 3: Bereitschaft zur digitalen Selbsteinschätzung nach Standort (anonymisiert).

Software SmED selbst einschätzen. Diese kommt auch im DocOnLine-System der KVB zum Einsatz und wird in modifizierter Form von Mitarbeitenden des Patientenservice der KVB genutzt.

Was bedeutet das für die Praxis?

Die Studie zeigt, dass die Inanspruchnahme der Notfallversorgung zu einem relevanten Anteil aus Unsicherheit, fehlender Information oder mangelnder Verfügbarkeit von Versorgungsalternativen erfolgt. Eine wirksame Steuerung sollte daher frühzeitig ansetzen: durch niedrigschwellige und verständliche Informationen über bestehende Angebote wie das telefonische und digitale Angebot des Patientenservices (116117/www.116117.de). Die Studie zeigt, dass die Bekanntheit entsprechender Informations-, Beratungs- und Versorgungsangebote der KVB noch deutlich gesteigert werden kann. Die Bereitstellung digitaler Einschätzungs- und Terminvermittlungstools kann hier ressourcenschonend unterstützen – übrigens auch als zusätzliches Angebot am Kliniktresen, denn selbst wer die Notaufnahme bereits aufgesucht hat, zeigt sich oft aufgeschlossen für eine gut begründete und konkrete Alternative. Eine solche früh-

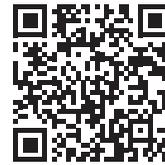
zeitige und gezielte Lenkung entspricht auch den Zielen der aktuellen Reformpläne zur Notfallversorgung. Die Studie zeigt aber auch: Die Voraussetzungen sind nicht an jeder Klinik gleich. Bei den 15 Notaufnahmen der Studie lag der Anteil der befragten Patientinnen und Patienten, die sich für digitale Ersteinschätzung und Terminvermittlung offen zeigten, zwischen zirka zehn und 50 Prozent. Ein Start sollte also an Standorten gemacht werden, die am meisten Erfolg versprechen.

Die überragende Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte als Lotsen und erster Anlaufpunkt wird ebenfalls deutlich. Das passt zum Konzept des im Koalitionsvertrag angekündigten verbindlichen Primärarztsystems. Schließlich dürfte die Neigung der Patienten, Steuerungsangebote vor Inanspruchnahme einer Notaufnahme anzunehmen, steigen, wenn die ungesteuerte Selbstvorstellung dort mit einer Gebühr belegt wird. Das zumindest lehrt die Erfahrung mit der Ende 2012 aufgehobenen Praxisgebühr. Schon 2013 waren ambulante Notfälle in den Kliniken um mehr als zehn Prozent gestiegen.

Das Zi dankt allen Kooperationspartnern bei der KVB und in den beteiligten Kliniken für das große

Engagement bei dieser Studie. Die Studienergebnisse werden wissenschaftlich publiziert und nach Veröffentlichung unter folgendem Link beziehungsweise QR-Code einsehbar sein: <https://www.drks.de/search/de/trial/DRKS00034961/details>

*Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried (Zi),
Prof. Dr. med. Matthias Klein,
PD Dr. med. Michael Dommasch*



Wir danken den Notaufnahmen der folgenden Kliniken für ihre Teilnahme an der Studie:

Universitätsklinikum der TUM rechts der Isar, Klinikum Aschaffenburg, Klinikum Starnberg, RoMed Kreiskliniken, LMU Klinikum am Standort Großhadern, Uniklinikum Augsburg, Klinikum Fürth, Klinikum Ebersberg, Rosenheim, LMU Klinikum am Standort Innenstadt, Uniklinikum Regensburg, Klinikum Agatharied, Wertach Kliniken, Klinikum Garmisch Partenkirchen, Klinikum Barmherzige Brüder

Studienleitung

PD Dr. med. Michael Dommasch (TUM Universitätsklinikum, Klinikum rechts der Isar)
Prof. Dr. med. Matthias Klein (Ludwig-Maximilians-Universität München, Standort Großhadern)
Prof. Dr. med. Rajan Somasundaram (Charité – Universitätsmedizin Berlin am Campus Benjamin Franklin)
Prof. Dr. med. Christian Wrede (Notfallzentrum Helios Klinikum Berlin-Buch)
Dr. rer. pol. Dominik von Stillfried (Zi)

Studiendurchführung

Kalina Witt und Dr. rer. medic. Sarah Oslislo (beide Zi)

„Eine unbezahlbare Plattform des Miteinanders“

Über 300 Teilnehmende waren Anfang Mai zur zweiten in.SAN-Expertenkonferenz der KVB nach Fürstenfeldbruck gekommen (siehe auch Seite 6). Ein großer Erfolg – nicht nur für alle, die vor Ort zwei Tage lang von einem enormen Wissensschatz und intensiven Dialogen profitieren konnten. Sondern auch für das Organisationsteam der KVB rund um Helena Collmann und Manuel Holder, die die in.SAN auch in diesem Jahr wieder zu einer Bühne des professionellen, praxis- und patientenorientierten Austausches machten.

Frau Collmann, Herr Holder, herzlichen Glückwunsch zu einer weiteren erfolgreichen in.SAN-Konferenz! Für Neueinsteiger: Welche grundsätzlichen Ziele verfolgt die in.SAN mit Blick auf die Patientensteuerung in der Akut- und Notfallmedizin?



Helena Collmann,
KVB-Fachreferentin, Abteilung Notdienste

Helena Collmann: Das Hauptziel der in.SAN ist eine bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten durch eine optimale Nutzung der vorhandenen Ressourcen in der bayerischen Akut- und Notfallversorgung. Hier treffen sich alle wichtigen Akteure – von Wissenschaftlern, Rettungsdiensten über Kostenträgern bis hin zu Niedergelassenen und Expertinnen und Experten der KVB. Die Konferenz ist eine hervorragende Gelegenheit zum Netzwerken und austauschen innovativer Ideen.

Manuel Holder: Es geht darum, allen Beteiligten praktische Tools an die Hand zu geben, mit denen sie ihre tägliche Arbeit effizienter gestalten können. So wird nicht nur die Versorgung der Patientinnen und Patienten zielgerichteter gestaltet, sondern auch der Arbeitsalltag aller Leistungserbringer erleichtert, weil der Akutfall im Idealfall steuerbar und skalierbar wird.

Was hat sich gegenüber 2024 verändert?

Collmann: In diesem Jahr haben wir noch mehr Wert auf die Vernetzung gelegt. Wir haben mehr Raum für Symposien und Podiumsdiskussionen geschaffen und den Teilnehmenden so einen intensiveren und direkteren Dialog ermöglicht.

Holder: Außerdem ist das, was wir 2024 noch als „Visionen“ diskutiert hatten, in diesem Jahr bereits Realität geworden, nämlich die stärkere Fokussierung auf die sektorenverbindende Zusammenarbeit. Das ist unsere wichtigste Erkenntnis: Je reibungsloser die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Akteuren funktioniert, desto effizienter und bedarfsorientierter ist die Patientenversorgung. Hierzu konnten direkt entsprechende Lösungen angedacht werden.

Gab es spezielles Feedback von Teilnehmenden der in.SAN 2024, das zur Weiterentwicklung des Programms 2025 beigetragen hat?

Holder: Ja, besonders gewünscht wurde, dass wir mehr konkrete Lösungen, weniger theoretische Diskussionen und mehr Zeit anbieten. Daher haben wir die Konferenz um einen Tag verlängert. Und wir haben mehr interaktive Formate und praxisorientierte Workshops integriert. Außerdem haben wir die Teilnehmenden digital in die Diskussionen und Abstimmungen eingebunden.

Collmann: Das hat zu einer deutlich greifbareren, praxisorientierteren Erfahrung geführt. Die Möglichkeit, dass die anwesenden Vertreter der unterschiedlichen Sektoren direkt voneinander lernen, hat der gesamten Veranstaltung nochmal eine ganz andere Qualität gegeben.

Welche weiteren Highlights hatte die diesjährige in.SAN zu bieten?

Collmann: In diesem Jahr gab es einen noch größeren, gut besuchten Ausstellungsbereich, in dem verschiedene Projekte der KVB und ihrer Partner präsentiert wurden. Auch dies hat den direkten Austausch der Teilnehmenden gefördert.

Holder: Und natürlich darf der hochkarätig besetzte „Innovationsdialog“ am ersten Tag mit wichtigen Entscheidungsträgern nicht unerwähnt bleiben. Diese Runde war ein Highlight der Konferenz, weil hier nicht nur theoretische Konzepte diskutiert wurden, sondern konkrete Fragen aus der Praxis auf den Tisch kamen. Solche Formate sind für die Entwicklung grundsätzlicher Lösungen ganz entscheidend.

Die aktuellen Herausforderungen in der Akut- und Notfallversorgung sind enorm. Inwiefern ist dies immer auch ein Schnittstellenthema?

Holder: Wir wissen, dass gerade an den Schnittstellen zwischen ambulanter, präklinischer und stationärer Versorgung viele Hürden liegen. Hier kann und muss bei der Steuerung der Patientinnen und Patienten viel getan werden. Genau diesen Herausforderungen stellen wir uns im Rahmen der in.SAN und bieten den Playern eine Plattform, gemeinsam neue, einfache Strategien für eine effiziente Zusammenarbeit zu entwickeln.

Collmann: Richtig, denn wenn wir den Austausch zwischen den Sektoren verbessern, haben wir nicht nur einen Mehrwert für die Patientinnen und Patienten, sondern für alle in der medizinischen Versorgung Tätigen – einschließlich unserer Mitglieder – geschaffen.

Es gibt also durchaus neue Kooperationen und Partnerschaften, die durch die Konferenz angestoßen wurden?

Holder: Absolut! Die in.SAN fungiert als Katalysator für neue Partnerschaften. Sie bringt innovative Akteure aus dem Gesundheitswesen zusammen und fördert den Dialog auf Augenhöhe.

Collmann: Ob Ärzte, Wissenschaftler, Rettungsdienste oder Politiker – alle diskutieren mit demselben Ziel vor Augen. Nur so können die wirklich großen Themen angepackt werden.

Welche Rolle spielen digitale Innovationen und auch die Telemedizin bei der in.SAN?

Collmann: Digitale Innovationen sind unverzichtbar geworden. Ein gutes Beispiel dafür ist „DocOnLine im Pflegeheim“, wo Ärztinnen und Ärzte ihre Zeit gezielt und effizient einsetzen können, um die Bewohner optimal zu versorgen. So nutzen wir digitale Lösungen, um Personal-Ressourcen zu schonen und gleichzeitig eine hohe Qualität in der Patientenversorgung sicherzustellen.

Holder: Und die Telemedizin ist hier wirklich nur einer von vielen Bausteinen. Produkte wie DispoDigital, RTWakut und DocOnLine sind keine Zukunftsmusik, sondern jetzt schon real, um den Austausch von Patientendaten zwischen den verschiedenen Sektoren einfacher und effizienter zu machen.

Gibt es gezeigte Projekte und Lösungen, die sich auch auf andere Regionen übertragen lassen?

Collmann: Ja, absolut. Die Studienergebnisse und Projekte, die wir hier präsentieren, bieten eine Blaupause für eine erfolgreiche Umsetzung in anderen Teilen Deutschlands – vielleicht auch bundesweit.

Holder: Das ist auch wirklich das Besondere an der in.SAN: Wir zeigen keine Visionen, sondern echte Lösungen, die bereits in der Praxis getestet wurden. Das, was bei uns funktioniert, kann genauso in anderen Regionen gelingen.

Wie definieren Sie den Erfolg der in.SAN 2025?

Collmann: Für mich ist die in.SAN erfolgreich, wenn alle Akteure konstruktiv zusammenarbeiten und den Dialog zwischen den verschiedenen Sektoren weiterführen. Wir möchten den Austausch noch konkreter und praxisorientierter gestalten. Wenn das gelingt, sind wir auf dem richtigen Weg.

Holder: Wir hoffen auf neue Partnerschaften und vor allem auf konkrete Ideen und echte Handlungsoptionen, die direkt vor Ort realisiert werden können.

Warum ist es so wichtig, Veranstaltungen wie die in.SAN auch in Zukunft weiterzuführen?

Collmann: Plattformen wie die in.SAN müssen geschaffen und weiter ausgebaut werden, damit der Dialog zwischen den verschiedenen Akteuren zustande kommt und dauerhaft erhalten bleibt. Das ist zwingend notwendig, um Innovationen voranzutreiben und die Versorgung nachhaltig zu verbessern. Ohne einen kontinuierlichen Austausch werden wir die aktuellen und künftigen großen Herausforderungen unseres Gesundheitswesens nicht bewältigen können.

Holder: Genau das ist der Grund, warum wir in Veranstaltungen wie die in.SAN auch künftig investieren müssen. Nur durch eine kontinuierliche Zusammenarbeit können wir den Wandel in der Gesundheitsversorgung erfolgreich gestalten. Die in.SAN ist hierfür eine unbezahlbare Plattform des Miteinanders.

Frau Collmann, Herr Holder, vielen Dank für das Gespräch!



Manuel Holder,
KVB-Regional-
leiter in.SAN
Bayern, Abtei-
lung Notdienste

Interview Marion Munke (KVB)

Strukturierte medizinische Ersteinschätzung (SmED)

Die strukturierte Ersteinschätzung medizinischer Anliegen ist nicht nur gesetzlich verankert, sondern hat sich auch in den meisten Notaufnahmen Deutschlands als zentrales Instrument zur schnellen Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit etabliert. Lesen Sie hier alles über die Vorteile und Zukunft von SmED für eine gezielte Patientensteuerung in Deutschland.

Während etablierte Klinik- anwendungen wie das Manchester Triage System (MTS) oder der Emergency Severity Index (ESI) ausschließlich die Dringlichkeit innerhalb der Notaufnahme beurteilen, geht SmED einen entscheidenden Schritt weiter: Es gibt zudem eine Empfehlung für die geeignete Versorgungsebene.

Funktionalität von SmED

SmED ist eine Websoftware, die auf Basis gezielter und strukturierter Fragen eine Empfehlung zu Behandlungsdringlichkeit und geeignetem Behandlungsort gibt. Jede Antwort auf eine durch SmED formulierte Frage erzeugt eine Bewertung der Behandlungsdringlichkeit. So ist nicht zwingend die Anzahl der Beschwerden vordergründig, sondern deren medizinische Auswirkung hinsichtlich eines möglichen Notfallereignisses oder eines möglichen gefährlichen Verlaufs. Dieser muss nicht bereits eingetreten sein, das Entstehungsrisiko ist an dieser Stelle ausreichend. So wird bei Angabe der

Kennzeichen Bewusstlosigkeit und Atemstörung bereits der Notfall ausgelöst. Dagegen können mehrere niederschwellige grippeähnliche Beschwerden, losgelöst von zusätzlichen gesundheitlichen Risikofaktoren, bestimmte negativ beeinflussende Begleitbeschwerden oder Vorerkrankungen die Behandlungsempfehlung von bis zu 24 Stunden ausgeben.

Der Abfrageprozess von SmED erfasst systematische Haupt- und Begleitbeschwerden, Krankheitsbilder, Vorerkrankungen sowie Risikofaktoren. Aktuell unterstützt SmED 125 Symptombilder, die 1.100 Fragen mit Antwortoptionen und 4.000 Begründungen nach Risikopotenzial farbcodiert ausgeben. Zusätzlich können professionelle Anwender Vitalparameter wie Blutdruck, Puls, Temperatur und Sauerstoffsättigung erfassen. Letzteres kommt vor allem im Bereich der SmED-Kontakt-Anwendungen zum Einsatz. SmED vereint eine patientensichere Anwendung, die zugleich ein Medizinprodukt ist. Diese muss nicht nur für Fachpersonen, sondern auch im Self-Service anwendbar sein. Gemäß der Medical Device Regulation (MDR) ist SmED ein Medizinprodukt der Klasse IIb.

Einsatz von SmED bei der KVB

SmED kommt in der Akutleitstelle (VBZ) der 116117 zum Einsatz. Seit dem Start im November 2019 wurden über 2,8 Millionen SmED-Einschätzungen (Assessments) durchgeführt. Die nachfolgende

Steuerung erfolgt auf Basis der SmED-Empfehlung hinsichtlich der notwendigen Behandlungsdringlichkeit und erforderlichen Versorgungsebene. Bereits 2021 und 2023 wurde SmED erfolgreich in Projekten wie der patientengesteuerten Lenkung aus der Notaufnahme in die ambulante Versorgung eingesetzt – unter anderem in Zusammenarbeit mit dem Klinikum Rosenheim. Auch im Bereich des Rettungsdienstes wurde das Rettungseinsatzfahrzeugprojekt (REF) in Regensburg zusammen mit dem BRK Regensburg, dem Malteser Hilfsdienst unter wissenschaftlicher Begleitung durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) durchgeführt. Die KVB hat hier entsprechend unterstützt.

Einführung von „SmED-Patient“

„SmED-Patient“ – eine webbasierte Anwendung zur Selbsteinschätzung – wurde im Dezember 2023 eingeführt und ist über die Webseite [116117.de](https://www.116117.de) rund um die Uhr erreichbar. Sie basiert auf demselben neuronalen Netzwerk wie die professionellen Anwendungen. Je nach Einschätzung wird sofort ein passendes Versorgungsangebot – etwa eine niedergelassene Praxis oder eine Bereitschaftspraxis – gemacht. Bei akuten Anliegen kann online direkt ein Arzttermin über den Terminalservice gebucht werden, inklusive automatisierter Generierung des gesetzlich vorgeschriebenen Überweisungs-codes.

Herausforderungen und Perspektiven

Trotz dieser Erfolge steht das Gesundheitssystem vor gewaltigen Herausforderungen: Der Bedarf an medizinischer Versorgung wird in den kommenden Jahrzehnten, bedingt durch den demografischen Wandel und gleichzeitigen Rückgang medizinischen Fachpersonals, stark ansteigen. Diese Schere zwischen Bedarf und Kapazität lässt sich nur durch technologische Innovationen schließen. Perspektivisch muss sich der Fokus daher zunehmend auf den Self-Service ausrichten.

Die 116117 wird sich vom Telefonservice zu einem technisch unterstützten, patientensicheren Lenkungsinstrument entwickeln. Diese Unterstützung findet sich in vielen Anwendungsgebieten wieder, die bereits jetzt in Projekten zum Einsatz kommen. So wurde im April 2025 mit dem sogenannten digitalen Tresen (siehe auch Seite 16) eine weitere Studie am Klinikum Rosenheim gestartet: Hilfesuchenden, bei denen zuvor durch die Klinikfachkräfte keine zwingende Behandlungsnotwendigkeit eingeschätzt wurde, wird mithilfe eines Terminals ein Behandlungsangebot für eine der über 50 Kooperationspraxen gemacht. Zur zusätzlichen Patientensicherheit erfolgt hier eine Selbsteinschätzung über „SmED-Patient“ direkt durch die hilfesuchende Person am Terminal. Wird bei dieser Einschätzung eine Behandlung im niedergelassenen Bereich empfohlen, erhält die Person direkt einen Termin in einer

wohnortnahen Kooperationspraxis. Sie kann die Notaufnahme dann selbstständig verlassen und sich in die Kooperationspraxis begeben.

Künstliche Intelligenz als Schlüssel der Zukunft

Ein zentrales Zukunftsfeld liegt in der stärkeren Integration von Künstlicher Intelligenz (KI) in SmED. Besonders vielversprechend ist dabei der Bereich der Mensch-Maschine-Interaktion, in dem die KI die Erfassung von Patientendaten und die strukturierte Anamnese automatisiert und optimiert. Per-

spektivisch könnten intelligente Chatbots oder multimodale Assistenten (Text, Sprache, Bild) die initiale Anamnese effizient unterstützen. Langfristig kann SmED, laut Erfinder Dr. med. Andreas Meer, Geschäftsführer In4medicine AG, durch KI zu einem intelligenten Steuerungssystem ausgebaut werden, das Patienten nicht nur effizient durch das Versorgungssystem lotst, sondern trotz knapper werdender personeller Ressourcen aktiv zur Sicherung medizinischer Versorgung beiträgt.

Reno Thoß (KVB)

SmED und die Schnittstelle 112 zur 116117

SmED ist vor allem darauf ausgelegt, gefährliche Verläufe – auch „Red Flags“ genannt – sofort in Form einer sogenannten Vortriage zu erkennen und anzuzeigen. Wird innerhalb der Befragung eine „Red Flag“ erkannt, geht es um die schnellstmögliche Alarmierung des geeigneten Rettungsmittels. Seit 6. Dezember 2023 gibt es nach einem Gemeinschaftsprojekt der KVB und des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, für Sport und Integration eine technische Schnittstelle zwischen dem Notruf 112 und der Rufnummer 116117. Über diese Schnittstelle kann der Datenaustausch mit Hilfesuchenden schnell und sicher erfolgen. Bereits seit Oktober 2023 war die Integrierte Leitstelle (ILS) Rosenheim in einer Testphase ein zuverlässiger Partner für die produktive Nutzung der Schnittstelle vor dem bayernweiten Rollout.

Statement Stefan Ertl, Leiter ILS Rosenheim



„Wir arbeiten seit Oktober 2023 aktiv über die bestehende Schnittstelle mit der KVB zusammen. Dieser Datenaustausch beschleunigt den Prozess der internen Zusammenarbeit und ermöglicht vor allem bei der Übergabe von eingetretenen Notfällen an den ILS einen erheblichen Zeitvorteil. Auch bei der Patientenabgabe vom ILS an die KVB werden bereits erfasste Daten weitergenutzt. Künftig wird sich die Übergabe durch die geplante Einführung der strukturierten Notrufabfrage weiter optimieren, was dringend erforderliche Ressourcen freisetzen und unsere Mitarbeitenden deutlich entlasten wird.“

Am digitalen Tresen

Seit April 2025 kommt im Rahmen des digitalen Tresens in der Notaufnahme des Klinikums Rosenheim eine weitere Anwendung von SmED zum Einsatz. KVB FORUM hat sich mit einer kooperierenden Hausarztpraxis unterhalten.

Hilfesuchende, die sich selbstständig in der Notaufnahme vorstellen, werden mithilfe des Kliniksystems Manchester Triage System (MTS) von einem Klinikfachmitarbeitenden ersteingeschätzt. Wenn sich dabei keine dringende Behandlungsbedürftigkeit herausstellt, die eine medizinische Versorgung in der Notaufnahme erfordert, wird dem Hilfesuchenden eine Behandlungsalternative angeboten.

Der Hilfesuchende begibt sich zu einer digitalen Einheit der KVB und führt dort selbstständig eine Ersteinschätzung mit „SmED-Patient“ durch. Erfolgt die medizinische Empfehlung für eine Versorgung in einer niedergelassenen Arztpraxis, zeigt der digitale Tresen eine Auswahl verfügbarer und zu dieser Zeit geöffneter Kooperationspraxen im Rettungsdienstbereich Rosenheim an. Knapp 60 solcher Kooperationspraxen konnte die KVB mittlerweile hierfür gewinnen. Das Projekt läuft in Zusammenarbeit mit dem Klinikum Rosenheim und dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung bis Ende 2025.

Reno Thoß (KVB)



Dr. med. Florian Bonke ist als Hausarzt in Flintsbach am Inn niedergelassen und betreibt zusätzlich vier Zweigpraxen im Landkreis Rosenheim.

Herr Dr. Bonke, Sie engagieren sich im Projekt „Digitaler Tresen“ sowie im Projekt RTWakut im Rettungsdienstbereich Rosenheim. Wie sind Ihre bisherigen Erfahrungen?

Zunächst möchte ich betonen, dass ich als niedergelassener Arzt solche innovativen Versorgungsansätze ausdrücklich unterstütze. Aus meiner Sicht ist es der richtige Weg, Patientinnen und Patienten, die nicht zwingend aus medizinischen Gründen in einer Notaufnahme behandelt werden müssen, wohnortnah in den Praxen der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zu versorgen. Dort erhalten sie eine hochwertige, umfassende Betreuung – inklusive weiterführender Vor- und Nachsorge, wenn diese medizinisch erforderlich ist.

Wie beurteilen Sie das System in der praktischen Umsetzung?

Das System ist für unsere Praxen unkompliziert in der Anwendung. Über die Plattform IVENA erhalten wir Patientinnen und Patienten, die zuvor mithilfe eines medizinischen Ersteinschätzungsverfahrens beurteilt wurden. Sie werden daraufhin sicher und eigenständig zu uns in die Praxis gelenkt, wo sie in der Regel abschließend behandelt werden können.

Aktuell befinden wir uns in der Anfangsphase des Projekts „Digitaler Tresen“ mit dem Fokus auf die Weiterlenkung von Patientinnen und Patienten direkt aus der Notaufnahme in die ambulante Versorgung. Auch RTWakut, als präklinischer Steuerungsansatz, ist aus meiner Sicht sinnvoll und notwendig: Er wird die Notaufnahmen entlasten, da Patientinnen und Patienten erst gar nicht dort hingebacht werden. Insofern erfolgt die medizinische Versorgung richtigerweise im niedergelassenen Bereich – ganz im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“.

Herr Dr. Bonke, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Michael Enders (KVB)

Akutversorgung neu gedacht

Rettungsdienste als Wegweiser in die ambulante Versorgung: Das Projekt RTWakut soll die zentralen Notaufnahmen entlasten. Regensburg und Rosenheim sind die Pilotregionen.

Die Zahl der Rettungsdiensteseinsätze steigt seit Jahren – doch nicht jeder Einsatz endet in einer medizinisch notwendigen Notaufnahmebehandlung. Ein erheblicher Teil der Patientinnen und Patienten könnte stattdessen ambulant versorgt werden. Genau hier setzt die RTWakut-Studie an, ein gemeinsames Projekt des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, der KVB, des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) und des Instituts für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) sowie den Durchführenden des Rettungsdienstes.

Ziel von RTWakut ist es, das Entlastungspotenzial für die zentralen Notaufnahmen (ZNA) zu erfassen und Hilfesuchende – sofern medizinisch vertretbar – gezielt aus dem Rettungsdienst in die ambulante Versorgung weiterzuleiten. Dabei stehen sowohl die Perspektiven der Hilfesuchenden als auch die Notfallsanitäterinnen und -sanitäter im Mittelpunkt.

Im Studienverlauf untermauern Notfallsanitäterinnen und -sanitäter ihre Einschätzung mit der Software SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland). Nachdem ein medizinischer Notfall ausgeschlossen wurde, gibt SmED Empfehlungen zur Dringlichkeit sowie zur geeigneten Versorgungsebene. Auf dieser Grundlage kann eine direkte Weiterleitung erfolgen – entweder über die Integrierte Leitstelle und IVENA eHealth in eine geeignete Praxis

(Kooperationspraxis) oder die Rufnummer 116117 und den Patientenservice 116117 der KVB.

Die Integration von SmED, IVENA eHealth und Patientenservice 116117 bildet das digitale Rückgrat der Weiterleitung. Für Patientinnen und Patienten bedeutet das eine zügige, wohnortnahe und bedarfsgerechte Behandlung – ohne Umweg über eine überlastete Notaufnahme. Für die Kooperationspraxen stellt die KVB sicher, dass nur Kapazitäten vermittelt werden, die tatsächlich verfügbar sind.

Neben quantitativen Daten zur Versorgung und Patientensicherheit erhebt RTWakut auch qualitative Rückmeldungen: Notfallsanitäterinnen und -sanitäter werden im Rahmen leitfadengestützter Interviews zur Umsetzbarkeit und Akzeptanz befragt.

Markus Bail (KVB)

Dr. med. Heiko Rieder ist seit 2005 in Tegernheim bei Regensburg als Hausarzt niedergelassen. Er ist außerdem Leitender Notarzt und dadurch geradezu prädestiniert, am Projekt RTWakut in Regensburg teilzunehmen. KVB FORUM hat sich mit ihm unterhalten.

Herr Dr. Rieder, warum machen Sie bei RTWakut mit?

Ich finde es aus eigener Erfahrung absolut sinnvoll, dass die Notaufnahmen in den Kliniken entlastet werden. Sehr viele Patienten, die dort landen, gehören aufgrund ihres Krankheitsbildes einfach nicht dorthin. Dadurch dass wir als Praxis angefahren werden, wird auch der Rettungsdienst wieder schneller frei.

Was musste Ihre Praxis im Vorfeld klären, damit sie beim Projekt teilnehmen konnte?

Wir mussten – wie alle anderen 20 teilnehmenden Praxen im Raum Regensburg – eine Liste erstellen, welche Leistungen wir in der Praxis anbieten können, also beispielsweise Ultraschall, Röntgen, EKG oder Wundversorgung. Das wurde im System IVENA hinterlegt und je nach Patient wird dann in der entsprechenden Praxis angefragt, ob sie Kapazitäten hat, und der Patient wird vorbeigebracht. Ich hoffe, dass wir ab Juni die ersten Patienten behandeln können und das Projekt dann an Fahrt aufnimmt.

Herr Dr. Rieder, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Markus Kreikle (KVB)



Pflegeheim: Arzt kommt per Video



Mit dem Modellprojekt „Doc OnLine in Pflegeeinrichtungen“ wird die Videosprechstunde zu Zeiten des Bereitschaftsdienstes in ausgewählten Pflegeeinrichtungen erprobt. Erste Rückmeldungen zeigen bereits den Mehrwert des Projekts.

Eine audiovisuelle (Vorab-) Klärung per Video mit DocOnLine zwischen Ärzten des Bereitschaftsdienstes und stationären Pflegeeinrichtungen beziehungsweise stationären Pflegediensten soll die medizinische Versorgung und die Lebensqualität der Pflegeheimbewohner verbessern. Medizinisch nicht indizierte Einweisungen in Kliniknotaufnahmen oder unnötige Fahrdienste des Bereitschaftsdienstes zu den Heimen sollen dadurch reduziert werden. Neben der Erprobung der Videosprechstunde wurde in jeder Pflegeeinrichtung zusätzlich ein Medikamentenkoffer zur Komplettierung der Versorgung etabliert.

In der KVB leitet das Referat Versorgungsinnovationen das vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP) geförderte Modellprojekt. Insgesamt nehmen fünf Pflegeeinrichtungen in ganz Bayern im Zeitraum vom 1. März 2024 bis 28. Februar 2026 teil:

- „Residenz an der Partnach“ des Bayerischen Roten Kreuzes in Garmisch-Partenkirchen, Oberbayern
- Johanneswerk e.V. in Meitingen, Schwaben
- Seniorenzentrum Kürnach in Kürnach, Unterfranken
- PHÖNIX – Haus Windsbach – Pflegeheim GmbH der Korian-Gruppe in Windsbach, Mittelfranken
- Seniorenzentrum „Haus Falkenstein“ des Bayerischen Roten Kreuzes in Kemnath, Oberpfalz

Arzt behält Heft in der Hand

Wenn ein Pflegeheimbewohner außerhalb der normalen Praxisöffnungszeiten Krankheitssymptome aufweist, die auf die Notwendigkeit einer ärztlichen Beratung und/oder Behandlung hinweisen, wählt sich die zuständige Pflegefachkraft digital in DocOnLine ein. Das strukturierte medizinische Ersteinschätzungsverfahren SmED wird durchlaufen und der Patient in die passende Versorgungsebene gesteuert. Der in DocOnLine diensthabende Arzt führt dann zusammen mit der Pflegekraft den Termin beziehungsweise die Behandlung durch. Falls eine Medikamenten-

einnahme indiziert ist, kann die befugte Pflegekraft – nach Anweisung des Arztes – auf den der Pflegeeinrichtung zur Verfügung gestellten Medikamentenkoffer zugreifen. Der Arzt überwacht die Medikamenteneinnahme während der Videosprechstunde und übermittelt der Pflegeeinrichtung eine schriftliche ärztliche Therapieempfehlung.

**Manuela Vöst,
Einrichtungsleiterin
Johannesheim Meitingen**

„Nach den ersten Videosprechstunden hat sich bereits gezeigt, dass der Zugang zur ärztlichen Versorgung erleichtert wird. Das Pflegepersonal wird entlastet und die medizinische Betreuung unserer Bewohner verbessert – ein echter Gewinn für alle Beteiligten.“

Das Modellprojekt startete im Februar in den fünf genannten Pflegeeinrichtungen und bereits die ersten Rückmeldungen und das entsprechende Feedback von Ärzten und Pflegeeinrichtungen sind sehr positiv. Das Projekt wird durch „inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH“ evaluiert.

*Domenica Sonntag,
Franziska Malcus (beide KVB)*

Meine KVB: mehr Service

Neue Funktionen im Mitgliederportal „Meine KVB“ sollen die Kommunikation der Praxen mit der KVB erleichtern. Wie das geht, lesen Sie hier.

Mit einer neuen Antwortfunktion im Nachrichtencenter können Mitglieder nun direkt auf diejenigen Nachrichten antworten, die von der KVB versendet und für diese Funktion freigeschaltet wurden. Diese Nachrichten sind am Button „Antworten“ zu erkennen. Für die Antwort ist der Empfänger „KVB“ bereits vorausgewählt und der Betreff wird automatisch um das Datum und die Uhrzeit der ursprünglichen Nachricht erweitert.

Die Vorteile: Die Antwortfunktion ermöglicht eine schnelle Kommunikation zwischen den Praxen und der KVB. Diese können damit bequem aus dem Nachrichtencenter heraus Fragen stellen und müssen nicht auf einen anderen Kanal, wie beispielsweise Telefon oder Outlook-Postfach, wechseln.

Unterschriften digital nachreichen

Eine weitere wichtige Neuerung betrifft die digitale Nachreichung von Unterschriften für Genehmigungsanträge. Bisher war es mitunter mühsam, Unterschriften bei Online-Anträgen nachträglich postalisch einzureichen. Auch führten fehlende Unterschriften oft zu Verzögerungen und zusätzlichem Aufwand bei der Bearbeitung. Als Lösung hat die KVB nun eine einfache elektronische Signatur (EES) zum Nachreichen von Unterschriften bei Genehmigungsanträgen eingeführt.

Mit der neuen Funktion können Unterschriften zeitlich und räumlich unabhängig hinzugefügt werden. Leistungserbringer, wie beispielsweise Sicherstellungsassistenten, müssen also nicht mehr persönlich beim Antragsteller anwesend sein, um zu unterschreiben. Die Unterschriften können digital eingereicht werden, sodass Ausdrucken, händisch Unterschreiben, Einscannen und Hochladen nicht mehr erforderlich sind. Dies spart nicht nur Zeit, sondern auch Ressourcen. Zusätzlich werden die KVB-Sachbearbeiter unmittelbar nach dem Hinzufügen einer Unterschrift automatisch informiert, damit die Bearbeitung des Genehmigungsantrags zeitnah fortgesetzt werden kann.

Wie funktioniert das? Wird ein Genehmigungsantrag ohne die erforderliche Unterschrift eingereicht, erhält die Praxis im Nachrichtencenter einen Link, über den sie die Unterschrift nachreichen kann. Falls die Person, die unterschreiben muss, nicht anwesend ist, kann unter Angabe der Handynummer und E-Mail-Adresse das Unterschriftsfeld auch weitergeleitet werden.

Smartphone-Upload

Bisher mussten Dokumente oft zeitaufwendig gescannt und hochgeladen werden. Der Smartphone-Upload ermöglicht es Mitgliedern nun, erforderliche Dokumente einfach mit ihrem Smartphone oder Tablet zu fotografieren und direkt hochzuladen.

Bruno Kovacs (KVB)



Unterschriften für Genehmigungsanträge können jetzt auch digital nachgereicht werden.

Sicherung der Pflegequalität in Bayern

Pflegequalität geht uns alle an. Besonders für Vertragsärztinnen und -ärzte, die regelmäßig in Pflegeeinrichtungen tätig sind, ist der Blick hinter die Kulissen entscheidend. Doch viele kennen die Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA) – im Alltag oft „Heimaufsicht“ genannt – nur vom Hörensagen. Und meist mit skeptischem Unterton. Ein Beitrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP) klärt auf.

Zwischen Kontrolle und Kooperation: Die Aufgaben der FQA

Die FQA ist eine bei den Landkreisen und kreisfreien Städten angesiedelte Aufsichtsbehörde, die Pflegeeinrichtungen regelmäßig nach dem Bayerischen Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG) überprüft. Ziel ist der Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner – ihrer Würde, Sicherheit und Lebensqualität. Geprüft wird nach dem hermeneutischen Prinzip: Es geht dabei nicht um ein bloßes Abhaken von Checklisten, sondern um fachlich begründete Bewertungen im Einzelfall. Die FQA beobachtet Schlüsselsituationen und zieht aus diesen Beobachtungen Erkenntnisse zur Ergebnisqualität der Pflege in der jeweiligen Ein-

richtung. Der offizielle Prüflitfaden dient als Orientierung, ersetzt aber kein differenziertes Urteil.

Das multiprofessionelle Prüfteam – mehr als nur Kontrolle

Die Prüfungen werden von interdisziplinären Teams durchgeführt, um Einrichtungen umfassend beurteilen zu können:

- **Verwaltungskraft:** rechtliche Rahmenbedingungen, zum Beispiel Kooperationsvereinbarungen, Dokumentation, bauliche Auflagen.
- **Pflegefachkraft:** Pflegeprozesse, Risikomanagement und Qualität der pflegerischen Leistungen.
- **Sozialpädagogische Fachkraft:** Teilhabe, Alltagsgestaltung und psychosoziale Betreuung.
- **Ärztliche Expertise:** Wird bei Bedarf hinzugezogen, etwa zur Beurteilung von Aspekten in Verbindung mit der Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes, dem Umgang mit Arznei- und Betäubungsmitteln, insbesondere deren Aufbewahrung und Verabreichung. Außerdem bei eindeutiger Gefahr für Leib und Leben des Bewohners zur Veranlassung ordnungsrechtlicher Maßnahmen.

Diese Zusammensetzung steht für ein ganzheitliches Verständnis von Qualität in der Pflege und Betreuung.



Vorurteile im Praxisalltag – was stimmt wirklich?

Viele Ärztinnen und Ärzte berichten von Aussagen wie: „Das verlangt die Heimaufsicht, Sie müssen das unterschreiben.“ Dies trifft keineswegs zu: Die FQA fordert keine ärztlichen Unterschriften und greift nicht in medizinische Entscheidungen ein. Aussagen wie diese beruhen meist auf Missverständnissen innerhalb der Einrichtungen.

Ein anderes Vorurteil beschreibt die FQA als realitätsfernes Bürokratiemonster. Richtig ist: Die FQA-Prüferinnen und -Prüfer kommen oft selbst aus Pflegeeinrichtungen und wissen um die Herausforderungen in der Praxis – insbesondere unter den Bedingungen des Personalmangels.

Was tun, wenn Ärztinnen und Ärzte Missstände beobachten?

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erhalten oft einen ungeschönten Einblick in Pflegeeinrichtungen. Ihre Beobachtungen sind besonders wertvoll bei:

- mangelhafter Wundversorgung
- Hygieneverstößen
- übergriffigem Verhalten
- Missachtung ärztlicher Anordnungen

Entsprechende Meldungen an die FQA sollten konkret und sachlich sein. Ort, Zeit und Art des Problems sollten dokumentiert werden. Die zuständigen kommunalen FQAs nehmen Hinweise schriftlich oder telefonisch entgegen – auch anonym. Ein Beispiel aus der Praxis. So berichtete ein Hausarzt nach Anzeige entsprechender Auffälligkeiten: „Ich war mehrfach wegen schlecht versorgter Wunden in derselben Einrichtung. Nach einer Meldung an die FQA wurde dies geprüft und die Versorgung hat sich deutlich verbessert.“

Pflege unter Druck trotz höchster Ansprüche

Die FQA weiß um die Belastungssituation in den Einrichtungen, doch der Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner hat Vorrang. Die Prüfteams versuchen, mit Augenmaß zu agieren und im Dialog mit den Pflegenden konstruktive Lösungen anzuregen.

Fazit: Miteinander für mehr Qualität

Die FQA versteht sich nicht als bürokratischer Hemmschuh, sondern als Partnerin für gute und würdevolle Pflege. Vertragsärztinnen und -ärzte, die Missstände erkennen, sollten diese im Interesse der

Menschen, die auf verlässliche Versorgung angewiesen sind, melden und benennen. Der QR-Code bringt Sie auf unsere entsprechende Internetseite.

Markus Hütter (StMGP)



Wohin bei Beschwerden?

Die FQA ist nicht die einzige Adresse. Neben der zuständigen FQA können Sie sich auch an **Pflege-SOS Bayern** wenden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dort leiten Beschwerden je nach Zuständigkeit weiter.

Kontakt

Internet: <https://www.lfp.bayern.de/sospflege/>
 Telefon: 0 96 12 / 96 69 66 – 0
 (Mo bis Do, 9 bis 16 Uhr,
 Fr 9 bis 12 Uhr)
 E-Mail: pflege-sos@lfp.bayern.de

Meldung anonym

Sie müssen Ihren Namen nicht nennen. Das gilt auch für die FQA. Hier werden Ihre Hinweise auf Wunsch ebenfalls vertraulich und/oder anonym behandelt.

Einzelfall oder strukturelles Problem?

Ihre Hinweise können Prüfungen auslösen – in der Regel unangekündigt. Auch Hinweise auf gefährdende Versorgungsbedingungen sind relevant.

Was kann KIM? – Weitere Anwendungsmöglichkeiten

Im ersten Teil unserer Serie haben wir gezeigt, wie der Telemedizininfrastrukturbasierte Kommunikationsdienst KIM mittels eArztbrief und 1-Click-Abrechnung bereits heute den Praxisalltag vereinfachen kann – schnell, sicher und medienbruchfrei. In dieser Folge widmen wir uns der elektronischen Ersatzbescheinigung (eEB) und der eNachricht.

Elektronische Ersatzbescheinigung (eEB)

Mit der Einführung der eEB steht seit Herbst 2024 eine KIM-Anwendung bereit, die den Versichertennachweis in der Arztpraxis vereinfacht – insbesondere dann, wenn die elektronische Gesundheitskarte (eGK) vom Patienten nicht vorgelegt oder eingelesen werden kann. Die eEB ist ein digitaler Nachweis über die Berechtigung zur Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen. Sie kann von Versicherten per App bei ihrer Krankenkasse angefordert und direkt an die Praxis gesendet werden oder optional von der Praxis über das Praxisverwaltungssystem (PVS) bei der Kasse nachgefragt werden. Die Zustellung erfolgt über KIM. Somit ist ein sicherer und standardisierter Übertragungsweg gewährleistet.

Verpflichtung

Seit 1. Juli 2025 müssen Praxen und Krankenkassen die eEB für Patienten anbieten, sie ergänzt das bestehende papiergebundene Verfahren. Die eEB basiert auf dem im letzten Jahr in Kraft getretenen Digital-Gesetz und wurde zum 1. Ok-



Der Kommunikationsdienst KIM bietet viele Anwendungsmöglichkeiten, die den Praxisalltag vereinfachen sollen.

tober 2024 in den Bundesmantelvertrag-Ärzte aufgenommen.

Ablauf

Der Patient öffnet die App seiner Krankenkasse und fordert die eEB an. Dabei gibt er die KIM-Adresse der behandelnden Praxis ein oder scannt alternativ einen von der Praxis bereitgestellten QR-Code. Die Krankenkasse stellt die eEB automatisiert aus und sendet sie via KIM direkt an die Praxis. Die Daten sind ohne weitere manuelle Schritte sofort im PVS verfügbar.

Optional kann die Praxis die eEB im Namen des Patienten anfordern, wenn das PVS diese Funktion anbietet. Bei dieser Variante ist eine Einwilligung des Patienten notwendig. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung empfiehlt, diese im PVS zu hinterlegen. Die Behandlung des Patienten darf nicht von der Einwilligung abhängig gemacht werden.

Alternativen wie das Nachreichen der eGK oder ein papiergebundenes Verfahren bleiben bestehen.

Vorteile der eEB

Die elektronische Übermittlung bietet mehrere Vorteile: In der Regel dauert die Übermittlung nur wenige Minuten und der Transport erfolgt über den etablierten KIM-Dienst. Die Daten werden dabei direkt in das PVS übertragen, wodurch Papierbescheinigungen und manuelle Eingaben entfallen.

Beispiel aus der Praxis

Frau Dr. Sommer behandelt einen Patienten mit akuten Rückenschmerzen. Der Patient hat seine eGK nicht dabei. Statt auf eine spätere Nachreichung oder das papiergebundene Ersatzverfahren zu setzen, fordert der Patient die eEB über seine Kassen-App an. Innerhalb von Minuten trifft die Bescheinigung über KIM im PVS von Frau Dr. Sommer ein – die Behandlung kann ohne Verzögerung starten.

Wichtig: Mit der Ersatzbescheinigung ist kein Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) möglich. Es wird kein Prüfnachweis übermittelt und die eEB ersetzt

somit nicht das VSMD. Des Weiteren erhält die Praxis über die Erstattungsbescheinigung keinen Zugriff auf die elektronische Patientenakte. Hierzu muss das reguläre VSMD durchgeführt werden.

eNachricht

Die eNachricht ist vergleichbar mit einer normalen E-Mail, bietet darüber hinaus jedoch noch weitere Vorteile, die in den nachfolgenden Beispielen aufgezeigt werden. Grundsätzlich wird die eNachricht mit oder auch ohne Anhänge automatisch verschlüsselt verschickt. Die Entschlüsselung erfolgt ebenfalls automatisch beim Abruf der eNachricht durch den Empfänger. Das Abspeichern möglicher Anhänge funktioniert analog zu einem regulären E-Mail-Programm.

Vorteile der eNachricht

Die eNachricht lässt sich einfach über das PVS mit integrierter E-Mail-Funktion oder – falls entsprechend konfiguriert – über ein Standard-E-Mail-Programm versenden. Tipp: Sprechen Sie für eine konkrete Anleitung zum eNachricht-Versand Ihren IT-Servicepartner oder TI-Anbieter an. Via eNachricht können Patientendaten datenschutzkonform sicher und geschützt übermittelt werden. Absender- und Empfängerangaben sind validiert. Beim Versand einer normalen E-Mail oder eines Fax ist dies – ganz im Gegenteil – nicht der Fall.

Beispiele aus der Praxis

Hausarztvermittlungsfall: Frau Dr. Sommer möchte ihren Patienten mit Rückenschmerzen zur weiteren Untersuchung an den Facharzt Dr. Müller überweisen. Dazu erstellt und verschickt sie oder ein Mitarbeiter ihres Praxisteam eine neue eNachricht, die eine Terminanfrage inklusive einer Beschreibung der Symptome enthält. Die

Kontaktaufnahme ist direkt in ihrem PVS dokumentiert und die Nachricht wird sicher verschlüsselt übermittelt. Herr Dr. Müller oder sein Praxisteam können nun direkt auf die Anfrage antworten und Terminvorschläge mitteilen. Anschließend nennt Frau Dr. Sommer dem Patienten das Datum, die Uhrzeit und die behandelnde Facharztpraxis und der Patient kann zum vereinbarten Termin bei Dr. Müller erscheinen.

116117 Terminservice: Ein weiterer Patient bucht bei Dr. Müller einen Termin über die Terminservicestelle 116117. Da Dr. Müller in seinen Profildaten der Terminservicestelle als Benachrichtigungskanal „KIM (eNachricht)“ ausgewählt hat, erhält er unmittelbar eine eNachricht zur Terminbuchung des Patienten. Der vollständige Patientename und das Geburtsdatum werden direkt in der eNachricht mitgeschickt. Wird ein Termin abgesagt, erhält Dr. Müller ebenfalls eine Benachrichtigung via KIM. Weitere Informationen hierzu lassen sich in der „Anleitung Nummer 7“ unter praxis.116117-termine.de/hilfe finden.

Regulärer Austausch zwischen Praxen und weiteren Akteuren

Bei der Behandlung ihrer Patienten hat Frau Dr. Sommer auch regelmäßigen Kontakt zu Laboren und Apotheken. Des Öfteren ergeben sich hierbei Rückfragen, zum Beispiel zu Laborwerten oder Medikamenten. Bei telefonischen Kontaktversuchen hat Frau Dr. Sommer häufig niemanden erreicht und Rückrufe oder erneute Versuche blieben aus. Damit wichtige Informationen nicht verloren gehen, schreibt sie zukünftig direkt eine eNachricht an das Labor oder die Apotheke. Fragen zum Patienten können kurzfristig und datenschutzkonform geklärt werden.

Neben Apotheken und Laboren werden demnächst weitere Nutzergruppen an KIM angebunden. Ab Juli 2025 sind Pflegeheime verpflichtet, sich an die TI anzuschließen. Folglich ist es zeitnah möglich, sich über eNachrichten mit den Pflegeheimen auszutauschen und Patientendaten sicher zu übermitteln. Weitere Akteure wie Physiotherapeuten folgen ab 2026.

Hinweis: Möchten Sie gerne die Vorteile von KIM nutzen und regelmäßig (wie in den aufgezeigten Beispielen) mit bestimmten Kolleginnen und Kollegen eNachrichten austauschen, empfehlen wir, vorab die Praxen beziehungsweise Akteure hierüber zu informieren, sodass diese ihre KIM-Posteingänge im Blick behalten und auf die Nachrichten zeitnah antworten können.

Ausblick

In der nächsten Folge unserer KIM-Serie berichten Ärzte von ihren Erfahrungen mit KIM. Mehr zur KIM-Anwendung finden Sie unter www.kvb.de/ti im Bereich „Kommunikation im Medizinwesen“.

*Anja Narat, Antonia Gramenz
(beide KVB)*

Mindestquoten bieten Chancen für Psychiater

Obwohl der Ärztemangel in aller Munde ist, sind in einigen Fachgruppen und Regionen die Niederlassungsmöglichkeiten rar. Für bestimmte Arztgruppen, so auch für Psychiater, kann sich jedoch die Möglichkeit ergeben, über sogenannte Quoten sogar in gesperrten Regionen an der Versorgung teilzunehmen.

Die Fachgruppe der Psychiater gehört neben den Neurologen, den Fachärzten für Nervenheilkunde sowie den Ärzten mit doppelter Facharztanerkennung Psychiatrie und Neurologie zur Bedarfsplanungsarztgruppe der Nervenärzte, die gemeinsam geplant werden. Dabei wird zunächst nicht berücksichtigt, wie das Verhältnis der Fachgruppen zueinander ist, sondern nur die absolute Anzahl der Ärzte in Bezug auf die Einwohnerzahl der jeweiligen Region. So ist zu erklären, dass beispielsweise im Planungsbereich Landkreis Lindau der Versorgungsgrad für die Fachgruppe der Nervenärzte bei über 120 Prozent liegt und somit für Neuzulassungen gesperrt ist. Dennoch wird aber im psychiatrischen Bereich keine ausreichende Versorgung angeboten, was zur Ausschreibung von Zulassungsmöglichkeiten über die sogenannte Mindestquote führt.

Was sind Quoten?

Quotenregelungen sind Planungsinstrumente, die dazu dienen, die Zusammensetzung von Arztgruppen

in der Bedarfsplanung zu steuern. Ziel der Quotenregelungen ist nicht, einfach mehr Ärzte zuzulassen, sondern die in einzelnen Planungsbereichen bereits eingetretene Über-/Unterrepräsentierung bestimmter Fachgebiete zu korrigieren oder zumindest eine weitere Verschlechterung zu vermeiden.

Zur besseren Steuerung der Zusammensetzung wurden innerhalb bestimmter Arztgruppen verbindliche Quoten eingesetzt. Diese sollen sicherstellen, dass in den jeweiligen Arztgruppen ein Mindestbeziehungsweise Höchstmaß der Ärzte mit bestimmten Fachgebieten, Facharzt- oder Schwerpunkt-kompetenzen vorliegt.

Quotenregelungen können innerhalb von Arztgruppen sowohl Mindestversorgungsanteile als auch Höchstversorgungsanteile festlegen. Mit solchen Mindest- oder Höchstquoten soll erreicht werden, dass mehr beziehungsweise weniger Ärzte der jeweiligen Kategorie im Planungsbereich tätig werden. In diesem Artikel werden speziell die Mindestquoten vorgestellt, denn diese sind für die hier betrachtete Bedarfsplanungsarztgruppe der Nervenärzte und im Speziellen für Psychiater relevant.

Mindestversorgungsanteile (Mindestquoten) bewirken, dass unabhängig von einer bestehenden Sperrung eines Planungsbereichs Zulassungen für die genannten Arztgruppen zu erteilen sind, bis die Mindestquoten erfüllt sind.

In gesperrten Planungsbereichen entstehen bei Unterschreitung der Mindestquoten zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Bewerber, die die Quotenanforderungen erfüllen. In partiell entsperrten Planungsbereichen sind die aufgrund der Unterschreitung der Mindestquoten ausgewiesenen Quotenplätze zunächst nur bei eventuellen Auswahlentscheidungen im Rahmen der Besetzung von „freien“ Niederlassungsmöglichkeiten für die Bedarfsplanungsarztgruppe zu beachten. Sind diese „freien“ Niederlassungsmöglichkeiten erschöpft, die Quoten aber noch nicht, entstehen zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Bewerber, die die Quotenanforderung erfüllen.

Welche Quoten gibt es für Psychiater?

Innerhalb der Bedarfsplanungsarztgruppe der Nervenärzte gibt es drei Mindestquoten für

- Nervenärzte sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie (zum Beispiel Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie; Fachärzte für Nervenheilkunde; Ärzte mit beiden Facharztanerkennungen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie)
- Psychiater (zum Beispiel Fachärzte für Psychiatrie; Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie)
- Neurologen (nur Fachärzte für Neurologie)

Wie hoch sind die Quoten für Psychiater?

Die meisten Quoten können unmittelbar aus den regionalen Verhältniszahlen, die in der Bedarfsplanung das Verhältnis von Einwohnern zu Ärzten der jeweiligen Fachgruppe festlegen, abgeleitet werden.

Für die Bedarfsplanungsarztgruppe der Nervenärzte gelten dabei folgende Mindestquoten:

- Nervenärzte und Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung Psychiatrie und Neurologie: Mindestquote 25 Prozent
- Die Differenz zwischen der regionalen SOLL-Zahl für die gesamte Arztgruppe und der IST-Zahl der Nervenärzte beziehungsweise Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung ist je hälftig mit Neurologen und Psychiatern zu besetzen.

Welche geförderten Zulassungsmöglichkeiten gibt es für Psychiater?

Die KVB bezuschusst Niederlassungen und Praxisübernahmen für Nervenärzte, Psychiater und Neurologen mit bis zu 60.000 Euro in Planungsbereichen, die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für diese Fachgruppen, summiert unter der Bezeichnung „Nervenärzte“, als drohend unterversorgt eingestuft hat.

Dies ist der Fall im:

- Landkreis Rottal-Inn
- Landkreis Schwandorf
- Landkreis Miltenberg
- Landkreis Rhön-Grabfeld

Hier können sich nicht nur Psychiater, sondern auch alle anderen Fachärzte, die in der Bedarfsplanung unter der Arztgruppe „Nervenärzte“ zusammengefasst wer-

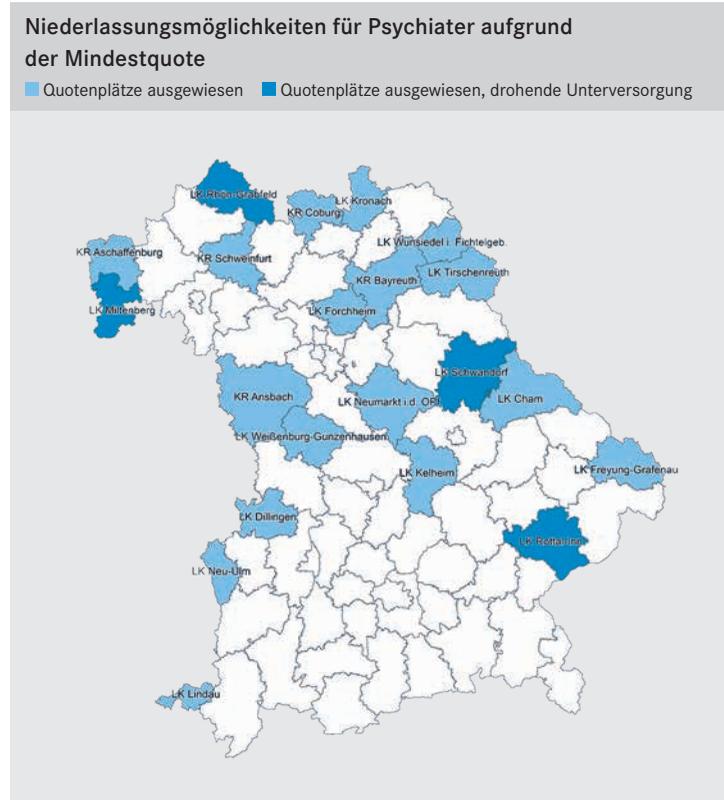
den, niederlassen und eine Förderung beantragen.

Wo gibt es freie Sitze für Psychiater? (Auszug)

Nicht nur in geförderten Regionen mit bereits festgestellter drohender Unterversorgung fehlen Psychiater. Besonders dringend werden Psychiater in folgenden nicht geförderten Planungsbereichen gesucht:

- Kreis Schweinfurt
- Landkreis Kronach
- Landkreis Lindau
- Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen
- Landkreis Kelheim

*Toni Pichlmaier, Janina Bär
(beide KVB)*



Quelle: Geobasisdaten: Bayerische Vermessungsverwaltung, www.geodaten.bayern.de
Lizenz: CCBY 4.0

Weitere Informationen

Zu regionalen Förderprogrammen und Niederlassungsmöglichkeiten für Nervenärzte: www.kvb.de/kuenftige-mitglieder/praxisstart/region-sucht-arzt/nervenaerzte

Zur Bedarfsplanung: www.kvb.de/ueber-uns/versorgungsatlas

Ihr Kontakt vor Ort

Unsere Berater unterstützen Sie gerne auf Ihrem Weg in die vertragsärztliche Versorgung: www.kvb.de/mitglieder/beratung.

Landesausschuss prüft Versorgungssituation

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat am 5. Juni 2025 erneut die Versorgungssituation in Bayern beurteilt und dabei in acht weiteren Regionen eine drohende Unterversorgung festgestellt. In fünf Regionen hat sich die Situation in der Versorgung so weit verschlechtert, dass eine Unterversorgung festgestellt werden musste. In neun Regionen hellt sich die Lage jedoch etwas auf, und der Landesausschuss konnte eine Verbesserung der Versorgung erkennen.

Bei dieser Sitzung des Landesausschusses sind vor allem Engpässe in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen deutlich geworden. In drei neu hinzugekommenen Planungsbereichen fehlen demnach derzeit Kinder- und Jugendärzte. In sieben weiteren Regionen wird schon länger gesucht, wobei für drei dieser Regionen nun sogar eine Unterversorgung festgestellt wurde (zuvor drohend unter-

versorgt). Dass dieser Mangel nun so deutlich sichtbar wird, liegt vor allem an einer Änderung in der Bedarfsplanung, nach der bei Kinder- und Jugendärzten – analog zu Hausärzten – bereits ab einem Versorgungsgrad von unter 75 Prozent ein Hinweis auf Unterversorgung vorliegt. Bisher wurden Kinder- und Jugendärzte in der Planung wie Fachärzte behandelt, für die erst ab einem Versorgungsgrad von unter 50 Prozent ein Hinweis auf Unterversorgung vorliegt. Diese Änderung ist am 20. März 2025 in Kraft getreten und hat in der aktuellen Prüfung des Landesausschusses erstmals Berücksichtigung gefunden. Ausschlaggebend für die Neuregelung war für den Gemeinsamen Bundesausschuss der in der Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte absehbare Nachbesetzungsbedarf sowie offenkundige Zugangsprobleme. Durch eine frühzeitige Feststellung von (drohender) Unterversorgung soll die Möglichkeit geschaffen werden, dass die Sicherstellungs- und Förderinstrumente

Die Beschlüsse des Landesausschusses im Überblick

Planungsbereich	Fachgruppe	Versorgungssituation
Landkreis Cham	Kinder- und Jugendärzte	Unterversorgung
Landkreis Dingolfing-Landau	Kinder- und Jugendärzte	Unterversorgung
Landkreis Kronach	Kinder- und Jugendärzte	Unterversorgung
Kreis Memmingen/Unterallgäu	HNO-Ärzte	Unterversorgung
Moosburg an der Isar	Hausärzte	Unterversorgung
Simbach am Inn	Hausärzte	Drohende Unterversorgung (zuvor: Unterversorgung)
Landkreis Wunsiedel im Fichtelgebirge	Hautärzte	Drohende Unterversorgung (zuvor: Unterversorgung)
Landkreis Pfaffenhofen an der Ilm	HNO-Ärzte	Drohende Unterversorgung
Landkreis Tirschenreuth	Hautärzte	Drohende Unterversorgung
Kreis Straubing/Straubing-Bogen	Kinder- und Jugendärzte	Drohende Unterversorgung
Landkreis Freising	Kinder- und Jugendärzte	Drohende Unterversorgung
Landkreis Pfaffenhofen an der Ilm	Kinder- und Jugendärzte	Drohende Unterversorgung
Scheinfeld	Hausärzte	Drohende Unterversorgung
Landkreis Regen	Hautärzte	Regelversorgung
Eichstätt	Hausärzte	Regelversorgung
Uffenheim	Hausärzte	Regelversorgung
Waldsassen	Hausärzte	Regelversorgung
Landkreis Rhön-Grabfeld	Augenärzte	Regelversorgung
Landkreis Donau-Ries	Kinder- und Jugendärzte	Regelversorgung
Landkreis Regen	Kinder- und Jugendärzte	Regelversorgung

der Kassenärztlichen Vereinigungen rechtzeitig ihre Wirkung entfalten können.

So setzt die KVB mit ihren Förderprogrammen, die speziell für die von (drohender) Unterversorgung betroffenen Regionen aufgelegt sind, gezielt finanzielle Anreize, um den Schritt in die vertragsärztliche Versorgung oder zur Anstellung eines Arztes besonders zu erleichtern und finanzielle Risiken abzumildern. Gelingt es mittels dieser Anreize nicht, die Versorgung zu verbessern, geht die KVB in Regionen mit einer festgestellten Unterversorgung noch einen Schritt weiter. KVB-Praxen als sogenannte Eigen-einrichtungen sichern die Versorgung, wenn nicht ausreichend Ärzte im Planungsbereich tätig sind. Sie bieten einen Einstieg in die vertragsärztliche Versorgung im Anstellungsverhältnis, mit der Perspektive der Praxisübernahme nach zwei Jahren. Für den Planungsbereich Haßberge (HNO-Ärzte) hat der Vorstand der KVB erst kürzlich den Beschluss zur Errichtung einer Eigeneinrichtung getroffen. Interessierte Ärztinnen und Ärzte können sich unter jobs.kvb.de für eine Tätigkeit in der KVB-Praxis bewerben. Außerdem werden Hausärzte für KVB-Praxen in Wassertrüdingen, Lauingen und Feuchtwangen sowie HNO-Ärzte für die Landkreise Tirschenreuth und Kitzingen und Kinder- und Jugendpsychiater für den Planungsbereich Westmittelfranken gesucht.

Janina Bär (KVB)



Ein Blick auf die Förderprogramme der KVB lohnt sich.

Regionale finanzielle Förderungen

Die KVB bietet Förderungen für Niederlassungen oder Zweigpraxen an. Mit den finanziellen Zuschüssen wird außerdem der Praxisaufbau, die Praxiserweiterung oder die Praxisfortführung gefördert. Die Fördergelder aus dem Strukturfonds, der zu gleichen Teilen von der KVB und den Krankenkassen finanziert wird, können auch verwendet werden, um Ärztinnen und Ärzte anzustellen.

Einen Überblick über die neuen und bereits bestehenden Fördermaßnahmen sowie Informationen zu allen Förderprogrammen und Anträge finden Sie in der Tabelle unten oder unter www.kvb.de/Mitglieder/Praxisführung/Förderungen.

Ausführliche Informationen zu den einzelnen geförderten Regionen werden unter www.kvb.de/kuenftige-mitglieder/praxisstart/region-sucht-arzt vorgestellt. Unsere Berater vor Ort unterstützen Sie bei Fragen gerne.

Finanzielle Fördermaßnahmen der Sicherstellungsrichtlinie der KVB

Zuschuss zu den Investitionskosten für eine vertragsärztliche Niederlassung

- einmalig bis zu 90.000 Euro* bei Unterversorgung
- einmalig bis zu 60.000 Euro bei drohender Unterversorgung

Finanzielle Förderung des Aufbaus einer Vertragsarztpraxis (nur bei Unterversorgung)

bis zu 85 Prozent des durchschnittlichen Honorars der Fachgruppe

Zuschuss zu den Investitionskosten für die Errichtung einer Zweigpraxis

- einmalig bis zu 22.500 Euro* bei Unterversorgung
- einmalig bis zu 15.000 Euro bei drohender Unterversorgung

Zuschuss zu den Beschäftigungskosten von angestellten Ärzten

bis zu 4.000 Euro* pro Quartal

Zuschuss zu den Investitionskosten einer Anstellung eines Arztes/ Psychotherapeuten

einmalig für die nachgewiesenen Kosten bis zu 15.000 Euro*

Zuschuss zur Beschäftigung von hausärztlichen Versorgungsassistenten, Präventionsassistenten in der Kinder- und Jugendmedizin oder nichtärztlichen Praxisassistenten

einmalig bis zu 3.500 Euro

Finanzielle Förderung der Fortführung einer Vertragsarztpraxis über das 63. Lebensjahr hinaus

bis zu 4.500 Euro pro Quartal

*Zur Erreichung der Förderziele kann der KVB-Vorstand unter Berücksichtigung der konkreten Versorgungssituation den Zuschuss für Fördermaßnahmen um bis zu 25 Prozent erhöhen. Dies wird derzeit für unterversorgte Planungsbereiche umgesetzt, für die der Vorstand die Errichtung einer Eigeneinrichtung beschlossen hat. Dies ist aktuell im Planungsbereich Westmittelfranken für die Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater, in den Landkreisen Haßberge, Tirschenreuth und Kitzingen für die Arztgruppe der HNO-Ärzte sowie in den Planungsbereichen Feuchtwangen, Lauingen und Wassertrüdingen für die Arztgruppe der Hausärzte der Fall.

Abrechnen mit KVB Pro Service

Der KVB-Abrechnungsservice für Leistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, erhält eine neue Wort-Bild-Marke: KVB Pro Service. Erfahren Sie hier, was hinter dem neuen Markenauftritt steckt und wie Ihre Praxis davon profitieren kann.



„Beim Abrechnungsservice können wir auf die jahrelange Erfahrung in Abrechnungsfragen außerhalb der Regelversorgung zurückgreifen. Der Service zeichnet sich durch innovative Dienstleistungen mit flexiblen Abrechnungslösungen aus. Unter dem neuen Markenauftritt von KVB Pro Service bündeln wir alle Dienstleistungen dieses Angebots, das Ihnen weiterhin verlässlich wie gewohnt zur Verfügung steht – nun mit neuem, modernem Design.“

*Dr. med. Peter Heinz,
1. Stv. Vorsitzender des Vorstands der KVB*

Starker Abrechnungspartner KVB

Als zuverlässiger und kompetenter Partner rechnet die KVB bereits seit vielen Jahren Leistungen ab, die über die Regelversorgung hinausgehen. So entwickelt der Abrechnungsservice individuelle und serviceorientierte Dienstleistungen rund um die Abrechnung

- der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) – auch für Ärztinnen und Ärzte außerhalb Bayerns – sowie von
- Hybrid-DRG-Leistungen,
- Zusatzverträgen,
- psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten und Hochschulambulanzen,
- Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB).

Neuer Markenauftritt

Die Abrechnung für diese Leistungen erfolgt unabhängig von der Regelversorgung und zeichnet sich somit durch andere Abrechnungswege aus: So ist der Abrechnungsservice beispielsweise im Bereich der Hybrid-DRG durch flexible und stark verkürzte Abrechnungsrhythmen gekennzeichnet: Hybrid-DRG können täglich eingereicht werden und werden den Krankenkassen wöchentlich in Rechnung gestellt. Diese Flexibilität, ein kontinuierlich enger Austausch mit unseren Mitgliedern und die Entwicklung serviceorientierter Dienstleistungen stehen sowohl im Bereich der Hybrid-DRG sowie für den gesamten Abrechnungsservice an oberster Stelle.

Damit künftig auf einen Blick noch besser erkennbar ist, ob man sich thematisch im Bereich der Regelversorgung oder des Abrechnungsservices befindet, erhält dieser nun mit „KVB Pro Service“ einen neuen Markenauftritt.





KVB Pro Service erreichen Sie künftig unter proservice.kvb.de

Neues Design, gewohnter Service

KVB Pro Service ist ein Dienstleistungsangebot der KVB – nun mit neuem Namen, neuem Design sowie einer neuen Website. Neben diesen Neuerungen bleiben die für Sie bekannten Abrechnungsservices sowie die Ansprechpartner unverändert:

- **Abrechnung im Mitgliederportal**
Alle Leistungen des Abrechnungsservices rechnen Sie weiterhin im bekannten Mitgliederportal „Meine KVB“ ab.
- **Weiterhin gewohnt kompetenter Service**
Ihre gewohnten Ansprechpartner der KVB stehen Ihnen auch künftig als erfahrene und zuverlässige

Abrechnungspartner bei allen Fragen unterstützend zur Seite. Professionell, flexibel, schnell.

■ Gleichbleibende Kontaktkanäle

Auf der neuen Website unter proservice.kvb.de finden Sie nun alle Informationen rund um Ihr Abrechnungsthema. Außerdem erreichen Sie uns weiterhin über die bekannten Kanäle.

Katharina Reuss (KVB)

„Als kompetenter und zuverlässiger Partner für unsere Mitglieder stehen bei uns Innovation sowie maximaler Service im Fokus. Mit dem neuen Auftritt des Abrechnungsservices – KVB Pro Service – unterstreichen wir diesen Schwerpunkt: professionell, flexibel, schnell.“

*Fabian Demmelhuber,
Leiter des Referats
Versorgungsinnovationen
in der KVB*



KVB ProService

professionell. flexibel. schnell.

Berufserlaubnis für ausländische Ärzte

Ärztinnen und Ärzte mit ausländischen Abschlüssen können unter bestimmten Umständen auch in Vertragsarztpraxen tätig werden. Das Vertragsarztrecht bietet dazu verschiedene Möglichkeiten. Der folgende Artikel erklärt, worauf es dabei ankommt.

Um in Deutschland eigenständig ärztlich praktizieren zu dürfen, benötigen fertig ausgebildete Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland eine deutsche Approbation. Neben dem Nachweis hinreichender deutscher Sprachkenntnisse ist die Anerken-

staaten kommen und dort auch ihre Abschlüsse erlangt haben, gestaltet sich dieser Ablauf jedoch wesentlich zeitaufwendiger: in Bayern durchschnittlich ein Jahr, nicht selten sogar länger. Deshalb haben Ärzte aus Drittstaaten mit ausreichenden deutschen Sprachkenntnissen die Möglichkeit, bereits vor Erhalt der Approbation mit einer regulär auf zwei Jahre limitiert gültigen Berufserlaubnis ärztlich tätig zu werden. Damit ist der ärztliche Handlungsrahmen auf nicht selbstständige, nicht leitende Tätigkeiten unter Aufsicht eines approbierten Arztes beschränkt.



nung ihrer Abschlüsse als dem deutschen Studium der Humanmedizin gleichwertig erforderlich. Ein Prozess, der bei Ärzten aus dem EU-Ausland, den sonstigen Staaten des europäischen Wirtschaftsraums (Island, Liechtenstein und Norwegen) sowie der Schweiz automatisiert und binnen weniger Wochen bis Monate abläuft. Bei all jenen, die aus Dritt-

Ärzte aus Drittstaaten mit Berufserlaubnis anstellen

Niedergelassene Ärzte in Bayern können Ärzte aus Drittstaaten mit Berufserlaubnis (Paragraf 10 BÄO) als „Assistent zur Ableistung des Anpassungsjahres zur Erlangung der deutschen Approbation“ anstellen. Dazu muss bei der KVB ein entsprechender Antrag gestellt

werden, was auch online via „Meine KVB“ möglich ist. Es ist jedoch zu beachten, dass die von angestellten Ärzten mit Berufserlaubnis erbrachten Leistungen nur unter Aufsicht erbracht werden und nicht als Leistung des ausländischen Arztes abgerechnet werden können. Sobald die mit Berufserlaubnis tätigen Ärzte ihre Approbation erlangt haben, sind sie berechtigt zur Ausübung des ärztlichen Berufs im Geltungsbereich der BÄO (vergleiche Paragraf 2 Absatz 1 BÄO). Dies berechtigt sie auch, eine fachärztliche Weiterbildung (vergleiche Artikel 30 Absatz 2 Satz 2 BayHKG) zu beginnen beziehungsweise im Rahmen einer weiterbildungsrechtlichen Anpassungsmaßnahme noch zu erbringende Weiterbildungsabschnitte abzuleisten. Damit ist die Möglichkeit eröffnet, diese Ärzte im ambulanten vertragsärztlichen Sektor als Weiterbildungsassistenten in einer Vertragsarztpraxis beziehungsweise in einem MVZ mit entsprechend weiterbildungsbefugten Ärzten zu beschäftigen. Die hierfür erforderliche Genehmigung zur Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten ist vorab gesondert bei der KVB zu beantragen. Liegt eine Berufserlaubnis oder gar Approbation vor, kann zudem die Anerkennung von in Drittstaaten erlangten Facharztqualifikationen beantragt werden.

Lorenz Gattnar (KVB)



KVB Servicecenter – Kurze Frage, direkte Antwort

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

Servicezeiten

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

Servicecenter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

eTec Support 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40



KVB 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)

Finden Sie in **Meine KVB**.



Dienstplanung DPP-online

Finden Sie 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

Finden Sie in **Meine KVB**.

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



KVB Selfservice – 24/7 für Sie verfügbar

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

Impressum für KVB FORUM und KVB INFOS

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

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

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

Redaktion:

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

Kontakt zur Redaktion: KVBFORUM@kvb.de

Satz und Layout: KVB Stabsstelle Kommunikation

Druck: Bonifatius GmbH, Paderborn

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

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

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

Bildnachweis:

KBV/Andrea Katheder (Seite 4 unten), SeKo Bayern (Seite 7 unten), stock.adobe.com/DigitalDruid (Titelseite), stock.adobe.com/Rido (Seite 2 Mitte, Seite 18), stock.adobe.com/domoskanonos (Seite 6 oben), stock.adobe.com/Ideenkoch (Seite 5), stock.adobe.com/MQ-Illustrations (Seite 20), stock.adobe.com/unai (Seite 22), stock.adobe.com/hkama (Seite 23), stock.adobe.com/Andreas Haertle (Seite 27), stock.adobe.com/rocketclips (Seite 30), KVB/Nadine Stegemann (Seite 3), KVB/Klaus D. Wolf (Seite 2 oben, Seite 6, 7, 8), Privat (Seite 15, 16, 17), KVB (alle weiteren)



Gedruckt auf FSC®-
zertifiziertem Papier



www.blauer-engel.de/uz195

- ressourcenschonend und umweltfreundlich hergestellt
- emissionsarm gedruckt
- überwiegend aus Altpapier

RG4

Dieses Druckerzeugnis
ist mit dem Blauen Engel
ausgezeichnet.

