

TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZ

## KLEINER LICHTBLICK

Die Vorgaben aus dem Gesundheitsministerium sorgen für viel Bürokratie in den Praxen, bieten aber zugleich Spielraum, um die eigene Einnahmebasis zu vergrößern.

### BEDARFSPLANUNG

Durch die nun gültige Reform entstehen in Deutschland zusätzliche ärztliche und psychotherapeutische Sitze. | Seite 10

### BEREITSCHAFTSDIENST

Die Kassenärztlichen Vereinigungen starteten mit ihrer Kampagne, um die 116117 bekannter zu machen. | Seite 16

### BETRIEBSEINKOMMEN

Die wirtschaftliche Lage der Praxen fällt für die Jahre 2013 bis 2016 insgesamt gemischt aus. | Seite 18

# INHALT

## ■ SCHWERPUNKT

### 4 Mehr freie Termine melden

Bei der Anwendung des elektronischen Terminservice setzt der Vorstand der KV RLP auf die Kooperationsbereitschaft der Mitglieder.

### 6 Mehr Geld für TSS-Patienten



Praxen erhalten für Leistungen bei Patienten, die über die Terminservicestelle vermittelt wurden, je nach Fallkonstellation ein zusätzliches Honorar.

### 8 Mehr Instrumente gegen Ärztemangel

Das TSVG ermöglicht im Kampf gegen eine drohende Unterversorgung die Gründung von KV-Eigeneinrichtungen und die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen.

## ■ POLITIK

### 10 Zusätzliche Arztsitze

Mit der vom Gemeinsamen Bundesausschuss überarbeiteten Bedarfsplanung werden mehr Niederlassungsmöglichkeiten für Ärzte und Psychotherapeuten geschaffen.

### 12 Gesundheits-Apps

Ziel des Entwurfs zum Digitalen Versorgungsgesetz ist es, die Nutzung digitaler Angebote für die Patientenversorgung auszuweiten.

## ■ PANORAMA

### 14 Praxisnetz im Portrait

medidoc rheinhessen-pfalz will die kollektivvertraglichen Regelungen durch innovative Modelle auf regionaler Ebene ergänzen.

### 16 Kampagne für die 116117

Die KBV startete Ende August mit der groß angelegten Bekanntheitsoffensive für den ärztlichen Bereitschaftsdienst mit der einheitlichen Rufnummer.

### 18 Zi-Praxis-Panel

Der Jahresbericht des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung legt dar, dass zwar die Einkommen, aber zugleich auch die Betriebskosten der Praxen gestiegen sind.

### 20 Sektorenübergreifende Versorgung

Wie sehr der ambulante und stationäre Sektor im Geriatrischen Netzwerk der Unimedizin Mainz voneinander fachlich profitieren, beweist das Beispiel einer Hausärztin.

## ■ SERVICE

### 22 Gefährliche Virenanhänge

E-Mails mit unbekanntem Dateinamen können Schadsoftware enthalten, die beim Öffnen das gesamte Netzwerk infiziert.

### 23 Telematikfinanzierung

Die KBV konnte gegenüber den Kassen durchsetzen, dass die Höhe der Pauschalen bis Ende 2019 unverändert bleibt.

### 24 Patientenakten nach Praxisende

Findet sich keine Nachfolge, so ist ausschließlich der Praxisinhaber für die ordnungsgemäße Archivierung von medizinischen Unterlagen verantwortlich.

### 25 Zwischenbilanz zur Laborreform

Seit die Reform vor eineinhalb Jahren in Kraft trat, gehen Praxen deutlich restriktiver mit Laboruntersuchungen um.

### 27 Hygienetipps zur PC-Umgebung

Bei der Desinfektion von Computermaus und Tastatur sind nur bestimmte Mittel geeignet.

### 28 Filmothek | KBV-Fortbildungsportal

### 29 Qualitätszirkel

Fünf Tutoren haben in einem Workshop über die zukünftige QZ-Moderatorenausbildung diskutiert.

### 30 Rechtstipp | Termine

### 31 Regionalkonferenzen der KV RLP | Häufige Fragen

### 32 Reihe „Praxiswissen“ der KBV

## ■ VORWORT



### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der vorliegenden Ausgabe der KV-Praxis informieren wir Sie über die Veränderungen, die das TSVG für unsere Praxen bringt. Der Wunsch der Politik, gefühlt fehlende Arzttermine zu generieren, überschüttet uns mit einem Sammelsurium von Maßnahmen. Sie alle spiegeln zusammen tatsächlich das Prinzip Zuckerbrot und Peitsche wider. Offensichtlich hat man verstanden, dass es nur mit der Peitsche nicht besser wird. Allerdings befürchte ich, dass auch dieses dünn bestreute Zuckerbrot relativ machtlos sein wird.

Wir alle arbeiten bereits an der Belastungsgrenze und versorgen unsere Patienten auch schon jetzt hervorragend. Nun werden wir nicht umhinkönnen, diese neuen gesetzlichen Vorgaben als Körperschaft auch umzusetzen. Die Möglichkeiten eröffnen in einigen Bereichen extrabudgetäres Honorar. Im ersten Jahr wird dieses Volumen aus der budgetierten Vergütung bereinigt. Deshalb sollten wir uns mit Sorgfalt und Geduld an diese Strukturen gewöhnen und nicht sofort voll loslegen. Diese Sorgfalt bedingt dann in einem Jahr ein hoffentlich überschaubares Bereinigungsvolumen. Danach bedeutet die extrabudgetäre Vergütung auch zusätzliches Honorar.

Sicherlich werden auch Sie feststellen, dass dieses mit heißer Nadel gestrickte Gesetz Regelungen beinhaltet, die sich zum Teil widersprechen und stellenweise zu kaum lösbaren Konflikten führen. Die tägliche Praxis wird da noch einiges zusätzlich zutage fördern. Sie können gerne schimpfen, aber bitte nicht auf die KV, wir haben's nicht erfunden. Wir sind als Vorstand fest entschlossen, Ihnen die positiven Seiten zu eröffnen und gleichzeitig die negativen Auswirkungen auf Ihre Praxen so klein wie möglich zu halten.

Beste Grüße aus Mainz

**Dr. Peter Heinz**

Vorsitzender des Vorstands der KV RLP

# KLEINER LICHTBLICK

Trotz vieler Regularien bietet das neue Terminservice- und Versorgungsgesetz auch Einnahmepotenziale für die Praxen.

Mit dem TSVG hat auch die Terminservicestelle der KV RLP neue Aufgaben hinzugewonnen. Die Buchung und Meldung freier Termine erfolgen nun ausschließlich über den eTerminservice (eTS).

Trotz der gesetzlichen Verpflichtung der Praxen, freie Termine an die TSS zu melden, setzt der Vorstand auf die Kooperationsbereitschaft der Mitglieder. „Wir kennen die übergroße Auslastung in vielen Facharztpraxen, besonders auch in der Psychotherapie. Dennoch benötigen wir für die Vermittlung in der TSS Terminmeldungen, am besten über den eTerminservice“, betont Peter Andreas Staub, Mitglied des Vorstands. „Wir wissen aber auch, dass es gerade im psychotherapeutischen Bereich nicht so einfach ist, regelmäßige Termine für Psychotherapeutische Sprechstunde, Akuttherapie oder Probatorik zu melden, weil sich hier ja immer auch Folgetermine aus Erstgesprächen

ergeben. In der angespannten Lage der Versorgung hoffen wir, ab 2020 Entlastung durch die rund 50 neuen psychotherapeutischen Sitze der neuen Bedarfsplanung erhalten zu können.“

Fast die Hälfte der bisher vermittelten Termine betraf die Fachgruppe der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, gefolgt von Nervenärzten und Fachinternisten, wobei es hier regional große Unterschiede gibt.

Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bereitgestellte kostenlose Software lässt sich einfach vom Praxis-

Computer bedienen. Nach der Anmeldung – die Zugangsdaten erhalten Ärzte und Psychotherapeuten von der KV RLP – können Praxen sofort starten und ihre Termine eintragen. Mitglieder profitieren von der Nutzung des elektronischen Terminservices: Sie können über dieses Tool zum einen Termine selbst verwalten und zum zweiten Buchungsfristen festlegen, um bereitgestellte Termine beispielsweise flexibel ein bis sieben Tage vor dem Termin wieder selbst vergeben zu können. Außerdem werden die von der TSS vermittelten Fälle extrabudgetär bezahlt.

Ebenso lassen sich bereitgestellte Termine blockieren, wenn sie für eigene Patienten benötigt werden oder ein Praxisurlaub geplant ist. Praxen erhalten tagesaktuelle Benachrichtigungen per Fax oder E-Mail über alle Buchungen oder Absagen direkt aus dem elektronischen Programm, sobald der gewünschte Benachrichtigungskanal aktiviert wurde. Das gewohnte Buchungsfax von der Terminservicestelle entfällt.

Insgesamt erleichtert der eTS die Integration der Terminvermittlung in den Praxisablauf. Demnächst ist eine direkte Verbindung aus dem Praxisverwaltungssystem zum eTS über eine Schnittstelle problemlos möglich. Die KV RLP empfiehlt den Praxen, sich mit ihrem PVS-Hersteller in Verbindung zu setzen.

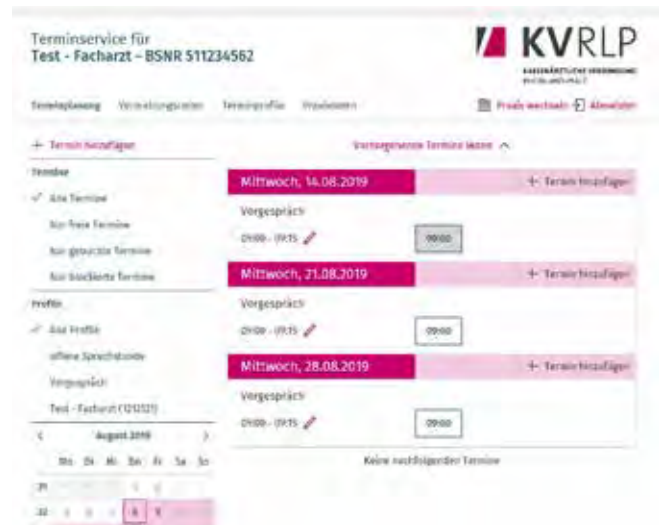
### Zugangsweg über das SNK und das Internet

Unter dem Menüpunkt „Terminprofil“ sind bereits Auto-Profile voreingestellt. Beispielsweise können Kinder- und Jugendärzte zwischen U-Untersuchungen und normalen Terminen wählen. Psychotherapeuten haben die Möglichkeit, eine voreingestellte Terminart wie die Psychotherapeutische Sprechstunde anzuklicken. Sobald die Einträge gespeichert sind, können die Mitarbeiter der TSS der KV RLP darauf zugreifen.

Der technische Zugang zum eTS ist sowohl über das sichere Netz der KVen (KV-Safenet oder Telematik-Infrastruktur) als auch über das Internet erreichbar. Es ist weiterhin geplant, dass ab dem nächsten Jahr auch Versicherte Zugang haben und so einen Termin online buchen können. Mithilfe des eTS lassen sich auch Vermittlungscode generieren und ausdrucken.

### Vermittlungscode nur in medizinisch begründeten Fällen

Bisher konnte die TSS alle Patienten mit dringender Überweisung erfolgreich in den ambulanten Bereich vermitteln. Dieser Erfolg ist jedoch gefährdet, denn immer häufiger beschwerten sich Fachärzte über eine missbräuchliche Verwendung der Aufkleber. So erreichen die TSS der KV RLP Fälle, in denen der Vermittlungscode nicht berechtigt war. Das schadet wiederum den tatsächlich berechtigten und bedürftigen Patienten. Vor diesem Hintergrund appelliert die KV RLP an die Praxen, Über-



Über den eTerminservice können Mitglieder Termine selbst verwalten und Buchungsfristen festlegen.


weisungen nur dann mit einem Code zu versehen, wenn eine fachärztliche Abklärung innerhalb von vier Wochen unbedingt erforderlich ist. Ausschlaggebend für eine dringliche Überweisung können nach fachlicher Einschätzung des überweisenden Arztes daher nur medizinische Gründe sein.

Im Umkehrschluss bedeutet das, dass in diesen Fällen kein Vermittlungscode verwendet werden darf:

- gewünschter Arztwechsel
- Zweit- oder Drittmeinung
- Vorsorgeuntersuchungen
- Bagatellerkrankung / planbare Kontrolluntersuchung
- Gutachten / Atteste / Bescheinigungen
- Notfälle, die sofort behandelt werden müssen
- auf Drängen des Patienten oder der Krankenkasse ohne medizinische Notwendigkeit

Um die Dringlichkeit zu begründen, ist es unerlässlich, dem Überweisungsempfänger auf der Überweisung die Diagnose, die Verdachtsdiagnose und gegebenenfalls die Befunde mitzuteilen.

Im Feld „Überweisung an ...“ (Vordruckmuster 6) muss darüber hinaus die richtige Fachgebietsbezeichnung eingetragen sein. Die Bezeichnung „Nervenheilkunde“ ist zum Beispiel nicht zu verwenden. Stattdessen muss – je nach Krankheitsbild – eine Differenzierung zwischen „Neurologie“ und „Psychiatrie“ erfolgen. Es kam bereits mehrfach vor, dass Facharztpraxen Patienten abgewiesen haben, weil die Fachgebietsbezeichnung nicht korrekt angegeben war. ■

 Kurzanleitung, Benutzerhandbuch und Erklärvideo zum eTerminservice: [www.kv-rlp.de/340580](http://www.kv-rlp.de/340580)

## NEUE SPRECHZEITEN UND ABRECHNUNG – WORAUF PRAXEN JETZT ACHTEN MÜSSEN

Die neuen Vorgaben des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) erfordern in vielen Praxen eine organisatorische Umstellung. Auf der anderen Seite erhalten sie zusätzliches Honorar, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind.

Seit dem 11. Mai gilt es: Das TSVG verpflichtet alle Praxen dazu, ihre Sprechstundenzeiten von mindestens 20 auf 25 Wochenstunden zu erhöhen. Bei einem hälftigen Versorgungsauftrag gilt diese Erhöhung entsprechend anteilig und umfasst ein anzubietendes Mindestsprechstundenangebot von 12,5 Wochenstunden. Die Zeit für Haus- und Pflegeheimbesuche wird hierbei angerechnet. Hinzugekommen ist am 1. September 2019 das verpflichtende Angebot von wöchentlich mindestens fünf offenen Sprechstunden, bei hälftigem Versorgungsauftrag entsprechend anteilig. Die Regelung betrifft alle Arztgruppen der Grundversorgenden und wohnortnahen fachärztlichen Patientenversorgung. Die genauen Einzelheiten hierzu werden noch auf Bundesebene vereinbart.

### Angebot mit dem Arztfindereintrag abgleichen

Das Gesetz sieht vor, dass Sprechstundenzeiten an die KV RLP gemeldet und veröffentlicht werden. Aus diesem Grund rät die KV RLP ihren Mitgliedern, sich jetzt auf diese gesetzliche Verpflichtung einzustellen. Möglicherweise müssen die Zeiten auf dem Praxisschild aktualisiert oder ergänzt werden. Praxen sollten auch die Zeiten mit dem Arztfindereintrag auf der Website der KV RLP abgleichen. Eine Mitteilung von aktualisierten Sprechstundenzeiten kann bereits über den geschützten Mit-

gliederbereich erfolgen. Dort besteht die Möglichkeit, sowohl das Sprechstundenangebot als auch die Zeiten der offenen Sprechstunde an die KV RLP zu melden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen laut Gesetz die Einhaltung der genannten Mindestsprechstunden überprüfen. Wird das Angebot der Mindestsprechstundenzeit unterschritten, sind Sanktionsmaßnahmen wie eine Kürzung der Vergütung grundsätzlich möglich. Jedoch will sich der Vorstand der KBV in den Verhandlungen mit den Krankenkassen zum Bundesmantelvertrag dafür einsetzen, die Praxen von möglichen Sanktionen zu verschonen.

### Abrechnungsregelungen für zusätzliches Honorar

Grundsätzliche Einigkeit besteht beim Thema Vergütung. Die Details dazu haben die KBV und der GKV-Spitzenverband bereits Ende Juni vorgelegt. Haus- und Fachärzte in Rheinland-Pfalz erhalten ein zusätzliches Honorar für Leistungen bei Patienten, die über die Terminservicestelle (TSS) vermittelt wurden. Je nach Dauer der Vermittlung gibt es Zuschläge von bis zu 50 Prozent auf die Grund- oder Versichertenpauschale. Ebenfalls mehr Honorar gibt es für „neue“ Patienten, Patienten in offener Sprechstunde sowie für Patienten, die durch den Hausarzt in dringenden Fällen vermittelt wurden. Für die Vermittlung des Termins erhält der Hausarzt auf Basis des Punktwertes umgerechnet zehn Euro je Patient.

Dem zusätzlichen Honorar für die obige „TSVG-Konstellationen“ steht allerdings ein höherer Aufwand für die Erstellung der Abrechnung gegenüber. So müssen Praxen ihre TSS-Patienten in der Abrechnung durch die Feldkennung 4103 (TSVG-Vermittlungsart) und die Auswahl der zutreffenden TSVG-Konstellation folgendermaßen kennzeichnen:

- |   |   |
|---|---|
| 1 | TSS-Terminfall (seit 11. Mai 2019)            |
| 2 | TSS-Akutfall (voraussichtlich ab Januar 2020) |
| 3 | Hausarzt-Vermittlungsfall                     |
| 4 | offene Sprechstunde                           |
| 5 | Neupatienten                                  |

Für all diese Konstellationen ist ein zusätzlicher Schein anzulegen. Werden TSS-Patienten in einer Praxis durch mehrere Arzt-

### OFFENE SPRECHSTUNDEN

Nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses sind folgende Fachbereiche betroffen:

- Augenheilkunde
- Chirurgie
- Frauenheilkunde
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Dermatologie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Nervenheilkunde
- Neurologie und Neurochirurgie
- Orthopädie
- Psychiatrie
- Urologie



Für die meisten Praxen dürfte sich mit der gesetzlichen Vorgabe von höheren Sprechzeiten nichts ändern.

gruppen im Quartal behandelt, so muss die Kennzeichnung je Arztgruppe erfolgen. Darüber hinaus ist eine Vielzahl von weiteren Bestimmungen und Einschränkungen je nach TSVG-Konstellation zu beachten; die KV RLP informierte dazu bereits in einem Extra-Rundschreiben.

Neu sind auch Vergütungszuschläge auf die Grund- bzw. Versichertenpauschale je nach Dauer der Vermittlung sowie eine Vergütung von rund zehn Euro für den Hausarzt für die Vermittlung eines Termins an einen Facharzt in dringenden Fällen. Die Behandlung durch den Facharzt muss innerhalb von vier Tagen nach erfolgter Vermittlung liegen.

### **Bereinigung der Gesamtvergütung notwendig**

Der Bewertungsausschuss hat neben den Modalitäten zur Abrechnung der neuen extrabudgetären Leistungen auch das Verfahren zur Bereinigung der budgetierten Gesamtvergütung festgelegt. Die Bereinigung ist notwendig, da die jetzt extrabudgetäre Behandlung von Patienten in offener Sprechstunde, von neuen Patienten sowie von Patienten, die über die TSS oder durch den Hausarzt vermittelt wurden, bislang weitgehend in der budgetierten Gesamtvergütung erfolgte und dort auch kalkulatorisch berücksichtigt war. Lediglich bei den Zuschlägen je nach Vermittlungsdauer sowie der Vergütung für den Hausarzt zur Vermittlung von Facharztterminen handelt es sich um neue Leistungen, für die keine Bereinigung erfolgt.

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (mGV) wird entsprechend dem Umfang der extrabudgetären TSVG-Konstellationen des jeweiligen Quartales verringert. Für die extrabudgetäre Vergütung und die Bereinigung werden daher die gleichen Abrechnungsdaten herangezogen.



Den Vergütungszuwächsen für die fachärztliche Grundversorgung steht eine deutliche Zunahme an Bürokratie für die Praxen gegenüber.

Während die TSVG-Fälle zu 100 Prozent vergütet werden, erfolgt die Bereinigung auf Basis der Auszahlungsquoten je Arztgruppe im Vorjahresquartal. Diese liegen im fachärztlichen Bereich nur bei rund 90 Prozent des Orientierungswertes. Dadurch ist die extrabudgetäre Vergütung rund zehn Prozent höher als die Bereinigung der Gesamtvergütung im fachärztlichen Bereich. Für Hausärzte ergeben sich jedoch kaum Zuwächse, da die Auszahlungsquote bereits in der Vergangenheit bei knapp 100 Prozent oder sogar darüber lag.

Da je nach Fachgruppe der Anteil der Fälle mit TSVG-Konstellation unterschiedlich ist, wird die Bereinigung der Gesamtvergütung auf die einzelnen Honorarfonds umgelegt. Eine Bereinigung der individuellen Mengenbegrenzung je Praxis ist jedoch nicht geplant.

### **Honorarzuwachs hängt vom Anteil an den TSVG-Konstellationen ab**


Durch die Differenz zwischen unquotierter Vergütung und quotierter Bereinigung sind Vergütungszuwächse zu erwarten, insbesondere bei den Fachgruppen der fachärztlichen Grundversorgung. Der Zuwachs wird umso höher sein, je höher der Anteil der Patienten in einer TSVG-Konstellation – zum Beispiel offene Sprechstunde, Neupatienten oder TSS-Terminfälle – an der Patientenzahl einer Praxis ausfällt.

Allerdings erhöhen die sehr komplexen Vorgaben des Bewertungsausschuss den Aufwand zur Erstellung der Abrechnung für die Praxen weiter und führen in den Kassenärztlichen Vereinigungen zu einem deutlich höheren Aufwand bei der Prüfung und Bearbeitung der Abrechnung. Zudem sind verstärkte Prüfungen durch die Krankenkassen zu befürchten. So steht den

zu erwartenden Vergütungszuwächsen für die fachärztliche Grundversorgung eine deutliche Zunahme an Bürokratie und Abrechnungsaufwand für die Praxen gegenüber.

Die KV RLP hat bereits ein umfangreiches Sonderrundschreiben mit umfassender Darstellung der Abrechnungsbestimmungen und Einschränkungen an alle Praxen versendet. Obwohl diese

Regelungen – bis auf den TSS-Akutfall – bereits ab September gelten, ist eine Vielzahl von Details auf Bundesebene immer noch unklar. Daher wird die KV RLP die Praxen auf ihrer Website und in Newslettern über Änderungen unmittelbar informieren.

 Hintergrundinformationen zum TSVG:  
[www.kv-rlp.de/474452](http://www.kv-rlp.de/474452)

## EIGENE MITTEL IM KAMPF GEGEN DEN ÄRZTEMANGEL

Um einer Unterversorgung in ländlichen Regionen vorzubeugen, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem TSVG zwei Instrumente an die Hand bekommen: die Gründung von KV-Eigeneinrichtungen und die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen.



Telemedizinische Sprechstunden können in ländlichen, strukturschwachen Gegenden eine Alternative zu KV-Eigeneinrichtungen sein.

An genügend Maßnahmen mangelte es bislang nicht, um die ambulante Versorgung auch in ländlichen Gebieten auf hohem Niveau aufrechtzuerhalten. Hierfür waren bislang nur Eigeneinrichtungen der KVen in unterversorgten Gebieten eine Option, jedoch keine Verpflichtung. Dies ändert sich nun aufgrund des Terminservice- und Versorgungsgesetzes: Solche Einrichtungen muss die KV jetzt in Gebieten betreiben, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung festgestellt hat. Die Aufnahme des Betriebs in diesen Fällen muss innerhalb einer angemessenen Frist stattfinden. Dabei können die KVen die Einrichtungen auch durch Kooperationen untereinander oder gemeinsam mit Krankenhäusern betreiben. Eine weitere Alternative sind mobile oder telemedizinische Sprechstunden, mobile Praxen oder „ähnliche Versorgungsangebotsformen“.

Darüber hinaus können Eigeneinrichtungen jetzt auch freiwillig gegründet werden. Der Vorstand der KV RLP sieht diesen Aspekt im TSVG grundsätzlich positiv. „Wir begrüßen die Möglich-

keit des Betriebs von Eigeneinrichtungen. Dabei handelt es sich aber nur um eine einzelne Sicherstellungsmaßnahme, aber um kein Allheilmittel, da nach wie vor die Kapazität Arzt, aber nicht die Kooperationsform begrenzt ist.“

Die in den Eigeneinrichtungen erbrachten Leistungen werden aus der Gesamtvergütung der ambulanten ärztlichen Versorgung finanziert. Es wird dabei zwischen Leistungen differenziert, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert werden oder die als extrabudgetäre Leistungen von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Deutlich macht der Gesetzgeber auch, dass Einrichtungen den übrigen Leistungserbringern gleichgestellt sind. „Daraus folgt, dass unter anderem auch für Einrichtungen in Gebieten, in denen eine Unterversorgung festgestellt wurde, keine Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung bei der Behandlung der Patienten des betreffenden Planungsbereichs anzuwenden sind“ heißt es in der Gesetzesbegründung.

### Sicherstellungszuschläge von nun an Pflicht

Als weiteres Instrument sieht das TSVG für Gebiete mit eingetretener oder drohender Unterversorgung sowie mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen (§ 105 SGB V) vor. Diese sind obligatorisch an die Ärzte zu zahlen, die in diesen Gebieten praktizieren. Bisher war eine solche Zuzahlung zum Honorar freiwillig. Wie hoch die Zuschläge ausfallen, entscheidet nach wie vor der paritätisch zusammengesetzte Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Die Dauer der Zahlung richtet sich dabei grundsätzlich nach dem Andauern der eingetretenen oder drohenden Unterversorgung sowie des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs. KV und Krankenkassen tragen weiterhin jeweils hälftig die Kosten für die Sicherstellungszuschläge. ■



## VERSICHERTE HABEN HOHES VERTRAUEN IN ÄRZTESCHAFT

„Ganz gleich, welches Bild die Politik von der ambulanten Versorgung in Deutschland zeichnet, das Vertrauen der Versicherten in ihre Ärzte kann das nicht erschüttern. 91 Prozent der Patienten geben an, ein gutes oder sehr gutes Vertrauensverhältnis zu ihrem behandelnden Arzt oder ihrer Ärztin zu haben“, sagte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), bei der Vorstellung der Versichertenbefragung. 29 Prozent der gesetzlich und 30 Prozent der privat Versicherten mussten bei ihrem letzten Arztbesuch überhaupt keine Wartezeit in Kauf nehmen. Jeder vierte gesetzlich Versicherte bekam innerhalb von einem Tag bis zu einer Woche einen Termin, bei den privat Versicherten war es jeder dritte. Die Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld hatte im Auftrag der KBV von Mitte März bis Ende April mehr als 6.100 Versicherte befragt. ■



## NEUE HOTLINES DER KV RLP

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KV RLP sind seit Mai unter einer neuen Telefonnummer erreichbar. Wird noch die alte Nummer der jeweiligen Abteilung angewählt, kommen diese Anrufe im Service-Center an und werden von dort aus weitervermittelt.

<b>Alle Standorte:</b>	<b>06131 326-</b>
■ DMP	3701
■ Honorar	2400
■ Presse/Publicationen	2800
■ Qualitätsmanagement	3700
■ Qualitätszirkel	3800
■ Telematik	2700
■ Terminservice Praxen	3000
■ Verordnung	4200

## RÖNTGENKONTRASTMITTEL: KEINE GEWINNE

Anlässlich von Medienberichten zum Einsatz von „Röntgenkontrastmitteln“ bei CT- oder MRT-Untersuchungen stellt die KV RLP klar, dass die Krankenkassen in Rheinland-Pfalz seit mehreren Jahren Ausschreibungsverfahren für Röntgenkontrastmittel durchgeführt haben. Dabei wurden für die einzelnen Substanzen Exklusivverträge an den jeweils – aus Sicht der Kassen – günstigsten Anbieter vergeben. Die Möglichkeit einer Gewinnerzielung durch die radiologisch tätigen Ärzte ist damit ausgeschlossen. Die Rechnungen für die im Sprechstundenbedarf bezogenen Röntgenkontrastmittel erhalten die Krankenkassen, die dann den jeweiligen Lieferanten bezahlen. Ein Zahlungsverkehr zwischen Lieferanten und Arztpraxen findet nicht statt. ■

## LANDESREGIERUNG WILL LANDARZTQUOTE

In Rheinland-Pfalz sollen ab dem Wintersemester 2020/2021 bis zu zehn Prozent der Medizinstudienplätze für die Fachrichtungen Allgemeinmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen reserviert werden. Das geht aus dem Gesetzesentwurf zur Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung hervor. Bei der Vergabe der Studienplätze sollen neben der Abiturnote und dem Ergebnis des Medizintests weitere Faktoren wie eine einschlägige Berufsausbildung eine Rolle spielen. Im Gegenzug verpflichten sich Studienplatzbewerber dazu, im Anschluss ihres Studiums eine hausärztliche Tätigkeit an einem bestimmten Ort im ländlichen Raum bzw. Gesundheitsamt eines bestimmten Landkreises aufzunehmen. Bei Verstoß droht ihnen eine Vertragsstrafe von bis zu 250.000 Euro. ■

## EBM-REFORM BALD FERTIG

Die Weiterentwicklung des EBM geht in die finale Phase. KBV und GKV-Spitzenverband legten jeweils einen Beschlussentwurf vor. Ein Ziel ist es, die „sprechende Medizin“ zu fördern. Der überarbeitete EBM soll ab Januar 2020 gelten. Im Fokus der Reform steht die Bewertung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen im EBM. ■

©HAFAKOT/STOCK.ADOBE.COM



## KURZINFO ZU BIOSIMILARS

Die KBV hat auf ihrer Website eine Patienteninformation zum Thema Biosimilars veröffentlicht. Hier erfahren Versicherte, was Biosimilars sind, wann diese zum Einsatz kommen und warum sie genauso wirksam und sicher sind wie andere verfügbare Arzneimittel. ■

 [www.kbv.de/html/3001.php](http://www.kbv.de/html/3001.php)

## BEDARFSPLANUNG

## MEHR ARZTSITZE FÜR DEUTSCHLAND – AUF DEM PAPIER

Die am 1. Juli in Kraft getretene überarbeitete Bedarfsplanung führt im Ergebnis bundesweit zu rund 3.500 zusätzlichen ärztlichen und psychotherapeutischen Sitzen. Wie die konkreten Zahlen für Rheinland-Pfalz aussehen werden, entscheidet sich erst im Herbst dieses Jahres.

Von den neuen Niederlassungsmöglichkeiten der Mitte Mai vorgelegten Reform profitieren vor allem Hausärzte und Psychotherapeuten. Auf Basis der Anpassungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen hat, entstehen bundesweit rund 3.470 mehr Sitze. Davon entfallen 1.446 auf Hausärzte, rund 776 auf Psychotherapeuten, 476 auf Nervenärzte und 401 auf Kinder- und Jugendärzte. Darüber hinaus werde auch die ambulante Versorgung in ländlichen Regionen gestärkt, ist der unparteiische G-BA-Vorsitzende Prof. Josef Hecken überzeugt.

#### Abweichungen nach regionalen Gesichtspunkten weiter möglich

Ungeachtet der neu ermittelten Zahlen würden die Festlegungen des G-BA zur Bedarfsplanung nur den allgemeinen Rahmen bilden. Länder und Landesausschüsse könnten je nach den regionalen Gegebenheiten von diesem Rahmen abweichen und zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten eröffnen, betont Prof. Hecken. „Diese Prüfung und Anpassung vor Ort ist essenziell, denn es ist nicht möglich, von Berlin aus in einer Richtlinie verbindliche und passgenaue Regelungen für jeden Kreis und jede Gemeinde in Deutschland zu treffen, die in ihrer Struktur völlig unterschiedlich sein können. Deshalb flexibilisieren wir die Regelungen und eröffnen weitgehende Abweichungsmöglichkeiten, die helfen, konkrete Probleme vor Ort zu lösen.“

In Rheinland-Pfalz setzt der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Vorgaben aus der Bedarfsplanungs-Richtlinie um. Das paritätisch zusammengesetzte Gremium aus Ärzte- und Krankenkassenvertretern unter Vorsitz von Prof. Werner Fresenius fasst seine Beschlüsse in der Regel einmal im Quartal – und damit häufiger als vorgeschrieben. Auf seiner nächsten Sitzung, die voraussichtlich Ende September stattfindet, wird der Ausschuss die neuen Verhältniszahlen für die betroffenen ärztlichen Fachgruppen festlegen. Entscheidungsgrundlage für die neu zu errechneten Sitze ist dabei nicht nur die Bevölkerungszahl, sondern auch die Altersstruktur und Morbidität in den Planungsbereichen. Mithilfe dieses sogenannten Morbiditätsfaktors wird bei der Festlegung des Bedarfs neben der Zahl der Einwohner sowie deren Alter und Geschlecht künftig noch stärker die Morbidität berücksichtigt. Die KV RLP hat dadurch die Möglichkeit, von den bundesein-



„ Wir flexibilisieren die Regelungen und eröffnen Abweichungen, die helfen, konkrete Probleme vor Ort zu lösen.

Prof. Josef Hecken,  
Vorsitzender des G-BA

heitlichen Vorgaben abzuweichen und regional differenzierte Berechnungen durchzuführen.

#### Niedrigere Verhältniszahlen sollen bessere Versorgung garantieren

Die Verhältniszahlen – Einwohnerzahl pro Arzt beziehungsweise Psychotherapeut – sind auch in der reformierten Bedarfsplanungs-Richtlinie als bundeseinheitlicher Maßstab festgelegt, differenziert nach Arztgruppe und Planungsbereich. Zukünftig wird es jedoch ein zweistufiges Berechnungsverfahren zur Anpassung dieser Basis-Verhältniszahlen nach vier Altersgruppen, Geschlecht und Krankheitslast in einer Region geben. Die errechneten regionalen Verhältniszahlen spiegeln dann wider, ob in einem Planungsbereich mehr oder weniger Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten benötigt werden als im Bundesdurchschnitt.

Für Kinder- und Jugendärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten und Facharztinternisten wurden die Verhältniszahlen abgesenkt, um dem gestiegenen Versorgungsbedarf gerecht zu werden. So liegt die neue Verhältniszahl bei den Facharztinternisten bei jeweils 14.437 Einwohnern (vorher 21.508 Einwohner). Das bedeutet eine Anhebung des Versorgungsniveaus um rund 30 Prozent.

Bei den Kinder- und Jugendärzten werden die Verhältniszahlen sowohl für den ländlichen Raum als auch für Großstädte bezie-

hungsweise Ballungsgebiete generell abgesenkt. Hier gibt es nur geringe Effekte durch Pendlerverflechtungen und Mitversorgungseffekte. Im Ergebnis hält der G-BA an der Planungsebene der „Kreise“ für die Kinderärzte fest. Eine kleinräumigere Planung würde nach seiner Ansicht nicht zu einem gesteuerten Zuwachs dieser Fachgruppe in der Fläche führen. Die Verhältniszahlen bei den Nervenärzten und Psychotherapeuten werden an das durchschnittliche Versorgungsniveau der anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung angepasst.

### Zeiten für Erreichbarkeit bestimmter Fachgruppen definiert

Künftig wird die Erreichbarkeit einer haus- oder fachärztlichen Praxis ein weiteres Kriterium für die Frage sein, ob ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Gebieten besteht. Hier ist der G-BA seinem zuvor erschienenen Gutachten gefolgt und hat PKW-Minutenwerte definiert, innerhalb derer der überwiegende Teil der Einwohner einer Region verschiedene Arztgruppen erreichen können soll. Danach sollen 95 Prozent der Patienten der Region zum Hausarzt nicht länger als 20 Minuten Fahrtzeit mit dem Auto benötigen. Die Erreichbarkeit für Kinder- und Jugendärzte wurde auf 30 Minuten, für Gynäkologen und Augenärzte auf 40 Minuten festgelegt.

Zu den weiteren Änderungen in der überarbeiteten Bedarfsplanung zählt die Quotenregelung für Facharztinternisten mit bestimmten Schwerpunkten. Zwar werden die Internisten weiterhin in einer gemeinsamen Arztgruppe geplant. Mit der Einführung von Mindest- und Maximalquoten zielt der G-BA darauf ab, ein ausgewogenes Verhältnis unterschiedlicher Schwerpunkte zu gewährleisten und dem Aufkauf von Praxen kleinerer Schwerpunkte vorzubeugen. Durch die Quotenregelung wird nunmehr eine gezielte Nachbesetzung eines fachinternistischen Arztsitzes ermöglicht, welche einen Proporz von Subspezialisierungen berücksichtigt.

Nun wurden für die folgenden Fachgruppen Ober- beziehungsweise Untergrenzen eingeführt:

#### Maximalquoten

- Kardiologen (33 Prozent), Gastroenterologen (19 Prozent), Pneumologen (18 Prozent) und Nephrologen (25 Prozent)
- Wird die Quote überschritten, darf der jeweilige Schwerpunkt keine frei werdenden Sitze anderer Schwerpunkte übernehmen, wobei Bestandssitze gleichwohl nachbesetzt werden können.

#### Mindestquoten

- Rheumatologen: acht Prozent
- Wird die Quote in dem Planungsbereich nicht erreicht, können sich Bewerber in dem sonst für Internisten gesperrten Bereich niederlassen.



©FOTOS: G-BA



In der reformierten Bedarfsplanungs-Richtlinie hat der G-BA die geltenden Verhältniszahlen an die Morbidität in den Regionen angepasst.

- Bundesweit entstehen dadurch rund 100 neue Niederlassungsmöglichkeiten für Rheumatologen.

Weitere Mindestquoten gibt es für Nervenärzte und Ärzte mit doppelter Weiterbildung (Psychiatrie und Neurologie). Diese liegt bei 25 Prozent. Bei den Fachärzten für Psychosomatik beträgt die Quote 50 Prozent innerhalb der Quote der ärztlichen Psychotherapeuten.

Bereits seit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie im Jahr 2012 haben die Landesausschüsse die Option, von der bundesweiten Planungssystematik abzuweichen und lokale Besonderheiten zu berücksichtigen. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz gewinnen jetzt die Landesbehörden an Einfluss. Sie können in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Vertragsärzten und -psychotherapeuten in Teilgebieten eines Planungsbereichs aufheben (§ 103 Abs. 2 SGB V). Darüber hinaus erhalten die Bundesländer in den Zulassungsgremien (Landes- und Zulassungsausschüsse) Mitspracherechte. Medienberichten zufolge setzen einige Länder weiter auf Kooperation mit der Selbstverwaltung.

### Lob und Kritik an der Reform

Nach Einschätzung des stellvertretenden KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Stephan Hofmeister bildet die neue Richtlinie den Bedarf an Ärzten und Psychotherapeuten noch besser ab und ermöglicht eine passgenauere Planung. Es müsse jedoch allen Beteiligten klar sein, dass „mit dem Beschluss zunächst nur Sitze auf dem Papier geschaffen werden. Neue Ärzte gibt es damit nicht auf Knopfdruck.“

Positiv zur Reform äußerte sich der GKV-Spitzenverband. Dank der reformierten Richtlinie könne jetzt noch schneller auf Änderungen beispielsweise in der Alters- und Morbiditätsstruktur der Patienten reagiert werden. „Die Zahlen von 1990 sind endlich Geschichte. Damit wird die ambulante Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte wieder einen Schritt besser“,

so der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Johann-Magnus von Stackelberg.

Der Vorstand der KV RLP hält es für unabdingbar, im Falle einer Schaffung zusätzlicher Sitze auch das Gesamtbudget für die Vertragsärzte und -psychotherapeuten entsprechend zu erhöhen. Hinsichtlich der langfristigen Verbesserung der ambulanten Versorgung plädiert der Vorstand jedoch für eine Abschaffung der Bedarfsplanung für alle grundversorgenden vertragsärztlichen Fachgebiete sowie Vertragspsychotherapeuten unter gleichzeitiger Aufhebung der Budgetierung. Die Bedarfsplanung wurde damals zur Eindämmung einer Ärzteschwemme eingeführt und sollte in erster Linie der Verhinderung von Niederlassungen dienen. Heute erweist sie sich als ein nicht mehr zeitgemäßes Instrument. ■

## BUNDESREGIERUNG WILL GESUNDHEITS-APPS FÖRDERN

Apps auf Rezept, Online-Sprechstunden einfach nutzen, bei Therapien auf das Datennetz im Gesundheitswesen zugreifen – diese Angebote will das Digitale Versorgungsgesetz (DVG) ermöglichen. Im Juli hat das Bundeskabinett den ersten Entwurf beschlossen.

Begründet wird der Gesetzesvorstoß damit, dass Patienten bereits heute Gesundheits-Apps nutzen würden, die sie beispielsweise dabei unterstützen, ihre Arzneimittel regelmäßig einzunehmen oder ihre Blutzuckerwerte zu dokumentieren. Nach den Plänen von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn sollen Patienten solche Apps künftig von ihrem Arzt auf GKV-Kosten verschreiben lassen. Damit Patienten die Apps schnell nutzen können, soll für die Hersteller ein zügiger Zulassungsweg geschaffen werden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) prüft in einer ersten Stufe Sicherheit, Funktion, Qualität, Datenschutz und Datensicherheit der Produkte. Sie werden anschließend ein Jahr von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet. In dieser Zeit muss der Hersteller nachweisen, dass die App die Versorgung verbessert.

Nach Ansicht von Gesundheitsminister Spahn soll die Nutzung digitaler Angebote nicht nur die Patientenversorgung,



Die Nutzung digitaler Angebote soll nach Ansicht von Gesundheitsminister Jens Spahn nicht nur die Versorgung verbessern, sondern auch den ärztlichen Alltag erleichtern.

sondern auch die ärztliche Arbeit erleichtern. Daher sollen die „gesunden Apps auf Rezept“ bereits 2020 für Patienten verfügbar sein. „Außerdem sollen künftig auch Apotheken und Kranken-

häuser an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen werden. Hebammen, Physiotherapeuten und die Pflege bekommen die Möglichkeit dazu. Ich bin überzeugt: Digitale Versorgung ist pa-

tientenfreundlich“, so Spahn. Außerdem enthält der Entwurf folgende weitere Eckpunkte zur Weiterentwicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen:

### **Erweiterte Anbindung an die Telematik-Infrastruktur**

Sämtliche Praxen und medizinischen Einrichtungen sollen an die Telematik-Infrastruktur angebunden werden. Apotheken müssen sich bis September 2020 und Krankenhäuser bis Januar 2021 anschließen lassen. Ärzten, die sich der TI nach wie vor verweigern, droht das Ministerium mit einem höheren Honorarabzug von 2,5 Prozent statt bisher 1 Prozent ab März 2020. Zusätzlich müssen Praxen bis spätestens zum 30. Juni 2021 belegen, dass sie die technischen Komponenten installiert haben, um auf die elektronische Patientenakte zuzugreifen. Erfolgt dieser Nachweis nicht, sieht der Kabinettsentwurf vor, die ärztliche Vergütung pauschal um ein weiteres Prozent zu kürzen.

Bislang sind Ärzte ohne Patientenkontakt wie Pathologen oder Laborgemeinschaften von der Pflicht zum Abgleich der Versichertenstammdaten befreit. Diese Ausnahme soll nach dem Willen des Gesundheitsministeriums entfallen, damit auch diese ärztlichen Fachgruppen die Telematik-Infrastruktur für Anwendungen wie die ePatientenakte und den elektronischen Arztbrief oder für die Übermittlung von Befunden nutzen können. Dagegen können sich Hebammen und Physiotherapeuten sowie Pflegeeinrichtungen freiwillig an die TI anschließen. Die Kosten hierfür werden laut Gesetzesentwurf erstattet.

### **Videosprechstunden sollen fester Bestandteil im Praxisalltag werden**

Einige Ärzte bieten bereits Online-Sprechstunden an. Patienten sollen solche Ärzte leichter finden können. Daher dürfen Praxen auch auf ihrer Website über solche Angebote informieren,

ebenso wie über Videosprechstunden. Eine Aufklärung darüber kann auch im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen – und nicht mehr wie bisher nur im Vorfeld. Generell will die Bundesregierung die Telemedizin stärken: Daher wird die Abrechnung von Telekonsilien in einem weiten Umfang in der vertragsärztlichen Versorgung und sektorenübergreifend ermöglicht; die Vergütung erfolgt extrabudgetär. Hierzu hat der ergänzte Bewertungsausschuss innerhalb von neun Monaten entsprechende Regelungen zu beschließen.

### **Mehr Möglichkeiten zum elektronischen Austausch mit Kollegen**

Papier soll nach dem Willen des Gesetzgebers endgültig zum Auslaufmodell werden. Neben der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und dem eRezept ist nun auch die elektronische Heil- und Hilfsmittelverordnung vorgesehen. Das Ministerium verweist darauf, dass niedergelassene Ärzte für ein versendetes Fax derzeit mehr Geld erhalten als für das Versenden eines elektronischen Arztbriefs. Die Selbstverwaltung wird beauftragt, dies zu ändern und die Faxvergütung im EBM entsprechend zu reduzieren.

### **Innovative Konzepte sollen schneller in die Regelversorgung**

Die Finanzierung des Innovationsfonds will die Regierung in den Jahren 2020 bis 2024 in Höhe von 200 Millionen Euro fortführen. Erfolgreich erprobte Versorgungsansätze sollen künftig zügig in die Regelversorgung überführt werden. Bei Vorhaben zu neuen Versorgungsformen muss der Innovationsausschuss innerhalb von drei Monaten eine Empfehlung dazu abgeben. Fällt diese positiv aus und ist der Gemeinsame Bundesausschuss zuständig, muss dieser innerhalb von zwölf Monaten die Aufnahme in die Regelversorgung beschließen. Die Regelungen zur elektronischen Patientenakte sollen, da noch datenschutzrechtliche

Fragen zu klären sind, in einem eigenen, „zeitnah folgenden Gesetz“ geregelt werden.

### **KBV: Technik darf nicht auf Kosten der Vertragsärzte erweitert werden**

Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) kommen grundsätzlich positive Signale zu einer „nutzbringenden Digitalisierung im Gesundheitswesen“, die zwingend zu einer „spürbaren Verminderung von Aufgaben für die Vertragsärzte führen“ müsse. Keinesfalls dürfe die erforderliche Erweiterung der Technik im Zuge des Ausbaus der Digitalisierung auf Kosten der Vertragsärzte erfolgen. Eine weitergehende und nicht verursacherbezogene Sanktionierung der Vertragsärzte für den Fall, dass bestimmte Fristen nicht eingehalten werden, lehnt die KBV ab.

### **Psychotherapeuten: Kein App-Einsatz ohne vorherige fachkundige Diagnostik**

Hinsichtlich des geplanten Einsatzes von Gesundheits-Apps erwartet die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) einen Nachweis, dass diese die Behandlung tatsächlich wirksam unterstützen. Nur der Beleg eines „positiven Versorgungseffektes“, wie er im DVG bislang geplant ist, sei nicht ausreichend. Die BPTK fordert außerdem, dass Ärzte und Psychotherapeuten prüfen müssen, ob eine Gesundheits-App zu einem Patienten und seiner Erkrankung passt. Das DVG plant, es Krankenkassen zu erlauben, Versicherten Gesundheits-Apps zu empfehlen. „Ohne fachkundige Diagnostik und Indikationsstellung durch Ärzte und Psychotherapeuten drohen Fehlbehandlungen“, warnt BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz. „Für kranke Menschen kann die leichtfertige Empfehlung einer Krankenkasse schnell zum Albtraum werden.“

Das Digitale Versorgung-Gesetz ist im Bundesrat nicht zustimmungspflichtig und soll im Januar 2020 in Kraft treten. ■

PRAXISNETZE IM PORTRAIT

## SEIT NEUN JAHREN IM DIENSTE VON PATIENTEN UND ÄRZTEN

KV Praxis sprach mit Vertretern von medidoc rheinhessen-pfalz über ihr Engagement.

Alles begann am 6. September 2010, als 28 Mitglieder von zwei regionalen Verbänden des MEDI-Südwest e.V. – MEDI Donnersberg und MEDI Rheinhessen – das Praxisnetz medidoc rheinhessen-pfalz e.V., im Folgenden kurz medidoc genannt, gründeten. Heute sind in dem Zusammenschluss haus- und fachärztlicher Praxen rund 50 Mitglieder in 30 Praxen und einem Medizinischen Versorgungszentrum organisiert.

„Für uns ist der Kollektivvertrag eine wertvolle Bereicherung der vertragsärztlichen Tätigkeit“, erklärt der Vorsitzende des Vorstands von medidoc, der Alzeyer Neurologe Dr. Ralf Loos. Wir wollen die KV nicht ersetzen, sondern kollektivvertragliche Vereinbarungen durch innovative Modelle auf regionaler



Wir wollen die KV nicht ersetzen, sondern durch innovative Modelle auf regionaler Ebene ergänzen.

**Dr. Ralf Loos**  
medidoc-Vorstandsvorsitzender



Ebene ergänzen. Bei all unserem Tun ist ein Benefit für unsere Patientinnen und Patienten sowie unsere ärztlichen und psychotherapeutischen Mitglieder Voraussetzung.“

„Hohe Arbeitszufriedenheit und ein freundschaftliches Miteinander aller Kolleginnen und Kollegen ist unser Anspruch. Auch die kurzfristige Vermittlung von Facharztterminen läuft bei uns problemlos“, ergänzt Dr. Martin Jung,

Kardiologe in Kirchheimbolanden und stellvertretender Vorstandsvorsitzender. Der Dritte im Bunde des Vorstandes ist Dr. Michael Brosinsky, Allgemeinmediziner aus Alzey, der insbesondere stolz ist „auf die hohe Verbindlichkeit unserer Mitglieder bei der Umsetzung von Vereinsbeschlüssen“. Den Nutzeffekt für die Patientinnen und Patienten sowie die Mitgliederpraxen erzielt medidoc durch verschiedene Selektivverträge sowie Dienstleistungs- und Serviceangebote.



### Optimierte Patientenversorgung und extrabudgetäre Vergütung durch Selektivverträge

#### ➔ Herzinsuffizienz-Vertrag

Ein wichtiger Baustein der medidoc-Selektivverträge ist der ursprünglich durch das Praxisnetz Vorderpfalz (PRAVO) verhandelte Herzinsuffizienz-Vertrag mit dem BKK Landesverband, der IKK Südwest und der SVLFG. Über eine Vertragspartnerschaft nehmen medidoc ebenso wie die Gesundheitsorganisation GO-LU an diesem Vertrag teil. In medidoc-Praxen sind etwa 500 Herzinsuffizienz-Patienten eingeschrieben. Die engmaschige Kontrolle der Herzinsuffizienz-Patienten durch qualifizierte Medizinische Fachangestellte (Nurses) werden für medidoc von PRAVO koordiniert.

#### ➔ Influenza-Impfvertrag

Bevölkerung und Mitglieder profitieren auch von der „Vereinbarung zur Übernahme der Kosten für die saisonale Influenza-Impfung“. Auch dieser Vertrag kam mit dem BKK-Landesverband Mitte und der IKK Südwest zustande. Aufgrund dieser Vereinbarung übernehmen 57 Krankenkassen die Kosten für die Schutzimpfung gegen die saisonale Grippe – auch für Versicherte, die nicht von der Schutzimpfungs-Richtlinie erfasst werden.

## QM-Schulung für MFA und Ärzte

Seit drei Jahren ein Erfolgsmodell. Jährlich vermittelt medidoc an einem Samstag alle QM-relevanten für die Praxis vorgeschriebenen Pflichtschulungsinhalte. Auch Nichtmitgliederpraxen können zum Normalpreis teilnehmen. Der letzte QM-Schulungstag fand am 7. September 2019 in Germersheim statt.



### MEDI-Patientenordner – eine seit Jahren funktionierende Patientenakte

Der MEDI-Patientenordner enthält alle wichtigen Dokumente und Daten, die von mitbehandelnden Ärztinnen und Ärzten benötigt werden wie Medikamentenplan, Laborwerte und aktuelle Befunde. Sofern vorhanden kann darin auch eine Pati-

entenverfügung hinterlegt werden. Der Ordner wird von den behandelnden Haus- und Fachärzten gemeinsam geführt und verbleibt beim Patienten. Rund 4.000 der Ordner sind vor allem bei multimorbiden Patienten bereits in Umlauf. ■

👤 medidoc-Geschäftsstelle  
Telefon 0152 336952-15  
info@medi-suedwest.de

🔗 Weiterführende Informationen unter  
[www.medi-suedwest.de/medidoc/](http://www.medi-suedwest.de/medidoc/)



Ziel der Gründung war die Optimierung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung in der Region Alzey/Kirchheimbolanden. Das haben wir erreicht. Patienten und Ärzte profitieren.

**Dr. Ralf Schneider**  
Vorstandsvorsitzender MEDI Südwest e.V. und  
medidoc-Gründungsmitglied



Unsere Mitglieder erhalten im eigenen Online-Shop reduzierte Preise für rund 10.000 Artikel rund um den Praxis- und Sprechstundenbedarf.

**Magda Itrich**  
medidoc-Geschäftsstellenleiterin



### ➔ **Pflegeheimvertrag**

Von Kooperationsverträgen nach § 119b Abs. 1 SGB V der medidoc-Ärzte mit fast allen Pflegeheimen in der Region Alzey und Kirchheimbolanden profitieren die Heimbewohner. Durch die Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung können zum Beispiel Rettungsdienstleistungen und Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Die beteiligten Praxen erhalten für ihre Leistungen in den Pflegeheimen ein extrabudgetäres Honorar.

### ➔ **Modellprojekt Demenz**

Stolz ist man bei medidoc darauf, Partner beim Innovationsfondsprojekt „DemStepCare – Hausarztbasierte Demenzversorgung mit koordinierter Kooperation und risikostratifiziertem Einsatz spezialisierter Pflegekräfte“ zu sein. An dem auf 2,5 Jahre angelegten Modellprojekt unter der Konsortialführung des Landeskrankenhauses Rheinland-Pfalz können sich Praxen in den Regionen Alzey, Bad Kreuznach, Worms und Kirchheimbolanden beteiligen. Patienten können vom 1. Oktober 2019 bis 31. März 2021 in das Projekt eingeschrieben werden. Interessierte Praxen können sich in der medidoc-Geschäftsstelle melden. Eine medidoc-Mitgliedschaft ist keine Voraussetzung.

🔗 <https://medi-suedwest.de/demstepcare/>

## ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

## BEKANNTHEITSOFFENSIVE FÜR DIE „ELF SECHS ELF SIEBEN“

Am 30. August startete die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam mit den KVen die bislang größte Kampagne für den ärztlichen Bereitschaftsdienst.



Der Vorstand der KBV stellte die beiden Elfen (Mitte), die für die Nummer 116117 werben, am 30. August 2019 der Öffentlichkeit vor.

Noch immer ist vielen deutschen Patienten nicht bekannt, wofür die Nummer 116117 steht. Mit einer neuen Kampagne wollen die KVen und die KBV das ändern und sowohl die Nummer als auch die Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes bekannter machen. Ein Problem der 116117 ist bislang, dass die Nummer nicht so prägnant ist wie etwa die Nummer für den Rettungsdienst 112. Aus der einhundertsechzehn, einhundert-siebzehn (zehn Silben) wird deshalb zukünftig die Elf 6 und Elf 7 (fünf Silben). Sinnbildlich verkörpern die Nummer die beiden Schauspielerinnen Monika Anna Wojtyllo (Elf 6) und Melanie Stahlkopf (Elf 7).

Startschuss der über drei Jahre angelegten Kampagne war am 30. August in Berlin. Die Kommunikationsoffensive wird begleitet von TV-Spots, die bundesweit auf privaten TV-Kanälen wie RTL, Sat.1 und ProSieben laufen. Flankiert von Online-Werbung und Plakatwerbung in allen Landeshauptstädten, sind die beiden „Elfen“ seit Sommer in ganz Deutschland präsent.

#### Starter-Set und bestellbare Werbemittel für Praxen

Auch Praxen können sich in den kommenden Jahren aktiv an der Kampagne beteiligen. Die rund 100.000 Arzt- und Psychotherapeutenpraxen in Deutschland haben von der KBV ein kostenloses Starter-Set aus Werbemitteln erhalten. Das Starter-Set umfasst ein Info-Poster für Wartezimmer sowie Infokärtchen für Patienten. Der Versand an alle Praxen erfolgte Anfang September. Beide Werbemittel können zudem kostenlos von Praxen auf der Website [116117.de](http://116117.de) nachbestellt werden.

„Wir laden alle Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeuten ein, sich aktiv an der Kampagne zu beteiligen“, appelliert Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV. „Sie stehen täglich mit den Menschen in Kontakt, die wir über die Kampagne erreichen wollen. Zudem können wir mit der Kampagne einmal sichtbar machen, was Ärztinnen und Ärzte im Bereitschaftsdienst zusätzlich zu ihrer Arbeit in der eigenen Praxis leisten: Sie garantieren, dass es für Patientinnen und Patienten in Deutschland rund um die Uhr ärztliche Hilfe gibt.“

#### Bekanntheitswerbung für die Nummer in zwei Phasen

Während die Kampagne in diesem Jahr ausschließlich die Nummer und die – bisherige – Aufgabe des ärztlichen Bereitschaftsdienstes bewirbt, informiert sie ab 2020 auch über die neuen Leistungen der 116117. „In Phase 1 wollen wir zunächst die Nummer bekannter machen und mehr Menschen darüber informieren, dass sie sich mit akuten Beschwerden außerhalb der Praxiszeiten an den Bereitschaftsdienst wenden können“, erklärt Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV. „Ziel ist eine Entlastung der Notaufnahmen, die immer noch von vielen Menschen mit nicht lebensbedrohlichen Beschwerden aufgesucht werden.“ In Phase 2 ab 2020 rückt die Kampagne dann verstärkt die Terminservicestellen verbunden mit der Vermittlung in die richtige Versorgungsebene in den Blick. Auch das Online-Angebot auf [116117.de](http://116117.de) wird die KBV 2020 erweitern und zudem neues Informationsmaterial zu den Leistungen bereitstellen.

Die KBV will die neuen Leistungen erst bewerben, wenn die Ersteinschätzungssoftware SmED in allen KVen erprobt und der Aufbau aller zentralen Servicestellen im Land abgeschlossen ist. „Die Umsetzung ist für uns alle eine Herkulesaufgabe“, erklärt Dr. Thomas Kriedel, Mitglied des Vorstands der KBV. „Wir wollen deshalb nicht durch eine verfrühte Kampagne falsche Erwartungen wecken.“ Keine falschen Erwartungen zu wecken, ist ganz grundsätzlich ein Ziel der Kampagne. Die KBV wird deshalb stets kommunizieren, was die 116117 leisten kann und was nicht. „Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist für akute Beschwerden da – hat aber mitunter auch Wartezeiten. Und auch bei der Terminvermittlung ab 2020 kann es zu Wartezeiten auf einen Termin von bis zu vier Wochen kommen“, so Kriedel. ■

➡ Mehr zu Kampagne und Werbemitteln: [www.116117.de](http://www.116117.de)





Für die Sichtbarkeit der Kampagne sorgen Großflächenplakate, die punktuell in den Landeshauptstädten hängen werden: vom 20. bis zum 30. September und vom 11. bis zum 21. Oktober 2019.

©FOTOS: KBV



Alle Arztpraxen erhielten ein Starter-Set im Kampagnenlook mit einem DIN-A2-Wartezimmer-Poster „Was tun, wenn die Praxis geschlossen hat?“ und 100 Infocards. Die Wartezimmer-Materialien können auf der Website 116117.de kostenfrei nachbestellt werden.



Hinter den beiden Figuren der PR-Kampagne stecken die Schauspielerinnen Monika Anna Wojtyllo (Elf 6) und Melanie Stahlkopf (Elf 7). Beide arbeiten seit Jahren für TV-Produktionen beziehungsweise das Theater.



## ZI-PRAXIS-PANEL

## WIRTSCHAFTLICHE LAGE DER PRAXEN: ZI ZIEHT GEMISCHTE BILANZ

Das Einkommen der Arztpraxen hat sich in den Jahren 2013 bis 2016 bundesweit zwar merklich verbessert. Zugleich haben aber auch die Betriebskosten und die Arbeitszeitintensität deutlich zugenommen.

Die Bilanz des Jahresberichtes des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), basierend auf dem schriftlichen Umfrageergebnis von 5.519 ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen, fällt durchwachsen aus: Zwischen 2013 und 2016 sind die GKV-Einnahmen der Arztpraxen um durchschnittlich 5,3 Prozent jährlich gestiegen. Dabei wuchs der Anteil der aus der GKV erzielten Einnahmen von 74,1 Prozent im Jahr 2013 auf 75,8 Prozent im Jahr 2016. Der Jahresüberschuss nahm um 5,3 Prozent zu – im Mittelwert über alle Fachgebiete hinweg auf 170.400 Euro im Jahr 2016. Dieser Wert wird durch eine sehr geringe Inflationsrate nur um knapp einen Prozentpunkt geschmälert.

#### Höhere Einnahmen für Praxen mit operativen Leistungen

Insgesamt lagen die Überschüsse über der Entwicklung der Tariflöhne, die im gleichen Zeitraum im Jahresmittel um vier Prozent zulegten. Allerdings weist das Zi-Praxis-Panel darauf hin, dass die wirtschaftliche Lage nach Art und Umfang der Praxistätigkeit sehr unterschiedlich ausfiel. So hatten 25 Prozent der Praxisinhaber im Jahr 2016 einen Jahresüberschuss von weniger als 95.000 Euro. 50 Prozent der Praxisinhaber hatten einen Jahresüberschuss von weniger als 147.900 Euro und 75 Prozent einen Überschuss von weniger als 213.800 Euro. Die höchste durchschnittliche jährliche Steigerungsrate des Jah-

resüberschusses verzeichnete das Fachgebiet Psychotherapie mit +7,7 Prozent, welches aber trotz dieser Aufholung immer noch das Schlusslicht in absoluten Zahlen im Überschussranking bildet.

Die Wirtschaftslage unterscheidet sich auch im Hinblick auf die Leistungsstruktur der Praxen, vor allem zwischen konservativ praktizierenden Ärztinnen und Ärzten und solchen, die operative Leistungen erbringen. In den betreffenden Fachgebieten überwogen die höheren Einnahmen bei operativer Tätigkeit die höheren Aufwendungen. Dadurch erzielten Praxen mit operativen Leistungen im Vergleich zu konservativ praktizierenden Ärzten 23.500 bis 357.500 Euro höhere Jahresüberschüsse je Praxisinhaber.

#### Größte Kostenfaktoren sind Personalaufwendungen und Mietkosten

Während des untersuchten Zeitraums stiegen die Betriebskosten um 9,9 Prozent je Praxisinhaber. Wie das Zi anmerkt, überschritt der Kostenanstieg sichtbar die Entwicklung der Verbraucherpreise, die im gleichen Zeitraum im Bundesdurchschnitt um 1,7 Prozent zunahm. Hauptsächliche Kostenfaktoren waren die Personalaufwendungen (+18,4 Prozent) und die Mietkosten (+3,8 Prozent). Besonders stark stiegen die Aufwendungen je Praxisinhaber im Fachgebiet Dermatologie mit einem mittleren jährlichen Zuwachs von 5,2 Prozent.

Die mittleren Praxisinvestitionen nahmen von 2013 bis 2016 tendenziell

#### EINNAHMEN, AUFWENDUNGEN UND JAHRESÜBERSCHUSS IN TAUSEND EURO JE INHABER IN DEN JAHREN 2013 BIS 2016

Gesamt	2013	2014	2015	2016	2016 zu 2013	durchschn. je Jahr
Gesamteinnahmen	285,7	304,2	312,7	326,5		
Differenz		18,5	8,5	13,8	40,8	13,6
prozentualer Zuwachs		6,5%	2,8%	4,4%	14,3%	4,6%
Gesamtaufwendungen	142,1	147,4	151,8	156,2		
Differenz		5,4	4,3	4,4	14,1	4,7
prozentualer Zuwachs		3,8%	2,9%	2,9%	9,9%	3,2%
Jahresüberschuss	143,6	156,8	161,0	170,4		
Differenz		13,1	4,2	9,4	26,7	8,9
prozentualer Zuwachs		9,2%	2,7%	5,8%	18,6%	5,8%

leicht ab. Knapp 50 Prozent der Praxen im Zi-Praxis-Panel wendeten 2016 weniger als 2.000 Euro für Investitionen auf. Gleichzeitig deuten sinkende Abschreibungsraten (-12,3 Prozent) und steigende Wartungs- und Instandhaltungskosten (+18,6 Prozent) auf eine längere Nutzung der Geräte hin.

### Auf die GKV-Leistungen entfällt der Löwenanteil

Im Jahr 2016 arbeiteten die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten im Durchschnitt 48 Wochenstunden. Davon wird der überwiegende Anteil mit 42 Wochenstunden für ärztliche Aufgaben aufgewendet, die restliche Zeit entfällt auf Tätigkeiten ohne Patientenkontakt. Angestellte Ärzte arbeiten in der Regel deutlich weniger als selbstständige Ärzte, im Schnitt rund 23 Wochenstunden. Etwa 50 Prozent der Angestellten hatten Arbeitsverträge im Umfang von über fünf bis zu 20 Wochenstunden.

Laut Zi wurde mit einem Anteil von 87,5 Prozent der überwiegende Teil der Behandlungen durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen. Auf Behandlungen zulasten privater Krankenversicherungen und für Selbstzahler inklusive IGe-Leistungen entfielen 10,7 Prozent. Die restlichen knapp zwei Prozent der Kostenträger verteilen sich auf die Berufsgenossenschaft/Unfallversicherung sowie Krankenhäuser, die Praxen mit Untersuchungen beauftragen.

### KBV warnt vor sinkender verfügbarer ärztlicher Arbeitszeit

„Die Niederlassung sollte gegenüber alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten jüngerer Ärztinnen und Ärzte wieder konkurrenzfähig werden“, kommentiert der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Gassen, den ZiPP-Jahresbericht 2017. „Ärztliche Arbeitszeit ist ein immer knapper werdendes Gut. Altersbedingt

werden in den nächsten Jahren viele niedergelassene Ärzte ihre Praxen aufgeben. Immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte sind bereit, sich selbstständig niederzulassen. Je mehr Teilzeitmodelle zur Regel werden, umso stärker nimmt die zur ambulanten medizinischen Versorgung verfügbare ärztliche Arbeitszeit ab. Dieser Verknappung muss energisch entgegengewirkt werden“, betont Dr. Gassen.

Die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung könne nur gelingen, wenn die Arztpraxen ihre Aufgaben auf Basis eines soliden ökonomischen Fundaments sicherstellen könnten, so der KBV-Chef weiter. Gassen forderte die Politik auf, sich klar zur ambulanten Versorgung zu bekennen: „Die Verdienstmöglichkeiten in der eigenen Praxis mit hohem wirtschaftlichem Risiko müssen mindestens genauso gut sein wie in der sicheren Anstellung in anderen medizinischen Versorgungsbereichen.“ ■

## ZI-PRAXIS PANEL – ZAHLEN UND FAKTEN

# 85.399 Euro

blieben einem deutschen Praxisinhaber im Jahr 2016 als Nettoeinkommen übrig – nach Abzug der Beiträge zur ärztlichen Altersvorsorge, zur Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Einkommensteuer.



©ERWIN WODICKA/FOTOLIA

## 48 Wochenstunden



arbeiteten durchschnittlich niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten im Jahr 2016.

## 81 Prozent

der ärztlichen Wochenarbeitszeit entfallen auf den direkten Patientenkontakt. Die restliche Zeit wird aufgewendet für Fortbildungen, den Bereitschaftsdienst oder Aufgaben des Praxismanagements.

## 37 Abwesenheitstage

wurden 2016 im Durchschnitt pro Praxisinhaber gezählt. Dazu zählen Urlaub, zwei Tage Krankheit und drei Tage wegen sonstiger Anlässe.

## GERIATRISCHES NETZWERK ÜBERWINDET SEKTORENGRENZEN

Die vor einem Jahr gestartete elektronische Fallakte an der Universitätsmedizin Mainz ist ein Paradebeispiel für die sektorenübergreifende Versorgung. Wie sehr beide Seiten von der fachlichen Zusammenarbeit profitieren, zeigt die Beteiligung einer Hausärztin am Projekt.



Ihre eingeschriebenen Patienten konnten von GerNe bisher gut profitieren, bestätigt die Mainzer Hausärztin Dr. Iris Kühn (rechts).

Ältere Menschen während ihres letzten Lebensabschnitts zu begleiten, ist für Dr. Iris Kühn eine Herzensangelegenheit. Seit über zehn Jahren betreut die Allgemeinärztin, die über die Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ verfügt, die Seniorenresidenz pro seniore im Mainzer Stadtteil Hechtsheim. Bereits während ihrer vorherigen ärztlichen Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis in Emmelshausen zählten Patienten in Altenheimen schwerpunktmäßig zu ihrer Klientel. „Geriatric hat mich schon immer fasziniert“, erzählt Dr. Kühn. „Es ist ein spannendes, herausforderndes Berufsfeld, bei dem man sehr viele medizinische Disziplinen mitbedenken muss.“ Mit den geriatrischen Abteilungen an der Universitätsmedizin Mainz und auch mit dem Katholischen Klinikum Mainz arbeitet sie schon seit längerem zusammen. Da war es naheliegend, sich auch am vom Innovationsfonds geförderten Projekt des Geriatrischen Netzwerkes – kurz GerNe – zu beteiligen.

Im Mittelpunkt des Projektes von insgesamt vier Kliniken, neben der Unimedizin auch die Geriatrische Fachklinik Rheinhessen-Nahe, das Marienkrankenhaus Nassau und das St. Marien- und Annastiftskrankenhaus Ludwigshafen, steht eine webbasierte, geriatrische Fallakte. Diese umfasst alle erhobenen Untersuchungsbefunde, Assessmentergebnisse, Verlaufsberichte, den Medikationsplan zum Zeitpunkt der Entlassung sowie Empfehlungen zur weiteren Behandlung. Für Diabetiker ist ein Insulinplan enthalten. Bei der Entlassung von Patienten

aus einer der teilnehmenden Kliniken steht den Hausärzten die vorbereitete Akte komplett elektronisch zur Verfügung. Aufgabe der niedergelassenen Kollegen im Projekt ist es, diese Fallakte weiterzupflegen, mittels quartalsweiser Aktualisierung des Patientenstatus sowie eines geriatrischen Basisassessments (KV PRAXIS berichtete).

### Kontakt zu den Geriatern deutlich verbessert

„Dieses Projekt hat mich deshalb interessiert, weil man ortsunabhängig ist und die geriatrischen Fachkollegen in der Klinik kontaktieren kann, ohne an eine Person gebunden zu sein“, beschreibt Iris Kühn ihre Motivation zur Teilnahme. Durch das Netzwerk habe sich der Kontakt zu den Geriatern „sehr verbessert“. Teilnehmende Hausärzte können arbeitstäglich entweder telefonisch oder über die Fallakte (Messenger-Funktion) auf einen geriatrischen Konsildienst zurückgreifen. „Den Konsildienst nutze ich sehr intensiv“, berichtet Dr. Kühn. „Ich kann sagen, dass durch den intensiven Austausch mit den geriatrischen Kollegen Einweisungen verhindert wurden.“ Die Handhabung der Fallakte sei „sehr einfach und man kann diese Aufgabe problemlos delegieren“.

In der Praxis von Dr. Iris Kühn sind derzeit fünf Patienten im Projekt GerNe eingeschrieben, darunter ihre Patientin aus dem betreuten Wohnen in der Mainzer Seniorenresidenz, die 98-jährige Ingeborg Seidel (Name geändert). Ihren ersten Aufenthalt in der Mainzer Geriatrie-Abteilung verbrachte sie aufgrund allgemeinen Abbaus sowie Schmerzen nach einer Wirbelkörperfraktur, schildert Dr. Kühn. „Frau Seidel kam zunächst sehr gut erholt zurück und hat ihre ganze körperliche Aktivität wiedergewonnen.“ Einige Zeit später habe die Patientin dann jedoch über Schmerzen im Fuß geklagt und eine kritische Ischämie im linken Bein entwickelt. „Es drohte eine Amputation. Sie ist in der Geriatrie der Mainzer Universitätsmedizin dann sehr zügig versorgt worden, bekam einen Stent und hat anschließend ihre Selbstständigkeit wiedererlangt. Dadurch, dass sie bereits bekannt war, wussten die Kollegen, welche Vorerkrankungen sie hatte. Das macht es bei multimorbiden Patienten leichter“, berichtet Dr. Kühn.

Patientin Seidel ist voll des Lobes für die „freundliche und zuvor kommende Behandlung“ durch die Ärzte in der geriatrischen Abteilung der Unimedizin. „Es herrscht ein ganz anderer Umgangston, das habe ich so bislang nicht erlebt.“ Allgemeinärztin Kühn



Dr. Michael Mohr (links) und Prof. Roland Hardt (rechts) rechnen mit konkreten Studienergebnissen erst im zweiten Halbjahr 2021.

schätzt den fachlichen Benefit, den sie aus dem geriatrischen Netzwerk zieht. „Wenn ich Patienten im GerNe-Projekt betreue, habe ich immer einen fachärztlichen Kontext nebenherlaufen. Das ist ein absoluter Gewinn. Ich erhalte auch Behandlungstipps für andere Patienten, die nicht ins Projekt involviert sind.“

### Konsildienst ist effizientere Alternative zur herkömmlichen Notaufnahme

Zum Gelingen des Projektes trage auch die „sehr gute Erreichbarkeit“ des geriatrischen Konsildienstes bei. „Es ist eine Möglichkeit, aktuelle Probleme aus fachärztlicher Sicht zu beleuchten. Ich bekomme sehr valide Aussagen und profitiere fachlich, was wiederum meinen Praxisalltag erleichtert“, hebt Dr. Kühn hervor. Es sei gut zu wissen, Patienten über diesen Weg im Ernstfall relativ zügig in eine fachkompetente Abteilung einweisen zu können – denn die Alternative ist, dass alte Menschen die stationäre Notaufnahme aufsuchen. Häufig würden sie von dort mit dem Hinweis auf Pflegeintensivierung wieder nach Hause geschickt.


Die engere Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor wird aus Sicht der Mainzer Allgemeinärztin das Zukunftsthema schlechthin sein: „Wir werden sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich über immer weniger Kapazitäten verfügen. Der ambulante Bereich kann Aufgaben wahrnehmen, die der stationäre Bereich nicht imstande ist zu übernehmen, wenn die Vergütung entsprechend angepasst wird.“

### Ein Mischsystem aus Patientenakte und Arztbrief

Dr. Michael Mohr, Funktionsoberarzt in der geriatrischen Abteilung der Unimedizin Mainz und Projektleiter von GerNe, zieht ein positives Zwischenfazit: „Von den bisher beteiligten Hausärzten wird das Projekt sehr gut angenommen. Der Medikationsplan wird auf Basis der Rückmeldungen des Hausarztes regelmäßig aktualisiert. Auf neue Befunde muss dann reagiert und an den Bedarf des Patienten angepasst werden. Die Abteilung Geriatrie bekommt quartalsweise einen Bericht über die vorgenommenen Änderungen, wenn Arzneimittel beispielsweise aufgrund von Nebenwirkungen nicht geeignet sind.“

Perspektivisch ist es nach Einschätzung von Prof. Roland Hardt, dem Leiter der geriatrischen Abteilung, denkbar, die elektronische Fallakte in die elektronische Gesundheitskarte zu integrieren – als Mischsystem aus eArztbrief und ePatientenakte. „Wir wollen die kontinuierliche Versorgung des Patienten auf einem hohen Niveau auch in der ambulanten Medizin gewährleisten. Der Patient soll möglichst lange in seiner häuslichen Umgebung bleiben. Damit stärken wir zugleich die Rolle des Hausarztes. Insofern sehen wir gute Chancen, dass GerNe langfristig in die Regelversorgung übergeführt wird.“

Für eine Auswertung aktueller Daten aus der Fall-Kontroll-Studie ist es noch zu früh. In der ersten Studienphase steht im Vordergrund, weitere Hausärzte für das Netzwerk zu rekrutieren. ■

 Dr. Michael Mohr, Telefon 06131 17-7931, gerne@unimedizin-mainz.de

## ELEKTRONISCHE FALLAKTE

Sie ist intuitiv bedienbar und selbsterklärend. Voraussetzung ist ein internetfähiger PC. Der Arzt erhält eine Web-Adresse, mit der er sich auf der Plattform einloggen kann. Wenn der erste Patient eingeschlossen wird, bekommt er zusätzlich ein Passwort und kann dann seine Akte einsehen und ggf. ändern. Patientendaten und Befunddaten laufen auf zwei verschiedenen Servern am Interdisziplinären Zentrum Klinische Studien. Erst beim Öffnen der Fallakte werden diese verschiedenen Daten zusammengeführt.





## PHISHING-MAILS: KEINE UNBEKANNTEN DATEIANHÄNGE ÖFFNEN

Anlässlich eines Cyberangriffs auf eine Kaiserslauterer Arztpraxis warnt die KV RLP vor dem Öffnen von Dateianhängen in betrügerischen E-Mails.

Häufig sind darin Schadprogramme enthalten, die sich auf dem PC ausbreiten und schlimmstenfalls das gesamte Praxisverwaltungssystem lahmlegen können. Wie das rheinland-pfälzische Landeskriminalamt mitteilt, erfolgen die sogenannten Cyber-Erpressungen gegenwärtig mittels Ransomware. Dabei wird Schadsoftware eingesetzt, die Computersysteme verschlüsselt oder dem Nutzer nur eine teilweise Nutzung des Computers und der dort hinterlegten Daten ermöglicht.

Die Schadprogramme werden häufig über massenhaft versandte E-Mails als Dateianhang und manipulierte Webseiten verbreitet. Erst durch das Öffnen des E-Mail-Anhangs wird die eigentliche Schadsoftware heruntergeladen. Dabei verschlüsselt die Malware hauptsächlich Office-Dokumente, Bilder und Videodateien, gepackte Archive sowie eingebundene Netzlaufwerke. Eine Entschlüsselung der betroffenen Systeme wird dann gegen eine Zahlung in einer virtuellen Währung in Aussicht gestellt. Das Landeskriminalamt Rheinland-Pfalz empfiehlt, keinesfalls auf diese Forderungen zu reagieren, da eine Zahlung keine Garantie für eine Entschlüsselung darstellt.

### Backups können verlorene Daten wiederherstellen

Generell ist es im Kommunikationsverkehr des Praxisalltags unverzichtbar, beim Öffnen von E-Mails und insbesondere den Dateianhängen und mitgeschickten Links größte Vorsicht walten zu lassen. Praxen sollten stets die Identität des Absenders prüfen – E-Mail-Adressen lassen sich durch Cyberkriminelle leicht fälschen. Handelt es sich wirklich um die bekannte E-Mail-Adresse oder wird beispielsweise nur der Name des Absenders angezeigt und es ist eine unbekannte Adresse hinterlegt? Im Zweifelsfall sollten Dateianhänge beziehungsweise Links nicht geöffnet werden.

Eine wirkungsvolle Absicherung für den Ernstfall bieten Datensicherungen, sogenannte Backups. Sollte ein Praxisrechner von einem Virus betroffen sein, können die verlorenen Daten dar-

über wiederhergestellt werden. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, Backups auf Speichermedien abzulegen, die nicht dauerhaft mit dem potenziell betroffenen Praxisrechner verbunden sind. Darüber hinaus ist es ratsam, gemeinsam mit einem Fachmann ein sogenanntes Backup-Konzept zu erstellen.

### Separaten Rechner mit Patientendaten einrichten

Praxen sollten bei der Internetnutzung in jedem Fall auch eine Firewall aktivieren, die eine virtuelle Schutzmauer vor Angriffen von außen auf den eigenen Computer darstellt. Die offiziellen Datenschutzhinweise der KBV und Bundesärztekammer raten zu einem mehrstufigen Firewall-Konzept, bei dem zusätzliche Filterelemente, beispielsweise Router, vor- oder nachgeschaltet werden. Vorgeschlagen wird, kritische Systeme mit Patientendaten in einer eigenen Sicherheitszone zu schützen, mit der nur definierte Kommunikationsverbindungen zugelassen werden. Einen Basisschutz bietet die Installation einer Personal-Firewall oder der Betrieb mit einer aktivierten Windows-eigenen Firewall.

Patientendaten sollten nach den offiziellen Empfehlungen niemals direkt mit dem Internet verbunden sein. Hier ist der Einsatz einer Verschlüsselungssoftware für Patientendaten hilfreich. Darüber hinaus raten KBV und Kammer, für medizinische Recherchen, Online-Banking, soziale Netzwerke und weitere Anwendungen einen dedizierten Rechner zu verwenden, der über keinen direkten Zugriff auf Patientendaten oder einen anderen vernetzten Rechner mit Patientendaten verfügt.

Unabhängig ist auch der Einsatz von Antiviren-Software. Diese Programme bieten allerdings nur dann effektiven Schutz, wenn sie auf dem neuesten Stand gehalten werden. Sogenannte Updates (Aktualisierungen) sind daher regelmäßig erforderlich. ■

 Video: [www.bsi-fuer-buerger.de](http://www.bsi-fuer-buerger.de) > Empfehlungen > Gesunder Menschenverstand > 3-Sekunden-Sicherheits-Check

## FINANZIERUNG DER TELEMATIK GESICHERT

Die Erstausrüstungspauschale wird noch bis Ende 2019 in gleicher Höhe ausbezahlt.

Ärzte und Psychotherapeuten, die sich noch nicht an die Telematik-Infrastruktur (TI) angeschlossen haben, bekommen bis Jahresende die bestehende Pauschale für die Erstausrüstung von 1.982 Euro. Erst ab dem 1. Januar 2020 wird diese Pauschale auf 1.549 Euro abgesenkt. Darauf einigte sich die KBV mit den Krankenkassen nach schwierigen Verhandlungen. Folgende Leistungen sind enthalten:

- Konnektor: 1.547 Euro bis 31. Dezember 2019, danach 1.014 Euro
- Stationäres Kartenterminal: 435 Euro bis 31. Dezember 2019, danach 535 Euro
- TI-Startpauschale: 900 Euro, unverändert

Größere Praxen haben nach wie vor Anspruch auf weitere Kartenterminals und erhalten entsprechend mehr Geld. Hier konnte die KBV erreichen, dass der Erstattungsbetrag für stationäre Kartenterminals ab dem 1. Januar 2020 um 100 Euro angehoben wird. „Damit haben alle Praxen, die die nötige Technik bestellt haben, die Sicherheit, dass sie die bisher gültigen

Pauschalen erhalten“, sagte KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel. Er geht davon aus, dass bis Jahresende alle Praxen an die TI angeschlossen sind.

### Zusätzliche Pauschalen für weitere TI-Anwendungen

Zusätzliche stationäre Kartenterminals gibt es für Praxen, die sich schon heute für den elektronischen Medikationsplan (eMP) und das Notfalldatenmanagement (NFDm) rüsten. Ab dem 1. Oktober erhalten sie pro Gerät dafür die erhöhte Pauschale von 535 Euro (vorher 435 Euro). Dabei hängt die Anzahl der Terminals von der Zahl der Betriebsstättenfälle ab.

Für den Aufwand bei der Einführung des eMP und NFDm bekommen Praxen eine neue Zusatzpauschale von 60 Euro. Diese kann abhängig von der Zahl der Betriebsstättenfälle je Gerät abgerechnet werden. Der Zuschlag ist zeitlich befristet und wird vom 1. Oktober 2019 bis 30. September 2020 gezahlt. Um mit dem eMP und dem NFDm arbeiten zu können, sind Updates von Konnektor und Praxisverwaltungssystem erforderlich. ■

## DEN EIGENEN NACHWUCHS HERANZIEHEN – MIT UNTERSTÜTZUNG DURCH DIE KV RLP!

© FZANT/ISTOCKPHOTO

Die KV RLP fördert die Weiterbildung aller Fachgruppen mit bis zu 2.400 Euro monatlich. Für grundversorgende Facharztgruppen ist ein finanzieller Zuschuss von bis zu 4.800 Euro monatlich möglich.

[www.kv-rlp.de/537937](http://www.kv-rlp.de/537937)

## RENTE IN SICHT – WAS PASSIERT MIT DEN UNTERLAGEN?

Praxisinhaber müssen nach dem Ende ihrer Tätigkeit die Patientenakten und medizinischen Dokumente noch zehn Jahre aufbewahren. Abhängig davon, wie es nach Ende der Praxis weitergeht, ergeben sich weitere Verpflichtungen.



Findet sich keine Nachfolge, so ist der jetzige Praxisinhaber alleine für die ordnungsgemäße Verwahrung der Patientenakten verantwortlich.

Die Aufbewahrungsfrist von Unterlagen ist in der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz geregelt. Bei den Psychotherapeuten ist es analog die Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz. Generell gilt die zehnjährige Aufbewahrungspflicht, sofern gesetzliche Vorschriften nicht längere Fristen setzen. Das betrifft beispielsweise Aufzeichnungen über die Behandlung von radioaktiven Stoffen beziehungsweise Strahlen (30 Jahre) oder 15 Jahre für Unterlagen und Röntgenbilder beim D-Arzt. Einzelne vertragsärztliche Formulare wie Durchschriften von AU-Bescheinigungen sind hingegen ab dem Ausstellungstag lediglich für zwölf Monate aufzuheben.

Sobald Ärzte und Psychotherapeuten ihre eigene Niederlassung beenden, müssen sie dafür sorgen, dass sämtliche medizinischen Aufzeichnungen und sonstige Patientenunterlagen nach den Vorschriften der Schweigepflicht und des Datenschutzes untergebracht werden. So ist es in § 10 Abs. 4 Satz 1 der Berufsordnung geregelt. Nur Berechtigte dürfen Zugang zu den Unterlagen haben. Zu unterscheiden sind folgende zwei Szenarien:

### Aufgabe der Praxis

Wird die Praxis nicht an einen Nachfolger übergeben, ist der jetzige Praxisinhaber alleine für die ordnungsgemäße Verwahrung verantwortlich. Er muss dann die Unterlagen entweder in seinen Privaträumen deponieren oder andernfalls einen ent-

sprechenden Verwahrungsvertrag mit einer Spedition oder einem privaten Archivunternehmen schließen. Dabei muss darauf geachtet werden, dass die Mitarbeiter dieses Unternehmens vertraglich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.

Verstirbt der Praxisinhaber, werden die Erben im Wege der Gesamtrechtsnachfolge Eigentümer der Praxis beziehungsweise der Unterlagen. Sie müssen daher den ärztlichen Aufbewahrungs- und Obhutspflichten entsprechen. Diese Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag gehen nämlich ebenfalls im Wege der Gesamtrechtsnachfolge auf die Erben über.

### Übergabe der Praxis

Im Fall der Praxisübernahme muss der Arzt oder Psychotherapeut mit dem Nachfolger einen schriftlichen Verwahrungsvertrag schließen. Darin verpflichtet sich der Nachfolger, ohne das ausdrückliche Einverständnis des Patienten keinen Einblick in die Altunterlagen zu nehmen. Darüber hinaus ist dem Veräußerer ein Zugriffsrecht auf die Altunterlagen einzuräumen. Wurde die Patientenkartei elektronisch aufbewahrt, muss der alte Datenbestand gesperrt und mit einem Passwort versehen werden. Ein Zugriff des Erwerbers darf nur mit ausdrücklichem Einverständnis des Patienten erfolgen. Dabei sind Zeit und Gegenstand des Zugriffs in der Software zu dokumentieren. Erteilen Patienten dem Praxisnachfolger die Einwilligung für die Einsichtnahme in die Patientenkartei, empfiehlt es sich, dies schriftlich zu dokumentieren.



## Bei Verstößen springt die zuständige Kammer ein


Verstöße gegen die Aufbewahrungsvorschriften regelt ebenfalls die Berufsordnung (§10 Abs. 4 Satz 2). Es kam bereits vor, dass Ärzte und Psychotherapeuten ohne Vorankündigung ihre Praxis geschlossen haben und ohne weitere Angaben ins Ausland übersiedelt sind. In solchen Fällen ist die zuständige Kammer verpflichtet, die Unterlagen im Rahmen der Verwaltungsvollstreckung zu verwahren und zu verwalten. So kann der Datenschutz eingehalten und die ärztliche Schweigepflicht gewahrt werden. Eine derartige Verwaltungsvollstreckung wird allerdings nicht aus den allgemeinen Beitragsmitteln bestritten. Beispielsweise erhebt die Bezirksärztekammer Koblenz eine Gebühr von 20 Euro pro sichergestellter Patientenakte und fordert diesen Betrag auch vom Arzt ein. Nach Rückkehr des Arztes sind diese Kosten vollstreckbar.

## Besondere Regeln bei der elektronischen Aufbewahrung

Selbstverständlich können ärztliche und psychotherapeutische Aufzeichnungen auch elektronisch dokumentiert werden. Hier kommt dann § 10 Abs. 5 der Berufsordnung zur Anwendung,

nach dem diese Aufzeichnungen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen bedürfen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Auch eine externe Datenpflege, -verwaltung und -verarbeitung sind gestattet. Dabei sind die Bestimmungen der Datenschutzgesetze sowie die gemeinsamen Empfehlungen der Bundesärztekammer und der KBV zu beachten.

Im Hinblick auf die gesetzlichen Neuerungen zur Telematik-Infrastruktur und der geplanten Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) wurde jüngst diskutiert, ob sich daraus mögliche Änderungen für die Praxis ergeben. Diese Frage wird bislang verneint, da die Dokumente der von der gematik spezifizierten ePA dem Versicherten gehören. Zudem handelt es sich bei den bereitgestellten medizinischen Daten lediglich um Kopien der Praxisdokumentation. Nach Praxisaufgabe bestehen also bezüglich der ePA keine besonderen Verpflichtungen neben der dargestellten Aufbewahrungspflicht. ■

 Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht und zum Datenschutz: [www.kbv.de](http://www.kbv.de) > Service > Rechtsquellen > weitere Rechtsquellen > zur Praxisführung

# EIN JAHR LABORREFORM – EIN ZWISCHENFAZIT

Seit der zum 1. April 2018 in Kraft getretenen Laborreform gehen die rheinland-pfälzischen Praxen aus Sicht der Honorarexperten der KV RLP zurückhaltender mit Laboruntersuchungen um.

Ziel der Laborreform zum zweiten Quartal 2018 war es, die Mengenentwicklung bei den Laborleistungen in den Griff zu bekommen. Denn bundesweit stieg der Umfang an Laborleistungen jährlich im Schnitt um fünf Prozent und damit stärker als die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, aus der diese Leistungen finanziert werden.

## Wesentliche Änderungen seit dem zweiten Quartal 2018

Um dieser Mengenentwicklung und dem daraus entstehenden Finanzierungsproblem zwischen dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Versorgungsbereich entgegenzuwirken, setzte die Laborreform an verschiedenen Stellen an:

- Die Finanzierung der Laborleistungen orientiert sich nach den neuen Regelungen stärker an dem Versorgungsbereich, der das Labor selbst erbringt oder veranlasst. Daher werden nur noch die Leistungen von Laborpraxen nach dem Muster 10 und der Wirtschaftlichkeitsbonus gemeinsam von Hausärzten und Fachärzten finanziert.
- Außerdem wurde der Vergütungsmechanismus des Wirtschaftlichkeitsbonus überarbeitet. Für die Vergütung der einzelnen Laborleistungen gibt es seit der Reform eine variable Quote von mindestens 89 Prozent des Orientierungswerts. Diese lag vor der Reform fest bei 91,58 Prozent.

## Überblick über die Vergütung von Laborleistungen

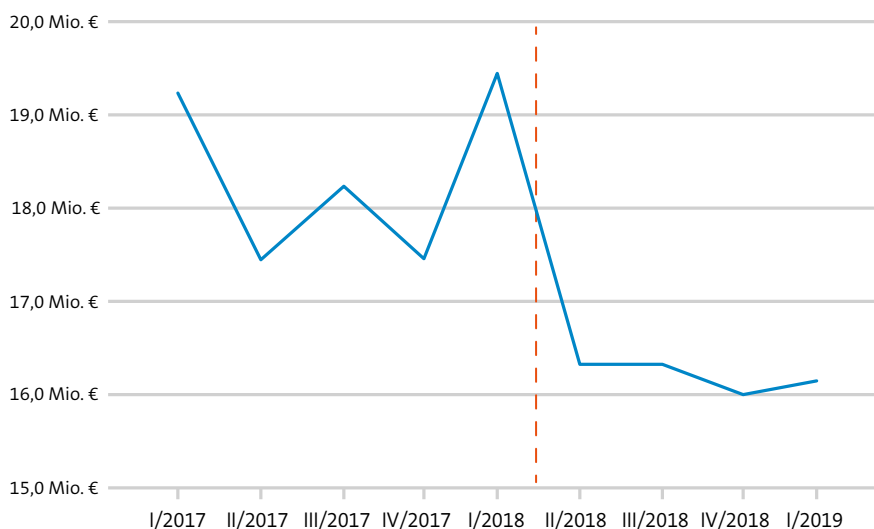
Ein Blick auf die Honorardaten zeigt, dass die über das Muster 10 erbrachten Laborleistungen in Rheinland-Pfalz seit dem zweiten Quartal 2018 deutlich rückläufig sind. Während im ersten Quartal 2018 noch Laborleistungen in Höhe von 19,4 Mio. Euro erbracht wurden, liegt die Höhe der erbrachten Leistungen seit dem zweiten Quartal 2018 konstant bei rund 16 Mio. Euro je Quartal. Insgesamt sind die Ausgaben in diesem Bereich also um bis zu 3 Mio. Euro je Quartal gesunken. Auch bei den selbst erbrachten Laborleistungen und Leistungen, die über das Muster 10A erbracht werden, ist seit der Reform ein Rückgang zu verzeichnen.

## Höhere Hürden beim Wirtschaftlichkeitsbonus

Beim Wirtschaftlichkeitsbonus gab es durch die Laborreform besonders bei den Ausnahmekennziffern eine grundlegende Änderung: Während nach der alten Systematik beim Ansetzen einer Ausnahmekennziffer der komplette Fall für die Bestimmung des Wirtschaftlichkeitsbonus ausgeklammert wurde, gilt dies nach der neuen Systematik nur noch für bestimmte Laborparameter je Fall. Dadurch sind die Hürden für das Erreichen des Wirtschaftlichkeitsbonus höher.

Hinzu kommt, dass die bisherigen Voraussetzungen für den Wirtschaftlichkeitsbonus in den einzelnen Fachgruppen unterschiedlich waren und mit der Reform angeglichen wurden. So profitieren HNO-Ärzte und Hautärzte von der neuen Systematik, während insbesondere Gynäkologen seit der Reform vielfach einen geringeren Wirtschaftlichkeitsbonus erzielen. Ein Blick auf alle Fachgruppen zeigt, dass sich das Honorar für den Wirtschaftlichkeitsbonus insgesamt um rund 500.000 Euro je Quartal verringert hat. Wurden im ersten Quartal 2018 noch 3,4 Mio. Euro

## ZAHL DER LABORLEISTUNGEN MUSTER 10 IM SINKFLUG



Wirtschaftlichkeitsbonus ausgezahlt, waren es im ersten Quartal 2019 nur noch 2,9 Mio. Euro.

### Honorarrückgang bei Laborleistungen

Insgesamt ist seit der Umsetzung der Laborreform ein deutlicher Honorarrückgang von rund 3 Mio. Euro im Quartal im Bereich der Laborleistungen zu verzeichnen. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz deutlich restriktiver mit der Erbringung und Veranlassung von Laboruntersuchungen umgehen, seit-

dem die neuen Regelungen gelten. Das liegt zum einen an der stärkeren Finanzierung durch den eigenen Versorgungsbereich. Einige Ärzte fühlen sich auch hinsichtlich der neuen Berechnungssystematik des Wirtschaftlichkeitsbonus verunsichert. Diese Verringerung der Laborleistungen führt dazu, dass die Vergütungsquote von Laborleistungen in den vergangenen vier Quartalen zwischen 94 Prozent und 100 Prozent und damit deutlich über der Mindestquote von 89 Prozent lag. Durch diese hohe Quote konnten Honorarrückgänge für Laborpraxen abgedeckt werden. ■

## IMPRESSUM

### HERAUSGEBER

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP)  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Isaac-Fulda-Allee 14  
D-55124 Mainz

### REDAKTION

verantwortlich (i. S. d. P.)  
Dr. Peter Heinz, Vorsitzender des Vorstandes  
Dr. Andreas Bartels, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes  
Peter Andreas Staub, Mitglied des Vorstandes

Dr. Rainer Saurwein (Redaktionsleitung), Stefan Holler  
Fachabteilungen der KV RLP

### KONTAKT

Telefon 06131 326-326  
Fax 06131 326-327  
kvpraxis@kv-rlp.de  
www.kv-rlp.de

### BILDNACHWEIS

KV RLP  
© Adobe Stock; © Fotolia; © G-BA; © istockphoto; © KBV; © medidoc rheinhesse-  
n-pfalz; © Universitätsmedizin Mainz

### AUFLAGE

7.000 Exemplare

### ERSCHEINUNGSWEISE

viermal im Jahr

### UMSETZUNG

NINO Druck GmbH  
Im Altenschemel 21  
67435 Neustadt/Wstr.  
www.ninodruck.de

### HINWEISE

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein. Für den – auch teilweisen – Nachdruck von Texten, Grafiken und dergleichen ist das schriftliche Einverständnis der KV RLP Voraussetzung.

## IN DER PC-UMGEBUNG

### LAUERN KEIME

Computermäuse und PC-Tastaturen sind auch in Arztpraxen potenzielle Infektionsherde. Mit den richtigen Hygienemaßnahmen lassen sich Krankheitsrisiken deutlich minimieren.

PCs und Touchscreen-Geräte sind schon längst fester Bestandteil im Praxisalltag. Weil Tastaturen, Computermäuse und berührungsempfindliche Bildschirme sehr häufig mit der Hand bedient werden, sind sie zugleich ein Übertragungsweg für Erreger und multiresistente Keime. Eine aktuelle Untersuchung der US-Universität Washington in Seattle ergab, dass Computertastaturen und Peripheriegeräte häufig kontaminiert sind. Die meisten mikrobiellen Kontaminanten waren Hautkeime, aber auch potenzielle Krankheitserreger wie Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*, *Clostridium difficile*, Vancomycin-resistente Enterokokken und *Escherichia coli*.

#### Umfang der Reinigung wird im Hygieneplan festgelegt

Für PCs einschließlich Zubehör wie auch generell in Praxisräumen gilt die Regel, Desinfektionen regelmäßig in festen Intervallen auszuführen. Die Häufigkeit einer Desinfektion orientiert sich dabei an der Keimbelastung beziehungsweise am Verschmutzungsgrad. Art und Intervall der Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen sind praxisindividuell im Hygieneplan zu dokumentieren. Als Anlage zum Hygieneplan sind im Reinigungs- und Desinfektionsplan die jeweiligen Mittel mit Angaben der Konzentration, der Einwirkzeit und des Einsatzortes unter Benennung des jeweils Durchführenden aufzulisten. Verantwortlich für die sachgerechte Umsetzung ist der Praxisinhaber beziehungsweise das von ihm beauftragte Hygienefachpersonal.

#### Sprühdesinfektion nur im Ausnahmefall

Vorab ist in einer Risikobewertung zu klären, inwieweit Tastaturen beziehungsweise Touchscreens im Rahmen der konkreten Anwendung ein Vektor für die Weiterverbreitung von nosokomialen Erregern sein können. Bei der Wahl des Desinfektionsmittels ist darauf zu achten, dass dieses nach kurzer, der Praxissituation angemessenen Einwirkzeit seine volle Wirksamkeit entfaltet. Zur Flächendesinfektion sollten Mittel eingesetzt werden, die beim Verbund für Angewandte Hygiene (VAH) gelistet sind.



Zur Desinfektion von Tastatur und Maus bieten sich gebrauchsfertige Tuchspender-Systeme an.

Zur Desinfektion von Tastatur und Maus bieten sich gebrauchsfertige Tuchspender-Systeme an, die einfach und schnell zur Verfügung stehen. Auch hier gilt es, die Standzeit zu berücksichtigen, sie ist abhängig von den Herstellerangaben. Eine Sprühdesinfektion sollte wegen der inhalativen Gefährdung des Personals nur in Ausnahmefällen erfolgen, und zwar ausschließlich bei kleinen Flächen, Nischen und Ritzen, bei denen eine Wischdesinfektion nur schwer möglich ist. Nach Möglichkeit werden die Flächen zusätzlich mechanisch gewischt.

#### Anschaffung von desinfizierbaren Tastaturen

Das Robert Koch-Institut (RKI) weist auf seiner Website darauf hin, dass die Desinfektion bei herkömmlichen Tastaturen schwer umsetzbar sei und zu Beschädigungen führen könne. In Risikobereichen oder im Fall von notwendigen regelmäßigen Desinfektionen sei der Erwerb spezieller, desinfizierbarer Tastaturen erforderlich. Daher empfiehlt das RKI, Geräte mit einer entsprechenden Konstruktion anzuschaffen.

Oftmals sind Touchscreens, wie sie beispielsweise an Tablets vorzufinden sind, von Herstellerseite nicht für eine routinemäßige Desinfektion geeignet. Eine effiziente Desinfektion könne hier zu Schädigungen oder langfristig zum Funktionsverlust führen, warnt das RKI. In den ersten medizinischen Einrichtungen kommen bereits Einmalhüllen zum Einsatz. Einige Hersteller von Desinfektionsmitteln bieten darüber hinaus spezielle Produkte zur Desinfektion von Touchscreens an. Hier seien die Hinweise der jeweiligen Hersteller der Touchscreens zur Wirksamkeit und zur Materialverträglichkeit zu beachten. ■

Hygieneleitfaden: [www.kv-rlp.de/715503-13042](http://www.kv-rlp.de/715503-13042)  
Robert Koch-Institut: [www.rki.de](http://www.rki.de) > Infektionsschutz > Infektions- und Krankenhaushygiene



## FILMOTHEK



3:21 Minuten

[www.kv-rlp.de/674454](http://www.kv-rlp.de/674454)
**KV RLP-Versorgungsindex**

Mithilfe von 13 unterschiedlichen Parametern wie Altersstruktur oder Entfernungen lässt sich der Bedarf in einer Region viel genauer und vor allem frühzeitiger ermitteln.



1:42 Minuten

[www.kv-rlp.de/856977](http://www.kv-rlp.de/856977)
**Austausch mit Studierenden**

Im Rahmen der sozialmedizinischen Blockwoche empfing Dr. Andreas Bartels zusammen mit einem Team aus den Abteilungen die angehenden Mediziner der Unimedizin Mainz.



0:52 Minuten

[www.kv-rlp.de/975679](http://www.kv-rlp.de/975679)
**KBV-Sicherstellungskongress**

Es gibt zu wenige Ärzte und noch weniger Psychotherapeuten. Um auch in Zukunft ambulante medizinische Versorgung sicherzustellen, bedarf es besonderer Ideen.



5:59 Minuten

[www.kv-rlp.de/674993](http://www.kv-rlp.de/674993)
**Ärztetz als Dienstleister**

Das Wormser Gesundheitsnetz stellt vom Wartebereich über die Behandlungszimmer bis zur technischen Infrastruktur alles zur Verfügung: Niederlassung ohne Bürokratie.

KV-TV ist das Web-TV der KV RLP für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz.

Alle Videos finden Sie online in der Filmothek unter [www.kv-rlp.de/393400](http://www.kv-rlp.de/393400)



## MULTIMEDIAL WEITERBILDEN

Das Fortbildungsportal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ging an den Start.



Ärzte können die angebotenen Online-Fortbildungen als Favoriten markieren, um sie später schneller wiederzufinden. Darüber hinaus lassen sich Fortbildungen über den Button „Meine Meinung“ bewerten und Kommentare abgeben.

Den Auftakt bildet eine Fortbildung zum bundeseinheitlichen Medikationsplan. Darin geht es um die Bedeutung des Medikationsplans für die Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland. Seit Oktober 2016 haben GKV-Patienten, die regelmäßig mindestens drei Arzneimittel einnehmen oder anwenden, Anspruch auf einen bundeseinheitlichen Medikationsplan. Die Fortbildung informiert über Einführung und Entwicklung des Medikationsplans und erklärt die Struktur, das richtige Ausfüllen sowie die jeweiligen Zuständigkeiten von Haus- und Fachärzten beziehungsweise Apothekern.

Dank der multimedialen Aufbereitung enthält die neue Fortbildung erstmals auch Videos. Die Online-Fortbildung dauert etwa 45 Minuten und setzt sich zusammen aus dem Lerninhalt – Texte, Abbildungen und Videos – und aus der Prüfung, bestehend aus zehn Multiple-Choice-Fragen. Beantwortet der Arzt mindestens sieben Fragen richtig, erhält er drei CME-Punkte. Wenn er im Fortbildungsportal seine Einheitliche Fortbildungsnummer angegeben hat, werden die Punkte elektronisch an seine Ärztekammer übertragen und dem Fortbildungskonto gutgeschrieben. Für das laufende Jahr sind weitere Fortbildungen zum Disease-Management-Programm Herzinsuffizienz, zum Umgang mit Kindesmisshandlung sowie zu Schutzkonzepten in der vertragsärztlichen Praxis gegen sexuellen Missbrauch geplant. ■

<https://fortbildungsportal.kv-safenet.de>



## 6 FÜR 455: TUTOREN UNTERSTÜTZEN QUALITÄTSZIRKEL-MODERATOREN

Sie arbeiten ehrenamtlich und im Hintergrund: Sechs Qualitätszirkel-Tutoren stehen an der Seite von 455 von der KV anerkannten Qualitätszirkel-Moderatoren.

Am 5. Juli 2019 trafen sich fünf der sechs QZ-Tutoren – ihr offizieller Name lautet Qualitätssicherungs-Kommission Qualitätszirkel – in der Hauptstelle der KV RLP in Mainz zu ihrem diesjährigen Strategieworkshop. Auf der Tagesordnung standen beispielsweise die Diskussion von Inhalten für eine neue QZ-Broschüre sowie die Vorbereitung des diesjährigen Moderatoren-Aufbaukurses, welcher am 31. August 2019 in der Hauptverwaltung der KV RLP stattgefunden hat. KV Praxis hat den Workshop besucht und mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern über Funktion und Aufgaben der QZ-Tutoren gesprochen.

QZ-Tutoren sind ausgebildete QZ-Moderatoren mit einer Zusatzausbildung zum QZ-Tutor. Die Zusatzausbildung kann bei der KBV in Berlin an zwei Wochenenden erworben werden. Ihre Kernaufgabe ist die Aus- und Weiterbildung der derzeit 455 QZ-Moderatoren, die insgesamt 484 Qualitätszirkel mit über 4.600 Teilnehmerinnen und Teilnehmern leiten. Zweimal im Jahr bieten die Tutoren eine zweitägige Moderatorengrundausbildung an und für bereits ausgebildete Moderatoren einmal jährlich einen Moderatoren Aufbaukurs, der unter anderem auch Supervisionen und Modulschulungen beinhaltet. „Aber damit endet unser Engagement nicht“, so Dr. Dirk Schulze, der Vorsitzende der QZ-Tutoren. Aufgabe der Tutoren sei es auch, regelmäßig zu hinterfragen, wie sie die QZ-Arbeit fördern können. „Auch das sind Inhalte unseres jährlich stattfindenden Tutorenworkshops wie dem heutigen“, so Dr. Schulze weiter. Neben ihm engagieren sich als Tutoren außerdem noch Dr. Tomas Arato (1. stellvertr. Vorsitzender), Dr. Jürgen Isenberg (2. stellvertr. Vorsitzender), Dr. Silvia Maurer, Dr. Roland Munzinger und Dr. Gerhard Schulze.


„Qualitätszirkel sind die Garanten für eine nachhaltig hohe Qualität unserer ärztlichen und psychotherapeutischen Tä-

tigkeit. Die Unterstützung der Moderatoren ist uns daher ein wichtiges Anliegen“, betont Dr. Tomas Arato. „Wir stehen den Moderatoren daher auch nach der Ausbildung jederzeit für Fragen und Hilfestellungen zur Verfügung. Sehr gerne nehmen wir auf Wunsch auch an Qualitätszirkelsitzungen teil.“ Dr. Roland Munzinger fügt hinzu, dass die Planung des Folgejahres im Rahmen einer jährlichen Kommissionssitzung stattfindet.

Eine wichtige Funktion der Tutoren sei aus KV-Sicht auch die konzeptionelle Weiterentwicklung der Qualitätszirkel-Arbeit, erläutert Dr. Andreas Bartels, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV RLP: „Die Struktur der Praxen verändert sich: Die Zahl der MVZ und BAG steigt, die Zahl der Einzelpraxen sinkt tendenziell.“ Peter Andreas Staub, Mitglied des Vorstands der KV RLP und selbst ausgebildeter QZ-Tutor, ergänzt: „Wir werden uns daher zusammen mit den Tutoren auch mit der Frage beschäftigen, wie diese Veränderungen in der QZ-Arbeit abgebildet werden können.“

Die KV RLP unterstützt die Arbeit der Qualitätszirkel organisatorisch und finanziell. Die Kosten für die Ausbildung von QZ-Tutoren und QZ-Moderatoren werden von der KV RLP finanziert. Für ihren Aufwand erhalten sie zudem eine finanzielle Entschädigung. „Wir können unsere Kolleginnen und Kollegen nur ermutigen, sich als QZ-Moderator zu engagieren. Die Aufgabe macht Spaß, der Aufwand wird entschädigt und bei Bedarf bekommen die QZ-Moderatoren von uns jede Unterstützung, die sie benötigen“, so der gemeinsame Appell der QZ-Tutoren. ■

 Weiterführende Informationen: [www.kv-rlp.de/70483](http://www.kv-rlp.de/70483)

 Möchten Sie QZ-Moderator werden? Dann wenden Sie sich an die KV RLP: Bick Nguyen: Telefon 06131 326-3800



## HAUS- ODER FACHARZTSITZ? BEWERBER MÜSSEN SICH ENTSCHEIDEN

Wollen sich Ärztinnen und Ärzte in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) anstellen lassen, dürfen sie nicht gleichzeitig in der haus- und fachärztlichen Versorgung praktizieren.

In dem Streit, den das Bundessozialgericht (BSG) zu entscheiden hatte, beanspruchte ein MVZ die Anstellung einer Ärztin für einen halben hausärztlich internistischen und einen halben fachärztlich internistischen Sitz. Der Zulassungsausschuss (ZA) hatte zuvor einen Genehmigungsantrag des MVZ für die Besetzung der beiden Arztstellen mit einem Arzt abgelehnt. Zentraler Einwand des ZA: Die unterschiedlichen Funktionen und zum Teil gegenläufigen Interessen von Haus- und Facharzt dürften nicht in einer Person vereinigt werden. Dies gelte auch für angestellte Ärzte eines MVZ.

Zuvor hatte das Sozialgericht Hamburg der Klage des MVZ stattgegeben und den Beschluss des ZA aufgehoben. Aus der Unterscheidung von haus- und fachärztlicher Versorgung und der Zuordnung von Arztgruppen zu einem der

beiden Versorgungsbereiche lasse sich kein gesetzliches Verbot ableiten, einen Arzt jeweils zur Hälfte in beiden Versorgungsbereichen zu beschäftigen.

Das BSG hob das Urteil auf und wies die Klage ab. Die betroffene Ärztin für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie könne grundsätzlich nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Das sei nur Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung vorbehalten. Darüber hinaus schließe die grundlegende Trennung von haus- und fachärztlicher Versorgung (§ 73 Abs. 1 SGB V) sowie die umfassende und abschließende Zuordnung von Arztgruppen zu einem der beiden Versorgungsbereiche eine gleichzeitige Teilnahme aus. ■

§ 13. Februar 2019, Az.: B 6 KA 62/17 R

## TERMINE IM FOKUS



© VASILYEV ALEXANDR/FOTOLIA

### Sonographie der Säuglingshüfte

Es handelt sich um einen Refresher-Kurs in Form eines Workshops, geleitet von Dr. Christian-Dominik Peterlein. Zielgruppe sind Ärzte, die die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Ultraschalluntersuchungen der Säuglingshüfte besitzen. ■

Freitag, 22. November 2019 | KV RLP in Koblenz | 85 Euro je Teilnehmer | 9 Fortbildungspunkte | Online-Anmeldung



© DORI OCONNELL/ISTOCKPHOTO

### Arbeits- und Gesundheitsschutz

Das Seminar vermittelt Praxisinhabern und -mitarbeitern die rechtlichen Grundlagen. Im Fokus stehen aber auch Themen wie Gefährdungsbeurteilung, Brandschutz oder Umgang mit Gefahrstoffen. ■

Mittwoch, 27. November 2019 | Intercity Hotel Mainz | 85 Euro je Teilnehmer | 6 Fortbildungspunkte | Online-Anmeldung

Weitere Seminare	Termin	Standort	Informationen
Aktuelles zu Verordnungen – Konkret & Kompakt	16. Oktober 2019	Mainz	35 Euro   3 Fortbildungspunkte
Aufbereitung von Medizinprodukten in der urologischen Praxis	18. Oktober 2019	Mainz	50 Euro   4 Fortbildungspunkte

🔗 Online-Anmeldung und weitere Termine: [www.kv-rlp.de/358728](http://www.kv-rlp.de/358728), Seminarkalender in KV KOMPAKT, Seite 21

## REGIONALKONFERENZEN 2019

Die KV RLP informiert ihre Mitglieder zu aktuellen Themen.



Viel Wissenswertes aus Politik, Abrechnung und Praxisorganisation erwartet die Zuhörer dieses Jahr wieder auf den traditionellen Regionalkonferenzen der KV RLP. Folgende Themen stehen auf der Agenda:

- Aktuelle gesundheitspolitische Lage – Gesetzgebungsflut und die Stellung der Praxen im Gesundheitsmarkt, Arzneimittelbereich, neue Bedarfsplanung
- Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) – Chancen der Extrabudgetierung und mögliche Risiken, Umsetzung in Rheinland-Pfalz
- EBM 2020 – Verwerfungen vermeiden
- Sachstand Telematik-Infrastruktur – schnelles Netz für die Kommunikation und notwendige Datensicherheit

Für die Teilnahme gibt es vier Fortbildungspunkte. Die Regionalkonferenzen finden an allen Standorten der KV RLP statt. ■

### **i** Hauptverwaltung (HV) Mainz

Montag, 28. Oktober 2019, 19:00 – 22:00 Uhr |  
Isaac-Fulda-Allee 14, 55124 Mainz

### Regionalzentrum (RZ) Koblenz

Mittwoch, 30. Oktober 2019, 15:30 – 18:30 Uhr |  
Emil-Schüller-Straße 14 – 16, 56073 Koblenz

### Regionalzentrum (RZ) Trier

Donnerstag, 7. November 2019, 19:00 – 22:00 Uhr |  
Balduinstraße 10 – 14, 54290 Trier

### Regionalzentrum (RZ) Pfalz

Freitag, 8. November 2019, 15:30 – 18:30 Uhr |  
Maximilianstraße 22, 67433 Neustadt

**🔗** Online-Anmeldung: [www.kv-rlp.de/434022](http://www.kv-rlp.de/434022)



### **Wie unterscheiden sich die Zugangsdaten zum geschützten Mitgliederbereich der KV RLP von denen zum eTerminservice?**

Maßgeblicher Unterschied ist der Login-Name:

- Bei den Zugangsdaten zum geschützten Mitgliederbereich ist der Login-Name die siebenstellige lebenslange Arztnummer des einzelnen Mitglieds.
- Bei den Zugangsdaten zum eTerminservice ist der Login-Name die Betriebsstättennummer beziehungsweise die Nebenbetriebsstättennummer der einzelnen Praxis mit der Erweiterung „KVRLP“.

### **Meine Praxisdaten beziehungsweise Stammdaten im Arztfinder oder im eTerminservice sind fehlerhaft. Wie kann das behoben werden?**

Einige Stammdaten können Sie selbst im geschützten Mitgliederbereich unter „Einstellungen > Stammdaten“ ändern. Alle anderen Änderungswünsche melden Sie bitte schriftlich an die Mitarbeiter des Arztregisters der KV RLP.

### **👤** Service-Center

Telefon 06131 326-326  
Fax 06131 326-327  
[service@kv-rlp.de](mailto:service@kv-rlp.de)

MO | DI | DO 8–18 Uhr  
MI 8–17 Uhr  
FR 8–16 Uhr

## HILFREICHE TIPPS FÜR DEN PRAXISALLTAG

Auf ihrer Website hält die Kassenärztliche Bundesvereinigung viele Publikationen, Merkblätter und Poster bereit. KV PRAXIS stellt einige ausgewählte Broschüren aus der Servicereihe „PraxisWissen“ vor. Sie können kostenfrei online heruntergeladen werden.



Mehr als ein Fünftel der Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund. Die Broschüre „Vielfalt in der Praxis“ enthält Informationen zur Gesundheitskompetenz und Tipps für die Kommunikation mit dieser Patientenklientel. Beispielfhaft werden Techniken zur Gesprächsführung vorgestellt, die bei Bedarf im Praxisalltag angewendet werden können.

[www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Vielfalt\\_Webversion.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Vielfalt_Webversion.pdf)



Das Serviceheft „E-Health“ enthält grundlegende Informationen für Ärzte und Psychotherapeuten zur Telematik-Infrastruktur und deren Diensten sowie zu den gesetzlichen Vorgaben. Die aktualisierte Version bietet auf 24 Seiten einen kompakten Überblick zu Themen wie eArztbrief, Medikationsplan, Telekonsile und Videosprechstunden.

[www.kbv.de/media/sp/KBV\\_PraxisWissen\\_E\\_Health\\_2016.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/KBV_PraxisWissen_E_Health_2016.pdf)



Arztpraxen werden immer häufiger mit Überwachungen und Inspektionen durch Behörden konfrontiert. Werden dabei Mängel festgestellt, kann dies zu erheblichen Konsequenzen führen. Die Broschüre hilft dabei, einen Überblick über die Vielzahl der Gesetze, Verordnungen und daraus resultierenden Anforderungen und Pflichten zu behalten.

[www.kbv.de/media/sp/Broschuere\\_Begehungen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Broschuere_Begehungen.pdf)



Häufig sind es schon kleine Veränderungen, die Menschen mit Behinderung den Weg in die Praxis von Ärzten und Psychotherapeuten erleichtern. Davon profitieren auch alle anderen Patienten. In der Broschüre „Barrieren abbauen“ erfahren Praxisinhaber, wie sie ihre Praxis besser auf spezielle Bedürfnisse ausrichten können.

[www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Barrieren\\_Abbauen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Barrieren_Abbauen.pdf)

Weitere Ausgaben der Reihe PraxisWissen in der Mediathek der KBV: [www.kbv.de/html/publikationen.php](http://www.kbv.de/html/publikationen.php)

Einige Ausgaben sind kostenlos als gedruckte Exemplare bestellbar: [versand@kbv.de](mailto:versand@kbv.de)