



HALBZEITBILANZ GROKO

OFFENE BAUSTELLEN

Obwohl die Zahl der Gesetze in der aktuellen Legislaturperiode sprunghaft angestiegen ist, bleiben die notwendigen Reformen in der ambulanten Versorgung auf der Strecke.

Aktuelles zum Coronavirus:

www.kv-rlp.de/834280

NEUER ANLAUF

Nach Plänen des Gesundheitsministers soll den KVen bei der Notfallversorgung eine führende Rolle zukommen. | Seite 12

NEUBEWERTUNG

Die EBM-Reform sieht eine Aufwertung der sprechenden Medizin zulasten technischer Leistungen vor. | Seite 15

NEUE MEDIEN

Mit dem innovativen Fortbildungspaket der KV RLP können Mitglieder digitale Kompetenzen erwerben. | Seite 22

INHALT

■ SCHWERPUNKT

4 Reformbedarf und Realität

Die Gesetzgebungsmaschinerie der Großen Koalition ist seit ihrem Amtsantritt in vollem Gang, doch bleiben grundlegende Probleme weiterhin ungelöst.

6 Rückblick und Vorschau

Viele Gesetze sind bisher in Kraft getreten, einige Referentenentwürfe befinden sich noch im parlamentarischen Verfahren – eine Übersicht.

8 Rüge und Lob



Dr. Olaf Döscher (rechts) und Dr. Karlheinz Kurfeß äußern sich positiv über die bisherige Arbeit in der KV RLP – ganz im Gegensatz zur derzeitigen Gesundheitspolitik.

11 NACHRICHTEN

■ POLITIK

12 Erweiterter Sicherstellungsauftrag

Der Reformvorschlag von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zur Notfallversorgung erkennt die tragende Rolle der KVen bei der Organisation an.

14 Arzneimittelknappheit vorbeugen

Im Bundestag wurde ein Maßnahmenpaket beschlossen, um gegen mögliche Lieferengpässe von Medikamenten gewappnet zu sein.

15 Kritik an EBM-Reform

Nach Ansicht der Ärzteschaft geht die Aufwertung der sprechenden Medizin zulasten der spezialisierten fachärztlichen Versorgung.

■ PANORAMA

18 Hilfe für Herzkranke

In einem regionalen Modellprojekt will der Herzverbund Rheinland-Pfalz mit telemedizinischen Angeboten die Versorgung im Landkreis Mayen-Koblenz verbessern.

19 Moderne Hausbesuche

In ländlichen Regionen sollen nicht-ärztliche Praxisassistentinnen bei Hausbesuchen einen digitalen Technik-Rucksack mitführen.

20 Telefonvermittlung bewältigt Ansturm

2020 startete der neu eingerichtete Patientenservice 116117 mit einem hohen Anrufaufkommen; dennoch war eine hohe Erreichbarkeit möglich.

21 Impressum

■ SERVICE

22 Digitale Kompetenzen

Vor dem Hintergrund der informationstechnischen Entwicklungen hat die KV RLP für die Mitglieder ein neues multimediales Fortbildungspaket entwickelt.

26 Quote für Prüfnachweise

Bei mindestens der Hälfte aller Fälle mit persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten muss ein Online-Abgleich der Versichertenstammdaten erfolgen.

27 Geringer Aufwand

Die Abrechnung online zu übermitteln, ist nicht nur günstiger, sondern vereinfacht auch den Arbeitsalltag.

28 Wertvolle Datenübermittlung

Das Krebsregister Rheinland-Pfalz ist bei der Datenerfassung auf die Mitarbeit der onkologisch praktizierenden Ärztinnen und Ärzte angewiesen.

31 Zusammenkunft der Qualitätszirkel

Beim Nationalen Tutorentreffen in Berlin wurde der KV RLP-Tutorensprecher Dr. Dirk Schulze geehrt.

32 Medizinprodukte sicher anwenden

Die Ergebnisse der Aufbereitung von Medizinprodukten müssen Betreiber im Validierungsbericht festhalten.

33 Zuschlag Bereitschaftsdienst | Honorarplus

34 Aktuelle Rechtsprechung | Termine

35 Psychosomatische Institutsambulanzen | Häufige Fragen

36 Eigenanzeige KV-TV

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



ein erst in diesem Jahrhundert gegründetes amerikanisches Autounternehmen konnte aus dem Stand heraus mit der Produktion von Elektroautos den globalen und alteingesessenen Automarken den Rang ablaufen. Der große Vorteil: Ohne die Altlast herkömmlich hergestellter Fahrzeuge konnte diese Firma sofort alle Investitionen auf die ganz anders zu produzierenden reinen Elektro-PKWs konzentrieren. Erst nach und nach werden die großen Marken nachziehen und mit großen Umstrukturierungen auf die neuen Herausforderungen reagieren können.

Die Gesellschaft fordert nicht nur aus demografischen und ökonomischen Gründen die Einführung digitaler und telemedizinischer Versorgung. Mit Blick auf die Gesetzes-Kavalkade der letzten Monate und den immensen Druck der Politik soll das offenbar genauso schnell wie bei der neuen amerikanischen Marke gehen. Flächendeckende alte Versorgungsstrukturen sollen bitte sofort durch umfänglich neue Angebote ersetzt werden. Doch Hauruckmaßnahmen können nur globale Digitalfirmen bieten, die wir uns im Gesundheitsmarkt nicht wünschen. Deshalb wird es ohne allmählichen Umbau nicht gehen.

Die KV RLP hat zunächst gesetzeskonform von null auf hundert einen 24/7-telefonischen und bald telemedizinischen Bereitschaftsdienst „Patientenservice 116117“ aus dem Boden gestampft. Abgesehen von natürlichen Anfangsschwierigkeiten ist der Betrieb zufriedenstellend. Logischerweise wird die KV RLP den auch noch gleichzeitig zu stemmenden und zu finanzierenden Bereitschaftsdienst vor Ort mit bislang 47 Ärztlichen Bereitschaftspraxen allmählich bedarfsgerecht konzentrieren müssen. Und selbstverständlich geschieht das immer in Absprache mit allen Beteiligten. Es ist jedoch traurig, dass vor allem die regionale Politik mutlos fordert: Es soll sich alles ändern, aber es soll bitte alles so bleiben, wie es ist. Seien Sie versichert, dass der Vorstand der KV RLP sich diesem Double Bind nicht aussetzen wird. Wir werden die nötigen Veränderungen behutsam und verantwortlich umsetzen, um den Sicherstellungsauftrag heute und auch morgen noch erfüllen zu können.

Beste Grüße, Ihr

Peter Andreas Staub

Mitglied des Vorstands der KV RLP



HALBZEITBILANZ GROKO

OFFENE BAUSTELLEN

Das Bundesgesundheitsministerium rühmt sich damit, in der ersten Hälfte der Wahlperiode 18 Gesetze auf den Weg gebracht zu haben. Doch viele grundsätzliche Probleme im Gesundheitswesen bleiben ungelöst.

„Wir sorgen für schnelle Arzttermine“, heißt es in der „Halbzeitbilanz“, die das BMG auf seiner Website veröffentlicht hat. Darin werden die durch das Terminservicegesetz vorgegebene Erhöhung der Mindestsprechstundenzeit, die Einführung der offenen Sprechstunden oder die 24-Stunden-Erreichbarkeit durch die 116117 hervorgehoben. Was die vom Ministerium positiv gefärbte Halbzeitbilanz nicht verrät: Die Niedergelassenen arbeiten im Durchschnitt bereits 48 Wochenstunden, so ein Ergebnis des im Dezember 2019 veröffentlichten ZI-Praxispanels für 2017. Zugleich sinkt die insgesamt zur Verfügung ste-

hende ärztliche Arbeitszeit seit Jahren, da Angestellte deutlich weniger arbeiteten als ihre niedergelassenen Kollegen. Etwa 50 Prozent der Angestellten hatten Arbeitsverträge im Umfang von bis zu 20 Wochenstunden.

Praxisschließungen machen einigen Regionen zu schaffen

Altersbedingt werden außerdem in den nächsten Jahren viele Niedergelassene ihre Praxen aufgeben. Der Nachbesetzungsbedarf im haus-, fachärztlichen und psychotherapeutischen Be-

reich liegt in Rheinland-Pfalz in den nächsten fünf Jahren zwischen 57 und 62 Prozent. Erste Praxisschließungen wirken sich bereits auf die Versorgungslage einzelner Regionen aus. Es liegt an der Politik, die Bevölkerung über die Realität aufzuklären. „Ein unerschöpfliches Leistungsversprechen setzt zwangsläufig unerschöpfliche Geldmengen voraus. Und diese sind eben nicht vorhanden“, machte der KV RLP-Vorstandsvorsitzende Dr. Peter Heinz auf der Vertreterversammlung im November 2019 deutlich. Die vom Landtag beschlossene Landarztquote für Medizinstudierende wird nicht nur vom Vorstand der KV RLP kritisch gesehen. Den sich verschärfenden Ärztemangel wird die Quote kaum verhindern können.

Gesundheitsministerium zurückhaltend über Gutachten zur Honorarreform

Die große Reform der ärztlichen Vergütung steht weiterhin aus. Kurz vor Weihnachten hatten sich die Krankenkassen und die KBV auf eine EBM-Reform mit lediglich punktuellen Veränderungen geeinigt (siehe dazu Beitrag auf Seite 15 f.). Bei der beabsichtigten großen Honorarreform geht es jedoch um ein Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD. Beide Parteien hatten sich zum Ziel gesetzt, sowohl die Honorarordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung (EBM) als auch die Gebührenordnung für die Abrechnung privatärztlicher Leistungen (GOÄ) grundlegend umzugestalten. Hierzu hat eine wissenschaftliche Kommission im Januar 2020 Vorschläge zur „Schaffung eines modernen Vergütungssystems für die ambulante ärztliche Versorgung“ vorgelegt. Ihr Grundkonzept zielt auf eine „partielle Harmonisierung“ beider Vergütungssysteme ab. Die Preise sollen weiterhin getrennt für GKV und PKV vereinbart werden. Hingegen sollen neue gemeinsame Gremien der vertrags- und privatärztlichen Versorgung gemeinsam dafür zuständig sein, die ärztlichen Leistungen (Leistungslegendierung) zu definieren und die ökonomische Bewertung der Leistungen im Vergleich zueinander zu entwickeln.

Über die Ergebnisse gibt sich das Ministerium betont zurückhaltend. „Wir werden den Bericht prüfen und gemeinsam mit dem Koalitionspartner entscheiden, ob und wie wir mit den Vorschlägen umgehen wollen“, so Gesundheitsminister Spahn bei der Übergabe. Ob die Reformvorschläge überhaupt umgesetzt werden, ist also fraglich. Die Ergebnisse der 13 Wissenschaftler könnten möglicherweise noch für Zündstoff in den Reihen der Großen Koalition sorgen.

Gleichermaßen schleppend voran gehen Ansätze für eine stärkere sektorenübergreifende Versorgung. Der Sachverständigenrat Gesundheit hatte in seinem Gutachten von 2018 eine „deutliche Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit von Kliniken und Praxen“ angemahnt. Am-

bulante und stationäre Planung sollen aus Sicht des Rats aus einer Hand und inhaltlich besser aufeinander abgestimmt erfolgen. Doch die bisherigen Ergebnisse sind mager. Ein erster Arbeitsentwurf der Bund/Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung von Mai 2019 konzentriert sich auf Vorschläge zur Stärkung der ambulanten Versorgung durch den Ausbau dahingehender Versorgungsaufträge in Krankenhäusern. Dies wird auch nochmals im Fortschrittsbericht der Bund/Länder-AG vom Januar dieses Jahres bekräftigt, in dem es heißt, dass das jeweilige Bundesland darüber entscheidet, „ob das Krankenhaus in ein ambulantes Gesundheitszentrum oder in ein ‘ambulant-stationäres’ Gesundheitszentrum umgewandelt werden soll“. Ebenso wird die Option offengehalten, „dem Krankenhaus einen ambulanten Versorgungsauftrag zu übertragen, ohne dass das Krankenhaus zwingend umgewandelt werden muss.“

Bisher magere Ergebnisse in der Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung

Die Deutsche Gesellschaft für die Integrierte Versorgung (DGIV) im Gesundheitswesen zeigt sich enttäuscht: „Unverständlicherweise widmet sich der Arbeitsentwurf der Arbeitsgruppe weder den bestehenden integrierenden Versorgungsstrukturen, noch unterbreitet er Vorschläge für neue integrierende Versorgungslösungen in der Regelversorgung.“ Wenn die AG auf den weiteren Ausbau des Zugangs von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung besonderes Augenmerk lege, solle das genauso für den Zugang von für die stationäre Versorgung geeigneten Leistungserbringern wie Praxiskliniken zum stationären Sektor gelten, so die DGIV.

Wie sehr es auf stationärer Seite noch teils starke Vorbehalte beim sektorenübergreifenden Ausbau gibt, wird besonders offenkundig bei der Reform zur Notfallversorgung (siehe Artikel Seite 12 f.). Bezüglich der im Referentenentwurf vorgesehenen fachlichen Leitung der Integrierten Notfallzentren (INZ) durch die Vertragsärzteschaft spricht die Deutsche Krankenhausgesellschaft von einem „Kniefall des BMG-Konzepts vor dem KV-System.“ Widerspruch gegen die Spahn'schen Pläne kommt auch von der Landesregierung. Sie sieht die Krankenhausplanung der Länder unterhöhlt, da durch die vorgesehene Festlegung der INZ-Standorte an den Ländern vorbeigiert werde. „Grundsätzlich unterstützen wir die Zielsetzung des Entwurfs, die Notfallversorgung auf neue Füße zu stellen und besser zu verzahnen. In der vorliegenden Form darf dieses Gesetz aber keinesfalls verabschiedet werden“, betont die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler.

An den drei angeführten Beispielen wie drohender Ärztemangel, ausstehende Honorarreform und Defizite beim Abbau der Sektorengrenzen wird sichtbar, dass in grundsätzlichen Fra-

gen im Gesundheitswesen nach wie vor großer Reformbedarf besteht, aber auf der anderen Seite noch große Uneinigkeit herrscht. Ob und wie schnell die Baustellen im Gesundheitswesen angegangen werden können, wird auch vom finanziel-

len Spielraum der gesetzlichen Krankenkassen abhängen. Das vergangene Jahr schlossen die Kassen mit einer Milliarde Euro Defizit ab. Und für die kommenden beiden Jahre klingen die Aussichten wenig optimistisch. ■

GESETZESFLUT FÜR ARZTPRAXEN – EINE ZWISCHENBILANZ

Notfallversorgung, Digitalisierung, Psychotherapeutenausbildung – Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat viele Themen auf seiner To-do-Liste. Einige sind in Planung, andere hat er in seiner bisherigen Amtszeit bereits umgesetzt. KV PRAXIS fasst die Eckpunkte der wichtigsten Gesetze zusammen.

Das Gesetz, das bisher die weitreichendsten Auswirkungen auf ärztliche und psychotherapeutische Praxen hat, ist sicherlich das **Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)**. Am 11. Mai 2019 in Kraft getreten, verpflichtet es sie dazu, ihre Sprechstundenzeiten bei einem vollen Versorgungsauftrag von 20 auf 25 Wochenstunden zu erhöhen und wöchentlich mindestens fünf offene Sprechstunden anzubieten. Die Regelung betrifft alle Arztgruppen der Grundversorgenden und wohnortnahen fachärztlichen Patientenversorgung.

Die Landesvorsitzende des Hausärzteverbands Rheinland-Pfalz Dr. Barbara Römer ist nicht der Ansicht, dass das TSVG der Förderung der hausärztlichen Versorgung diene: „Hausärztinnen und Hausärzte arbeiten schon immer weit mehr als 25 Stunden pro Woche für die Versorgung ihrer Patienten in allen Lebenslagen. Seit jeher werden von uns selbstverständlich Notfalltermine zur Akutversorgung vorgehalten. In dringenden Überweisungsfällen stehen wir darüber hinaus stets im guten und direkten Austausch mit unseren fachärztlichen Kollegen. Dies und vieles

HALBZEITBILANZ GROKO – BISHERIGE GESETZE UND ENTWÜRFE IM GESUNDHEITSWESEN

Gesetze vom Bundestag verabschiedet	Inkrafttreten	Referentenentwürfe in der Abstimmung
GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)	1. Januar 2019	ATA/OTA-Gesetz (Bundestag, 2./3. Lesung: 7. November 2019, soll im Januar 2022 in Kraft treten)
Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)	1. Januar 2019	Medizinprodukte-EU-Anpassungsgesetz (MPEUAnpG) (Bundesrat, 1. Durchgang: 20. Dezember 2019)
Hebammenreformgesetz (HebRefG)	1. Januar 2019	Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) (Bundestag, 1. Lesung: 12. Dezember 2019)
Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch	29. März 2019	Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen (Bundesrat, 1. Durchgang: 14. Februar 2020)
Organspendegesetz (GZSO)	1. April 2019	Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken (Bundesrat, 1. Durchgang: 20. September 2019)
Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)	11. Mai 2019	Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReg), (Kabinett: 12. Februar 2020)
Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV)	16. August 2019	Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (Referentenentwurf: 8. Januar 2020; soll Ende 2020 verabschiedet werden)
Digitale Versorgung-Gesetz (DVG)	19. Dezember 2019	Patientendaten-Schutzgesetz (PDStG) (Referentenentwurf: 4. Februar 2020)
MDK-Reformgesetz	1. Januar 2020	
GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz (GKV-BRG)	1. Januar 2020	
Implantateregister-Errichtungsgesetz (EIRD)	1. Januar 2020	
Masernschutzgesetz	1. März 2020	
Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung	Wintersemester 2020/21	
PTA-Reformgesetz	1. Januar 2021	



— ” —
Wir brauchen in Zeiten
des Ärztemangels
Gestaltungsfreiheit
und nicht immer
wieder neuen
gesetzgeberischen
Regulierungswahn.

**Dr. Barbara Römer,
Vorsitzende des Haus-
ärztesverbands RLP**



— ” —
Es profitieren die
Patienten, die sich
am vehementesten
durchsetzen und nicht
unbedingt die am
meisten von Krankheit
betroffenen.

**Dr. Gundolf Berg,
Vorsitzender des
Facharztverbands RLP**

mehr ist zentraler Bestandteil hausärztlicher Identität. Hierfür hätte es keiner neuen gesetzlichen Regelung bedurft“, sagt die Fachärztin für Allgemeinmedizin. „An der Versorgung unserer Patienten ändert sich – abgesehen von noch mehr Bürokratie – durch das TSVG im Praxisalltag nichts.“

TSVG bringt keine neuen Ressourcen in den Praxen

Auch der Vorsitzende des Facharztverbandes Rheinland-Pfalz Dr. Gundolf Berg ist der Meinung, dass es bezüglich der Erhöhung der Sprechstundenzeiten kein Gesetz gebraucht hätte. „Perspektivisch dürften sich aber Abläufe ändern, nämlich wenn die Terminservicestellen mehr Fahrt aufnehmen“, meint der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie. Er plädiert für ausreichende, adäquat bezahlte fachärztliche Ressourcen und eine verbesserte intelligente Steuerung in der Versorgung.

Sein Fazit: „Die neuen Leistungen, die durch das TSVG ins System kamen, unterstützen vor allem das Versprechen der Politik an die Bevölkerung, dass trotz budgetierter Gesamtvergütung ärztliche Leistungen in Deutschland stets sofort auf Wunsch des Patienten zu erhalten sind. Dass die neuen Angebote wie die offene Sprechstunde dann zumindest auch extrabudgetär vergütet werden, ist insofern wenigstens logisch konsequent und darf auch nicht anders sein. Daraus erwachsen aber keine neuen Ressourcen in den Praxen, sodass es letztlich wohl vor allem zu einer gewissen Umorganisation der Praxen führen wird.“

Honorarverbesserungen noch nicht spürbar

Das TSVG bringt zudem neue Abrechnungsregeln für zusätzliches Honorar mit sich. So werden beispielsweise Leistungen bei Personen, die über die Terminservicestelle (TSS) vermittelt wurden, extrabudgetär vergütet. 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 Patientinnen und Patienten und solche, die in die offene Sprechstunde kommen sowie die durch den Hausarzt in dringenden Fällen vermittelt wurden.

Honorarverbesserungen zugunsten der Allgemeinmedizin kann Dr. Römer jedoch bisher nicht erkennen: „Im Gegenteil: Durch die Bereinigung der derzeit außerbudgetären TSVG- und Neupatientenfälle sind künftig sogar Honorarverschlechterungen zu erwarten“, ist sie überzeugt. Hausärzte bräuchten in Zeiten des Ärztemangels Gestaltungsfreiheit und nicht immer wieder neuen, teuren gesetzgeberischen Regulierungswahn“, so Dr. Römer. Dr. Gundolf Berg sieht die gesetzlichen Vorgaben zur Ausgestaltung des EBM als schwierig an, da sie eine Umverteilung verordneten und damit zu Unruhe innerhalb der Ärzteschaft führten. „Es bleibt zu hoffen, dass es hier gelingt, zu guten Lösungen in der Honorarverteilung zu kommen. Rheinland-Pfalz ist da bereits sehr gut aufgestellt. Ich hoffe, dass dies auch weiterhin so gehalten werden kann“, sagt er.

Psychotherapeutische Ausbildungsreform greift ab dem Wintersemester 2020

Das **Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung** (PsychTHGAusRefG) greift ab dem Wintersemester 2020 und ebnet den Weg für ein direktes Universitätsstudium zur Ausbildung in der Psychotherapie. Künftig soll die Approbation als Psychotherapeutin oder als Psychotherapeut nach einem Universitätsstudium erteilt werden. „Die anschließende kammerdefinierte fünfjährige Weiterbildung kann noch besser auf die Erfordernisse eines patientengerechten Versorgungsangebotes vorbereiten und ermöglicht die Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung“, lobt der Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung Gebhard Hent-

schel. Der Diplom-Psychologe begrüßt zudem „sinnvolle strukturelle Verbesserungen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung“ durch das Gesetz. Dies ist beispielsweise das Angebot probatorischer Sitzungen während eines Klinikaufenthalts, die künftig den Übergang in die anschließende ambulante Psychotherapie erleichtern sollen.

Weitere für Praxen relevante Gesetze aus dem Hause Spahn

Auch das **MDK-Reformgesetz**, ein Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen des Medizinischen Dienstes, hat Auswirkungen auf Niedergelassene. Denn darin ist vorgesehen, im Rahmen der Förderung der Weiterbildung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung wenigstens 250 angehende Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte zu fördern. Somit entfallen künftig mindestens 12,5 Prozent der insgesamt bundesweit 2.000 Stellen auf den pädiatrischen Bereich.

Im **Masernschutzgesetz** ist geregelt, dass Kinder und Beschäftigte im Gesundheitswesen künftig einen ausreichenden Impfschutz beziehungsweise eine Immunität gegen Masern nachweisen müssen. Das Gesetz gilt also auch für KV-RLP-Mitglieder sowie für das Praxispersonal, soweit die Person nach 1970 geboren ist. Die Masernimpfpflicht greift ab dem 1. März 2020. Für diejenigen, die bereits in einer Praxis arbeiten, gilt eine Nachweispflicht bis zum 31. Juli 2021. Künftig dürfen alle Ärztinnen und Ärzte – außer für die Zahnmedizin – impfen.

Mit dem **Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG)** möchte die Bundesregierung den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen fairer und zielgenauer gestalten. Für die Praxen ist das Gesetz insofern von Bedeutung, da in dem Gesetz eine sogenannte „Manipulationsbremse“ eingebaut wurde. Sie soll gewährleisten, dass sich eine „Kodierbeeinflussung“ nicht mehr lohnt. In der Vergangenheit habe es laut Ministerium Versuche einzelner Krankenkassen gegeben, auf die Diagnosestellung von Ärztinnen und Ärzten Einfluss zu nehmen. Wenn die Diagnosekodierungen bei bestimmten Krankheiten auffällig stark steigen, bekommen alle Krankenkassen hierfür künftig keine Zuweisungen mehr. ■

„DIE GRENZE DER BELASTBARKEIT IST SCHON LÄNGST ERREICHT“

Im Interview mit KV PRAXIS blicken Dr. Olaf Döscher, Vorsitzender der Vertreterversammlung (VV), und sein Stellvertreter Dr. Karlheinz Kurfeß zufrieden auf die bisherige Legislaturperiode. Sorgen bereitet ihnen dagegen die immer stärker ausufernde Flut an Gesetzen und Gesetzesvorhaben, die die Kolleginnen und Kollegen an ihre physische und psychische Grenze bringt.

KV PRAXIS: Herr Dr. Döscher, Herr Dr. Kurfeß, wenn Sie die Zeit seit Ihrer Wahl zum VV-Vorsitz im Januar 2017 Revue passieren lassen: Wie steht es um die KV RLP?

Dr. Olaf Döscher: Trotz der sich stärker zuspitzenden Probleme bei den Allgemeinärzten und Spezialisten und trotz oder gerade wegen fehlender politischer Unterstützung befindet sich die KV RLP in einer guten, weil stabilen Lage. Nach wie vor bestehen überhaupt keine Friktionen zwischen uns – der VV – und dem Vorstand. Die Abstimmungsprozesse verlaufen störungsfrei; nach drei Jahren Zusammenarbeit mit dem Vorstand eine reife Leistung!

Dr. Karlheinz Kurfeß: Die KV RLP ist seit Januar 2017 eine durch und durch gesunde und vitale Institution. Zusammen mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erfüllen Vorstand und Vertreterversammlung ihre Aufgaben mit großem Engagement und sehr gutem Erfolg.

Was konnten Sie für die Mitglieder in den vergangenen drei Jahren nicht nur berufspolitisch erreichen und was haben Sie sich noch für die zweite Hälfte der VV-Legislaturperiode vorgenommen?

Dr. Kurfeß: Die KV RLP hat sehr vieles umsetzen müssen, was ihr von außen über die KBV oder über politische Entscheidungen auferlegt wurde. Das hat sie mit Augenmaß gemacht und dabei immer die Kolleginnen und Kollegen im Auge gehabt, die das jeweils betrifft. An unserer Hauptsorge, der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung unserer Patienten, wurde und wird mit Hochdruck und immer neuen und kreativen Ideen gearbeitet. Hier gebührt insbesondere unserer Abteilung Sicherstellung allergrößte Anerkennung. Wir haben uns für die zweite Hälfte der Legislaturperiode auch vorgenommen, noch deutlich politischer zu werden. Wir möchten, dass die Politik uns nicht nur wahrnimmt, sondern in ihre Entscheidungen das, was wir wollen, auch einfließen lässt.



Wir erwarten uns von der Politik mehr Empathie gegenüber der ärztlichen Arbeit.

Dr. Olaf Döscher (rechts)

Wir wollen in der zweiten Hälfte der Legislaturperiode noch deutlich politischer werden.

Dr. Karlheinz Kurfeß (links)



Dr. Döscher: Wenn ich noch ergänzen darf: Wir haben bei unserem jüngsten Treffen mit Vertretern des Landesgesundheitsministeriums deutlich gemacht, dass wir nicht mehr bereit sind, uns als Nebenabteilung des Ministeriums ansehen zu lassen. Wir sind selbstbewusst genug, um auf der Regelung unserer „eigenen“ Angelegenheiten zu bestehen.

Seit der Fusion 2005 haben wir den Prozess der politischen Vertretung der KV kontinuierlich ausgebaut. Dieser konstruktive Prozess ist nicht für jedes Mitglied ersichtlich oder an einzelnen Aspekten messbar. Unsere Mitglieder werden gut vertreten und sind jederzeit aufgefordert, uns auch als Dienstleister in Anspruch zu nehmen. Die Zeiten, in denen die KV RLP nur als bestrafende Organisation wahrgenommen wurde, sind endgültig vorbei.

Sie haben diese Kritik gegenüber dem Ministerium bereits auf der VV im November vergangenen Jahres geäußert und zugleich davor gewarnt, dass die Belastbarkeit der Ärzteschaft durch weitere gesetzliche Vorgaben allmählich an ihre Grenze stößt ...

Dr. Döscher: Das war noch sehr freundlich ausgedrückt, denn die Grenze der Belastbarkeit ist in Wahrheit schon längst erreicht und teilweise überschritten. Der Grund dafür ist nicht einmal die Honorierung, sondern dass die Arbeitsbedingungen unzumutbar geworden sind. Wir erfüllen als Ärzte eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und fordern klare Unterstützung von der Politik. Diese scheint jedoch leider nicht in der Lage zu sein, unsere Position zu vertreten. Wir erwarten uns von der Politik mehr Empathie gegenüber der ärztlichen Arbeit und den Schutz vor ungerechtfertigten Angriffen. Außerdem benötigen wir den völligen Verzicht auf Regressionsmaßnahmen, die Abschaffung der Bedarfsplanung, die Entbudgetierung, die Rückführung der Bürokratie sowie akzeptable Arbeitsbedingungen,

damit mehr Ärztinnen und Ärzte unseren Versorgungsauftrag weiterhin zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten erfüllen können.

Als ermächtigter Arzt haben Sie, Herr Dr. Kurfeß, ja auch einen Einblick in den stationären Sektor. Wie würden Sie die Stimmung an der Basis einschätzen? Ist für einige Kolleginnen und Kollegen die Grenze der physischen und psychischen Belastbarkeit hier nicht auch schon lange überschritten?

Dr. Kurfeß: Die Stimmung im stationären Sektor ist – vor allem an der Basis – nicht gut. 20 Prozent unserer jungen Kolleginnen und Kollegen spielen mit dem Gedanken, ihre Klinik Tätigkeit in den nächsten Jahren zu beenden. Die Grenzen der physischen und psychischen Belastung sind erreicht, die überbordende Bürokratie würgt jede Freude an unserem an sich so schönen Beruf vollends ab. Die Konsequenz ist die zunehmende Inanspruchnahme von Teilzeitbeschäftigungen, um sich so noch ein wenig persönliche Freiheit zu erkaufen. Die Finanzierung der Kliniken über die DRGs macht diese zu Gesundheitsfabriken und zwingt zu erlösorientiertem Handeln. Das ist für Ärztinnen und Ärzte unerträglich.

Da wir vorhin über den ärztlichen Nachwuchs sprachen: Wie kann es gelingen, die junge Medizinergeneration nicht nur für die Niederlassung, sondern auch stärker für ein berufspolitisches Engagement zu gewinnen? Mein Eindruck ist, dass diese Altersgruppe in den VV-Gremien noch stark unterrepräsentiert ist.

Dr. Kurfeß: Wir brauchen junge Kolleginnen und Kollegen in der Berufspolitik und damit natürlich auch in der VV der KV RLP. Dafür werben wir in den Kammern und in der KV. Ein sehr schönes Beispiel, wo dies gelungen ist, ist unser Beratender Fachausschuss für angestellte Ärzte. Hier arbeiten erfahrene



In der Vertreterversammlung der KV RLP soll die jüngere Generation künftig stärker als heute präsent sein.

Berufspolitiker mit jungen Kolleginnen und Kollegen zusammen. Ich bin mir sicher, dass einige davon in der nächsten Legislaturperiode auch in unserer VV vertreten sein werden.

Dr. Döscher: Die Hausärzte sind im Vergleich zu den anderen ärztlichen Fachgruppen recht homogen organisiert. Das heißt, wir haben regelmäßige Vorstands- und Beiratssitzungen. Bei der Wahl zur letzten VV haben wir bei der Listendiskussion sehr darauf geachtet, dass wir eine qualifizierte Frauenquote haben, und haben auch den Altersdurchschnitt gesenkt. Die hausärztliche Gruppe ist jetzt ganz anders zusammengesetzt als in der vorhergehenden VV-Periode. Uns ist bewusst, dass wir gezielt jüngere Mitglieder in den berufspolitischen Prozess des Verbandes und der KV einbinden müssen. Wenn es uns gelingt, die alltäglichen Arbeitsbedingungen erträglich und leistbar zu gestalten, können Freiräume für berufspolitisches Engagement geschaffen werden.

Zu den umstrittensten Gesetzen in dieser Legislaturperiode dürfte wohl das Terminservice- und Versorgungsgesetz zählen. Viele Kolleginnen und Kollegen empfinden vor allem die Vorgaben zu den Sprechstunden als bevormundend. Inwiefern hat sich dieses Gesetz im Praxisalltag bisher ausgewirkt? Was ist Ihre Einschätzung, Herr Dr. Döscher?

Dr. Döscher: Für mich als Allgemeinmediziner hat das TSVG bisher überhaupt keinen messbaren Einfluss auf die Terminvergabe. Es werden kaum schnellere Termine vergeben, geschweige denn, dass dadurch auch nur eine einzige Arztstelle geschaffen wird.

Seit dem 1. Januar schreibt das TSVG vor, dass die Terminservicestellen über die 116117 rund um die Uhr erreichbar sind. Unser neuer Patientenservice 116117 wurde bereits personell aufgestockt und es werden weiterhin Mitarbeiterinnen ge-

sucht. Wenn es uns gelingt, die anrufenden Patienten so intelligent zu steuern, dass nur die echten Notfälle in den Notaufnahmen der Krankenhäuser landen und alle anderen Fälle die ärztlichen Bereitschaftspraxen aufsuchen, kann für uns ein Vorteil daraus erwachsen.

Allerdings sind wir es leid, uns zu jeder x-beliebigen Zeit mit einem neuen Gesetzesvorhaben auseinandersetzen zu müssen. Das ist nicht mehr leistbar. Insofern richtet das TSVG eher Schaden als Nutzen an.

Herr Dr. Kurfeß, wie ist das TSVG aus Sicht der Krankenhäuser zu bewerten?

Dr. Kurfeß: Das TSVG ist ein Omnibus-Gesetz. Wichtig für die Krankenhäuser sind vor allem die Regelungen für Medizinische Versorgungszentren. Hier wurde das Gesetz nachgebessert. Insbesondere im ländlichen Raum ist es dadurch meiner Einschätzung nach möglich, die medizinische Versorgung zu verbessern. Ich weiß dabei natürlich auch, dass man das sehr kontrovers diskutieren kann.

Die Hälfte der Legislaturperiode ist nicht nur hier in der KV RLP, sondern auch für die Große Koalition erreicht. Wenn Sie ein Zwischenzeugnis für den Gesundheitsminister Herrn Spahn ausstellen könnten, was würde da drin stehen?

Dr. Kurfeß: Mein Zeugniskommentar würde so aussehen: „Seine Regulierungs- und Änderungswut hinsichtlich der ärztlichen Freiberuflichkeit war nicht geeignet, die medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger zu verbessern bzw. sicherzustellen. Es ist ihm nicht gelungen, den ärztlichen Nachwuchs zu motivieren. Er hat ihn eher abgeschreckt, den Beruf des Arztes zum Beispiel auf dem Land auszuüben. Echte Probleme wie die Entbudgetierung, die Aufhebung der Bedarfsplanung und die Selbstbeteiligung der Patienten hat er nur halbherzig oder gar nicht in Angriff genommen. Die Leistungen sind insgesamt lediglich als ausreichend zu bewerten. Die Selbstdarstellung gelingt ihm regelhaft sehr gut und beeindruckt vor allem die von ihm geschätzten Wähler. Sie bringt jedoch keinen einzigen neuen Arzt ins System.“

Dr. Döscher: Den Ausführungen meines Kollegen kann ich mich nur anschließen. Wir stehen mit den regionalen politischen Verantwortungsträgern regelmäßig im Austausch. Diese sind jedoch reine Kommunalpolitiker, die vor allem darauf bedacht sind, ihre medizinischen Probleme vor Ort zu lösen. Die Kenntnisse über die Aufgaben und Möglichkeiten einer Kassenärztlichen Vereinigung sind marginal; eigene Lösungsansätze der definierten Probleme kaum verwertbar.

Herzlichen Dank für das Gespräch! ■

DIE KV RLP FÖRDERT NIEDERLASSUNGSWILLIGE AUCH IM NEUEN JAHR

Zum 1. Januar 2020 ist die geänderte Strukturfonds-Richtlinie in Kraft getreten. Ärztinnen und Ärzte, die sich in strukturschwachen Regionen niederlassen, erhalten ab diesem Jahr einen einmaligen Zuschuss von 39.000 Euro bei vollem Versorgungsauftrag. Die Fördersumme liegt bei einem halben Versorgungsauftrag entsprechend bei einmalig 19.500 Euro. Die Zweigpraxisförderung erfolgt einmalig in Höhe von 19.500 Euro und die Anstellungsförderung beläuft sich nunmehr auf 162,50 bis 650 Euro pro Monat, je nach



Das Fördervolumen für Niederlassungswillige musste 2020 angepasst werden.

wöchentlichem Stundenumfang für maximal 60 Monate. Auf die Förderung der Zusatz-Weiterbildung „suchtmedizinische Grundversorgung“, des Kurses „psychosomatische Grundversorgung“ und die Förderung von akademischen Lehrpraxen entfallen zusammen 17 Prozent der Fördermittel (702.500 Euro).

Für den Strukturfonds sind 0,2 Prozent der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung vorgesehen. Die gesetzlichen Krankenkassen stellen zusätzlich den gleichen Prozentsatz zur Verfügung. ■

DIGITALE STATISTIKEN EINGERICHTET

Mit dem neuen Service der KV RLP – den digitalen Statistiken – haben Interessierte ab sofort die Möglichkeit, sich über Filterfunktionen einfach und zielgenau die Information zur Honorarentwicklung und aus der Versorgungsforschung anzeigen zu lassen, die sie tatsächlich interessieren.

Die digitalen Statistiken umfassen derzeit die

- Altersstruktur der Niedergelassenen für jede Kreisregion,
- die Honorarentwicklung sowohl für ganze Fachgruppen als auch Durchschnittswerte für in Vollzeit tätige Niedergelassene sowie
- die Vergütungsbestandteile je Arztgruppe und Quartal. ■

 www.kv-rlp.de/239896

KRITIK AM PATIENTENDATEN-SCHUTZGESETZ

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) lehnt den Referentenentwurf zum Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG) in der aktuellen Form ab. „Digitalisierung muss sich daran messen lassen, wie sie die Versorgung der Patienten verbessert und wie sie hilft, die Arbeit der Kolleginnen und Kollegen in den Praxen zu entlasten – ohne dabei zusätzliche Kosten zu verursachen. Eindeutige Antworten auf diese notwendigen Zielsetzungen erkenne ich in diesem Entwurf nicht“, erklärte KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen. Auf den Aspekt der IT-Sicherheit ging Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel ein. „Die Verantwortung für die IT-Sicherheit der Komponenten darf nicht auf die Arztpraxen abgewälzt werden. Hier ist der Gesetzgeber aufgefordert, klare Vorgaben zur Finanzierung der Strukturkosten zu setzen.“ ■

MEHR GELD FÜR DIE WEITERBILDUNGSFÖRDERUNG

Die KV RLP wird den Förderbetrag für die Weiterbildung bestimmter ärztlicher Fachgruppen um 200 Euro von 4.800 Euro auf 5.000 Euro zum 1. Juli 2020 erhöhen. Rechtsgrundlage ist eine zwischen der KBV, dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geänderte Vereinbarung (§ 75a SGB V). Derzeit sind folgende Fachgebiete förderfähig:

- Allgemeinmedizin,
- Augenheilkunde,
- Kinder- und Jugendmedizin,
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Chirurgie und Orthopädie,
- Nervenärzte.



Der Förderbetrag wird paritätisch von den gesetzlichen Krankenkassen und den KVen getragen. ■

INTEGRIERTE NOTFALLVERSORGUNG

SICHERSTELLUNGS-AUFTRAG FÜR DIE KVEN WIRD ERWEITERT

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn will mit seinem vorgelegten Gesetzesentwurf die ambulante und stationäre Notfallversorgung in Deutschland grundlegend umstrukturieren. Den Kassenärztlichen Vereinigungen kommt dabei eine Führungsrolle zu.

Ein erster, nicht mit der Hausleitung abgestimmter Diskussionsentwurf zur Reform der Notfallversorgung vom Sommer 2019 war bei den Kassenärztlichen Vereinigungen auf scharfe Kritik gestoßen. Darin war noch angedacht, den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung in der sprechstundenfreien Zeit zu entziehen und auf die Länder zu übertragen. Der aktuelle Referentenentwurf erkennt nun erstmals die tragende Rolle der KVen bei der Organisation der Notfallversorgung an. Ziel ist es, die Notfallambulanzen der Krankenhäuser, die Rettungsdienste und die ärztlichen Bereitschaftsdienste besser zu verzahnen – „damit jeder Patient genau die Versorgung bekommt, die er braucht“, bringt es der Minister auf den Punkt. Dadurch sollen „unnötige Warteschlangen im Krankenhaus“ künftig der Vergangenheit angehören.

Der Reformvorschlag baut auf drei wesentlichen Bausteinen auf: den Integrierten Notfallzentren, dem Gemeinsamen Notfallsystem und der medizinischen Notfallrettung.

Ersteinschätzung in den Integrierten Notfallzentren

Laut dem Referentenentwurf sollen die INZ an „ausgewählten Krankenhäusern“ eingerichtet werden und als erste Anlaufstelle der Notfallversorgung den Patientinnen und Patienten 24 Stunden täglich zur Verfügung stehen. In den INZ erhalten sie nach den Vorstellungen des Ministeriums künftig eine Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs, das



Im Modell des Gemeinsamen Notfallsystems sollen die Versicherten selbst entscheiden, ob sie die 116117 oder die 112 wählen.

heißt, in den INZ soll entschieden werden, ob Menschen stationär in der Klinik oder ambulant versorgt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll festlegen, wie die INZ ausgestattet werden, wie das Verfahren der Ersteinschätzung gestaltet wird und welchen Umfang die dort zu leistende notdienstliche Versorgung haben wird. Über die Standorte der INZ entscheiden die erweiterten Landesausschüsse, in denen jeweils die gesetzlichen Krankenkassen, Landes-KV und Landeskrankenhausesgesellschaft vertreten sind. Finanziert würden die INZ durch eine Grundpauschale je INZ und nach Schweregrad der

differenzierten Inanspruchnahme-Pauschalen außerhalb des Budgets der KV. Bei einer ambulanten notdienstlichen Versorgung in Krankenhäusern ohne INZ ist ein Vergütungsabschlag in Höhe von 50 Prozent vorgesehen.

Die INZ würden nach den Plänen gemeinsam von den KVen und den Krankenhäusern betrieben, wobei die fachliche Leitung die jeweilige KV innehaben soll. Der Vorstand der KV RLP begrüßt diese Regelung. Abzuwarten bleibe, welche und wie viele „geeignete Krankenhausstandorte“ für den Betrieb der INZ ausgewählt werden. „Aus unserer

Sicht lassen sich diese INZ nur in Krankenhäusern der Maximalversorgung realisieren“, gibt der Vorstand der KV RLP zu bedenken. „Dafür kommen in Rheinland-Pfalz höchstens acht Standorte infrage.“

Skeptisch zeigt sich der Vorstand hinsichtlich der vorgesehenen Rund-um-die-Uhr-Versorgung. Angesichts der rückläufigen Arztressourcen ist eine flächendeckende Errichtung von INZ an nahezu jedem Krankenhausstandort nicht realisierbar. Hier erwartet der Vorstand den Einsatz weiterer geeigneter Instrumente zur Patientensteuerung. „Darüber hinaus ist in Rheinland-Pfalz die ambulante Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten über den zum Jahresbeginn gestarteten Patientenservice 116117 zufriedenstellend gesichert. Bei Bedarf werden Patienten an die bereits bestehenden 47 ärztlichen Bereitschaftspraxen weitergeleitet. Eine Demontage der Strukturen würde eher zu einer Verschlechterung der Versorgung führen.“

GNL: Enge Abstimmung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor

Eine zentrale telefonische Lotsenfunktion der integrierten medizinischen Notfallversorgung nimmt das Gemeinsame Notfallsystem (GNL) in dem Modell ein. Bei einem Anruf unter der Nummer 116117 oder 112 sollen alle „schnell die erforderliche Hilfe erhalten. Dies kann die Notfallversorgung vor Ort, eine Rettungsfahrt, eine telemedizinische Behandlung oder ein Hausbesuch durch den Ärztlichen Bereitschaftsdienst sein“, verspricht das Ministerium. Problematisch an dem Vorhaben: Versicherte beziehungsweise Dritte müssen selbst differenzieren, ob sie die 112 oder erst die 116117 wählen.

Vorgesehen ist im Entwurf eine „umfassende Kooperation der an der medizinischen Notfallversorgung Beteiligten, die



Für Leistungen der medizinischen Notfallrettung soll künftig die GKV zuständig sein.

sich ganz wesentlich auf eine digitale Vernetzung und eine zentrale Steuerung durch das GNL stützt.“ Die Aufgaben in dem GNL verteilen sich so:

- Die Rettungsleitstellen disponieren unter 112 die medizinische Notfallrettung und Krankentransporte zur notdienstlichen Versorgung.
- Die KV disponiert unter der 116117 die notdienstliche Versorgung in INZ. Sofern ein Träger einer Rettungsleitstelle der Rufnummer 112 ein gemeinsames Notfallsystem bilden möchte, ist die jeweilige KV dazu verpflichtet.
- Eine Disposition ist über Ländergrenzen hinweg möglich.

Näheres zur Arbeit des GNL wird der G-BA in Richtlinien bestimmen. Geklärt werden dabei die Themen Kooperationsverpflichtung, digitale Vernetzung und eine bundesweit einheitliche, nicht versichertenbezogene Erfassung der medizinischen Notfallversorgung.

Bei der Finanzierung des GNL sind die KVen außen vor: Die Krankenkassen schließen gemeinsam und einheitlich Verträge mit der jeweiligen Landesbehörde beziehungsweise den Trägern der Rettungsleitstelle. Zur Errichtung und digitalen Vernetzung zahlt die GKV einmalig 25 Millionen Euro.

Der Rettungsdienst als eigener Leistungsbereich in der GKV

Leistungen der medizinischen Notfallrettung, das heißt die Versorgung am Notfallort und die Rettungsfahrten, die nach den Landesrettungsdienstgesetzen erbracht werden, sollen jeweils eigenständige Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Sofern das GNL Patientinnen und Patienten in den INZ als Notfall einstuft, übernimmt die GKV auch die Fahrten dorthin. Dazu vereinbaren die Krankenkassen mit den Landesbehörden beziehungsweise Trägern der Rettungsdienste gemeinsam und einheitlich Verträge zur Vergütung. Weiter heißt es im Referentenentwurf, dass Krankentransporte zur notdienstlichen Versorgung über die Rettungsleitstellen der Länder künftig „ohne gesonderte ärztliche Verordnung disponiert werden“ können.

Geplant ist, das Gesetz bis Ende dieses Jahres zu verabschieden. Anschließend würde der G-BA die Details regeln. Es ist davon auszugehen, dass die Reform mit der Mehrheit der Großen Koalition im Bundestag beschlossen wird, denn das Gesetz ist im Bundesrat nicht zustimmungspflichtig. ■

ÄRZTESCHAFT FORDERT EU-STRATEGIE GEGEN LIEFERENGPÄSSE

Die Bundesregierung verschärft die Auflagen für Pharmaunternehmen und Großhändler bei möglichen versorgungsrelevanten Lieferengpässen. Auch die Ärzteschaft sieht europaweiten Handlungsbedarf.



Liefer- und Versorgungsengpässe von Arzneimitteln stellen europa- und weltweit ein zunehmendes Problem dar.

Am 13. Februar 2020 hat der Bundestag ein neues Gesetz verabschiedet, das Ende März/Anfang April 2020 in Kraft treten und den Wettbewerb zwischen den Kassen fairer und zielgenauer gestalten soll, das Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV (FKG). Darin ist auch ein Maßnahmenpaket gegen die Lieferengpässe von Arzneimitteln vorgesehen:

- Meldepflicht für Industrie und Großhandel gegenüber den Bundesoberbehörden (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – BfArM, Paul-Ehrlich-Institut – PEI) zu versorgungsrelevanten Arzneimitteln
- Lagerhaltung versorgungskritischer Arzneimittel: Vorgaben der Bundesoberbehörden an pharmazeutische Unternehmer und Arzneimittelgroßhandlungen möglich
- Schnellere Abgabemöglichkeit nicht in deutscher Sprache beschrifteter Arzneimittel sowie nicht rabattierter Arzneimittel
- Ermächtigungsgrundlage für Bundesbehörden für Veranlassung weiterer Maßnahmen
- Neuer Beirat beim BfArM zur kontinuierlichen Beobachtung und Bewertung der Versorgungslage sowie Beratung der Bundesoberbehörden hinsichtlich geeigneter Maßnahmen

Das Thema Lieferengpässe bei Arzneimitteln war zuvor Thema eines Treffens von Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen am 23. Januar 2020 in Brüssel. Dort diskutierten Vertreter von Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlicher Bundesver-

einigung (KBV), EU-Kommission, Europäischem Parlament, Ärzteschaft, Generikahersteller und Krankenkassen über eine europäische Strategie gegen die zunehmenden Arzneimittel-Lieferengpässe.

Liefer- und Versorgungsengpässe von Arzneimitteln stellen in Deutschland, anderen EU-Staaten und auch weltweit ein zunehmendes Problem für Patientinnen und Patienten, Ärzte- und Apothekerschaft dar. Deren Ursachen sind vielfältig. Politisch-gesetzgeberische Regulierungen führten dazu, dass

- pharmazeutische Unternehmer die Produktion von Rohstoffen und Arzneimitteln zunehmend ins außereuropäische Ausland verlagern (u. a. wegen Kostendrucks),
- eine Marktkonzentration auf wenige Hersteller stattfindet (u. a. Rabatt-, Impfverträge),
- Qualitätsprobleme auftreten, nicht zuletzt durch die zeitlich und räumlich erschwerte Überwachung außereuropäischer Produktionsstätten, zum Beispiel am Produktionsstandort China für den Weltmarkt – Stichwort: 2019-nCoV (Coronavirus),
- unzureichend über bestehende oder drohende Engpässe informiert wird und
- die pharmazeutische Industrie überdurchschnittlich hohe Preise für neuartige Arzneimittel-Therapien festlegt (Kompensationsmechanismen).

Als Gegenmaßnahmen verschiedener EU-Mitgliedstaaten sind beispielsweise eine verpflichtende Meldung von Lieferengpässen, erweiterte Lagerhaltungspflichten oder Exportverbote im Gespräch. Solche einseitigen nationalen Maßnahmen dürften jedoch die Versorgungslage in anderen europäischen Mitgliedstaaten verschlechtern, ohne die Verfügbarkeit insgesamt zu verbessern. Deshalb spricht sich BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt dafür aus, die Produktion von Arzneimitteln und Wirkstoffen nach Europa zurückzuholen. Dies verkürze die Lieferwege und erleichtere die Überwachung der Arzneimittelherstellung. Außerdem könnten so europäische Standards bei Umweltschutz, Produktionssicherheit und Arbeitsbedingungen sichergestellt werden.

Die Ärztevertreter fordern internationale Lösungen und betonen die Notwendigkeit eines koordinierten Handelns auf EU-Ebene. Die europäische Strategie sollte kurzfristig wirksame und realisierbare Vorschläge sowohl zur Vermeidung von Engpässen als auch zum Umgang mit solchen beinhalten.

Die Generikahersteller kritisieren die einseitige Fixierung auf den Preis. Infolgedessen zögen sich die pharmazeutischen Unternehmen von den verschiedenen Märkten zurück. Dies wirke sich auf das Angebot der Apotheken aus, wenn 70 Prozent der verschriebenen Arzneimittel aus dem Generikamarkt stammen.

VERGÜTUNG

EBM-REFORM FÜHRT ZU UMVERTEILUNGEN

Das zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband ausgehandelte Ergebnis zur Reform des EBM zum 1. April 2020 hat in weiten Teilen der Ärzteschaft für Enttäuschung gesorgt. Die Aufwertung der sprechenden Medizin geht zulasten der kostenintensiven spezialisierten fachärztlichen Versorgung.

Eine EBM-Reform war aus mehreren Gründen notwendig geworden:

Aktualisierung der Bewertungsgrundlage

Die Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen und die zugrunde liegenden Daten sind seit dem Jahr 2008 weitgehend unverändert geblieben. Daher war eine Aktualisierung der Datengrundlage überfällig. Diese Anpassung betrifft sowohl die Zeitansätze für die Erbringung der einzelnen Leistungen, den kalkulatorischen Arztlohn pro Minute als auch die Praxiskosten auf Basis der zugrunde gelegten Modellpraxis je Fachgruppe.

Einige dringend notwendige Anpassungen wie die Berücksichtigung der in den letzten acht Jahren gestiegenen Hygienekos-

Europäisches Meldesystem für Engpässe

Auf Basis einer europäischen Liste versorgungsrelevanter Arzneimittel soll im Falle bestehender oder absehbarer Engpässe eine Meldepflicht an die zuständigen nationalen Stellen und die Europäische Arzneimittel-Agentur eingeführt werden. Hierfür ist ein einheitliches elektronisches Format notwendig. Die Weiterleitung von Meldungen an alle nationalen Stellen ist erforderlich, damit diese geeignete Maßnahmen ergreifen können. Sinnvoll aufbereitete Meldungen müssen außerdem für Praxen, Krankenhäuser und Apotheken zugänglich sein, um sich rechtzeitig auf drohende Engpässe einstellen zu können.

Überarbeitung des EU-Vergaberechts

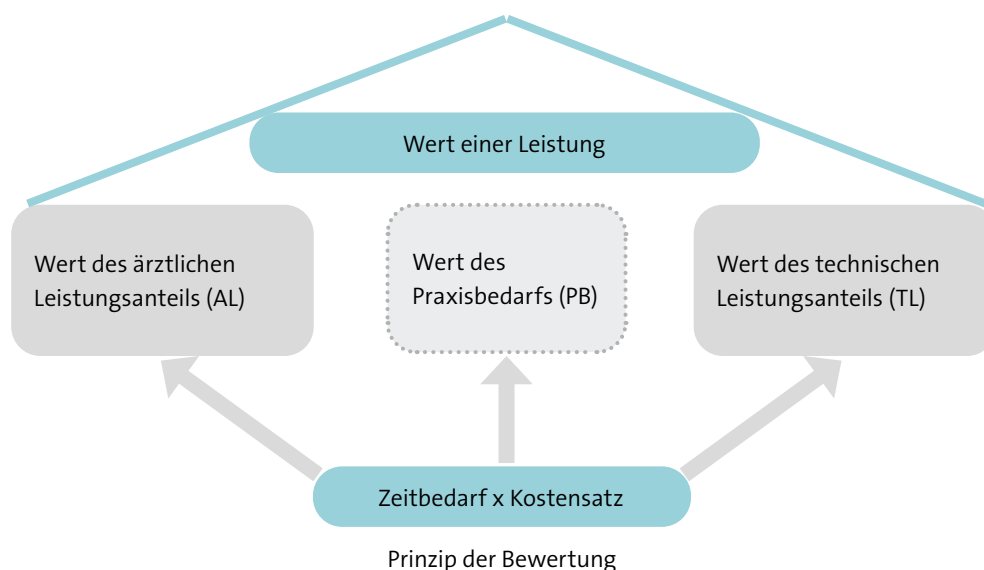
Im November 2019 äußerte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, die Überarbeitung des europäischen Vergaberechts anzustoßen. Dabei solle das Augenmerk bei den Zuschlägen nicht nur auf den Preis, sondern auch auf die Produktionsstandorte gelegt werden. Dies könnte dann eine wirksamere Maßnahme gegen die Lieferengpass-Problematik darstellen. ■

ten oder die deutliche Aufwertung der Hausbesuche bleiben mit der jetzigen EBM-Reform jedoch unberücksichtigt, da die Krankenkassen nicht bereit waren, hierfür zusätzliches Geld zur Verfügung zu stellen.

Gesetzliche Vorgaben

Der Gesetzgeber hatte dem Bewertungsausschuss den Auftrag erteilt, die Angemessenheit der Bewertung der Leistungen im EBM zu überprüfen. Ziel war eine Absenkung der technischen Leistungen zugunsten der Förderung der sprechenden Medizin. Diesem gesetzlichen Auftrag liegt zugrunde, dass das verfügbare Einkommen von Ärztinnen und Ärzten im Bereich Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie deutlich unter dem Durchschnitt aller Fachgruppen liegt und umgekehrt das

Kalkulationsmodell zur Bewertung vertragsärztlicher Leistungen



durchschnittliche Einkommen in der Radiologie und Nuklearmedizin überproportional hoch ist.

Eckpunkte der EBM-Änderung

Die Neubewertung der ärztlichen Leistungen erfolgt auf Basis folgender Eckpunkte:

- Beibehaltung des Standardbewertungssystems (StabS) als betriebswirtschaftliche Grundlage
- Beibehaltung der Struktur des EBM; das heißt, Leistungen und Aufbau des EBM bleiben weitgehend unverändert.
- Anpassung des kalkulatorischen Arztlohnes von rund 105.000 EUR auf 117.060 EUR entsprechend der Steigerung des Orientierungswerts
- Aktualisierung der Praxiskosten auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes des Jahres 2015 fortgeschrieben auf das Jahr 2019
- Absenkung der Kalkulationszeiten zur Erbringung der Leistungen um rund 30 Prozent, da die bisherigen Kalkulationszeiten vielfach deutlich zu hoch waren
- Ausgenommen von der pauschalen Absenkung um 30 Prozent sind die Leistungen mit fester Zeittaktung wie Gesprächsleistungen und Anästhesien.

Strukturelle Änderungen

Neben der Neubewertung der bestehenden vertragsärztlichen Leistungen wurden auch einige inhaltliche Änderungen des EBM insbesondere in den Bereichen Allergologie, Kardiologie, Gynäkologie, Hautkrebscreening und Anästhesie vorgenommen (vgl. Website-Link am Ende).

Ausgabenneutralität

Da durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses aus dem Jahr 2012 die EBM-Reform ausgabenneutral und damit ohne zusätzliche Gelder der Krankenkassen zu erfolgen hat, muss die bessere Vergütung der sprechenden Medizin durch eine entsprechende Absenkung der technischen Leistungen gegenfinanziert werden. Hier war es ein wesentliches Ziel der KBV, massive Umverteilungen zwischen den Fachgruppen zu vermeiden.

Da der EBM jedoch im Einvernehmen mit den Krankenkassen beschlossen wird und diese deutlich höhere Bewertungsänderungen forderten, ließen sich negative Auswirkungen des neuen EBM auf einzelne Arztgruppen nicht vollständig vermeiden.

Modellrechnungen zu den Auswirkungen

Da die Leistungen weitgehend unverändert sind und sich lediglich die Bewertungen geändert haben, lassen sich die Auswirkungen des EBM auf das abgerechnete Punktzahlvolumen anhand vorliegender Abrechnungsdaten sehr gut einschätzen.

Nach Modellrechnungen der KBV und der KV RLP wird die EBM-Reform im hausärztlichen Bereich und bei den Fachgruppen der fachärztlichen Grundversorgung insgesamt nur zu geringen Veränderungen führen.

Deutliche Bewertungsanhebungen in einer Größenordnung von fünf bis zehn Prozent werden jedoch bei Fachgruppen der Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Anästhesie und in

der Schmerztherapie erwartet. Umgekehrt sind die Leistungen fachärztlich tätiger Internistinnen und Internisten etwa fünf Prozent und Leistungen der Radiologie und Nuklearmedizin rund zehn Prozent niedriger bewertet als bisher.

Anpassung des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM)

Sowohl die höhere Bewertung vertragsärztlicher Leistungen als auch Bewertungsabsenkungen wirken sich auf das Honorar der Praxen aus. In welchem Umfang die Bewertungsänderungen Auswirkung auf das Honorar haben, hängt vom Honorarverteilungsmaßstab im jeweiligen Bundesland ab.

In Rheinland-Pfalz wird die Vertreterversammlung am 11. März 2020 über die Anpassung des HVM an die zum 1. April 2020 geltenden geänderten Bewertungen des EBM entscheiden. Gemäß Vorlage des Vorstandes sollen die auf Basis des Vorjahres berechneten Honorarfonds an die EBM-bedingte Punktzahlentwicklung der einzelnen Fachgruppen angepasst werden. Allerdings sollen die Auswirkungen auf das Honorar je Fachgruppe durch die „Honorarklammer“ auf fünf Prozent Zuwachs bzw. Rückgang begrenzt werden.

Darüber hinaus soll die auf Basis des Punktzahlvolumens des Vorjahresquartals berechnete Mengenbegrenzung je Praxis an die Bewertungsänderungen angepasst werden. Die Anpassung soll mit einem für alle Ärztinnen und Ärzte einer Arztgruppe einheitlichen Faktor erfolgen.



Die Bewertungsanpassung ärztlicher Leistungen wirkt sich auf einzelne Fachgruppen wie in der Radiologie negativ aus.

Mit den geplanten HVM-Änderungen würden einerseits die Bewertungsänderungen durch den neuen EBM vergütungswirksam und andererseits die Auswirkungen für die von einer Bewertungsabsenkung betroffenen Fächer abgedeckt. ■

📄 Eine Übersicht über alle inhaltlichen EBM-Änderungen und die Neubewertung der wichtigsten Leistungen Ihrer Arztgruppe finden Sie unter: www.kv-rlp.de/493509.

BEWERTUNG VERTRAGSÄRZTLICHER LEISTUNGEN

Die Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen gemäß EBM erfolgt nach dem Standardbewertungssystem (Stabs). Hiernach setzt sich die Bewertung einer Leistung nach einem ärztlichen Leistungsanteil (AL) und einem technischen Leistungsanteil (TL) zusammen. Der technische Leistungsanteil (TL) soll die Praxiskosten auf Basis einer fachgruppentypischen Modellpraxis abbilden, der ärztliche Leistungsanteil (AL) die Honorierung der ärztlichen Tätigkeit widerspiegeln.

Ärztlicher Leistungsanteil (ÄL)

Der ÄL an der Bewertung ergibt sich aus dem normativen Zeitanatz des Arztes in Minuten zur Erbringung einer Leistung bewertet mit dem kalkulatorischen Arztlohn pro Minute. Dieser ergibt aus einem kalkulatorischen Arztlohn

pro Jahr dividiert durch die durchschnittliche Jahresarbeitszeit in Minuten. Dieser kalkulatorische Arztlohn pro Jahr lag im bisherigen EBM bei lediglich rund 105.000 EUR und damit deutlich geringer als das bislang als Referenzwert herangezogene Gehalt einer Oberärztin oder eines Oberarztes im Krankenhaus.

Technischer Leistungsanteil (TL)

Der TL an der Bewertung ergibt sich aus dem normativen Zeitanatz für Personal und Geräte zur Erbringung einer Leistung bewertet mit den Kosten je Minute zur Erbringung einer Leistung. Diese Kosten wurden anhand der jeweiligen Modellpraxis je Fachgruppe – aufgeschlüsselt nach Kostenstellen – und dem Anteil der Leistungen an den jeweiligen Kostenstellen ermittelt.

TELEMEDIZIN

REGIONALES MODELLPROJEKT FÜR HERZINSUFFIZIENZ-KRANKE

Der „Herzverbund Rheinland-Pfalz“ will die Versorgung im Landkreis Mayen-Koblenz verbessern. Dabei setzt das telemedizinische Unterstützungsangebot neue Maßstäbe.



Ein digitales Gesundheitstagebuch überträgt Patientendaten in Echtzeit an das Telemedizinzentrum des St. Elisabeth-Krankenhauses in Mayen.

Die Krankheit „Herzinsuffizienz“ ist der häufigste Grund für eine stationäre Krankenhausaufnahme in Deutschland. Jede Verschlechterung, die mit einer stationären Krankenhausaufnahme einhergeht, erhöht die Wahrscheinlichkeit für eine zeitnahe Wiederaufnahme und verschlechtert die Prognose für Patientinnen und Patienten erheblich. Diese Problematik trägt in Rheinland-Pfalz zu stark wachsenden Behandlungszahlen im Bereich der Herzinsuffizienz bei.

Beim „Herzverbund Rheinland-Pfalz“ handelt es sich um ein bundesweit führendes Modellprojekt zur Optimierung der Versorgung bei Herzinsuffizienz. Der Herzverbund stellt für Betroffene ein umfassendes telemedizinisches Unterstützungsangebot dar. Grundlage für die einzelnen Unterstützungselemente bildet die Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz.

An dem Projekt – und somit auch an der Studie – können bis zu 100 Betroffene jeweils für die Dauer von zwölf Monaten teilnehmen. Alle Teilnehmer verwenden im Projekt die Gesundheits-App „SaniQ Heart“, die vom Koblenzer Software-Unternehmen Qurasoft entwickelt wurde. Die Teilnehmenden installieren „SaniQ Heart“ auf ihrem eigenen Smartphone und führen darin ihr Gesundheitstagebuch. Dazu erfassen sie mithilfe von Bluetooth-fähigen Messgeräten individuell festgelegte Vitalparameter wie beispielsweise das Gewicht oder den Blutdruck.

Die Messwerte werden an das Smartphone übertragen. In der App können die Teilnehmenden auch ihre Symptome dokumentieren. Ebenso ist die Protokollierung der Medikationseinnahmen möglich. Sämtliche Daten werden übersichtlich aufbereitet, um dem Nutzer ein bestmögliches Bild über seinen Gesundheitsverlauf, die Wirkung seiner Medikamente und den Einfluss äußerer Faktoren zu geben.

Ärztliche Angestellte sichten Daten und können frühzeitig Verschlechterungen erkennen

Das digitale Gesundheitstagebuch wird unter Einhaltung des Datenschutzes und hohen Anforderungen an die Datensicherheit nahezu in Echtzeit an Ärztinnen und Ärzte eines neuen Telemedizin-Zentrums übertragen. Dieses Telemedizin-Zentrum ist an das St. Elisabeth Krankenhaus Mayen des Gemeinschaftsklinikums Mittelrhein angegliedert. Die dort angestellten Ärztinnen und Ärzte sichten und analysieren die Daten. Sie können so gegebenenfalls Verschlechterungen frühzeitig erkennen und geeignete Maßnahmen veranlassen. Ebenso kommunizieren sie mit den Versicherten sowie deren behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Diese bleiben persönliche Ansprechpartner für die Teilnehmenden vor Ort und führen weiterhin sämtliche körperlichen Untersuchungen durch.

Mithilfe des Telemedizin-Zentrums und der Software wird der tatsächliche Gesundheitszustand der Betroffenen in ihrem na-

türlichen Umfeld bestmöglich erfasst, Veränderungen werden früh erkannt und entsprechende notwendige Maßnahmen ohne Zeitverlust eingeleitet. Aktive Partner sind die Firma WEPA Apothekenbedarf GmbH & Co. in Hillscheid (Westerwald), die für das Projekt Blutdruck-Messgeräte zur Verfügung stellt, welche auch Vorhofflimmern erkennen können. Ebenfalls mit an Bord sind die Deutsche Stiftung für chronisch Kranke, die Dr. Schlags Apotheken in Mayen und Umgebung und die KV RLP.

Wichtiger Schritt zum Aufbau der Telemedizin im ländlichen Raum

Das Gesamtbudget beläuft sich auf fast 600.000 Euro; das Projekt ist angesetzt von Sommer 2019 bis Herbst 2021. Die Finan-

zierung teilen sich das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz und der Landkreis Mayen-Koblenz.

Das Vorhaben ist ein wichtiger Schritt zur Etablierung von Telemedizin im ländlichen Raum. Die Projektbeteiligten sehen darin einen Baustein zur Sicherung der flächendeckenden medizinischen Versorgung im Landkreis Mayen-Koblenz. An diesem Modellprojekt können sich alle Hausärztinnen und Hausärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte mit dem Schwerpunkt „Innere Medizin“ beteiligen, deren Praxisstandort im Landkreis Mayen-Koblenz oder einem angrenzenden Landkreis liegt. ■

🔗 Weitere Informationen: <http://wp.herzverbund.de>

TELEMEDIZIN-PROJEKT GEHT AN DEN START

Hausarztpraxen in Rheinland-Pfalz werden dabei unterstützt, ihre Patientinnen und Patienten bei Hausbesuchen noch intensiver betreuen zu können. Dafür sollen speziell ausgebildete Telemedizin-Assistenten und modernste Technik zum Einsatz kommen.

Am 1. April 2020 startet in Rheinland-Pfalz das Projekt „Telemedizin-Assistenz“, welches vom Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (MSAGD) für ausgewählte Regionen initiiert wurde. An dem zweijährigen Projekt beteiligen sich neben dem MSAGD auch die KV RLP, der Hausärzterverband Rheinland-Pfalz sowie die in Rheinland-Pfalz ansässigen Krankenkassen. Landesgesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler stellt für dieses Vorhaben 800.000 Euro zur Verfügung.

Das MSAGD beabsichtigt, vor dem Hintergrund des sich abzeichnenden Ärztemangels, insbesondere in ländlichen Regionen, durch Delegation die ärztliche Versorgung zum Teil sicherzustellen. Dazu soll die vermehrte Beauftragung von nicht-ärztlichen Praxisassistenten (NäPa) mit Unterstützung neuer telemedizinischer Möglichkeiten zu einer Verbesserung der Versorgung führen. In dem Projekt Telemedizin-Assistenz (TMA) werden NäPa bei Hausbesuchen einen digitalen Technik-Rucksack mitführen, der es ermöglicht, Gesundheitswerte digital zu erfassen. Diese werden vor Ort aufbereitet und an die Praxis übermittelt.

Leasing von E-Autos für Hausbesuche möglich

Außerdem wird es möglich sein, Kontakt mit der Ärztin oder dem Arzt in der Praxis aufzunehmen oder ein Videotelefonat



©MIDORR & J.M.FROMMHERZ/ADOBESTOCK

zu führen. Sie können die aufbereiteten Daten oder auch von der TMA übersandtes Bildmaterial in ihrer Praxissoftware sichten und über das weitere Vorgehen entscheiden. Der Technik-Rucksack enthält unterschiedliche digitale Messgeräte und ein Tablet. Im Rahmen dieses Projektes besteht für jede teilnehmende Praxis zudem die Möglichkeit, ein E-Auto zu leasen und damit die Hausbesuche zu realisieren.

Zu den ausgewählten ländlichen Regionen zählen die Mittelbereiche Alzey, Bad Bergzabern/Dahn, Betzdorf/Kirchen/Wissen und Daun. Da in diesen Regionen noch keine flächendeckende Mobilfunkversorgung besteht, versucht das Landesgesundheitsministerium, die Mobilfunkunternehmen zu einem Ausbau zu bewegen.

An diesem Pilotprojekt können alle Hausärztinnen und Hausärzte teilnehmen, deren Praxissitz in einem der Mittelbereiche liegt. Eine weitere Teilnahmevoraussetzung ist, dass in der Betriebsstätte eine NäPa mit mindestens 20 Wochenstunden beschäftigt wird. ■

TERMINVERMITTLUNG

HOHES ANRUFAUFKOMMEN BEI DER 116117

Pünktlich zum Jahresbeginn startete die KV RLP ihren telefonischen 24-Stunden-Patientenservice unter der zentralen Nummer 116117. Trotz des großen Ansturms von Anrufern konnten eine gute Erreichbarkeit gewährleistet und die Wartezeiten im Vergleich zum Vorjahr verringert werden.

Für die Terminvermittlung der KV RLP war der 1. Januar 2020 der Beginn einer neuen Zeit. Die alte Rufnummer der Terminservicestelle in Neustadt wurde Ende vergangenen Jahres endgültig abgeschaltet. Gesetzlich Versicherte haben mit der 116117 jetzt eine zentrale Anlaufstelle für die Terminvermittlung zu haus-, fachärztlichen und psychotherapeutischen Praxen. Während bis zum Jahresende die Anrufe bei der 116117 direkt an die jeweiligen Ärztlichen Bereit-

schaftspraxen weitergeleitet wurden, landen alle Anrufern heute in der Dispositionszentrale der KV RLP in Mainz.

Wartezeiten konnten verkürzt werden

Allein im Monat Januar 2020 hat der neu eingerichtete Patientenservice 116117 bereits über 16.000 Anrufe entgegengenommen. Wenig überraschend: Akute oder allgemeine medizinische Fragen gehörten zu den Hauptanliegen der

Anrufern. Das medizinisch geschulte Fachpersonal nimmt hier eine Ersteinschätzung der Beschwerden vor und steuert je nach Schwere in die richtige Versorgungsebene – also entweder in eine Arztpraxis, eine Ärztliche Bereitschaftspraxis, eine Notaufnahme oder sie alarmiert über die 112 den Rettungsdienst. Falls medizinisch notwendig, werden auch Hausbesuche veranlasst. Ergänzend dazu haben Patientinnen und Patienten seit Jahresbeginn die Möglich-

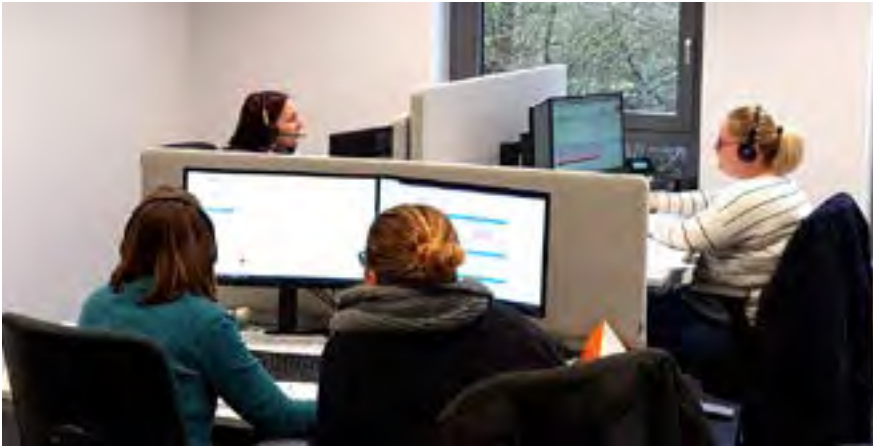
Patientenservice 116117 und KV-Hotline – zwei Nummern, verschiedene Aufgaben

**PATIENTENSERVICE 116117****AUFGABEN**

- Medizinische Ersteinschätzung einschließlich Steuerung in die richtige Versorgungsebene
- Terminvermittlung zu Niedergelassenen aller Fachrichtungen
- Vermittlung zu Ärztlichen Bereitschaftspraxen außerhalb der Sprechstundenzeiten
- Telefonische Beratung bei der Suche nach einer haus-, fachärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis

**KV-HOTLINE 06131 326-327****AUFGABEN**

- Annehmen und Bearbeiten aller eingehenden Anfragen von Mitgliedern, Krankenkassen und weiteren Institutionen des Gesundheitswesens
- Zielgerichtetes Weiterleiten von Anfragen zu fachspezifischen, individuellen Themen an die zuständige Fachabteilung
- Beratung und Unterstützung der KV-Mitglieder zu aktuellen Themen
- Bearbeitung von Änderungsanträgen zum Arztfinder (Praxisfinder)



Die KV RLP hat die Telefonvermittlung mit der Umstellung auf den Patientenservice 116117 personell aufgestockt.

keit, über die 116117-App für einzelne Fachgruppen eigenständig freie Termine zu buchen. Eine alternative Option ist die Website des eTerminservice.

Nach den zu erwartenden ersten Anlaufschwierigkeiten zu Jahresbeginn haben sich die Wartezeiten im Vergleich zum Vorjahr bereits deutlich verkürzt. Dabei soll es jedoch nicht bleiben, denn das Telefonvermittlungs-Team arbeitet weiter daran, die Wartezeiten signifikant zu reduzieren. Hilfesuchende wenden sich zu allen Tageszeiten an die 116117, wobei es natürliche Peaks gebe, weiß Julia Krackehl, seit Oktober 2019 Teamleiterin des Patientenservice



116117. „Das Aufkommen ist insbesondere an den Wochenenden hoch. Aber auch der Mittwoch und der Freitag sind anrufstarke Tage.“

Nicht nur in der Anfangsphase hätten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der telefonischen Zentrale in Mainz Herkulesarbeit geleistet, um mit viel Empathie gegenüber den Anrufern bestmögliche Hilfe zu geben, lobt die Teamleiterin. Es sei ihr Anspruch, die Servicequalität weiter zu heben. Im Bereich Terminservice verweilen die Anrufer im Durchschnitt sechs Minuten in der Warteschleife, in der nichtmedizinischen Linie ist es sogar eine Minute

weniger. Dort werden beispielsweise Fragen zum Apothekennotdienst oder zu Beratungsstellen beantwortet und Termine über den elektronischen Terminservice vergeben. „Es sind sowohl die leichten als auch die schweren Fälle, die sich an uns wenden“, resümiert Mitarbeiter Stefan Paulke vom Patientenservice 116117. Der Service werde bisher gut angenommen. „Manchmal sind wir der Kummerkasten und dann wieder die helfende Hand.“ Der neue Patientenservice 116117 ist Teil einer mittel- bis langfristigen Strategie, den Service der Rufnummer als Kern einer Patientenplattform der KBV zu entwickeln.

Aus dem Service-Center wurde die KV-Hotline

Vor dem Hintergrund des neu eingeführten Namens Patientenservice 116117 hat der Vorstand der KV RLP im Februar entschieden, das bisherige Service-Center in „KV-Hotline“ umzubenennen. Durch die begriffliche Abgrenzung zum Patientenservice lassen sich mögliche Verwechslungen der beiden zentralen Telefonnummern besser vermeiden. ■

 www.eterminservice.de
 Mitglieder-Hotline eTerminservice:
 06131 326-3000

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; © istockphoto; © Shutterstock; © KBV; © BMG

AUFLAGE

7.000 Exemplare

ERSCHEINUNGSWEISE

viermal im Jahr

UMSETZUNG

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

DIGITALISIERUNG

KEIN DURCHBLICK? DIE KV RLP FÜHRT SIE DURCH DEN VIRTUELLEN DSCHUNGEL



Zukünftig werden Niedergelassene mehr digitale Kompetenzen benötigen. Daher ist es insbesondere jetzt wichtig, sich gewissenhaft mit dieser Thematik vertraut zu machen. Mit dem neuen Fortbildungsangebot der KV RLP behalten die Praxen bei allen technischen Veränderungen den Überblick.

Bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen drückt Minister Jens Spahn seit seinem Amtsantritt im März 2018 aufs Tempo. Sein Zeitplan für den weiteren Ausbau der Telematik-Infrastruktur ist ambitioniert. Bis zum Ende der Legislaturperiode sollen die ersten Anwendungen auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) Realität werden. Dafür wurden im vergangenen Jahr die Weichen gestellt.

So ist die Anbindung aller Praxen an die Telematik-Infrastruktur (TI) seit dem 1. Januar 2019 Pflicht. Nun folgt unaufhaltsam der digitale Austausch von Gesundheitsdaten. Ärztinnen und Ärzte können bestimmte Gesundheits-Apps verschreiben und die elektronische Patientenakte (ePA) soll spätestens zum 1. Januar 2021 zur Verfügung stehen. Was sich hier in wenigen Zeilen zusammenfassen lässt, bedeutet in Wirklichkeit eine komplexe Änderung der Gesundheitswelt. Entziehen kann sich der Digitalisierung langfristig niemand – ganz gleich, ob schon seit Jahrzehnten im System der ambulanten Versorgung oder erst frisch eingestiegen.

Relevanter Lehrinhalt in der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Bereits in der Aus- und Weiterbildung müssen sich angehende sowie fertig ausgebildete Fachärzte auf das digitale Zeitalter vorbereiten. So hat die Bundesärztekammer das Curriculum „Digitale Anwendungen in Praxis und Klinik“ beschlossen. Das darin enthaltene Basismodul und das Aufbaumodul vermitteln Wissen und Kompetenzen im Umgang mit digitalen Gesundheitsanwendungen sowie Fragen der Vernetzung in Praxis und

Kliniken. Im Entwurf zur neuen ärztlichen Approbationsordnung ist vorgesehen, die Themen Datennutzung und digitale Anwendungen als Ausbildungsinhalte aufzunehmen.

Schnell kann die fortlaufende Entwicklung der Digitalisierung überfordernd wirken. Damit Sie die Übersicht behalten, hat KV PRAXIS aktuelle und künftige Meilensteine zusammengefasst.

Elektronische Patientenakte

Spätestens ab dem 1. Januar 2021 müssen die gesetzlichen Krankenkassen den Versicherten eine elektronische Patientenakte anbieten können. In dieser ePA kann der Patient freiwillig mit und ohne die Hilfe des Arztes Informationen speichern oder speichern lassen. Mit dem Einverständnis der Patientinnen und Patienten können andere Gesundheitseinrichtungen auf diese Information zugreifen, sodass eine fall- und einrichtungsübergreifende Dokumentation möglich ist. Zu den Informationen, die in der ePA gespeichert werden können, zählen zum Beispiel Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte oder Impfungen. Die Speicherung eines Notfalldatensatzes auf der eGK soll auch möglich werden, sofern Versicherte dies wünschen.

Elektronisches Rezept

Um den vollen Nutzen einer Videosprechstunde auszuschöpfen, ist es wichtig, dass ein Arzt Medikamente verschreiben kann, ohne dass ein Patient dazu in die Praxis des Arztes geht.

Mit dem E-Rezept soll dies bald möglich sein. Bis zum 30. Juni 2020 muss die Gematik die technischen Festlegungen treffen, sodass für die Übermittlung des elektronischen Rezepts die Telematik-Infrastruktur verwendet werden kann. Die Rezepte in Papierform werden nicht abgeschafft, denn diese können die Patientinnen und Patienten weiterhin auf Wunsch erhalten. Aber es zeigt sich, dass auch hier mehr auf die Anwendung technischer Möglichkeiten gesetzt wird. Ziel ist die Einführung bis Ende dieses Jahres.

Qualifizierte elektronische Signatur (QES)

Mit der QES wird auf sehr hohem Sicherheitsniveau dokumentiert, zu wem die digitale Unterschrift gehört. Zugleich wird garantiert, dass das signierte Dokument nicht mehr verändert wurde. Damit übernimmt die QES im Rahmen des digitalen Informationsaustausches die Funktion einer rechtssicheren Unterschrift. Außerdem dient die QES dazu, medizinische Dokumente zum Schutz vor unberechtigter Einsichtnahme zu verschlüsseln. Das Gesetz schreibt die QES für einige Anwendungen vor, darunter der Notfalldatensatz und der elektronische Arztbrief.

Notfalldatenmanagement (NFDm)

Über das NFDm wird es in Zukunft möglich sein, dass Ärzte in einem medizinischen Notfall wichtige notfallrelevante Informationen wie Diagnosen oder Medikationen direkt von der eGK abrufen können. Im Notfall ist zum Auslesen keine PIN-Eingabe erforderlich, für den Zugriff wird allerdings der Heilberufsausweis benötigt. Bevor ein Arzt einen Notfalldatensatz anlegt, muss er prüfen, ob die Anlage notwendig ist, den Pati-

enten darüber aufklären und seine Einwilligung einholen. Die ärztliche Vergütung für den Einsatz eines NFDm haben KBV und Krankenkassen im Bundesmantelvertrag-Ärzte festgelegt.

Elektronischer Medikationsplan (eMP)

Der bundeseinheitliche Medikationsplan, auf den Patienten schon seit Oktober 2016 Anspruch haben, wird zur digitalen Variante weiterentwickelt. Er soll ebenfalls im Laufe dieses Jahres zum Einsatz kommen. Anspruch auf den eMP haben Patienten, die mindestens drei auf Kassenrezept verordnete, systemisch wirkende Medikamente dauerhaft gleichzeitig einnehmen. Ärzte in Kliniken und Praxen sowie Apotheken können auf einen Blick sehen, welche Medikamente in welcher Dosis verordnet wurden, und dadurch mögliche schädliche Wechselwirkungen erkennen. Die Gefahr von Falschinformationen verringert sich. Sofern ein Patient zustimmt, können diese Heilberufe den eMP auslesen und aktualisieren.

Das digitale Zeitalter bietet ganz neue Chancen für Gesundheitsanwendungen

Im Dezember 2019 trat das Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) in Kraft. Damit haben Versicherte einen Leistungsanspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen, insbesondere Gesundheits-Apps. Die Apps befassen sich beispielsweise mit Tinnitus, Depressionen, Rückenschmerzen und Migräne.

Sie können sich die Kosten für eine Gesundheits-App von den Krankenkassen erstatten lassen, wenn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die App auf Datenschutz, Datensicherheit und Funktionalität geprüft in ein

DAS IST DIE POSITION DER KV RLP ZUR ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE

Die KV RLP begrüßt die Betonung des Gesetzgebers, dass es sich bei der elektronischen Patientenakte (ePA) um eine „versichertengeführte“ Akte handelt. Die Verwaltung der ePA obliegt folglich grundsätzlich den Versicherten selbst. Im Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) werden jedoch auch ärztliche Unterstützungsleistungen bei Anlage und Verwaltung sowie für die Speicherung von Daten in der ePA thematisiert. Positiv ist anzumerken, dass dafür auch eine Vergütung vorgesehen ist. Der Verwaltungsaufwand für die Praxen sollte aus Sicht der KV RLP jedoch sachgerecht auf ein Minimum beschränkt werden, da diese Zeit besser mit originär ärztlicher Versorgungstätigkeit zu nutzen ist.



Vielmehr sollten die Krankenkassen durch Aufklärung und Beratung ihre Versicherten dabei unterstützen, dass sie die ePA eigenverantwortlich und selbstbestimmt nutzen können.

SERVICE

von ihr geführtes Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen hat. Darüber hinaus muss die zugelassene Gesundheits-App durch den behandelnden Arzt verordnet werden, sollte eine begründete Diagnose vorliegen.

Warum Digitales nicht auch digital lernen?

Wer sich frühzeitig informiert und mit den digitalen Anwendungen arbeitet, der wird einen leichteren Einstieg finden können. Deshalb bietet die KV RLP zu unterschiedlichen Themenbereichen kompakte E-Learning-Module von erfahrenen Fachleuten an. Das Gute ist: Sie oder Ihr Team sparen wertvolle Zeit gegenüber herkömmlichen Schulungen und werden gleichzeitig fit für die Themen der Zukunft gemacht.


Auf der Website können Sie sich jederzeit unkompliziert anmelden und bekommen die benötigten Zugangsdaten zugesandt. Eine Teilnahme lohnt sich gleich doppelt, denn Sie erhalten zu jedem Modul nicht nur die Informationen zu dem Thema, sondern auch noch ein Zertifikat für jedes absolvierte Modul, mit dem Sie bis zu zwei Fortbildungspunkte erhalten.

„Digitalkompetenz stärken“ – für alle geeignet

Ob Sie neu in der digitalen Welt sind oder schon mittendrin – die Fortbildungen sind für alle Mitglieder der KV RLP sowie für Praxismitarbeiter geeignet. Einige E-Learning-Module auf der KV RLP-Website setzen sich speziell mit der Stärkung der Digitalkompetenz auseinander:

- Telematik-Infrastruktur
- IT-Sicherheit
- Datenschutz und Datensicherheit

Darüber hinaus bietet die KV-RLP dieses Jahr auch erstmals an allen vier Standorten ein Blended-Learning-Modul an, das aus dem genannten Curriculum der Bundesärztekammer stammt. Dabei wird die Anwesenheit mit dem E-Learning kombiniert. Hierzu besuchen die Teilnehmenden zunächst eine zweieinhalbstündige Präsenzveranstaltung an einem unserer Standorte. Anschließend erhalten Sie Zugangsdaten für ein einstündiges Online-Modul, welches Sie innerhalb der nächsten zehn Tage absolvieren sollen. Abschließend haben Sie die Möglichkeit, in einem virtuellen Meeting den Referenten Fragen zu stellen und auf vorab gestellte Fragen eine Antwort zu erhalten. Auch hier wird es Fortbildungspunkte geben. ■

 Wollen Sie mehr wissen? Gern. Weitere Details finden Sie online unter www.kv-rlp.de/485653 oder rufen Sie an: Telefon 06131 326-326

E-LEARNING

Einzelne Module – Sie haben die Wahl

Einführung eines Qualitätsmanagements

IT-Sicherheit in der Praxis

Telematik-Infrastruktur

Datenschutz und Datensicherheit in der Praxis

Erfolgreich durch die Qualitätsprüfung Koloskopie

Aufbereitung von Medizinprodukten

Praxishygiene

Erfolgreich durch die Qualitätsprüfung Ultraschalldiagnostik

Grundlagen Radiologie



FÜR SIE
NEU
KONZIPIERT

ANALOG UND DIGITAL: FORTBILDUNG AUS EINEM GUSS

Veranstaltung
in der KV RLP

2,5 Stunden



Online-Modul
zum Thema

1 Stunde



Virtuelles
Meeting

1 Stunde

Um sich auf die virtuelle Welt vorzubereiten, steht am Anfang der persönliche Kontakt. Auf dieser Veranstaltung lernen Sie den Umgang mit Gesundheits-Apps und arbeiten mit der E-Learning-Software iPrendo.

Sie müssen dafür auch nicht weit fahren, denn es gibt Termine für alle vier Standorte der KV RLP. Dort bekommen Sie die Zugangsdaten für Ihr gewähltes Modul.

Melden Sie sich online an:
www.kv-rlp.de/358728

Lernen in der Mittagspause oder abends auf der Couch? Kein Problem. Der zweite Teil der Fortbildung besteht aus einem E-Learning-Modul, also einem Online-Kurs. Sie absolvieren ihn innerhalb von zehn Tagen nach Ihrer Anmeldung.

Das brauchen Sie dafür:

- Laptop, PC, Smartphone oder Tablet mit Internetanbindung
- Zugangsdaten für die E-Health-Anwendungen, die Sie auf der Veranstaltung erhalten haben

Zum Abschluss der Fortbildung gibt es ein Gespräch via Telefon und PC. Hier können Sie und alle anderen Teilnehmenden mit den Referenten Fragen klären oder auf vorab gestellte Fragen zum Thema eine Antwort erhalten.

Das brauchen Sie dafür:

- Laptop, PC, Smartphone oder Tablet mit Internetanbindung
- Telefon

Nach den drei Modulen erhalten Sie Ihr Fortbildungszertifikat.

INTERESSIERT? DIESE FORTBILDUNGEN KÖNNEN SIE DIREKT ONLINE FÜR 2020 BUCHEN:

Präsenzveranstaltung „Digitalkompetenz stärken“	Gewähltes E-Learning-Modul	Virtuelles Meeting
Mainz, Freitag, 15. Mai 2020 15–17.30 Uhr	Teilnahme innerhalb von zehn Tagen	Mittwoch, 27. Mai 2020 15–16 Uhr
Koblenz, Freitag, 19. Juni 2020 15–17.30 Uhr	Teilnahme innerhalb von zehn Tagen	Freitag, 3. Juli 2020 15–16 Uhr
Neustadt, Mittwoch, 9. September 2020 15–17.30 Uhr	Teilnahme innerhalb von zehn Tagen	Mittwoch, 23. September 2020 15–16 Uhr
Trier, Mittwoch, 30. September 2020 15–17.30 Uhr	Teilnahme innerhalb von zehn Tagen	Mittwoch, 14. Oktober 2020 15–16 Uhr

Probieren Sie es aus.
zertifiziert. zeitsparend. zukunftsweisend.



TELEMATIK

BEI ZU WENIG PRÜFNACHWEISEN DROHEN HONORARSANKTIONEN

Ärztliche und psychotherapeutische Praxen, die sich rechtzeitig an die TI angeschlossen haben, werden von Honorarkürzungen verschont. Vorausgesetzt, sie erzeugen genügend Prüfungsnachweise beim Abgleich der Versichertenstammdaten mit der Gesundheitskarte.

Zum Jahresende 2019 waren in Rheinland-Pfalz über 4.000 Praxen an der Telematik-Infrastruktur (TI) angeschlossen, das entspricht einer Anschlussquote von rund 88 Prozent. Mit der Nutzung der TI geht zugleich die Pflicht einher, die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Angaben der Versicherten zu überprüfen. Für das erste Quartal der Anbindung reicht es, wenn ein Online-Abgleich der Versichertenstammdaten (VSDM) erfolgt. Spätestens ab dem zweiten Quartal müssen jedoch bei mindestens der Hälfte aller Fälle mit persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten, die in den eigenen Praxisräumen stattfinden, Abrechnungsscheine mit Prüfungsnachweisen vorliegen.

VSDM: Einige Praxen erreichen die 50-Prozent-Quote nicht

Der Großteil der rheinland-pfälzischen Praxen kommt dieser Vorgabe nach; allerdings unterschreiten immer noch Praxen die geforderte 50-Prozent-Quote. Das hat Auswirkungen auf den Umsatz der Praxis, denn laut Gesetz muss auch in diesem Fall das Honorar um ein Prozent rückwirkend zum 1. Januar 2019 gekürzt werden. Mit Inkrafttreten des Digitale Versorgung-Gesetzes zum 1. April 2020 drohen sogar Kürzungen um 2,5 Prozent. „Es liegt daher im vitalen In-

teresse der Praxen, dass sie den Abgleich der Versichertenstammdaten korrekt durchführen“, betont Vorstandsmitglied Peter Andreas Staub.

Das Versichertenstammdatenmanagement umfasst zum einen die Online-Prüfung und zum anderen die Aktualisierung. Bei der Online-Prüfung wird abgefragt, ob die Daten und das Versicherungsverhältnis noch aktuell sind und mit den hinterlegten Informationen bei der Krankenkasse des Versicherten abgeglichen wurden. Stimmen die Angaben nicht überein, werden veraltete Daten auf der Karte einfach überschrieben.

Hat die Praxis den Abgleich vollzogen, wird ein Prüfnachweis generiert, der auch im Praxissystem gespeichert und mit der Abrechnung an die KV RLP übermittelt wird. Der Prüfungsnachweis wird übrigens auch dann erfasst und ist

gültig, wenn durch Störungen die Online-Verbindung ausfällt. Falls das VSDM häufiger aus technischen Gründen scheitert, sollte die Praxis ihren technischen Dienstleister kontaktieren und die Anbindung überprüfen lassen.

Ist die eGK ungültig, zeigt das Praxisverwaltungssystem (PVS) beim Einlesen eine entsprechende Meldung an. Die eGK wird gesperrt und ist nicht mehr verwendbar. Der Patient kann in diesem Fall kein gültiges Versicherungsverhältnis mit seiner Krankenkasse nachweisen. Er muss sich zur Klärung an seine Krankenkasse wenden. Die Praxis kann nach zehn Tagen eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Legt der Patient bis Ende des Quartals eine gültige eGK vor, wird die Privatabrechnung ungültig. Veranlasste Leistungen können mit dem Vermerk „ohne Versicherungsnachweis“ privat verordnet werden. Beim Einlesen

FEHLERMELDUNGEN

Ursache	VSDM-Ergebnis
Karte gesperrt/ungültig	Der Patient hat keinen gültigen Versicherungsnachweis. Nach zehn Tagen kann die Praxis eine Privatrechnung ausstellen. Diese wird ungültig, wenn der Patient bis Ende des Quartals eine gültige eGK vorlegt.
Karte defekt	Die Praxis wendet das Ersatzverfahren an, das heißt, die Daten müssen händisch erfasst werden.
Konnektor oder Kartenterminal defekt	Die Praxis wendet das Ersatzverfahren an.

der Karte können verschiedene Fehler auftreten, die entsprechende Meldungen im PVS auslösen. Die tabellarische Übersicht zeigt, welche das im Einzelnen sind.

Nur TI-fähige stationäre eHealth-Kartenterminals verwenden


Ursachen für einen nicht erfolgreich verlaufenen Prüfungsnachweis könnten in einer fehlerhaften TI-Komponente oder in der Nutzung eines alten Kartenterminals liegen. „Wir empfehlen daher dringend, nur TI-fähige stationäre eHealth-Kartenterminals zum Einlesen der Gesundheitskarte in der Praxis zu

verwenden“, so Peter Andreas Staub. Sollte eine eGK oder eine TI-Komponente defekt sein, darf nur das sogenannte Ersatzverfahren angewendet werden. Dabei muss der Versicherte durch seine Unterschrift das Bestehen des Versicherungsschutzes auf dem Abrechnungsschein (Vordruckmuster 5) bestätigen. Die Erhebung der Daten ist identisch mit dem elektronischen Verfahren.

Mobile Kartenterminals eignen sich nicht als Ersatz für defekte stationäre Kartenterminals, da mit ihnen keine Verbindung zur TI aufgebaut werden kann. Folglich ist mit mobilen Kartenterminals kein VSDM und damit auch kein

Prüfnachweis möglich bzw. erforderlich. Diese Kartenterminals dürfen nicht zum Einlesen der eGK in der Praxis verwendet werden und sind nur für mobile Einsätze gedacht, beispielsweise für Pflegeheim- und Hausbesuche oder in genehmigten ausgelagerten Praxisstätten.

Praxen können die aktuelle Anzahl der vorhandenen VSDM-Prüfungsnachweise jederzeit ihrem Prüfprotokoll des KBV-Prüfmoduls entnehmen. Bei Fragen hilft der jeweilige Anbieter des Praxisverwaltungssystems. ■

 Prüfnachweise für die Abrechnung: www.kv-rlp.de/442612-12166

ONLINE ABRECHNEN SPART ZEIT UND GELD

Ohne viel Aufwand können Praxen die Daten schnell und sicher innerhalb des geschützten Mitgliederportals übermitteln.



Seit nunmehr zehn Jahren kann hierzulande die Abrechnung auch online an die KV RLP übermittelt werden. Diese Variante verursacht bei den Mitarbeitern einen geringeren Verwaltungsaufwand, da das aufwendige Prüfen und Lesen von Datenträgern und ggf. Neu-Anfordern entfallen. Die Online-Abrechnung ist daher auch mit einem niedrigeren Verwaltungskostensatz verknüpft (2,6 statt 3 Prozent). Darüber hinaus wird die KV RLP in absehbarer Zeit nur noch Online-Abrechnungen akzeptieren können.

Die Online-Abrechnung kann jederzeit entweder über den geschützten Mitgliederbereich auf der Website online übermittelt werden. In diesem Fall erhält das Mitglied

kurz nach dem Versand eine Eingangsbestätigung und hat damit die Sicherheit, dass die Abrechnung auch der KV RLP vorliegt. Weiterhin ist es im Rahmen der Online-Abrechnung auch möglich, eine sogenannte Testabrechnung durchzuführen. Dabei wird die an die KV RLP übermittelte Abrechnung mithilfe eines sehr umfangreichen Regelwerks geprüft und das Ergebnis innerhalb von Minuten an die Praxis zurückgespiegelt, sodass mögliche Abrechnungsfehler von der Praxis selbst bestmöglich korrigiert werden können.

Voraussetzung für die Online-Abrechnung ist eine Verbindung zum Sicheren Netz der KVen (SNK) – entweder über einen KV-Safenet*-Anschluss oder aber direkt über den Konnektor. Dieser wird beim Anschluss an die Telematik-Infrastruktur so konfiguriert, dass Daten direkt an das SNK weitergeleitet werden können. Ein KV-SafeNet*-Anschluss wird mit dem Konnektor überflüssig. „Mittlerweile übermitteln bereits rund 4.500 Praxen in Rheinland-Pfalz ihre Abrechnung online. Die letzten 900 Praxen werden hoffentlich bald die Vorteile der Online-Abrechnung erkennen und sich von der datenträgergestützten Abrechnung verabschieden“, gibt sich Franz Masfelder, Leiter der IT-Abteilung in der KV RLP, optimistisch.

*KV-SafeNet steht mit der Firma SafeNet, Inc., Belcamp, Maryland, USA, in keiner firmenmäßigen oder vertraglichen Verbindung.



WARUM DIE PFLICHT ZUR DATENMELDUNG DEM FORTSCHRITT DIENT

In Deutschland erkranken jährlich fast 500.000 Menschen an Krebs. Um alle Daten zu erfassen und Ansätze für die Therapie zur Bekämpfung zu gewinnen, ist die Arbeit der Krebsregister in Deutschland essenziell. Und das gelingt nur mit der tatkräftigen Mithilfe der niedergelassenen Onkologen.



Geschäftsführerin Antje Swietlik (links) und die Ärztliche Leiterin Dr. Sylke ZeiBig vom Krebsregister werben mit dem Motto: „Ihre Daten sind bei uns in guten Händen!“

Im Krebsregister Rheinland-Pfalz werden flächendeckend stationäre und ambulante Patientendaten zu Auftreten, Behandlung und Verlauf von Tumorerkrankungen erfasst und ausgewertet. Über 50 hoch qualifizierte Mitarbeitende – darunter für die medizinische Dokumentation, Bioinformatik, IT sowie Ärztinnen und Ärzte – arbeiten Hand in Hand, um die Qualität der Versorgung und Behandlung von Krebspatientinnen und -patienten in Rheinland-Pfalz wie auch deutschlandweit zu verbessern.

Aber nicht nur die Erfassung aller relevanten Daten zu unterschiedlichen Krebserkrankungen ist von Bedeutung. Ebenso wichtig ist es, dass die erfassten Daten ausgewertet und onkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzten für die Behandlung von Krebspatienten sowie

für die Forschung zur Verfügung gestellt werden.

Die Meldung der Daten

Bei der Datenerfassung ist das Krebsregister Rheinland-Pfalz auf die Mitarbeit der niedergelassenen onkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie der Krankenhäuser angewiesen. Auf Grundlage des bundesweiten Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (KFRG) wurde der Startschuss für den Auf- und Ausbau von Klinischen Krebsregistern gegeben. Am 1. Januar 2016 trat in Rheinland-Pfalz das Landeskrebsregistergesetz (LKRK) in Kraft. Das LKRK gibt die gesetzliche Verpflichtung zur Meldung an das Krebsregister vor. Die Meldung muss erfolgen, wenn ein sogenannter Meldeanlass aufgetreten ist,

beispielsweise die Diagnose einer Krebserkrankung, der Beginn oder Abschluss einer therapeutischen Maßnahme.

An das Krebsregister Rheinland-Pfalz können die Melder elektronisch per Schnittstelle oder über das Melderportal melden. Vollständige und gültige Meldungen werden dann im Anschluss vergütet. Für das vergangene Jahr hat das Krebsregister Rheinland-Pfalz für korrekte Meldungen eine Vergütung von fast 1,1 Millionen Euro an die Melder ausbezahlt.

Die Datenbasis

Bei der Datenerfassung arbeiten alle Krebsregister deutschlandweit zusammen. Die klinischen Krebsregister sind dabei verpflichtet, die Daten zu Krebserkrankungen nach dem „einheitlichen onkologischen Basisdatensatz“ zu erheben. Dieser wurde von der ADT (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren) und der GEKID (Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland) 2008 verabschiedet und fortlaufend um tumorspezifische Module ergänzt.

Die systematische Datenerfassung wird auch durch die Krankenkassen gefördert. So soll eine einheitliche, onkologische Qualitätsberichterstattung gewährleistet werden. Für jede registrierte Neuerkrankung erhalten die klinischen Krebsregister von den Krankenkassen eine festgeschriebene Fallpauschale. Die Auszahlung erfolgt auf Grundlage der Erfüllung von 43 Förderkriterien, festge-

MELDEANLÄSSE

- Diagnose einer Krebserkrankung nach hinreichender klinischer Sicherung
- Histologische, zytologische, labortechnische und autoptische Sicherung der Diagnose
- Beginn und Abschluss einer therapeutischen Maßnahme
- Kontrolluntersuchung mindestens einmal im Kalenderjahr in den fünf Jahren nach Diagnosestellung
- Prognoserelevante Veränderungen im Krankheitsverlauf (ein erneuter Krankheitsprogress, neu aufgetretene Metastasierung oder Rezidive)
- Tod der Patientin oder des Patienten

legt durch den GKV-Spitzenverband. Auf diese Weise sollen die Qualität der klinischen Krebsregister und deren Daten garantiert werden, sodass eine Nutzung der Daten im Sinne des KFRG bundesweit möglich ist.

Das Krebsregister Rheinland-Pfalz hat diese 43 Förderkriterien bereits Mitte 2019 als erstes Krebsregister bundesweit erfüllt. Durch die Umsetzung aller Förderkriterien ist man in Rheinland-Pfalz nun in der Lage, alle Ziele der klinischen Krebsregistrierung nach KFRG zu erfüllen und so eine geeignete Datenbasis für die benötigten Auswertungen zu liefern.

Ein weiterer, wichtiger Aspekt der Datenerfassung ist selbstverständlich der Schutz der Patientendaten. Die Daten werden nur verschlüsselt übertragen und unter strengen gesetzlichen Auflagen weiterverarbeitet.

Unterstützung bei der Erfassung der Daten

Das Krebsregister Rheinland-Pfalz bietet bei der Erfassung der Daten eine breite Palette an Unterstützungen für die Melder an. Alle niedergelassenen und onkologisch praktizierenden Ärztinnen und Ärzte können beim Krebsregister Rheinland-Pfalz kostenlos Informationsmaterial zu den Themen „Meldungen an das Krebsregister“ sowie zur „Abrechnung der Meldevergütung“ anfordern.

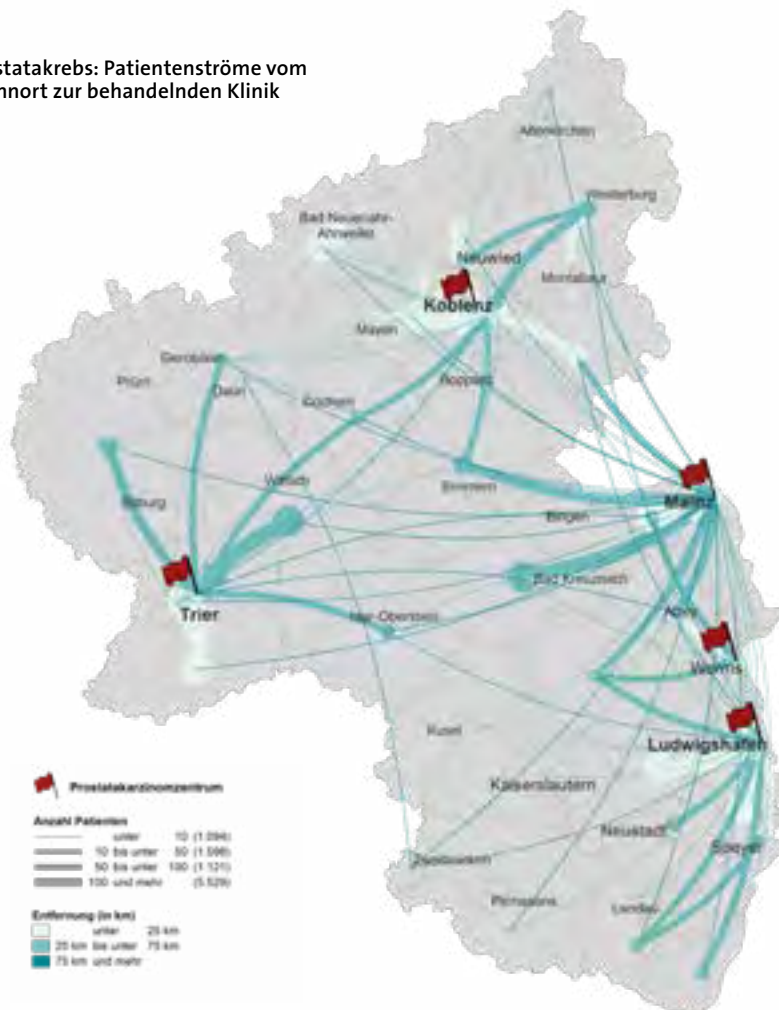
Über die Website des Krebsregisters Rheinland-Pfalz kann das Informationsmaterial ganz einfach online angefordert werden.

Eine weitere Hilfestellung bei Fragen zu Meldungen an das Krebsregister bieten Video-Tutorials, ebenfalls auf der Web-

site des Krebsregisters Rheinland-Pfalz zu finden. Die Videoanleitungen bieten nicht nur Hinweise zu grundlegenden Funktionen des Melderportals, sondern hier werden auch spezifische Fragestellungen erläutert und anschaulich erklärt.

Auch eine persönliche Beratung und Schulung der niedergelassenen, onkologisch praktizierenden Ärztinnen und Ärzte können im Krebsregister Rheinland-Pfalz erfolgen. In den Schulungen wird sich mit den grundlegenden Aspekten der Tumordokumentation, speziell bezogen auf die Anforderungen des Landeskrebsregistergesetzes in Rheinland-Pfalz, befasst. Die Veranstaltungen richten sich hier vorrangig an Mitarbeiter von Kliniken und onkologisch praktizierenden Arztpraxen. Aber auch Dokumentaranfänger oder

Prostatakrebs: Patientenströme vom Wohnort zur behandelnden Klinik



Quereinsteiger, die die erforderlichen Grundkenntnisse in der Tumordokumentation erwerben oder auffrischen möchten, können teilnehmen. Begleitet werden die Schulungen durch IT-Experten und Medizinische Dokumentare. Die Schulungen sollen einen persönlichen Rahmen für Fragen zu Meldeanlässen und Grundlagenwissen medizinischer Kodier- und Klassifikationssysteme in der Onkologie bieten.

Eine zusätzliche Unterstützung wird den Meldern zukünftig durch den im Aufbau befindlichen Außendienst des Krebsregisters Rheinland-Pfalz geboten. Bei Bedarf können Mitarbeiter des Außendienstes direkt vor Ort in der Praxis der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte die Meldungen an das Krebsregister übernehmen. Auf diese Weise werden nicht nur die Mitarbeiter in den Praxen entlastet, sondern auch die gesetzliche Meldepflicht erfüllt und die wichtigen Daten an das Krebsregister Rheinland-Pfalz übermittelt.

Die Datenauswertung

Die an das Krebsregister Rheinland-Pfalz übermittelten Daten werden den onkologisch tätigen Praxen in Auswertungen wieder zur Verfügung gestellt. Neben jährlichen Berichten zu Auswertungen für gesamt Rheinland-Pfalz oder zur Datenqualität können auch einrichtungsbezogene Auswertungen im Krebsregister angefragt und abgerufen werden.

Der Fachöffentlichkeit werden die Auswertungen nicht nur auf regionalen, sondern auch auf landesweiten Qualitätskonferenzen präsentiert. Dabei liegt der Fokus immer auf unterschiedlichen Entitäten. Ein wichtiger Aspekt dieser Qualitätskonferenzen ist es, neben der Präsentation der Auswertungsergebnisse vor allem die Diskussion mit dem Fachpublikum zu ermöglichen.

Mit den Auswertungen der erhobenen Daten wird die Abbildung der Struktur

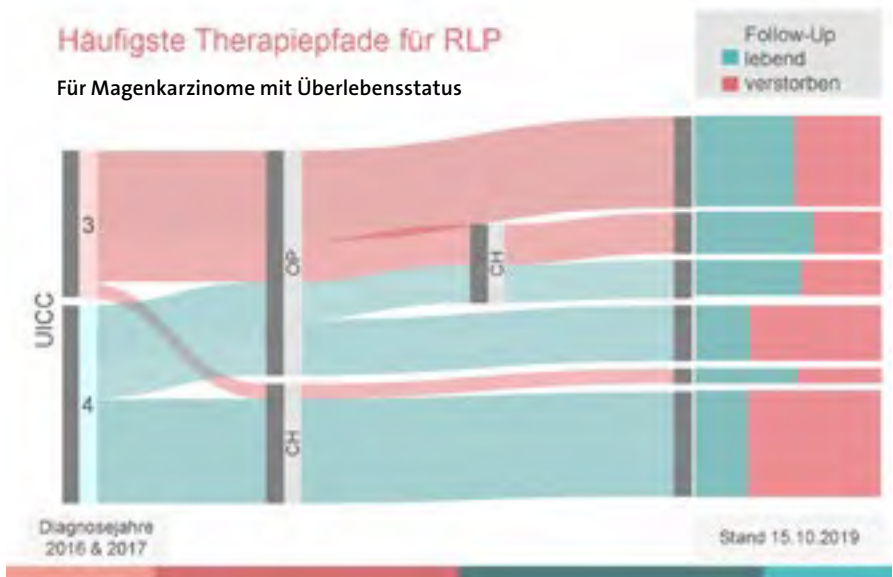
und Ergebnisqualität der onkologischen Versorgung ermöglicht. Auf diese Weise werden Erfolge und Verbesserungsbedarfe in der direkten Behandlung des Patienten auf Bevölkerungsebene sichtbar gemacht. Auch können so neue Behandlungsstrategien abgeleitet werden. Denn nur klinische Krebsregister sind in der Lage, die Inter- und Multidisziplinarität der onkologischen Versorgung ebenso wie auch die Komplexität der sektorenübergreifenden Therapie auszuwerten und abzubilden. Dabei spielt die Darstellung der Auswertungen eine wichtige Rolle. Die Daten sollen leicht erfasst, gleichzeitig aber auch ansprechend dargestellt werden. Die Darstellungsform soll dem Betrachter, trotz der Komplexität der Daten, eine schnelle Erfassung des Inhalts möglich machen.

Die Auswertungen können beispielsweise Wege, die ein Patient für die Behandlung auf sich nimmt, widerspiegeln. Dies macht Aussagen zur medizinisch-onkologischen und strukturellen Versorgung in Rheinland-Pfalz möglich (Abbildung Seite 29). Das angeführte Beispiel zeigt die Wanderung der Erkrankten mit einem diagnostizierten Prostatakarzinom. Berücksichtigt wurden Meldungen zu 9.342 Erkrankten im Zeitraum vom 1. Januar 2016 bis zum 15. Oktober 2019.

Welche Versorgungsstandorte werden vom Patienten präferiert? Für welche Therapien werden vermehrt onkologische Zentren, auch wenn diese ggf. weiter vom Wohnort entfernt sind, für die Behandlung in Anspruch genommen? Diesen Fragestellungen können mittels der Auswertung der Patientenströme nachgegangen werden. Aussagen zum Überleben nach einer durchgeführten Therapie (Abbildung) können ebenfalls evaluiert werden. Zunächst wurde noch nicht der Fünf-Jahres-Zeitraum nach Diagnose betrachtet, sondern lediglich der Status lebend/tot zu einem Stichtag.

Die Auswertungen machen eines ganz deutlich: Liegen dem Krebsregister Rheinland-Pfalz Meldungen aller durchgeführten Therapien im stationären und ambulanten Sektor vor, können auch präzise Aussagen über den Behandlungserfolg verschiedener Therapie-schemata getroffen werden. Denn nur auf diese Weise kann das Ziel der Krebsregistrierung erreicht werden, mit den erfassten Daten die onkologische Versorgung, insbesondere die Behandlung der Tumorpatienten, zu verbessern. ■

📄 Weitere Informationen, etwa die Übersicht der Meldevergütungen: www.krebsregister-rlp.de



ANREGUNGEN FÜR DIE QUALITÄTSZIRKEL-ARBEIT

Von der Begegnung der Tutoren aus allen KVen Deutschlands, die ganz im Zeichen der 15-jährigen Umsetzung des Qualitätszirkel-Konzeptes stand, gingen wertvolle Denkanstöße aus..

Von Dr. Jürgen Isenberg

Das Nationale Tutorentreffen (NTT) am 8. und 9. November 2019 in Berlin bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) war zugleich durch den Mauerfall geprägt, der sich zum 30. Mal jährte. Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorsitzender der KBV, stellte in seiner Begrüßungsansprache die Entwicklung der Qualitätszirkelarbeit dar. 1989 wurde in dem Gesundheitsreformgesetz unter Federführung von Arbeits- und Sozialminister Norbert Blüm die Pflicht zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung verankert.

Ein Vorläufer der Zirkelidee firmierte damals unter dem rustikalen Begriff Ärzttestammtisch. In den 1990er-Jahren starteten die KVen, unterstützt durch wissenschaftliche Institute und durch die Krankenkassen, verschiedene Projekte der Zirkelarbeit. 2003 wurde diese Entwicklung auch bundesweit unterstützt. Der geistige Vater dieser Idee, Prof. Marcus Siebolds, entwickelte zusammen mit der KBV ein Train-the-Trainer-Konzept für Moderatoren, um diese zu Tutoren auszubilden.

Ehrung für Tutorensprecher der KV RLP Dr. Dirk Schulze

In den folgenden Jahren wurde diese Art des kollegialen Austausches immer weiter professionalisiert und thematisch differenziert. Rund 40 didaktisch aufbereitete Themenmodule stehen heute im Handbuch Qualitätszirkel den Moderatoren auch online zur Verfügung.

Anlässlich des 15-jährigen Jubiläums erfolgte eine Ehrung der Tutoren der ersten Stunde. Aus Rheinland-Pfalz wurde auch der aktuelle Tutorensprecher der KV RLP, Dr. Dirk Schulz, als Pionier der ersten Stunde geehrt.


Dr. med. Carsten König, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein und langjähriger Tutor, zeigte anhand der Zahlen aus der KV Nordrhein die positive Entwicklung der Qualitätszirkelarbeit. Aktuelle Themen werden zunehmend in den Quali-

tätszirkeln aufgegriffen, zum Beispiel zunehmende Interkulturalität, Menschen auf der Flucht oder Nachwuchsförderung in den medizinischen Berufen.

Dr. phil. Bernd Hagen vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung stellte die Studie „Beeinflussen Qualitätszirkel im Rahmen von Disease-Management-Programmen die Versorgungsqualität?“ vor. In der Schlussfolgerung dieser Studie wurde festgehalten, dass bei hoher Besuchshäufigkeit und Fokussierung auf Defizite Verbesserungen der Versorgungsqualität erreichbar sind.

Prof. Amelie Wuppermann stellte eine Studie zur Risikoeinschätzung von kardiovaskulären Erkrankungen vor. Ingrid Quasdorf von der KBV berichtete am zweiten Tag von der Entwicklung des Qualitätszirkel-Konzepts der KBV in den vergangenen 15 Jahren und demonstrierte die aktuellen Ergebnisse. Prof. Marcus Siebolds führte in Gruppenarbeit durch den Workshop „Weiterentwicklung der Qualitätszirkel-Idee“. In den Gruppen wurden unterschiedliche Gedanken zur zukünftigen Arbeit im QZ gesammelt. Anschließend wurden in verschiedenen Workshops drei Module geübt. Der langjährige Tutor aus Rheinland-Pfalz, Dr. Gerhard Schulze, zeigte den Umgang mit dem Modul Hygiene. Dr. Thomas Titgemeyer stellte sein neues Modul Impfen vor. Krystal Davidson, Tanja Klein-Reick und Ingrid Quasdorf thematisierten die Medienvielfalt im QZ in ihrem Workshop.

Neben dem fachlichen Austausch in den Vorträgen und Workshops fanden wieder viele Gespräche zwischen den Tutoren aus den einzelnen Bundesländern statt. Die Produktivität und die Kreativität der einzelnen Tutorengruppen spiegelten die konstruktive Zusammenarbeit und Wertschätzung der KVen untereinander wider. ■

 Die KBV fördert die QZ-Arbeit durch didaktisch aufbereitete Themen-Module: www.kbv.de/html/27179.php

HYGIENETIPPS

MEDIZINPRODUKTE: SICHERHEIT MUSS MESSBAR SEIN

Mit Krankheitserregern kontaminierte Medizinprodukte sind ein potenzieller Infektionsherd beim Menschen. Für die sichere Anwendung ist daher eine vorhergehende Aufbereitung dieser Produkte mit entsprechender Dokumentation unerlässlich.

Ziel der Validierung ist es, eine sichere Aufbereitung der Medizinprodukte (MP) zu gewährleisten. Die Gesundheit von Patienten, Anwendern und Dritten darf durch die Anwendung der MP nicht gefährdet werden. Unter einem validierten Verfahren versteht man ein dokumentiertes Verfahren zum Erbringen, Aufzeichnen und Interpretieren der Ergebnisse, die bestätigen, dass ein Aufbereitungsverfahren zuverlässig die vorgegebenen Reinigungs-, Desinfektions- oder Sterilisationsziele erreicht. Vor Beginn der Validierung sind die Risikobewertung und Einstufung der MP entsprechend der gemeinsamen Empfehlung des Robert Koch-Instituts/Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte zu den „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von MP“ zu berücksichtigen.

Verantwortlich für die Aufbereitung ist immer der Betreiber. Er steht außerdem in der Pflicht, ausschließlich validierte Aufbereitungsprozesse anzuwenden. Die Validierung muss im Auftrag des Betreibers durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte umgesetzt werden. Die Validierung sieht verschiedene Phasen vor, bei denen unterschiedliche Qualifikationen erforderlich sind:

- Installationsqualifikation (IQ)
- Betriebsqualifikation (BQ)
- Leistungsqualifikation (LQ)

Die Installations- und Betriebsqualifikation finden in der Regel nur bei der Erstvalidierung statt. Danach ist in jährlichen Ab-

RECHTSGRUNDLAGEN/INFORMATIONEN

- Medizinproduktegesetz (MPG)
- Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung (MPBetreibV)
- Anforderung an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten (Krinko-Empfehlung)



Betreiber stehen in der Pflicht, bei der Aufbereitung von Medizinprodukten wie OP-Bestecken validierte Prozesse anzuwenden.

ständen die erneute Leistungsqualifikation vorzunehmen. Ausnahmen sind bei stabilen Ergebnissen möglich.

Ergebnisse werden im Validierungsbericht festgehalten

Nach der erfolgten Validierung erhält der Betreiber einen Validierungsbericht, welcher aufmerksam gelesen und unterschrieben werden muss. Dieser Bericht enthält folgende Bewertungen und Hinweise:

- Beurteilung von Rahmenbedingungen, Abnahme, Funktionsbeurteilung und Gerätezustand
- Begutachtung des Zustandes der Instrumente und der Verpackungen – Bewertung der Messergebnisse zur Leistungsbeurteilung
- Wichtig: Angaben zu Art und Umfang erforderlicher Routine- und Chargenkontrollen
- Bestätigung der Validierung und Festlegung des Intervalls zur Re-Validierung ■

📍 So finden Praxen einen Validierer

Viele namhafte Hersteller von RDG bzw. von Sterilisatoren führen Validierungen der Aufbereitungsprozesse durch. Ansprechpartner von Fachgesellschaften informieren, zum Beispiel:

- Deutsche Gesellschaft für die Sterilgutaufbereitung (DGSV), Fachausschuss Arztpraxen und Zahnarztpraxen: www.dgsv-ev.de > ueber-uns > Fachausschuesse > arzt-za-praxen
- Arbeitskreis Instrumentenaufbereitung (AKI): www.a-k-i.org/

Mustervorlagen und Informationen zum Thema Hygiene: www.kv-rlp.de/715503

ZUSCHLAG FÜR KURZFRISTIGEN BEREITSCHAFTSDIENST

Die geänderte Bereitschaftsdienstordnung der KV RLP trat Anfang 2020 in Kraft.

Seit diesem Jahr müssen Ärztinnen und Ärzte, die im Bereitschaftsdienst nicht zum Dienst angetreten sind und nicht selbst für einen geeigneten Vertreter gesorgt haben, damit rechnen, mit 1.000 Euro Aufwendersatzpauschale in Anspruch genommen zu werden. Wer kurzfristig einen solchen Dienst übernimmt, kann hingegen einen Zuschlag von 75 Prozent auf den bisherigen Stundenlohn erhalten. Kurzfristig heißt in diesem Fall 24 Stunden oder weniger vor Dienstbeginn. Die neue Regelung ist mit der Änderung der Bereitschaftsdienstordnung zum 1. Januar 2020 (§ 10 Abs. 4 S. 2 BDO) in Kraft getreten.

In der Vergangenheit ist es regelmäßig vorgekommen, dass Ärztinnen und Ärzte, die zu einem Dienst in einer Ärztlichen Bereitschaftspraxis eingeteilt waren, nicht erschienen sind und

auch nicht selbst für eine geeignete Vertretung gesorgt haben. Dieses Verhalten wurde von der KV RLP bis dahin noch toleriert.

Übrigens gilt die neue Regelung ausdrücklich auch bei einer Erkrankung oder einer sonstigen entschuldigten persönlichen Verhinderung, da es in einem solchen Fall die Pflicht der Ärztin bzw. des Arztes ist, eine Vertreterin oder einen Vertreter zu bestellen. Die bisherigen Disziplinarmaßnahmen bleiben davon unberührt und sind weiterhin alleine oder neben der Aufwendersatzpauschale möglich.

Der Zuschlag wird jedoch nicht ausgezahlt, wenn ein freier Dienst übernommen wird, für den bis zum Übernahmezeitpunkt keine andere Ärztin/kein anderer Arzt eingeteilt war. ■

MEHR HONORAR FÜR DIE MITGLIEDER DER KV RLP

Die wichtigsten Eckpunkte aus den Verhandlungen für 2020 stehen fest.

Die KV RLP hat sich mit den rheinland-pfälzischen Krankenkassenverbänden auf das Honorar für ihre Mitglieder im Jahr 2020 verständigt. Insgesamt ergibt sich ein Honorarplus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) von 1,24 Prozent in Höhe von rund 17 Millionen Euro.


Das Ergebnis im Überblick:

- Der regionale Punktwert wird um 1,52 Prozent erhöht und beträgt 10,9871 Cent.
- Zur Berücksichtigung der negativen Veränderung der demografie- und diagnosebezogenen Veränderungsdaten bei der Morbiditätsstruktur der Versicherten in Rheinland-Pfalz wird die mGV um -0,2819 Prozent abgesenkt.
- Sämtliche bisher vereinbarten extrabudgetären Leistungen werden weiterhin als Einzelleistungen vergütet.
- Beschlüsse des Bewertungsausschusses für 2020 werden beschlusskonform umgesetzt; damit werden neue Leistungen in der Regel auch extrabudgetär vergütet.
- Die extrabudgetäre Förderung zum Ausbau und Erhalt der von niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten geschaffenen Strukturen für das ambulante Operieren wird in 2020 fortgeführt.
- Die Krankenkassen beteiligen sich wie in den Vorjahren an der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes



der KV RLP und erhöhen diesen Förderbetrag um 1,7 Millionen Euro auf rund 5,9 Millionen Euro.

- Die Leistungen der nicht-ärztlichen Praxisangestellten (NäPa) werden mit einem Betrag in Höhe von maximal 500.000 Euro jährlich durch einen Punktwertzuschlag von zirka 1,8 Cent auf die GOP 03062 und 03063 EBM gefördert.
- Die Vergütung für Wegepauschalen wird um 1,52 Prozent angehoben.
- Die Vergütung für Schutzimpfungen wird um 3,66 Prozent erhöht.

 Wolfgang Thomas, Tel.: 06131 326-4610
Christoph Leinz, Tel.: 06131 326-4611



VERBOT DER GESCHÄFTSMÄSSIGEN SUIZIDHILFE IST VERFASSUNGSWIDRIG

Es existiert jedoch keine ärztliche Pflicht, an der Selbsttötung eines Menschen mitzuwirken.

Das Bundesverfassungsgericht hat entschieden, dass das in § 217 des Strafgesetzbuchs (StGB) normierte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung gegen das Grundgesetz verstößt und nichtig ist. Die Möglichkeiten einer assistierten Selbsttötung würden mit einem Verbot faktisch weitgehend entleert, heißt es in der Urteilsbegründung. Hieraus folge jedoch nicht, dass es dem Gesetzgeber von Verfassungen wegen untersagt sei, die Suizidhilfe zu regulieren, betonten die Karlsruher Richter. Er muss dabei aber sicherstellen, dass dem Recht des Einzelnen, sein Leben selbstbestimmt zu beenden, hinreichend Raum zur Entfaltung und Umsetzung verbleibt.

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasse ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließe die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Die Entscheidung des

Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, sei als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren.

Ohne geschäftsmäßige Angebote der Suizidhilfe ist der Einzelne maßgeblich auf die individuelle Bereitschaft der Ärztin oder des Arztes angewiesen, an einer Selbsttötung zumindest durch Verschreibung der benötigten Wirkstoffe assistierend mitzuwirken. Heilberufe zeigen bislang eine geringe Bereitschaft zur Suizidhilfe und können hierzu auch nicht verpflichtet werden. Aus dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben leitet sich kein Anspruch gegenüber Dritten auf Suizidhilfe ab. Zudem setzt das ärztliche Berufsrecht der Bereitschaft, Suizidhilfe zu leisten, weitere Grenzen. ■

§ 26. Februar 2020, Az.: 2 BvR 2347/15 und weitere

TERMINE IM FOKUS



©VGA/IC/STOCKPHOTO

Fit am Empfang

Kommen neue Patientinnen oder Patienten in die Praxis, zählt der erste Eindruck. Gefragt sind Blickkontakt, aktives Zuhören und Wertschätzung. Das Seminar vermittelt Verhaltensregeln für serviceorientiertes Auftreten in der Praxis und am Telefon.

Mittwoch, 6. Mai 2020 | KV RLP in Koblenz | 85 Euro je Teilnehmer | Online-Anmeldung



©MACHINEHEADZ/ADOBESTOCK

QEP® – Einführung in der psychotherapeutischen Praxis

Die Veranstaltung führt nicht nur in die QEP®-Systematik ein, sondern zeigt auch erste Umsetzungsschritte auf. Besonderheiten einer psychotherapeutischen Praxis werden dabei berücksichtigt.

Freitag und Samstag, 19./20. Juni 2020 | KV RLP in Mainz | 200 Euro inklusive QEP-Manual® für Psychotherapeuten | zertifizierte Fortbildung | Online-Anmeldung

Weitere Seminare	Termin	Standort	Informationen
Notfallmanagement	15. Mai 2020	Trier	85 Euro zertifizierte Fortbildung
Medical English für Medizinische Fachangestellte	27. Mai 2020	Trier	85 Euro
Einführung eines Qualitätsmanagements	17. Juni 2020	Koblenz	85 Euro zertifizierte Fortbildung
Datenschutz und Datensicherheit	1. Juli 2020	Neustadt	85 Euro zertifizierte Fortbildung

🔗 Online-Anmeldung und weitere Termine: www.kv-rlp.de/358728, Seminarkalender in KV KOMPAKT, Seite 21f.

GRÜNES LICHT FÜR PSYCHOSOMATISCHE INSTITUTSAMBULANZEN

Vor Aufnahme der Arbeit müssen bestimmte Mindestanforderungen erfüllt sein.

Ab sofort ist die Einrichtung von Psychosomatischen Institutsambulanzen möglich, an die die Ärzteschaft ihre Patientinnen und Patienten künftig überweisen kann. Die KBV, der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben ihre Verhandlungen erfolgreich abgeschlossen. Diese neuen Einrichtungen nach § 118 Absatz 3 SGB V können lediglich an Krankenhäusern entstehen, an denen es bislang noch keine Psychiatrische Institutsambulanz gibt. Eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss erfolgt nicht, jedoch muss der Zulassungsausschuss informiert werden.

Bevor eine neue Institutsambulanz ihre Arbeit aufnehmen kann, muss diese zunächst den Krankenkassen auf Landesebene nachweisen, dass folgende strukturelle Mindestanforderungen erfüllt sind:

- Ärztliche Leitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Internistische plus mindestens eine weitere somatische fachärztliche Kompetenz

- Multiprofessionelles Team mit folgenden Mindestanforderungen:
 - Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 - Psychologischer Psychotherapeut
 - Krankenpflege (ab 2022 nur mit zweijähriger einschlägiger Berufserfahrung)
 - Sozialpädagoge (ab 2022 nur mit zweijähriger einschlägiger Berufserfahrung)
 - Mindestens zwei verschiedene Spezialtherapeuten (zum Beispiel Ergotherapeut, Physiotherapeut/ab 2022 nur mit zweijähriger einschlägiger Berufserfahrung)

In der Psychosomatischen Institutsambulanz sollen Menschen versorgt werden, die aufgrund Art, Dauer oder Schwere ihrer Erkrankung in den Praxen nicht erfolgreich behandelt werden können – insbesondere dann, wenn eine multimodale Behandlung erforderlich ist, die nur von einem hoch spezialisierten und multiprofessionellen Team durchgeführt werden kann. ■



Was gibt es Neues im geschützten Mitgliederbereich?

- Übertragung von DMP-eDokumentationen
- Melden der Praxisöffnungszeiten, der Sprechstundenzeiten und der offenen Sprechstunden
- Melden der telefonischen Erreichbarkeitszeiten (Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen)
- Angaben zur Barrierefreiheit und Parkmöglichkeiten
- Übersicht über die genehmigten Leistungen
- Einsicht in Ihre Honorarunterlagen
- Übertragen der Korrektur zum Arztbrief

Nutzen Sie die vielfältigen Möglichkeiten im geschützten Mitgliederbereich, um Daten zu übermitteln, Dokumente einzusehen und mit der KV RLP zu kommunizieren. Benötigen Sie Unterstützung bei der Bedienung des geschützten Mitgliederbereichs, dann rufen Sie bei der KV-Hotline an. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

🔗 Anmeldung geschützter Mitgliederbereich:
<https://portal.kvrlp.kv-safenet.de/>

Wo kann man sich über das neue Coronavirus COVID-19 informieren?

Alle Informationen und Handlungsempfehlungen zum Coronavirus COVID-19 finden Sie auf der KV RLP-Website und auf der Website des Robert Koch-Instituts (RKI).

🔗 www.kv-rlp.de/834280, www.rki.de/

👤 KV-Hotline

Telefon 06131 326-326, Fax 06131 326-327
kv-hotline@kv-rlp.de
MO – DO 7.30–17 Uhr
FR 7.30–16 Uhr

Hausärztin aus Leidenschaft

Seit 35 Jahren ist sie für ihre Patienten da.

>> Jetzt bei KV-TV in der Filmothek



Neugierig?

www.kv-rlp.de/550876

KV-TV

Gesundheit aktuell. nah. dran.