



## ZUKUNFT

# Was kommt jetzt?

Die Ampel ist Geschichte. Dennoch müssen Lösungen her – ob für die Eigenverantwortung, die Digitalisierung oder die Versorgung in Zukunft. KV PRAXIS hat Menschen aus dem Gesundheitswesen dazu befragt.

### START DER ePA

Die Vorbereitungen für den Start im Januar laufen auf Hochtouren. Die KBV hat für Sie ein großes Infopaket geschnürt. | Seite 14

### AUFBEWAHRUNG

Aufräumen zum Jahresende? Nutzen Sie die Übersicht zu den Aufbewahrungsfristen und -regelungen. | Seite 16

### HYBRID-DRG

Ab dem kommenden Jahr können Sie auf eine schnellere und unkomplizierte Abrechnung setzen. | Seite 18

# INHALT

## Schwerpunkt

### 04 Was kommt jetzt?

Die Ampel ist Geschichte. Übrig bleiben ein Paket angefangener Reformen und jede Menge ungelöste Probleme. KV PRAXIS hat verschiedene Akteurinnen und Akteure nach Lösungsansätzen gefragt.

### 06 Stichwort Eigenverantwortung

Wie können wir mehr Eigenverantwortung von Patientinnen und Patienten erreichen?

### 08 Stichwort Versorgung

Welche Rezepte brauchen wir, um auch in zehn Jahren noch Menschen in den Praxen versorgen zu können?

### 10 Stichwort Psychotherapie

Wie können wir Menschen in Zukunft so versorgen, wie sie es brauchen?

### 12 Stichwort Digitalisierung

Kann Digitalisierung helfen, zunehmende Versorgungsprobleme zu lösen? Wenn ja, wie?

### 14 ePA

Die KBV stellt ein Infopaket für Praxen inklusive Materialien zur Patientenaufklärung zur Verfügung.

### 16 Aufbewahrung

Praxen können die Übersicht zu den Aufbewahrungsfristen und -regelungen für Dokumentationsunterlagen nutzen.

### 18 Hybrid-DRG

Neue Prozesse und ein neues Abrechnungstool werden für eine schnellere Abrechnung sorgen.

## 04

### Vier Zukunftsfragen – unterschiedliche Meinungen



### 18 Feiertage

Der Ärztliche Bereitschaftsdienst ist rund um die Feiertage und den Jahreswechsel im Einsatz.

### 19 News

Weiterbildung: Fördersummen steigen / Senkung der Bereitschaftsdienst-Umlage

### 19 Impressum

20 Talk mit Doc Bartels  
Rückblick auf Themen und Gäste

## ANSTELLUNG IN DER PRAXIS



SAVE THE DATE

# 29. MÄRZ 2024

Wo? KV RLP | Mainz

Wann? 11 Uhr



## Infoveranstaltung für angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

### VORTRÄGE

- Zahlen, Daten & Fakten zur Anstellung
- Was gilt es im Praxisalltag zu beachten – Unterstützungsangebote der KV RLP
- Rechtsfragen aus der Praxis für die Praxis: Auf den Arbeitsvertrag kommt es an.
- Beschäftigung in der Praxis: Vielfältige Wege und Möglichkeiten

 [www.kv-rlp.de/81836](http://www.kv-rlp.de/81836)

## Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Ampel ist gescheitert. Nach langer Uneinigkeit und gegenseitiger Blockade ist das keine wirkliche Überraschung. Der Zeitpunkt war es allerdings schon. Nachdem das erste Beben abebbt, ist es nun an der Zeit, sich zu sortieren und sich die Fragen zu stellen: Was bleibt? Was kommt? Und was braucht es? Klar ist, dass die angekündigten Reformen erst einmal nicht umgesetzt werden. Dabei sind viele Bereiche reformbedürftig, auch wenn über das „wie“ gestritten werden kann und muss. Hier lässt sich beispielsweise die längst überfällige Entbudgetierung nennen. Und diese nicht nur, wie vorgesehen, im hausärztlichen Bereich. Oder aber die umfassende Notfallreform, um die vorhandenen Ressourcen bestmöglich zu bündeln. Auch das Thema Entbürokratisierung stand auf der politischen Agenda und wird zunehmend dringlicher angesichts der weiter abnehmenden Arzt-Zeit.

Was bleibt, ist die magere Bilanz der tatsächlich verabschiedeten Gesetze. Viele Ankündigungen hat Minister Lauterbach gemacht und viele Gesetzesentwürfe – teils nicht einmal ressortabgestimmt – wurden veröffentlicht, jedoch nicht verabschiedet. Der vorzeitige Koalitionsbruch wurde der Umsetzung zum Verhängnis. In der vorliegenden Ausgabe blicken wir auf notwendige Gesundheitsreformen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf dem Thema „Eigenverantwortung“. Wir haben unterschiedliche Akteurinnen und Akteure nach ihrer Einschätzung dazu befragt. Dabei wird klar: Die Stärkung dieser ist zwingend erforderlich. Inmitten des politischen Umbruchs und Lärms sollte die Chance genutzt werden, sich neu auszurichten, und der politische Mut bewiesen werden, neue Pfade einzuschlagen, um die ambulante, aber auch stationäre medizinische Versorgung zukunftssicher zu machen. So hoffentlich auch beim Thema „Eigenverantwortung“.

**San.-Rat  
Dr. Peter Heinz**

*Vorsitzender des Vorstands  
der KV RLP*







© Robert Poorten/Adobe Stock



Katarina Kowalewicz/Stockphoto.com

ZUKUNFT

# WAS KOMMT JETZT?

Gesundheitsreformen gehören ganz oben auf die politische Agenda

**A**ls Karl Lauterbach am 12. September 2024 in der Haushaltsdebatte des Bundestages an das Rednerpult trat, kündigte er ein richtungsweisendes Gesetzespaket an. „In der Gesundheitspolitik stehen wir vor einem Herbst der Reformen. Reformen, die wir von langer Hand vorbereitet haben“, versprach der Bundesgesundheitsminister. 55 Tage später stand Bundeskanzler Olaf Scholz in seinem Amtssitz und verkündete die Entlassung von Finanzminister Christian Lindner. Die Ampel war Geschichte. Und die Reformvorhaben des Gesundheitsministers auch.

Lauterbach hatte sich viel vorgenommen. „Wir werden das Gesundheitssystem stärken“, lautete das Versprechen zu seinem Amtsantritt. Es sollten noch viele solcher Sätze, hektische Aktivitäten und medienwirksame Auftritte

folgen. Der Minister hetzte zwischen Talkshows, Plenarsaal und Pressekonferenzen. Corona, Hitzeschutz, Cannabis, gesundheitspolitische Zeitenwende. **Jeden Tag eine neue Idee. Oftmals unangestimmt, häufig unausgegoren.** Die Mitarbeitenden im Ministerium kamen bei all den Reform-Ankündigungen kaum hinterher und die Hauptstadtresse auch nicht. Am Ende bleiben viele Schlagzeilen und wenig Konkretes.

Der Bundesminister wollte das Gesundheitssystem sanieren. Nach drei Jahren hinterlässt er eine Baustelle, auf der viele Dinge angefangen, aber kaum etwas fachgerecht zu Ende geführt wurde. **Das Gesundheitssystem braucht dringend weitreichende Reformen, Rezepte für mehr Effizienz und eine bessere Ausstattung.** Und angesichts der vielfältigen Herausforderungen muss dafür ein politischer Rahmen

geschaffen werden, der die Anforderungen abfedert, die begrenzten personellen Ressourcen berücksichtigt und wirtschaftliche Perspektiven sowie Planbarkeit aufzeigt. Vor allem die ambulanten Strukturen benötigen endlich Entlastung, um auch künftig die medizinische Versorgung in der Fläche tragen zu können.

**Was die Praxen darüber hinaus brauchen, wird seit Jahren von den KVen und Berufsverbänden in Richtung Politik adressiert:** die lang angekündigte Entbürokratisierung und konsequente Entbudgetierung. Eine Bedarfsplanung, die im ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich die tatsächlichen Bedarfe berücksichtigt. Weniger Papierkrieg und mehr Zeit für Patientinnen und Patienten. Honorare, die nicht hinter den Kostensteigerungen zurückbleiben. Ernst gemeinte Anreize und attraktive Pers-



pektiven für die Niederlassung. Und nicht zuletzt eine bedarfsgerechte Patientensteuerung sowie die Förderung von Eigenverantwortung. Letztlich braucht es eine gute Versorgung, damit es allen gut gehen kann.

Angekündigt wurde von der Politik, das Thema Gesundheit ganz oben auf die politische Agenda zu setzen. Dazu wurde gleich ein ganzes Gesetzesbündel geschnürt. Krankenhausreform, Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, Notfallreform und, und, und. **Lauterbachs Botschaft: Niemand macht mehr als ich. Im Duktus des Ministers wuchsen die Reformen zur „Revolution“.** In der Umsetzung blieb dagegen zu viel Stückwerk, nicht zu Ende gedacht, praxisfern. Er rühmte sein Ressort für die „größte Gesetzesdichte im parlamentarischen Verfahren“. Fleißig, aber ergebnislos. Vertane Zeit, vergebene Gelegenheiten. Und für manchen verlorene Jahre.

**Die abrupt geendete Legislatur lässt eine Blaupause zurück, wie man es nicht machen sollte und dass guter Wille und ein paar richtige Maßnahmen**

**nicht ausreichen.** Ein Beispiel dafür ist die Reform der Notfallversorgung. Die Weiterentwicklung der 116117 ist absolut richtig, aber sie darf keine ineffizienten Parallelstrukturen und wirtschaftlich sowie personell nicht umsetzbare Zumutungen bedeuten. Gut gemeint ist eben nicht gleich gut gemacht. Das gilt auch für das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, wenn es beispielsweise um Pauschalen, Geringfügigkeitsgrenzen oder ein Mitberatungsrecht der Länder im Zulassungsausschuss geht. Defizite gibt es auch beim Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz und dem Stichwort sektorengreifende Versorgung.

Es zieht sich wie ein roter Faden durch die Reformbemühungen: **Hier die Theorie aus der Amtsstube, dort die Realität in den Arztpraxen.** Am Ende hat Lauterbach viel geredet, aber viel zu selten zugehört, was dringend notwendig ist. „Wenn wir diesen Herbst der Reformen gemeinsam hinter uns haben, dann wird unser Gesundheitssystem in einer viel besseren gesundheitlichen Verfassung sein als jetzt“, hatte er angekündigt. Tat-

sächlich hinterlässt der selbsternannte Reformier ein volles Wartezimmer. **Es bleibt viel zu tun, aber es gibt auch die Chance, es jetzt richtig, konsequent und wirkungsvoller zu machen.**

Die bisherigen Entwürfe müssen handwerklich überarbeitet und praxisnah ausgestaltet werden. Zentrale Fragen wie die Entbudgetierung oder Notfallreform müssen schnell geregelt werden, damit die Versorgung nicht selbst zum Notfall wird. Das Gesundheitssystem muss endlich und tatsächlich ganz oben auf die politische Agenda. Und die kommende Regierung ist gut beraten, frühzeitig und ernsthaft die Expertise der KVen, der Ärzte- und Psychotherapeuten-schaft einzubeziehen. Für echte Reformen, die in der Praxis wirken. ■

### **KV PRAXIS hat vier Fragen zur Zukunft gestellt.**

Die Antworten verschiedener Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitswesen lesen Sie auf den folgenden Seiten ...



# WIE KÖNNEN WIR MEHR EIGENVERANTWORTUNG VON PATIENTINNEN UND PATIENTEN ERREICHEN?



**Prof. Dr. Martin Seemann | Facharzt für Orthopädie und Leiter der Ärztlichen Bereitschaftspraxen in Bad Kreuznach und Mainz**

*„Gerade zur Weihnachtszeit sehen wir, dass Patienten den ÄBD unter anderem für Wiederholungsrezepte von Dauermedikationen chronischer Erkrankungen oder AU-Verlängerungen Langzeitkranker aufsuchen. Um den ÄBD zu entlasten, ist mehr Eigenverantwortung nötig. Patient\*innen müssen frühzeitig ihre Medikamentenvorräte sowie Krankschreibungen prüfen, um in Rücksprache mit ihren behandelnden Ärzten unnötige Inanspruchnahmen des Bereitschaftsdienstes zu vermeiden und die knappe Ressource Arzt an den hoch frequentierten Feier- und Brückentagen zu entlasten.“*



**Prof. Dr. Thomas Kolb | Gesundheitsökonom an der Hochschule RheinMain und Mitglied im G-BA-Expertenpool**

*„§ 1 SGB V formuliert klar die Eigenverantwortung. Zaghafte Versuche wurden mit der Praxisgebühr unternommen, jedoch wieder eingestellt. Will man den GKV-Leistungskatalog nicht einschränken und Versicherten KEINE höheren Beiträge zumuten, muss die Eigenleistung des Patienten stärker in den Fokus rücken. Selbstbehalte, Risikobeteiligung und unter Umständen Familienversicherung müssen auf den Prüfstand. Im angloamerikanischen Bereich sind Eigenanteile deutlich höher und ein freier Zugang zur stationären Versorgung in der Regel nicht gegeben. Der Primärarzt entscheidet über die Einweisung ins Krankenhaus. Ignoriert es der Patient, muss er die Behandlung unter Umständen aus eigener Tasche begleichen.“*



**Jörn Simon | Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse**

*„Eigenverantwortung meint die Bereitschaft, für das eigene Handeln Verantwortung zu übernehmen, nicht – wie oft fälschlich verstanden –, sich finanziell mehr zu beteiligen. Laut Gesetz hat die TK den Auftrag, die gesundheitliche Eigenkompetenz zu fördern, zum Beispiel durch ein breites Angebot von Präventionskursen. Wir stellen zudem digitale Anwendungen und Programme zur Verfügung. Dazu zählt auch die elektronische Patientenakte, die hinsichtlich der Inanspruchnahme knapper Ressourcen eine hohe Transparenz bieten wird. Ziel ist es, den Versicherten mehr Orientierung zu geben, um sich für die richtige Versorgungsstruktur zu entscheiden.“*



**Sabine Strüder | Fachbereichsleitung Gesundheit und Pflege, Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V.**

„Eigenverantwortung bedeutet, dass Patient\*innen aktiv an ihrer Gesundheit mitwirken. Damit dies gelingt, brauchen sie eine hohe Gesundheitskompetenz. Hier hat Deutschland noch deutlichen Nachholbedarf: Das Bildungs- und Gesundheitswesen sind ebenso gefordert wie die Medien und die Arbeitswelt. Parallel dazu müssen die strukturellen Bedingungen etwa durch gesetzliche Regulierung geändert werden: Was beim Nichtraucherschutz gelungen ist, steht zum Beispiel beim Kinderschutz in der Lebensmittelwerbung noch aus. Keinesfalls darf Eigenverantwortung in einem solidarischen Gesundheitssystem mit monetärer Eigenbeteiligung gleichgesetzt werden.“



**Christian Wantzen | Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie Landesverbandsvorsitzender des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzt\*innen e.V. Rheinland-Pfalz**

„Steuerung durch eine sozialverträgliche finanzielle Eigenbeteiligung mit einer durch die Krankenkassen erstattbaren Praxisgebühr, wie es auch in vielen anderen europäischen Ländern Usus ist. Der mündige Patient sollte mehr Eigenverantwortung für seine Gesundheit übernehmen, dadurch die Versorgungssituation selbst aktiv steuern. Durch Edukation mit Erlernen von Grundlagen und Strategien (Elternkurse, Schwangerschaft, UO, Kita, Schule) Sicherheit in Bezug auf die psychosoziale und physische Gesundheit gewinnen.“



**Dr. Barbara Römer | Fachärztin für Allgemeinmedizin und Landesvorsitzende des Hausärztinnen- und Hausärzteverbands Rheinland-Pfalz e.V.**

„In unserem in Teilen ineffizienten und überkomplexen Gesundheitssystem darf Eigenverantwortung nicht heißen, aufs Geratewohl ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen. Es braucht mehr Steuerung statt Ärztehopping, mehr Koordination statt wildem Durcheinander. Wer sich nicht blind durch das System bewegt, sondern sich im Versorgungsprozess von Beginn an durch seine Hausarztpraxis begleiten lässt, wie es in der HZV (Hausarztzentrierte Versorgung) gelebt wird, verhält sich verantwortungsbewusst sich selbst, aber auch dem System gegenüber.“



**San.-Rat Dr. Peter Heinz | Facharzt für Allgemeinmedizin und Vorsitzender des Vorstands der KV RLP**

„Eine wirksame Patientensteuerung ist für die Erhaltung des Versorgungsniveaus unabdingbar. Nach meiner Einschätzung wird dies in der notwendigen Geschwindigkeit nur mit einer prozentualen Eigenbeteiligung über alle Leistungen der GKV gelingen können. Konkreter Vorschlag: 7,5 Prozent mit einer sozialen Abfederung durch eine Varianz des Prozentsatzes ohne komplette Befreiung. Auf diese Weise wird die Eigenverantwortung aller Mitglieder des Solidarsystems in besonderer und verlässlicher Weise gestärkt.“



Johanna Breithaupt | Kreisgesundheitsmanagerin des Rhein-Lahn-Kreises

„Langfristig ist eine Erhöhung der Ausbildungskapazitäten für Medizinstudierende und eine Vereinfachung der Zugangsvoraussetzungen notwendig. Die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und die Niederlassung müssen für junge Menschen attraktiver gestaltet werden. Hier kommen die Kommunen als zentrale Partner zwischen kommunalen Einrichtungen und Mediznern ins Spiel, um innovative Versorgungsmodelle zu entwickeln, den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern und junge Menschen in ihrer medizinischen Ausbildung zu unterstützen.“

## IMMER WENIGER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE UND IMMER MEHR BEDARF?

# WELCHE REZEPTE BRAUCHEN WIR, UM AUCH IN ZEHN JAHREN NOCH MENSCHEN IN DEN PRAXEN VERSORGEN ZU KÖNNEN?



Dr. Matthias Münch | Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie in der Stadtklinik Frankenthal

„Wir sind nicht weniger Ärztinnen und Ärzte geworden. Während sich die Kolleginnen und Kollegen bisher oft in Selbstaussbeutung übten, fordert ein modernes und gesundes ärztliches Berufsbild die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie einen wertschätzenden Umgang mit den Ressourcen. Dazu braucht es künftig das Arbeiten im Team. Teamarbeit sollte man in der Weiterbildung kennenlernen, genauso wie die Unterschiede zwischen Krankenhaus und Praxis. Es gilt, Klinik und Praxis zu verknüpfen – etwa mit Weiterbildungsverbänden. Wer Praxisarbeit kennen und schätzen lernt, wird auch für eine Tätigkeit dort begeisterungsfähig sein.“



Tina Dobiasch | Netzmanagerin im Wormser Gesundheitsnetz EG

„Bildung & Vernetzung großer Praxen (ÜBAG, MVZ etc.) sind zentral. Diese Formen ermöglichen effizientere Ressourcennutzungen. Arztnetze können dabei zur besseren Verzahnung und Unterstützung bei nicht medizinischen Fragen beitragen, um die Medizin im Praxisalltag zu fokussieren. Delegation an qualifiziertes Fachpersonal (PA, NÄPA, VERAH) wird zu Recht immer präsenter. Digitalisierung bedarf großer personeller und finanzieller Investitionen, wird jedoch ein weiterer Schlüssel der Zukunft sein.“





**Hannelore König | Präsidentin des Verbands  
medizinischer Fachberufe e.V.**

„Wir müssen Versorgung interprofessionell und sektorenverbindend denken und die vorhandenen Kompetenzen nutzen. Medizinische Fachangestellte müssen endlich gestärkt und die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Ärztinnen und Ärzte sollten mehr Aufgaben an Medizinische Fachangestellte (MFA) delegieren und ihre MFA qualifizieren. Auch akademische Karrierepfade für MFA sehe ich als Chance. Wir brauchen eine gesicherte Finanzierung der Leistungen, die in den Praxisteams erbracht werden. Noch wichtiger sind weniger Bürokratie und eine funktionierende Digitalisierung.“



**Prof. Dr. Michael Jansky | Direktor des Zentrums  
für Allgemeinmedizin und Geriatrie der  
Universitätsmedizin Mainz**

„Ein Ansatzpunkt ist, das Lehrangebot der Allgemeinmedizin weiterhin attraktiv zu gestalten und neben der Pflichtlehre interessante Angebote zusätzlich für Interessierte oder als Wahlpflichtfächer fortzuführen, wie beispielsweise unsere Wahlpflichtwoche ‚Niederlassung im ambulanten Bereich‘ in Kooperation mit KV und Kammer. Ein wichtiger Baustein ist zudem das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin, das die angehenden Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung unterstützt und auf eine selbstständige Tätigkeit in eigener Praxis vorbereitet.“



**Giulia Ritter | Präsidentin der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.**

„Das verschriebene Rezept lautet: Ärzt\*in sein können. Die ärztliche Profession muss zurück zur Basis gebracht werden. Digitale Kompetenzen müssen im Studium verankert werden, Entbürokratisierung im Gesundheitswesen nicht nur diskutiert, sondern auch umgesetzt werden. Die Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung mit zeitgemäßen Methoden und Inhalten ist überfällig! Wenn das Helfen von Patient\*innen wieder Arbeitsalltag ist, wird unsere Generation auch die Versorgung stemmen können.“

**Dr. Andreas Bartels | Facharzt für Anästhesiologie und stellvertretender Vorsitzender des  
Vorstands der KV RLP**

„Es stimmt nicht, dass wir weniger Ärztinnen und Ärzte haben, die Anzahl ist sogar gestiegen. Wir haben jedoch ein Problem mit der zur Verfügung stehenden Arztzeit. Auch im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung arbeiten heute fast 40 Prozent im Angestelltenstatus. Wochenarbeitszeiten von 60 Stunden und mehr sind im Krankenhaus wie in der Praxis Gott sei Dank passé. Jetzt gilt es, Ärztinnen und Ärzte von Bürokratie und nicht notwendigen Patientenkontakten zu entlasten und intelligente Rahmenbedingungen in der Versorgung, aber auch in der Vergütung zu schaffen, die diesem Wandel Rechnung tragen.“



## IN DER PSYCHOTHERAPIE GIBT ES SCHON HEUTE EINE RIESIGE LÜCKE ZWISCHEN BEDARF UND ANGEBOT.

# WIE KÖNNEN WIR MENSCHEN IN ZUKUNFT **SO VERSORGEN,** **WIE SIE ES BRAUCHEN?**



**Sabine Maur | Psychotherapeutin und Präsidentin  
der Landespsychotherapeutenkammer  
Rheinland-Pfalz**

*„Wir brauchen endlich eine eigene Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen – die Wartezeiten sind unzumutbar für junge Menschen und ihre Familien! Eine aufsuchende und damit niedrigschwellige Psychotherapie in den Lebenswelten der Kinder muss möglich werden, zum Beispiel in der Schule und in der Jugendhilfe. Wichtig ist zudem die praxisnahe, bürokratiearme Umsetzung der Komplexversorgungsrichtlinie, um Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen intensiver und interdisziplinär helfen zu können.“*



**Dr. Sigrid Schiller | Psychotherapeutin und  
stellvertretende Landesvorsitzende der DPtV**

*„Wir benötigen zum einen unbedingt mehr psychotherapeutische Vertragssitze in unserer rheinland-pfälzischen KV und zum anderen muss unbedingt die Finanzierung unseres psychotherapeutischen Nachwuchses nach der neuen Weiterbildungsordnung – besonders auch im niedergelassenen Bereich – durch eine angemessene und zeitnahe gesetzlich geregelte finanzielle Förderung abgesichert werden. Es braucht auch finanziell attraktive Kooperationsformen, die einem überwiegend weiblichen Berufsstand eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen, zum Beispiel durch Abschaffung der PZO im Jobsharing!“*



#### **Peter Brettle | Psychotherapeut und Landesvorsitzender der DPTV**

*„Wir brauchen dringend die Finanzierung der neuen psychotherapeutischen Weiterbildung und eine Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung. Dazu gehören die Bedarfsplanung, aber auch Anreize, um junge Kolleg\*innen für die Niederlassung in eigener Praxis oder für eine Anstellung gewinnen zu können. Anstatt immer mehr finanzielle und zeitliche Ressourcen für Technik (TI) und Bürokratie vorzuhalten, muss es möglich sein, sich auf die eigentliche Arbeit als Psychotherapeut\*in zu konzentrieren.“*



#### **Florian Hillesheim | Psychotherapeut und stellvertretender Landesvorsitzender der DPTV**

*„Mehr angestellte PP und ÄP in bestehenden KV-Praxen würden die Versorgung der Patient\*innen quantitativ und qualitativ verbessern. Eine Praxis, in der mehrere Therapeut\*innen mit verschiedenen Behandlungsschwerpunkten und Persönlichkeiten arbeiten, kann sowohl insgesamt mehr Patient\*innen behandeln als auch noch präziser auf den jeweiligen Bedarf eingehen. Neben aktuell bestehenden Punktzahldeckelungen für eine Praxis bei Anstellungen stehen dem allerdings leider auch wirtschaftliche Gründe im Wege, wie eine zu knappe Vergütung und auch der viel zu niedrig bemessene Strukturzuschlag.“*



#### **Onur Kirik | Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche**

*„In der Kinder- und Jugendpsychotherapie besteht bereits seit längerer Zeit eine massive Diskrepanz zwischen Bedarf und Angebot. Um die Versorgungslücke für die Heranwachsenden künftig zu minimieren, benötigen wir dringend innovative Ansätze, um mitunter die strukturellen Probleme zu überwinden und die erheblichen Wartezeiten auf Psychotherapie zu reduzieren. Eine stabile psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sichert somit langfristig das Wohlergehen der gesamten Gesellschaft.“*



#### **Peter Andreas Staub | Psychotherapeut und Mitglied des Vorstands der KV RLP**

*„Es ist längst erwiesen, dass ambulante psychotherapeutische Behandlungen in den meisten Krankheitsbildern effektiver und kostengünstiger sind als stationäre. Und doch weichen gerade im Kinder- und Jugendlichenbereich aufgrund fehlender ambulanter Termine viele in die psychiatrischen Stationen und Krankenhäuser aus. Aufgrund der sektorentrennenden Betrachtung auch der Ausgaben im Gesundheitsbereich ergibt sich hier eine Fehlallokation. Die Gesamtschau psychotherapeutisch-psychiatrischer Behandlung und eine Herauslösung aus den übrigen Strukturen würden sicher eine zielgenauere Versorgung erreichen.“*



# KANN DIGITALISIERUNG HELFE, ZUNEHMENDE VERSORGUNGS- PROBLEME ZU LÖSEN? WENN JA, WIE?



**Dr. Rüdiger Gaase | Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und Landesvorsitzender des Berufsverbands der Frauenärzte**

*„Ohne Digitalisierung werden wir die heutigen und künftigen Versorgungsprobleme nicht lösen können! Aber sie muss sicher, verlässlich und anwenderfreundlich funktionieren sowie Kostentransparenz und faire Bedingungen für die Praxen beinhalten. All das haben wir bisher nicht! Im Gegenteil schlagen wir uns seit Jahren mit halbfertigen, interessegeleiteten und schlecht durchdachten digitalen Feldversuchen herum. Mit dem bundesweiten Rollout der ePA 2025 wird es nicht einfacher. Glückwunsch, Herr Lauterbach, zum Big Brother Award 2024!“*



**Dr. Michael Siegert | Facharzt für Allgemeinmedizin**

*„Es muss klargestellt werden, dass für eine medizinische Versorgung die handelnden Personen vorhanden sein müssen. Da diese aber zunehmend weniger werden, ist die Versorgung entsprechend bedroht. Digitalisierung kann Prozesse verbessern und so eine Effizienzsteigerung erzielen. Unterstützen kann sie zum einen in der Administration, aber auch als Unterstützung bei der Diagnosefindung mit zunehmender Verfügbarkeit von KI. Voraussetzung hierfür sind aber die optimale Einbindung in die PVS und eine stringent praxistaugliche Umsetzung.“*



**Dr. David Werner | Facharzt für Radiologie und Strahlenschutzbeauftragter**

*„Ja, Digitalisierung kann Versorgungsprobleme verringern, indem sie die Mitarbeitenden stärkt und flexibler macht. Telemedizin, KI und Homeoffice ermöglichen eine effizientere und selbstbestimmte Arbeitsweise. Wichtig ist, dass Prozesse vereinfacht werden, so bleibt mehr Zeit für Gespräche mit Menschen. Digitalisierung und KI müssen unterstützen, Motivation fördern und die Versorgungsqualität verbessern. Der Wandel ist unvermeidlich, entscheidend ist, wie wir ihn mitgestalten.“*

**Prof. Dr. Sebastian Kuhn | Direktor des Instituts für Digitalisierung in der Medizin am Universitätsklinikum Gießen-Marburg sowie der Philipps Universität Marburg**

*„Ja, die Digitalisierung kann Versorgungsprobleme lösen, vor allem durch gezielte Qualifizierung von Ärztinnen und Fachkräften im Gesundheitswesen. Kompetenzen in Telemedizin, digitalen Gesundheitsanwendungen und KI-gestützter Diagnostik sind entscheidend für den effektiven Einsatz digitaler Technologien. Schulungen in digitalen Anamnese-Tools und Telemonitoring ermöglichen präzisere und frühzeitige Diagnosen sowie kontinuierliche Behandlungen chronisch kranker Menschen. Ebenso ist der sichere Umgang mit elektronischen Patientenakten und digitaler Kommunikation essenziell, um eine nahtlose, patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten.“*



**Phillipp Stachwitz | KBV Stabsstelle Digitalisierung**

*„Digitalisierung kann – um nur einige Beispiele zu nennen – medizinisches Personal bei administrativen Routineaufgaben und der Informationsbeschaffung entlasten und dazu beitragen, dass Patienten zur richtigen Zeit in der richtigen Versorgungsebene behandelt werden. So können, auch bei zunehmend komplexeren Behandlungsprozessen, wertvolle Ressourcen eingespart werden. Zudem hilft Digitalisierung, die rasant wachsende Menge an medizinischem Wissen – allgemein und auf den einzelnen Patienten bezogen – beherrschbar zu halten, damit medizinischer Fortschritt schneller in der Versorgung ankommt. KI wird dabei in Zukunft ohne Zweifel eine wichtige Rolle spielen, auch wenn ihre Bedeutung und Auswirkungen noch nicht sicher abschätzbar sind. Meine Antwort lautet: Ja – Voraussetzung ist eine gut funktionierende Technik.“*



**Peter Andreas Staub | Psychotherapeut und Mitglied des Vorstands der KV RLP**

*„Im psychotherapeutischen Bereich kommt es immer auf die individuelle Begegnung an. Aber auch in somatischen Behandlungen ist die persönliche Expertise nicht durch digitale Hilfsmittel zu ersetzen. Dennoch könnten gut funktionierende digitale Managementsysteme, eine wirklich umfassend unterstützende digitale Patientenakte und KI-basierte Diagnostik-Tools eine Menge Zeit für die wesentlichen Aufgaben freisetzen. Im Augenblick geht ein Großteil davon in der unsinnigen Beschäftigung mit halbgarer Technik, uneinheitlichen pseudo-digitalen Standards und Reboots veralteter und nicht miteinander abgestimmter Systeme verloren. Der Gesetzgeber sollte endlich für Einheitlichkeit und Funktionsgarantie sorgen.“*



Ob berufspolitische Arbeit oder Informationen und Unterstützung bei der Digitalisierung – verfolgen Sie im **Newsletter KV INFO**, wo und wie sich die KV RLP einsetzt, was sie erreicht hat und wofür sie weiterkämpft.

Jetzt abonnieren: [www.kv-rlp.de/918610](http://www.kv-rlp.de/918610)

# ePA STARTET IM FEBRUAR 2025

Nutzen Sie das Infopaket der KBV zur eigenen Vorbereitung und zur Patientenaufklärung.

Vor einem Jahr stand der Start des eRezepts bevor, nun folgt mit der elektronischen Patientenakte (ePA) die nächste digitale Anwendung. Damit der Start gelingt, wird die ePA – sofern die technischen Voraussetzungen der Gematik und der PVS-Hersteller bis dahin abgeschlossen sind – ab dem 15. Januar 2025 vier Wochen lang in Franken, Hamburg und in Teilen Nordrhein-

Westfalens getestet. Verlaufen die Tests reibungslos, soll der bundesweite Rollout erfolgen. Als Starttermin strebt das Bundesministerium für Gesundheit den 15. Februar 2025 an. Damit Sie sich in den Praxen gut vorbereiten können, hat die KBV ein großes Infopaket geschnürt – mit Fortbildungen, Kurzvideos, Antworten auf die häufigsten Fragen und vielem mehr. Es ist alles auf der KBV-

Website verfügbar und wird auch fortlaufend aktualisiert. Neuerungen erhalten Sie außerdem über KV INFO, dem Newsletter der KV RLP. Darüber hinaus ist schon jetzt klar, dass der Aufklärungsbedarf der Patientinnen und Patienten groß sein wird. Hier sind jedoch vor allem die Krankenkassen gefragt. Verweisen Sie deshalb bei generellen Fragen zur ePA immer an diese. ■

## Das sind die Inhalte der ePA



\*Dürfen nur mit expliziter Einwilligung der Patienten eingestellt werden

Quelle: KBV

automatisch

Verpflichtung zu Befüllung

Auf Wunsch der Patienten

Durch Versicherte eingestellt

Eine Seite für alles: [www.kbv.de/epa](http://www.kbv.de/epa)



### Liste der Krankenkassen | KV RLP

Für grundsätzliche Fragen zur ePA sind Krankenkassen die Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten. Die KV RLP hat deshalb eine Liste aller Krankenkassen mit Kontaktangabe auf ihrer Website veröffentlicht. Ob als Ausdruck oder als Link, verweisen Sie gerne Ihre Patientinnen und Patienten darauf.

[www.kv-rlp.de/116117-7808](http://www.kv-rlp.de/116117-7808)



### Aushang für Ihre Praxis | KBV

Informieren Sie über den Praxisaushang der KBV Ihre Patientinnen und Patienten darüber, dass Sie verpflichtet sind, einen Teil ihrer Daten in der ePA zu speichern und dass sie dem widersprechen können, zum Beispiel bei sensiblen Informationen.

[www.kbv.de/epa](http://www.kbv.de/epa) > Informationen für Praxen zur ePA ab 2025 > Praxisaushang



## FÜR SIE

### Fortbildung | 6 Fortbildungspunkte | KBV

Die KBV bietet Ihnen eine Fortbildung zu den medizinischen, rechtlichen und technischen Aspekten der ePA an. Das Video ist direkt auf der Website verfügbar. Wer im Fortbildungsportal der KBV die zehn Multiple-Choice-Fragen beantwortet, erhält sechs Fortbildungspunkte.

[www.kbv.de/epa](http://www.kbv.de/epa) > Fortbildung für Ärzte und Psychotherapeuten



### Aufzeichnung der Veranstaltung | gematik und KBV

Im Oktober fand die Veranstaltung „Die ePA für alle – was kommt auf Praxen zu?“ der gematik in Zusammenarbeit mit der KBV statt. Im Fokus stand, welche konkreten Veränderungen und Anforderungen auf Sie zukommen und wie Sie sich darauf vorbereiten können. Verpasst? Die Aufzeichnung sowie die Vortragsfolien sind online.

[www.kbv.de/epa](http://www.kbv.de/epa) > Veranstaltungen



### ePA-Serie in den KBV-PraxisNachrichten

Die KBV klärt Sie in einer sechsteiligen Serie über die einzelnen Aspekte der ePA in der Praxis auf. Sie finden alles auf der Website der KBV.

**Teil 1** | Rolle der elektronischen Patientenakte in der ambulanten Versorgung

**Teil 2** | Wer was einpflegt – Diese Daten aus der Praxis kommen in die elektronische Patientenakte

**Teil 3** | Abrechnungsdaten und Entlassbriefe – Auch das kommt in die ePA

**Teil 4** | Schnelle Übersicht in der ePA – So funktionieren Filter und Sortieroptionen

**Teil 5** | Darauf weisen Praxen ihre Patienten hin – Informations- und Dokumentationspflichten zur ePA

**Teil 6** | Lesen, verbergen, widersprechen – So können Patienten ihre ePA nutzen

### Kurzvideos und Fragen

In weniger als einer Minute erklärt die KBV auf ihrer Website in sechs kleinen Videos die verschiedenen Aspekte der ePA. Außerdem finden Sie online Antworten auf die häufigsten Fragen.

Mit diesem Gesamtpaket sollten Sie für die Vorbereitung gut aufgestellt sein.



# AUFBEWAHRUNGSFRISTEN

Möchten Sie das Jahresende nutzen, um Dokumentationsunterlagen auszusortieren, oder stehen eine Praxisübergabe oder andere personelle Veränderungen in der Praxis an? Dann sollten Sie die geltenden Aufbewahrungsfristen und -regelungen kennen.

**F**ür Dokumentationsunterlagen zu Behandlungen gilt eine Aufbewahrungsdauer von zehn Jahren. Dies ist in den Berufsordnungen und im Vertragsrecht geregelt. Dabei beginnt die 10-Jahres-Frist mit dem letzten Patientenkontakt, das heißt, die Frist beginnt nicht für einzelne abzugrenzende medizinische Sachverhalte, sondern bezieht sich auf das Behandlungsverhältnis generell.

Wie in vielen Bereichen gibt es auch für Aufbewahrungsfristen Ausnahmen. So gelten für bestimmte Dokumentationen auf Basis der entsprechenden Verordnungen kürzere und längere Aufbewahrungsfristen. Nutzen Sie die nachfolgende Tabelle als Überblick.

## Datenübergabe bei Praxisabgabe

Die Aufbewahrungspflicht gilt auch bei der Praxisabgabe. In diesem Fall haben Sie Sorge zu tragen, dass bei der Beendigung ihrer Tätigkeit, bei der Auflösung oder der Veräußerung der Praxis die Daten nach den Vorschriften der Datensicherheit und des Datenschutzes und der Schweigepflicht untergebracht und nur Berechtigten zugänglich gemacht werden.


Eine Übergabe der Unterlagen – egal, ob in Papierform oder digital – an die Praxisnachfolge ist nur dann zulässig, wenn entweder die Patientin oder der Patient zuvor darin eingewilligt hat oder die Praxisnachfolge die Unterlagen nicht einsehen kann. Steht ein Praxisverkauf konkret an, sollten Sie daher frühzeitig Ihre Patientinnen und Patienten anschreiben und um Rückmel-

dung bitten, ob sie mit der Weitergabe der bisherigen Behandlungsdokumentation an die Praxisnachfolge einverstanden sind. Bewahrt die Praxisnachfolgerin oder der Praxisnachfolger die Behandlungsdokumentationen auf, gelten die geregelten Aufbewahrungsfristen. Diese laufen seit dem letzten Behandlungskontakt der Patientin oder des Patienten mit dem früheren Praxisinhaber. Deshalb ist es hilfreich, wenn vor Übergabe die Unterlagen bzw. Daten einzeln mit einer Angabe zum Lösungszeitpunkt versehen werden.

## Gemeinschaftspraxis, Datenlöschung und mehr

Welche Regelungen für Praxen mit mehreren Behandlerinnen und Behandlern gelten und was Sie zur Löschung von Daten nach der Aufbewahrungsfrist wissen sollten, finden Sie online. ■

### Sie möchten mehr wissen?

 **Aufbewahrung und Löschung:**  
[www.mit-sicherheit-gut-behandelt.de](http://www.mit-sicherheit-gut-behandelt.de) > *Behandlungsdokumentation* > *Aufbewahrung und Löschung*

**Gemeinschaftliche Berufsausübung:**  
[www.mit-sicherheit-gut-behandelt.de](http://www.mit-sicherheit-gut-behandelt.de) > *Änderungen im Praxisbetrieb* > *Gemeinschaftliche Berufsausübung*

## AUFBEWAHRUNGSFRISTEN A – Z

<b>Abrechnung mit der KV mittels EDV</b> (Sicherungskopie der Quartalsabrechnung)	4 Jahre
<b>Arztbriefe</b> (eigene und fremde)	10 Jahre
<b>Ärztliche Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde</b> , zum Beispiel	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dokumentation ambulanten Operierens</li> <li>■ Sonographische Untersuchungen</li> <li>■ EEG Ozzillogramme und EKG-Streifen</li> <li>■ Langzeit-EKG (Computerauswertungen / keine Tapes)</li> <li>■ Lungenfunktionsdiagnostik (Diagramme)</li> <li>■ Laborbefunde (eventuell auch durch Eintrag in Kartei / PC)</li> <li>■ Durchschläge für vertretenden Arzt Notfall-/ Vertreterschein (Muster 19)</li> <li>■ Gutachten / Unfallunterlagen</li> </ul>	10 Jahre
<b>Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen</b>	1 Jahr
<b>Berichtsvordrucke</b> (Durchschrift für Gesundheitsuntersuchung und Krebsfrüherkennung)	10 Jahre
<b>Berufsgenossenschaftliches Verletzungsverfahren</b>	15 Jahre
<b>Berufsunfähigkeitsgutachten</b>	10 Jahre
<b>Betäubungsmittel</b>	3 Jahre
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ BTM-Rezeptdurchschriften</li> <li>■ BTM-Karteikarten</li> <li>■ Betäubungsmittelbücher</li> </ul>	
<b>Blutprodukte</b> und genetisch hergestellte Plasmaproteine zur Behandlung von Hämastose-Störungen (für die im Gesetz näher bezeichneten Zweige)	15 Jahre
<b>D-Arzt-Verfahren</b>	15 Jahre
<b>DMP</b> (personenbezogene Daten)	10 Jahre
<b>Doku-Bögen</b> ambulantes Operieren	10 Jahre
<b>EEG- und EKG-Streifen</b>	10 Jahre
<b>Einweisungen</b> (Durchschrift)	10 Jahre
<b>Gesundheitsuntersuchungen</b> (Durchschrift der Dokumentation)	10 Jahre
<b>Gutachten über Patienten</b> (eigene Patienten)	10 Jahre
<b>Gutachterliche Stellungnahme</b> (Gutachter)	2 Jahre
<b>Heilmittelverordnungen</b>	10 Jahre
<b>Jugendarbeitsschutzbogen</b>	10 Jahre

<b>Kinder-Krankheitsfrüherkennung</b> U 1 – U 10 (Aufzeichnung in Kartei)	10 Jahre
<b>Krankenhausberichte</b>	10 Jahre
<b>Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Berichtsvordrucke</b> (Durchschrift)	2 Jahre
<b>Labor-Befunde</b> (Labor-Buch)	10 Jahre
<b>Labor</b> – externe Qualitätssicherung (Zertifikate)	5 Jahre
<b>Labor</b> – interne Qualitätssicherung (Kontrollkarten)	5 Jahre
<b>Langzeit-EKG-Auswertung</b> (keine Tapes)	10 Jahre
<b>Notfall- und Vertretungsschein</b> (Durchschrift Muster 19)	10 Jahre
<b>Patienten-Unterlagen</b> (siehe unter A / Ärztliche Aufzeichnungen)	10 Jahre
<b>Röntgen</b> (Konstanzprüfungen)	2 Jahre
<b>Röntgenbilder</b> sowie Aufzeichnungen, digitale Bilddaten und sonstige Untersuchungsdaten und zwar	
1. im Falle von <u>Behandlungen</u> für eine Dauer von	30 Jahre
2. im Falle von <u>Untersuchungen</u>	
a) einer volljährigen Person für eine Dauer von	10 Jahre
b) bei einer minderjährigen Person bis zur Vollendung ihres 28. Lebensjahres	
<b>Sonographische Untersuchungen</b> (Aufzeichnungen, Fotos, Prints, Befunde)	10 Jahre
<b>Strahlenbehandlung</b> (§ 85 Abs. 2 StrlSchG) Der Strahlenschutzbeauftragte hat dafür zu sorgen, dass die Aufzeichnungen sowie die Röntgenbilder, digitale Bilddaten und sonstige Untersuchungsdaten aufbewahrt werden, und zwar	
1. im Falle von <u>Behandlungen</u> für eine Dauer von	30 Jahre
2. im Falle von <u>Untersuchungen</u>	
a) einer volljährigen Person für eine Dauer von	10 Jahre
b) bei einer minderjährigen Person bis zur Vollendung ihres 28. Lebensjahres	
<b>Überweisungsscheine</b> (nur IT-abrechnende Ärzte)	1 Jahr
<b>Untersuchung mittels radioaktiver oder ionisierender Stoffe</b>	10 Jahre
<b>Zytologische Befunde</b>	10 Jahre
<b>Zytologische Befunde</b> (im Rahmen der Krebsfrüherkennung)	10 Jahre
<b>Zytologische Präparate</b>	10 Jahre



# SCHNELLE ABRECHNUNG FÜR HYBRID-DRG

Neues Abrechnungstool sorgt für wenig Aufwand und schnelle Zahlungsflüsse

Zum 1. Januar 2025 plant die KV RLP, eine neue, web-basierte Abrechnungssoftware (WebA) für die Erfassung und Abrechnung der Hybrid-DRG-Leistungen anzubieten – schnell, transparent und losgelöst von der regulären Quartalsabrechnung.

## Einfache Technik

Die WebA kann ortsungebunden auch außerhalb der Praxis-räumlichkeiten jederzeit aufgerufen werden. Der Zugang erfolgt nach der Registrierung mit einem Benutzernamen und einem Passwort. Plus: Die WebA wird mit Ihrem Kartenlesegerät verbunden sein, sodass die Patientendaten vorausgefüllt sind. Für die initiale Verbindung unterstützt Sie die KV RLP nach der Registrierung. Zudem ist für die Eingabe der Abrechnungsdaten bereits eine DRG-Grouper-Software im Hintergrund der WebA integriert. Alles, was Sie tun müssen, ist, die Leistungen in der WebA einzutragen und digital an die KV RLP zu senden.

## Schnelle Abrechnung

Sie können Hybrid-DRG jederzeit über die WebA abrechnen. Jeden Freitag übermittelt die KV RLP alle eingereichten Abrechnungen an die Krankenkassen. Anhand eines Ampelsystems können Sie den Status Ihrer Abrechnungsfälle jederzeit in der WebA einsehen. Die Auszahlungen richten sich nach dem Zahlungseingang der Krankenkassen, wobei ein zweiwöchiger Rhythmus vorgesehen ist. Die Abrechnung der Hybrid-DRG über die WebA ist damit unabhängig von Ihrer regulären Quartalsabrechnung und ihren Fristen.

## Vorteil gegenüber anderen Dienstleistungsunternehmen

Darüber hinaus wird die KV RLP ein automatisiertes Mahnverfahren gegenüber den Krankenkassen einbinden: Erfolgen innerhalb der Zahlungsfrist von 21 Tagen keine Zahlungen bzw. Beanstandungen durch die Krankenkassen, werden diese automatisch über die WebA kontaktiert und gemahnt. Somit soll ein zügiger Ablauf des kompletten Abrechnungsprozesses gesichert werden. ■

📌 Die Registrierung soll spätestens ab dem 1. Januar hier möglich sein: [www.weba.kv-rlp.de](http://www.weba.kv-rlp.de)

Den genauen Starttermin erfahren Sie im Newsletter KV INFO der KV RLP. Falls Sie ihn noch nicht abonniert haben, können Sie dies hier tun: [www.kv-rlp.de/918610](http://www.kv-rlp.de/918610)

📧 Wenn Sie Fragen zur WebA haben, schreiben Sie gerne an: [weba@kv-rlp.de](mailto:weba@kv-rlp.de)

Rechnen Sie Ihre Hybrid-DRG bald online ab.  
Mit der WebA der KV RLP.

## ÄRZTLICHER BEREITSCHAFTSDIENST AN FEIERTAGEN

Ihre Praxis bleibt zwischen den Jahren geschlossen und Sie sind im Urlaub? Bitte helfen Sie dabei, die Ärztlichen Bereitschaftspraxen (ÄBP) rund um die Feiertage zu entlasten. Wie? Sprechen Sie Ihre Patientinnen und Patienten in der Praxis an. Diese können dazu beitragen, die ÄBP zwischen den Jahren zu entlasten. So sollte die Hausapotheke stets gut gefüllt sein. Zudem sollten sich Patientinnen und Patienten bis Anfang Januar benötigte Medikamente recht-

zeitig verschreiben lassen. Ist absehbar, dass eine Arbeitsunfähigkeit auch zwischen den Jahren besteht, schreiben Sie die erkrankte Person bei Bedarf vorab für diesen Zeitraum krank.

### Patientenservice 116117

Für Fälle, die nicht bis zur nächsten Sprechstunde warten können, steht der Patientenservice 116117 rund um die Uhr bereit. Patientinnen und Patienten erhalten dort eine medizinische Ein-

schätzung ihrer Beschwerden – ob telefonisch oder online via Selbsteinschätzung mithilfe des Patienten-Navis. Danach entscheidet sich, ob und wann sie eine Praxis, eine ÄBP, ein telemedizinisches Angebot oder die Notaufnahme aufsuchen sollten. In lebensbedrohlichen Situationen alarmiert der Patientenservice 116117 den Rettungsdienst und organisiert bei Bedarf auch Hausbesuche. ■

📞 [www.116117.de](http://www.116117.de)

# GUT ZU WISSEN

## 50 EURO WENIGER AB 1. JANUAR 2025

### Vertreterversammlung beschließt die Senkung der Bereitschaftsdienst-Umlage

Die Umlage im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) sinkt: Statt der bisher zu zahlenden 340 Euro müssen die zur Teilnahme am ÄBD verpflichteten Ärztinnen, Ärzte und MVZ ab 2025 nur noch 290 Euro monatlich entrichten. Das beschloss die Vertreterversammlung (VV) der KV RLP in ihrer November-Sitzung.

#### Umlage-Erhöhung durch Sozialversicherungspflicht

Ein im Oktober 2023 durch das Bundessozialgericht gefälltes Urteil hatte festgelegt, dass Poolärztinnen und Poolärzte im ÄBD sozialversicherungspflichtig sind. Zudem standen rückwirkend zu zahlende Sozialversicherungsbeiträge im Raum. Fakten, die KVen vor finanzielle Ungewissheit stellten. Die KV RLP

musste reagieren – unter anderem mit der Erhöhung der Bereitschaftsdienst-Umlage von 270 auf 340 Euro.

#### Senkung der Umlage: Weniger Belastungen für Mitglieder

Die in der jüngsten VV-Sitzung vorgestellten Haushaltszahlen des ÄBD zeigten, dass die ursprüngliche Umlage-Erhöhung notwendig war, um finanziellen Überraschungen vorzubeugen. Aus den Ausgaben des laufenden Jahres konnten jedoch einige Erkenntnisse gezogen werden, die die beschlossene Senkung und damit einhergehende Minderbelastung für zahlende Mitglieder möglich machten. ■

## WEITERBILDUNG: FÖRDERSUMMEN STEIGEN

Zum 1. Januar 2025 erhöhen sich die Fördersummen in der Weiterbildung. Für Praxen, die eine Ärztin, einen Arzt, eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten in Weiterbildung beschäftigen, steigt der monatliche Förderbetrag der KV RLP von 2.700 auf 2.900 Euro je Vollzeitstelle. Für einige Fachgruppen beteiligen sich die Krankenkassen an der Förderung. Sie

erhöht sich von 5.400 auf 5.800 Euro pro Monat je Vollzeitstelle. Welche Fachgruppen dies sind, wie Sie einen Antrag stellen und welche Förderung es für eine Teilzeitweiterbildung gibt, erfahren Sie online: ■

 [www.kv-rlp.de/537937-4036](http://www.kv-rlp.de/537937-4036)

### IMPRESSUM

#### HERAUSGEBERIN

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

#### REDAKTION

verantwortlich (i. S. d. P.)  
San.-Rat Dr. Peter Heinz  
Vorsitzender des Vorstands  
Dr. Andreas Bartels, Stellvertretender  
Vorsitzender des Vorstands  
Peter Andreas Staub,  
Mitglied des Vorstands

Julia Lampferhoff (Redaktionsleitung),  
Ricarda Busch, Sven Hillmer, Anja Kibies,  
Jasmin Westphal und Nadja Winter

KV KOMPAKT: Fachabteilungen

GESTALTUNG  
Sascha Poredda

#### KONTAKT

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

AUFLAGE | ERSCHEINUNGSWEISE  
7.000 Exemplare | viermal im Jahr

#### BILDER

© KV RLP, falls nicht anders aufgeführt

#### DRUCK

ColorDruck Solutions – eine Marke  
der Print Media Group GmbH  
Gutenbergstraße 4 | 69181 Leimen  
www.colordruck.com



#### HINWEISE

Die in dieser Publikation erstellten Inhalte unterliegen dem Urheberrecht. Sämtliche Beiträge Dritter sind als solche gekennzeichnet. Die Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und jede Art der Verwertung bedürfen der schriftlichen Zustimmung der KV RLP.

Die KV RLP ist für die Inhalte von externen Websites, die über einen Hyperlink erreicht werden, nicht verantwortlich und macht sich diese ausdrücklich nicht zu eigen.



Jetzt YouTube-Kanal ansehen und abonnieren.



# TALK MIT DOC BARTELS



## Videos 2024



*Praxen im Klimawandel: KlimaDocs zeigt den Weg | Dr. Susanne Filfil*



*Medizinrecht: Wie Praxen rechtliche Fallstricke vermeiden können | Dr. Alexander Dorn*



*Multiresistente Keime: Die globale Herausforderung | Infektiologin Prof. Dr. Irit Nachtigall*



*Mehr Transparenz und Eigenbeteiligung | Gesundheitsökonom Prof. Dr. Thomas Kolb*



*Vom Arzt zum Investor | Start-up-Förderer Prof. Dr. Reinhard Meier*



*Digitale Tools in der Praxis | Digital-Health-Pionierin Dr. Alexandra Widmer*



*Substitution in der Praxis | Suchtmediziner Dr. Manfred Nowak*