

KVB FORUM

11 | 23
12



AUSGEPRESST

Praxen wehren sich gegen politische Zumutungen

- 14 | **GESUNDHEITSPOLITIK:** „Was wir zuerst brauchen, ist Transparenz“
- 18 | **KVB INTERN:** Nachgehakt: Wie schlägt sich das eRezept in der Praxis?
- 24 | **ARZNEIMITTEL THERAPIESICHERHEIT:** Cannabis als Arzneimittel

3 EDITORIAL

KURZMELDUNGEN

- 4 Nationales Gesundheitsportal
- 4 Vertreterversammlungen 2023
- 4 Zahl des Monats
- 5 Lieferengpässe bei Arzneimitteln
- 5 Anforderungen IT-Sicherheitsrichtlinie

TITELTHEMA

- 6 Praxen vor dem Kollaps: Eindrücke aus Berlin
800 Ärzte und Psychotherapeuten aus ganz Deutschland haben im August gegen die Lauterbach'schen Reformen protestiert
- 8 Gemeinsame Forderungen der Praxen an die Politik
Im Rahmen der Kampagne #Praxenkollaps ist Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach aufgefordert, Stellung zu beziehen



9 Der Protest geht weiter
Bundesweit gehen Ärzte und ihre MFA auf die Straße, um der Ampel die Rote Karte zu zeigen

10 Praxen am Limit: Das sagen unsere Mitglieder
Auch die Niedergelassenen in Bayern sprechen Klartext

12 „Mit den Ergebnissen können sich die Praxen nicht zufriedengeben“
KVB-Geschäftsführer Stephan Spring zur Bedeutung des neu verhandelten Orientierungswertes für KVB-Mitglieder

GESUNDHEITSPOLITIK

14 „Was wir zuerst brauchen, ist Transparenz“
Finanzexpertin Aurora Li erklärt die Tricks und Schlupflöcher der Private Equity-Branche

KVB INTERN

16 „Wir wollen den Angestellten mehr Gehör verschaffen“
Ein Interview mit drei Mitgliedern des Beratenden Fachausschusses für angestellte Ärztinnen und Ärzte



18 Nachgehakt: Wie schlägt sich das eRezept in der Praxis?
Erste Praxen haben ihren Betrieb bereits umgestellt und berichten

20 AOK-Vertrag: „Niereninsuffizienz früher erkennen“
Vertrag zwischen AOK Bayern und KVB wird verlängert

22 „Meine KVB“ unterstützt Praxisverwaltung
Das Mitgliederportal bietet Zugang zu allen KVB Online-Diensten. Jetzt auch per Softtoken

ARZNEIMITTHERAPIE-SICHERHEIT

24 Cannabis als Arzneimittel auf dem Vormarsch
Der Freistaat nimmt bei der Verordnung bundesweit eine Vorreiterrolle ein

27 KVB KONTAKTDATEN

28 IMPRESSUM





Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

viele von uns kennen sicher das Gefühl der Unzufriedenheit, wenn man unter schlechten Rahmenbedingungen ein zwar gerade noch akzeptables Ergebnis erzielt, aber dennoch weit hinter dem Erhofften zurückbleibt.

Die Kolleginnen und Kollegen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die mit dem GKV-Spitzenverband im September um einen Honorarzuwachs „gerungen“ haben, können davon ein Lied singen. Das unter den rigiden Vorgaben des Gesetzgebers zustande gekommene Ergebnis von 3,85 Prozent ist nicht zufriedenstellend und angesichts der enorm gestiegenen Kosten, insbesondere bei Energie und Löhnen, deutlich zu wenig für den Erhalt der Praxen.

Wenn Herr Lauterbach mit Zahlen zu angeblich hohen Arzthonoraren um sich wirft und dabei Kosten und Kreditverbindlichkeiten für Investitionen sowie Aufwendungen für die Alters-, Invaliditäts-, Hinterbliebenen- und Krankenversicherung der Praxisinhaber weglässt, zeigt dies zweierlei: Er hat schlicht keine Ahnung vom Wesen eines selbstständigen Berufs und er scheut sich nicht, aus politischen Gründen eine undifferenzierte Neiddebatte anzustoßen. Insbesondere die mit einer Praxis verbundene hohe wirtschaftliche Verantwortung, auch für die zahlreichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, scheint ihm völlig fremd zu sein.

Die große Aufgabe im Jahr 2024 ist es daher, mit größtmöglicher Geschlossenheit den Wert der ambulanten Medizin für die Versorgung herauszuarbeiten. Nur dann können wir unsere Forderungen offensiv nach außen tragen und auch auf Verständnis in einer durchaus kritischen Öffentlichkeit hoffen, wenn Praxen aus wirtschaftlichen Gründen ihr Mengenvolumen einschränken müssen.

Ihr KVB-Vorstand

Dr. med. Pfeiffer
Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Heinz
1. Stellv. Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Ritter-Rupp
2. Stellv. Vorsitzende des Vorstands

NATIONALES GESUNDHEITSPORTAL

Das nationale Gesundheitsportal liefert eine bundesweite Arztsuche nach Fachrichtungen und besonderen Genehmigungen.



Im Jahr 2020 startete das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unter www.gesund.bund.de ein Nationales Gesundheitsportal. Ziel war es, die Bürgerinnen und Bürger künftig schnell, zentral, verlässlich, werbefrei und gut verständlich über alle Themen rund um „Gesundheit und Pflege“ zu informieren.

Dem BMG standen dabei „renommierte Content Partner“ wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) und das Robert Koch-Institut (RKI) zur Seite. Bei der Arzt- und Krankenhaus-suche wurde das BMG außerdem durch die „Weiße Liste“ der Bertelsmann Stiftung sowie „anerkannten

Expertinnen und Experten“ zu einzelnen Fachthemen unterstützt.

Für Vertragsärzte und -psychotherapeuten ist interessant zu wissen, dass das Gesundheitsportal bei der Suchanfrage auf das Bundesarztregister zugreift. Es werden neben Vornamen, Nachnamen, Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse der Praxis nicht nur die speziellen ärztlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten (Fachgebiets-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen) veröffentlicht. Zusätzlich bildet die Datenplattform auch Angaben über die jeweiligen Abrechnungsgenehmigungen für bestimmte, besonders qualitätsgesicherte Leistungsbereiche ab. Nach Paragraph 395 SGB V müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen zu diesem Zweck die erforderlichen Daten an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) liefern. Die Einwilligung der Betroffenen ist dafür nicht erforderlich. Das nationale Gesundheitsportal www.gesund.bund.de war unter anderem deshalb von Anfang an der Kritik und juristischen Angriffen ausgesetzt – insbesondere als es noch mit Google kooperierte.

Aktuell wird geprüft, ob das steuerfinanzierte Portal einen massiven Eingriff in die Pressefreiheit (Artikel 5 Absatz 1 Satz 2 GG) und das daraus folgende Gebot der Staatsfreiheit der Presse beinhaltet.

Udo Henck (Datenschutzbeauftragter der KBV)

VERTRETERVERSAMMLUNGEN 2023

Die letzte Vertreterversammlung (VV) der KBV im Jahr 2023 findet an folgendem Termin in der Eisenheimerstraße 39, 80687 München statt.



■ Samstag, 25. November 2023

Informationen rund um die geplante Vertreterversammlung und deren Ablauf finden Sie unter www.kvb.de

Zahl des Monats

1

Milliarde Mal pro Jahr kommt es in Deutschland zu einem Kontakt zwischen einem Patienten und einem niedergelassenen Haus- oder Facharzt.

(Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung)

LIEFERENGPÄSSE BEI ARZNEIMITTELN: WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

Die bayerischen Krankenkassen und die KVB haben sich darauf verständigt, den aktuellen Lieferengpässen bei zahlreichen Arzneimitteln mit einer unbürokratischen Ausnahmeregelung zu begegnen. So werden die Lieferengpässe pragmatisch in der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arzneimittelverordnungen berücksichtigt. Anlass für diese Abmachung, die im Rahmen der Taskforce Arzneimittelversorgung des bayerischen Gesundheitsministeriums getroffen wurde: Apotheken sind wegen der Lieferengpässe vermehrt gezwungen, wirkstoffgleiche beziehungsweise wirkungsgleiche, aber häufig teurere Medikamente als die ursprünglich von der Praxis verordneten Arzneimittel an die Patientinnen und Patienten abzugeben. Die Absprache zwischen Krankenkassen und KVB umfasst Arzneimittel- und Arzneimittelgruppen, die nachweislich nicht verfügbar sind, bei der Prüfung gesondert zu berücksichtigen.

Der Vorstand der KVB unterstützt diese Lösung: „Die bayerische Ärzteschaft sichert in dieser angespann-

ten Lage auf dem Arzneimittelmarkt mit hohem Engagement, zusätzlichem Rechercheaufwand und in Kooperation mit den Apotheken die ambulante Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Unsere Absprache mit den Krankenkassen in Bayern zeigt, dass wir in der Taskforce Arzneimittel pragmatische Lösungen finden, die Praxen, Apotheken und natürlich letzten Endes vor allem den Patientinnen und Patienten nützen.“

Auch die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen (ARGE) erklärte, dass die stetig wiederkehrenden Lieferengpässe in der Arzneimittelversorgung nicht zulasten der Vertragsärzte gehen dürfen. Durch die gemeinsame Empfehlung von KVB und ARGE werden die Empfehlungen der Bundesvertragspartner umgesetzt, diese Arzneimittel in Wirtschaftlichkeitsprüfungen gesondert zu berücksichtigen.

Redaktion

IT-SICHERHEITSRICHTLINIE: ANFORDERUNGEN REGELMÄSSIG ÜBERPRÜFEN

In unseren Serviceschreiben aus den Jahren 2021 und 2022 haben wir unsere Mitglieder ausführlich zur Richtlinie über die Anforderungen zur Gewährleistung der IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung (IT-Sicherheitsrichtlinie gemäß Paragraf 75b SGB V) informiert. Ziel der IT-Sicherheitsrichtlinie ist es, die IT-Systeme der Praxen und somit die sensiblen Patientendaten bestmöglich zu schützen, indem klare Vorgaben zur sicheren Datenverwaltung und Risikominimierung (Datenverlust, Betriebsausfall etc.) kommuniziert werden.

Wir möchten Sie an dieser Stelle an die Wichtigkeit einer regelmäßigen Überprüfung und fortwährenden Einhaltung der Anforderungen der IT-Sicherheitsrichtlinie erinnern.

Alle aktuell geltenden Anforderungen finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Mitglieder/Praxisführung/IT-Online-Services/IT-Sicherheitsrichtlinie*. Einzelne Verlinkungen führen unter anderem auf Umsetzungshinweise sowie eine unterstützende Online-Plattform der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Zusätzlich bietet die KBV über ihr Fortbildungsportal eine Online-Schulung an, für die CME-Punkte erworben werden können.

Denken Sie auch daran, dass die KBV ein Verzeichnis zertifizierter IT-Dienstleister veröffentlicht (zu finden auf oben genannter IT-Sicherheitsrichtlinie-Themen-seite auf unserer Homepage unter dem Dropdownpunkt „Umsetzungshinweise“), das kontinuierlich gepflegt und aktualisiert wird.

Monika Schindler (KVB)

Praxen vor dem Kollaps: Eindrücke aus Berlin

Ein Termin mitten in den Sommerferien und dann noch schönster Sonnenschein: Die Vorzeichen für die öffentliche Krisensitzung der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen Mitte August in Berlin waren nicht gerade günstig. Doch das Treffen, zu dem 800 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus ganz Deutschland anreisten, wurde zu einem deutlichen Signal an die Bundespolitik: So kann es nicht weitergehen.

Die Veranstaltung, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), den KVen der Länder sowie zahlreichen Berufsverbänden organisiert wurde, hatte das Ziel, die Aufmerksamkeit der Politik auf die drängenden Fragen zu lenken, die die Ärzteschaft in Deutschland betreffen. Die Teilnehmer forderten unter anderem eine bessere Honorierung ihrer Arbeit, eine Entlastung von bürokratischen Aufgaben und eine langfristige Sicherung der medizinischen Versorgung.

In direktem zeitlichen Kontext zu Beginn der Honorarverhandlungen auf Bundesebene, die schon lange keine echten Verhandlungen mehr sind, sondern eher ritualisiert unter engen gesetzlichen Vorgaben ablaufen, war eines der Hauptthemen natürlich die angemessene Vergütung aller ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen. Die Teilnehmer der Veranstaltung machten auf die steigenden Kosten und Arbeitsbelastungen im Gesundheitswesen aufmerksam. Sie betonten die Notwendigkeit einer gerechten Entlohnung, um die Qualität der medizinischen Versorgung aufrechterhalten zu können.

Entbürokratisierung der Praxen notwendig

Ein weiteres zentrales Anliegen der Ärzteschaft war die Reduzierung der bürokratischen Belastungen, die viele Ärzte in ihrer täglichen Arbeit erdrücken. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen hat zwar inzwischen gewisse Fortschritte gebracht. Aber bei den Wortbeiträgen aus den KVen zeigte sich, dass diese noch längst nicht wirklich nutzbar und hilfreich im Praxisalltag angekommen ist. Mehrere Redner forderten effizientere Prozesse und weniger administrative

Arbeit, um sich besser auf die Patientenversorgung konzentrieren zu können.

Weniger Prüfanträge gefordert

Für Bayern sprach der erste stellvertretende Vorstandsvorsitzende, Dr. med. Peter Heinz. Er kritisierte die hohe bürokratische Belastung durch die stetig steigende Zahl der Prüfanträge der Krankenkassen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Entsprechend forderte er eine bundesweit gültige Geringfügigkeitsgrenze für Prüfanträge der Krankenkassen. „Allein in Bayern könnte durch eine Anhebung der Geringfügigkeitsgrenze von 30 auf hundert Euro die Anzahl der Rückforderungsbescheide um fast 50 Prozent gesenkt werden. Das Rückforderungsvolumen würde dabei lediglich um vier Prozent sinken“, so Heinz.



Auch der Vorstand der KBV war nach Berlin gekommen, um den Protest zu unterstützen.

Ambulante Versorgung zukunftssicher machen

Das Krisentreffen in Berlin war auch ein Appell für eine langfristige Sicherung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung. Angesichts des Ärztemangels und der steigenden Anforderungen im Gesundheitswesen besteht die Notwendigkeit, junge Kolleginnen und Kollegen für den Beruf zu gewinnen und die Infrastruktur für die Gesundheitsversorgung zu stärken. Doch das geht – so ein Fazit der Veranstaltung – nur bei verlässlichen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und ohne ständige Regressdrohungen und bürokratische Zumutungen aus dem Hause Lauterbach.

Reaktion des Ministers

Wie reagierte der bei dieser Veranstaltung viel zitierte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach auf den an ihn gerichteten Aufruf, die Bedürfnisse der Praxen ernst zu nehmen und das deutsche Gesundheitswesen nachhaltig zu stärken? Erst einmal sehr abfällig. Am 13. September, dem Termin, bis zu dem er sich in Bezug auf die sieben Forderungen der Ärzteschaft (siehe Seite 8) äußern sollte, sagte er gegenüber Journalisten wörtlich: „Ich bekomme fast jeden Tag Briefe aus der Selbstverwaltung und aus der Industrie mit Forderungen. (...) Von daher bitte ich um Nachsicht, dass ich von der Gedächtnisleistung her nicht mehr in der Lage bin, diesen speziellen Brief der KBV zu rezitieren.“

Unmissverständlicher kann man kaum zum Ausdruck bringen, dass die berechtigten Anliegen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten beim Adressaten nicht wirklich auf Gehör gestoßen sind. Entsprechend deutlich fielen dann auch die Reaktionen aus der Ärzteschaft aus. Und die weiteren Protestveranstaltungen (siehe Seite 9) haben bereits gezeigt, dass der Minister auf dem Holzweg ist, wenn er meint, sämtliche Unmutsbekundungen aus den Praxen einfach an sich abperlen lassen zu können. Daran ändert auch das einige Tage später doch noch verschickte Antwortschreiben aus seinem Ministerium nichts. Dieses enthielt wenig Substantielles und hat mit Sicherheit nicht dazu beigetragen, für neue Erkenntnisse in Bezug auf eine zukunftsfähige Gestaltung des ambulanten Gesundheitswesens zu sorgen.

Martin Eulitz (KVB)



Auch optisch klare Zeichen setzen:

Wenn sich nichts ändert, droht ein #PraxenKollaps.



Volles Haus: Die Resonanz auf die Krisensitzung war groß, der Veranstaltungssaal bis auf den letzten Platz gefüllt.



Das Ereignis wurde medial stark begleitet und konnte per Lifestream verfolgt werden.



Gemeinsame Forderungen der Praxen an die Politik

Die Bundesregierung hat vielfach versprochen, die flächendeckende ambulante Versorgung zu stärken. Dieses Versprechen hat sie jedoch mehrfach gebrochen. Die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten haben Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach nun aufgefordert, zu den folgenden Forderungen Stellung zu beziehen und konkrete Umsetzungsschritte zu benennen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat ergänzend dazu ein Begleitpapier mit Lösungsvorschlägen erstellt. Dieses finden Sie durch Scannen des QR-Codes unten.

Das fordern die Praxen von Gesundheitsminister Karl Lauterbach

- 1 **Tragfähige Finanzierung:** Retten Sie die Praxen aus den faktischen Minusrunden und sorgen Sie für eine tragfähige Finanzierung, die auch in der ambulanten Gesundheitsversorgung insbesondere Inflation und Kostensteigerungen unmittelbar berücksichtigt!
- 2 **Abschaffung der Budgets:** Beenden Sie die Budgetierung, damit auch Praxen endlich für alle Leistungen bezahlt werden, die sie tagtäglich erbringen!
- 3 **Ambulantisierung:** Setzen Sie die angekündigte Ambulantisierung jetzt um – mit gleichen Spielregeln für Krankenhäuser und Praxen!
- 4 **Sinnvolle Digitalisierung:** Lösen Sie mit der Digitalisierung bestehende Versorgungsprobleme. Sorgen Sie für nutzerfreundliche und funktionstüchtige Technik sowie die entsprechende Finanzierung, und lassen Sie die datengestützte Patientensteuerung in ärztlichen und psychotherapeutischen Händen!
- 5 **Mehr Weiterbildung in Praxen:** Stärken Sie die ärztliche und psychotherapeutische Weiterbildung! Diese muss – um medizinisch und technisch auf dem aktuellen Stand zu sein – schwerpunktmäßig ambulant stattfinden. Beziehen Sie auch hier die niedergelassene Vertragsärzte- und Psychotherapeuten-schaft ein!
- 6 **Weniger Bürokratie:** Schnüren Sie das angekündigte Bürokratieabbaupaket, damit wieder die Medizin im Vordergrund steht und nicht der „Papierkram“!
- 7 **Keine Regresse:** Schaffen Sie die medizinisch unsinnigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen ab! Die Arzneimittelregresse müssen weg!

Das steht auf dem Spiel

Nicht erst seit der Corona-Pandemie ist das ambulante System die unverzichtbare Stütze des deutschen Gesundheitssystems. Das sind die Leistungen der Praxen in nur einem Jahr:

- **578 Millionen** Behandlungsfälle und eine Milliarde Arzt-Patienten-Kontakte
- **57 Millionen** Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen
- **32 Millionen** Chronikerpatientinnen und -patienten
- **9,4 Millionen** Tumorpatientinnen und -patienten
- **5,9 Millionen** ambulante Operationen
- **83.000** dialysepflichtige Patientinnen und Patienten



Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)

Der Protest geht weiter

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach muss sich derzeit einiges anhören: Überall im Land stehen Ärztinnen und Ärzte, aber auch ihre Medizinischen Fachangestellten auf, um zu protestieren und der Regierung für ihre fahrlässigen Beschlüsse die Rote Karte zu zeigen. Lesen Sie hier, wer wo wann für welche Themen auf die Straße gegangen ist.

MFA-Protest am Brandenburger Tor



Am 8. September haben in Berlin rund 1.000 Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte (MFA und ZFA) für eine Verbesserung ihrer Lohn- und Arbeitssituation demonstriert. Aus der Ärzteschaft erhielten sie dafür breite Unterstützung. Nicht weniger als 30 Prozent Lohnsteigerung bräuchten MFA und ZFA, so die Präsidentin des Verbands der Medizinischen Fachberufe (vmf), Hannelore König. So groß sei der Lohnabstand zu Sozialversicherungsfachangestellten – ebenfalls ein dualer Ausbildungsberuf, „aber ohne die Infektionsgefahr und den Stress, den wir haben.“ Dreißig Jahre Budgetierung hätten das Gesundheitssystem an die Wand gefahren, klagte König. Seitdem sei die Wettbewerbsfähigkeit der Praxen als Arbeitgeber kaputtgespart worden. Stephanie Schreiber, MFA und zweite Vorsitzende im geschäftsführenden Vorstand des vmf, wandte sich direkt an Lauterbach und kritisierte dessen Pläne zur Einführung sogenannter Gesundheitskioske. „Damit stärken Sie unsere Berufe nicht, Sie schwächen sie weiter“, betonte sie. Zwei Dutzend Rednerinnen und Redner kamen zu Wort. Vor allem die fehlende Wertschätzung für nichtärztliche Gesundheitsberufe wurde beklagt. Die Veranstaltung wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und zahlreichen Kassenärztlichen Vereinigungen, darunter auch der KVB, unterstützt.

LAHNSTEIN92 – Schluss mit Budgetierung und Bedarfsplanung

Mehr als 500 Ärztinnen und Ärzte sowie ihre Praxisteams demonstrierten am 13. September in Lahnstein gegen die aktuelle Gesundheitspolitik. Kernforderungen waren die Abschaffung der vor 30 Jahren eingeführten Budgetierung ärztlicher Leistungen sowie das Ende der Bedarfsplanung. Auch diese Veranstaltung, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland Pfalz (KV RLP) organisiert worden war, wurde von der KBV unterstützt. Sie stand unter dem Motto „Wir sehen schwarz!“ und fand im Hotel Wynham Garden in Lahnstein statt. Budgets, so KBV-Vorstandsmitglied Dr. med. Sibylle Steiner, seien aufgrund einer in 30 Jahren völlig veränderten Lage antiquiert und gehörten in die Motten-



Auch KVB-Vorstandsmitglied, Dr. med. Claudia Ritter-Rupp (Zweite von rechts), war nach Lahnstein gereist.

kiste. Kein anderer Beruf werde per Gesetz dazu gezwungen, zum Nulltarif zu arbeiten. Der Vorstand der KV RLP forderte neben der Abschaffung der Budgetierung auch das Ende der Bedarfsplanung für alle grundversorgenden vertragsärztlichen Fachgebiete, um die bevorstehende medizinische Versorgungskatastrophe abzuwenden.

Kampagne „Praxis in Not“ der Ärzteverbände

Der Virchowbund und der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (Spifa) haben die Kampagne „Praxis in Not“ gestartet. „Die Situation in den Praxen spitzt sich zu. Wir haben einen enorm gestiegenen Kostendruck. Gleichzeitig stecken wir mitten im Fachkräftemangel“, so der Bundesvorsitzende des Virchowbundes, Dirk Heinrich. Die neue Kampagne bildet den Rahmen für regionale Proteste in den kommenden Wochen und Monaten. Alle Informationen unter www.praxisinnot.de.

Zusammenstellung Redaktion

Praxen am Limit.

Das sagen unsere Mitglieder

Ärztinnen und Ärzte überall im Land stehen auf und wehren sich gegen das, was ihnen von der Gesundheitspolitik in Berlin derzeit verordnet wird. Auch in Bayern ist die Unterstützung für die Kampagne #PraxenKollaps groß. Viele Niedergelassene haben sich warnend gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium und den Krankenkassen zu Wort gemeldet – sowohl per Videobotschaft als auch schriftlich. Hier stellvertretend die Statements einiger unserer Mitglieder.



„Investorengetragene MVZ (iMVZ) machen Patienten Angst und Gesundheit zum Renditeobjekt“

„Ich bin hausärztlich niedergelassen, war während der Corona-Pandemie Versorgungsärztin und habe da unser Gesundheitssystem als sehr gut und sehr effizient kennengelernt – und ich glaube, das ist wichtig, dass wir das einfach erhalten. So wie es momentan politisch läuft, sehe ich das nicht kommen, und wir ambulante Versorger werden zum Beispiel in die Entscheidungen überhaupt nicht miteinbezogen. Wenn wir nur mal das Beispiel investorengetragene MVZ sehen: Wir haben hier immer wieder Urlauber, die uns in der Praxis besuchen wegen Kleinigkeiten, die dann sagen: ‚Ach ja, meine Hausärztin ist gerade in Rente gegangen, und da ist jetzt so ein großes MVZ an vier Standorten, das das übernommen hat. Wir haben keine Möglichkeiten für Hausbesuche mehr, alles läuft nur noch übers Internet und Videosprechstunde. Damit kennen wir uns nicht aus. Da haben wir Angst, dass wir nicht gut versorgt sind.‘ Und genau die Entwicklung, die müssen wir verhindern. Wir als Ärzte in meiner Generation sind da! Wir sind bereit! Wir wollen arbeiten! Wir können arbeiten! Wir haben auch Nachwuchs, aber wir brauchen die Unterstützung der Politik, dass dieses System jetzt weiterentwickelt wird, dass keine Parallelstrukturen entstehen, die irgendwann dazu führen, dass die Gesundheit einfach nur noch ein Renditeobjekt ist.“

Dr. med. Kristina Ott, Fachärztin für Allgemeinmedizin (Garmisch-Partenkirchen)



„Der fehlende medizinische Nachwuchs hat besonders für ländliche Regionen ernste Konsequenzen“

„Zur Frage des Nachwuchses muss man eindeutig sagen, dass wirklich schon zu wenig Nachwuchs vorhanden ist, nicht erst droht, sondern wirklich schon da ist. Im hausärztlichen Bereich haben wir viele Praxen, die kaum noch nachbesetzt werden können. Es ist in einigen Gegenden bei uns schon eine echte Unterbesetzung da und die Kassenärztliche Vereinigung muss mit eigenen Einrichtungen gegensteuern. Auch die ersten fachärztlichen Bereiche sind unterversorgt, Dermatologie zum Beispiel. Ein großes Problem stellt die Zahl der Studierenden dar. In München zum Beispiel kann man seit Jahrzehnten nur noch im Wintersemester mit dem Studium beginnen. Als ich studiert habe, waren wir im Sommer- und Wintersemester jeweils 800 Studierende. Die fehlen jetzt – und das wirkt sich auf Dauer natürlich für die ländlichen Regionen sehr kritisch aus.“

Dr. med. Peter Hück, Facharzt für HNO-Heilkunde (Pocking)

„Die Politik muss die Daten der Patienten schützen und darf damit kein Geld verdienen“

„In meiner psychotherapeutischen Praxis brauche ich eine Atmosphäre, in der sich meine Patientinnen und Patienten mir anvertrauen können, wo sie alles sagen können und sicher sein können, dass es in diesen vier Wänden bleibt. Mir macht es Angst, wenn ich die Gesetzesvorhaben auf deutscher und europäischer Ebene sehe, wo Daten an Investoren, an Wissenschaft, an Forschung verkauft werden sollen, wo Daten zentral gesammelt werden und abfließen können. Herr Minister Lauterbach, bitte schützen Sie die Daten der Patientinnen und Patienten. Bitte machen Sie Psychotherapie weiterhin sicher möglich.“

Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Dietmar Kramer, Psychologischer Psychotherapeut (Grasbrunn)



„Bürokratie belastet das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient“

„Bürokratie ist der Versuch der Krankenkassen, Kontrolle über uns Ärzte zu bekommen, um die Kosten im Rahmen zu halten. Der Arbeitsaufwand, den diese Bürokratie mit sich bringt, wird in unsere Arztpraxen verlagert, und die Angst, ungewollt bürokratische Vorschriften zu verletzen, ist unser ständiger Begleiter. Diese gedankliche und zeitliche Beanspruchung führt unweigerlich zu einem schlechteren Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Kontrolle muss sein, um schwarze Schafe zu entlarven, aber das Vertrauen der Patienten in uns Ärzte wird durch Bürokratie nicht gestärkt. Sie ist teuer und zermürend und hindert uns, gute Ärzte zu sein.“

Dr. med. Julia Treiber, Hausärztin (Stadtlauringen in Unterfranken)



„Wir brauchen tragfähige Finanzierungsgrundlagen von der Politik“

„Wir erleben derzeit eine Kostensteigerung in Deutschland, die beispiellos ist. Der freie Markt reagiert mit Anhebung der Preise, die teils weit über das hinausgehen, was durch die akuten Veränderungen gerechtfertigt ist. Eine Anhebung der Preise ist uns Ärzten dagegen nicht möglich. Stattdessen müssen wir uns an eine GOÄ halten, deren Preise aus dem Jahr 1983 stammen. Eine Erhöhung des Orientierungspunktwertes in diesem Jahr um knapp vier Prozent stellt einen Affront gegen uns Ärzte dar. Auch der Politik muss klar werden, dass bei Zuweisung vermehrter Aufgaben (TI-Anbindung, Hygiene, Versorgung von Flüchtlingen) ohne finanziellen Ausgleich die wirtschaftlichen Grundlagen der Praxen zerstört werden.“

Dr. med. Steffen Gass, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Günzburg)



„Wir müssen als Beta-Tester einer unausgereiften Technologie herhalten“

„In 25 Jahren als psychosomatischer Mediziner wurde manches gemeistert, während der Pandemie auch in der Impfversorgung. Doch nun kämpfe ich gegen den Telematikerreger. Konnektor verweigert das Update, Hotlines beschallen über Stunden mit schauriger Musik, eHBA wird nicht mehr erkannt, SMB-C läuft ab, eAU dauert ewig, hier blinkt jetzt ein rotes Licht, diese Datei kann nicht mit KIM verschickt werden. Cui bono? Dem Arzt beschert es Mehrarbeit - Zeit, die für den Patienten fehlt. Keinem von beiden nutzt eAU oder eRezept. Beide müssen als Beta-Tester einer unausgereiften Technologie herhalten.“

Dr. med. Andreas Schreiter, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Ochsenfurt)



„Mit den Ergebnissen können sich die Praxen nicht zufriedengeben“

Die Finanzierungsverhandlungen für das Jahr 2024 sind auf der Bundesebene mit einer Einigung im Erweiterten Bewertungsausschuss (EBA) Mitte September in Berlin zu Ende gegangen. Sowohl die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) als auch der GKV-Spitzenverband akzeptierten einen Vorschlag des Schlichters. Doch was bedeutet der neue Orientierungswert für Bayern und die kommenden Verhandlungen mit den Krankenkassen? Wir haben nachgefragt bei KVB-Geschäftsführer Stephan Spring.

Herr Spring, wie sind die Finanzierungsverhandlungen auf der Bundesebene verlaufen und was bedeutet das für uns in Bayern?

Stephan Spring: Bei den jährlichen Finanzierungsverhandlungen auf der Bundesebene geht es primär um die Festlegung des Orientierungswerts als die wesentliche Preiskomponente ärztlicher Leis-

tungen. Der Orientierungswert steigt demnach im kommenden Jahr um 3,85 Prozent auf 11,9339 Cent und schafft damit den zentralen Baustein für die Honorarverhandlungen in Bayern. Darüber hinaus gibt es noch weitere Vorgaben auf Bundesebene, die zu einer Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) führen, sodass sich die finanziellen Auswirkungen der Entscheidungen auf Bundesebene für Bayern auf ein Plus von etwas über vier Prozent belaufen.

Wie sind die auf Bundesebene erzielten Ergebnisse aus Sicht der bayerischen Ärzte und Psychotherapeuten zu bewerten?

Die Finanzierungsverhandlungen auf Bundesebene waren offenkundig schwierig und zäh, die Vorstellungen der jeweiligen Seite gingen sehr weit auseinander. Mit den erzielten Ergebnissen, die unter Zuhilfenahme des Schlichters Professor Jürgen Wasem zustande



Stephan Spring ist als langjähriger Geschäftsführer der KVB mit den Abläufen der Verhandlungen bestens vertraut.

kamen, können sich die Praxen insgesamt nicht zufriedengeben. Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Betriebskosten in den Praxen stärker steigen als die Arzthonorare. Damit besteht die Gefahr, dass sich die Versorgungslage in Bayern zunehmend verschlechtert und auch eine Tätigkeit im niedergelassenen Bereich immer weniger attraktiv erscheint. Dies gilt es unbedingt zu vermeiden. Die KVB unterstützt daher die bundesweiten Aktionen aller KVen und der KBV „Praxenkollaps – Praxis weg, Gesundheit weg!“

Wie gestalten sich die Honorarverhandlungen in Bayern, was sind die Erwartungen?

Nach den Finanzierungsverhandlungen auf Bundesebene heißt vor den Honorarverhandlungen in Bayern. Die auf Bundesebene

Die Praxis-honorare beruhen auf verschiedenen Komponenten, unter anderem dem Orientierungswert, der auf Bundesebene verhandelt wird.



getroffenen Vorgaben sind im bayerischen Honorarvertrag umzusetzen. Wir werden in den Honorarverhandlungen mit den Landesverbänden der Regionalkassen und den Ersatzkassen in Bayern aber auch alles daran setzen, neue Impulse zu generieren und zusammen mit unseren Vertragspartnern möglichst umfassende Anpassungen der regionalen Regelungen zugunsten

der bayerischen Praxen und deren Patienten zu erreichen. Dabei gilt es insbesondere, die bereits seit Jahren bestehenden regionalen Förderungen fortzuführen und sinnvoll weiterzuentwickeln. Dies betrifft spezielle förderungswürdige Leistungen, aber auch Förderungen ganzer Leistungsbereiche, wie das ambulante Operieren oder den Bereitschaftsdienst. Was uns

hier am Ende gelingen wird, kann aber erst mit dem Abschluss der Honorarverhandlungen beurteilt werden.

Herr Spring, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Bernhard Löw (KVB)

So laufen die Finanzierungs- und Honorarverhandlungen ab

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben hat der Bewertungsausschuss (BA) jährlich bis zum 31. August im EBM für ärztliche Leistungen einen bundeseinheitlichen Punktwert als Orientierungswert in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen festzulegen. Der BA ist ein Gremium auf Bundesebene, bestehend aus Vertretern des GKV-Spitzenverbands und der KBV. Wenn sich beide Seiten nicht verständigen können, entscheidet der Erweiterte Bewertungsausschuss (E-BA) unter Zuhilfenahme von unparteiischen Schlichtern, so auch dieses Mal. Auf die Finanzierungsverhandlungen auf Bundesebene folgen



Nach den Verhandlungen heißt vor den Verhandlungen: Was auf Bundesebene grundsätzlich beschlossen wurde, muss nun in den Länder-KVen in spezifische Verträge umgesetzt werden.

die Honorarverhandlungen in allen KV-Regionen, die bis 31. Oktober abzuschließen sind. Im Freistaat verhandeln die KVB und die Landesverbände der Regionalkassen sowie die Ersatzkassen in Bayern über die weitere Ausgestaltung des zu schließenden Honorarvertrags. Neben den bundesweiten Vorgaben und Empfehlungen (insbesondere zum Orientierungspunktwert, zur MGV-Veränderungsrate sowie zu Leistungen, die außerhalb der MGV zu vergüten sind) bestehen auf Landesebene weitere Möglichkeiten zur Konkretisierung und Ausgestaltung des Honorarvertrags. Diese betreffen vor allem die Förderungen bestimmter Leistungsbereiche beziehungsweise förderungswürdiger Leistungen sowie Leistungserbringer. Können sich die Vertragspartner auf Landesebene über den zu schließenden Honorarvertrag nicht verständigen, ist als Konfliktlösungsmechanismus die Festlegung durch das Landesschiedsamt vorgesehen. Dies war in den letzten Jahren in Bayern allerdings nicht erforderlich, da es den Vertragspartnern immer wieder gelungen ist, den regionalen Gestaltungsspielraum zu nutzen und zu vertragspartnerschaftlichen Lösungen zu kommen.

„Was wir zuerst brauchen, ist Transparenz“

Im vergangenen Mai machte eine Studie von „Finanzwende Recherche“ Furore: Ein Gutachten der in Berlin ansässigen Organisation zeigt auf, dass zahlreiche Praxisketten in den Händen von Finanzinvestoren aktuell hohe Schulden angehäuft haben. Die Logik dahinter und welche Gefahren davon ausgehen, erläutert Aurora Li, Expertin bei Finanzwende Recherche für Banken und Finanzstabilität, im Gespräch mit KVB FORUM.



Aurora Li kennt als Finanzexpertin die Tricks der Private Equity-Branche.

Frau Li, in Ihrem Gutachten kommen Sie zu dem Schluss, dass viele Praxisketten in den Händen von Investoren hohe Schulden haben. Warum macht es aus Sicht des Investors Sinn, beim Aufbau einer Praxiskette eine solche Überschuldung in Kauf zu nehmen? Das Ziel ist in der Regel doch der Weiterverkauf und tendenziell würde jeder Laie sagen: Diese Kette hat viele Schulden, die kaufe ich besser nicht, weil ich diese Schulden ja mitübernehme.

Wir müssen uns zunächst auf die Denke von Private Equity einlassen. Private Equity arbeitet mit dem Einsatz von viel Fremdkapital, also Schulden. Mit wenig eigenem Mitteleinsatz in Form von Eigenkapital können sie so hohe Profite für sich generieren. Wir sprechen in diesem Fall von hoher „Eigenkapitalrendite“, also wieviel Rendite bekomme ich auf das Eigenkapital, das ich als Investor eingesetzt habe. Das ist eine sehr

wichtige Kennzahl für Investoren für die Profitabilität. Das heißt, je höher die Eigenkapitalrendite ist, desto attraktiver ist eine Praxiskette für Investoren. Das bestimmt dann beim Weiterverkauf auch den Verkaufspreis. Gewinne der Praxiskette sind in diesem Geschäftsmodell eher zweitrangig. Die Gewinne, die Private Equity macht, kommen nicht zwingend aus den Gewinnen der Unternehmen, die sie besitzen. Denn Private Equity kann mit Finanztricks wie unternehmensinternen Krediten, sogenanntem Asset Stripping und hohen Managementgebühren Gelder in ihre Fonds transferieren. Es zählt der Umsatz und schnelles Umsatzwachstum. In der ambulanten medizinischen Versorgung ist dies vor allem durch kreditfinanzierten Zukauf von Praxissitzen möglich.

Wie schaffen es die in Ihrem Gutachten untersuchten Unternehmen, ihr Geld am Fiskus vorbeizuschleusen und in sogenannten Steueroasen zu bunkern?

Private Equity nutzt „Tricks“, um Steueroptimierung zu betreiben, die bei einer normalen Arztpraxis nicht möglich sind. Ein Trick ist die Nutzung der unternehmensinternen Kreditvergabe: Die Ärztinnen und Ärzte nutzen in der Regel Bankkredite. Private Equity-Gesellschaften nutzen hingegen die unternehmensinterne Kreditvergabe, indem etwa der Private Equity-Fonds der Praxiskette einen Kredit gibt – zu Zinsen, die deutlich über dem Niveau auf dem Markt sind. Wir haben in unseren Beispielen gesehen, dass Zinsen in der Höhe von schätzungsweise 18 Prozent vereinbart wurden, die Private Equity-Gesellschaften als Gewinne verbuchen können. Hier kommt nun ein weiterer Trick ins Spiel: Die Nutzung von Steueroasen. Die wichtigste Gewinnmarge erzielt Private Equity beim Weiterverkauf. Die Gewinne, die beim Weiterverkauf generiert werden, versteuern die Gesellschaften in der Regel in Steueroasen zu den dort niedrigen Steuersätzen – ebenso wie die Gewinne aus der internen Kreditvergabe.

Lässt das ambulante Gesundheitswesen große Umsatzzuwächse zu? Wir reden hier von keinem klassischen „Markt“, denn gedeckelte Honorartöpfe setzen einer Einnahmenexpansion, etwa



über die Zahl der Behandlungsfälle, Grenzen. Und kostenseitig müssen Ärztinnen und Ärzte sowie qualifiziertes Praxispersonal konkurrenzfähig bezahlt werden.

Diese Player sind über die Märkte oder Geschäftsfelder, in denen sie tätig werden, sehr gut informiert. Das heißt: Sie konzentrieren sich auf Leistungen, in denen die Deckelung nicht gilt, wie beispielsweise bestimmte Operationen oder sie setzen auf Wachstum, indem sie so viele Arztsitze kaufen wie möglich.

Irgendwann kann die Logik des ständigen Weiterverkaufs nicht mehr aufgehen. In Großbritannien beispielsweise mussten profitable Pflegeheime, die von Private Equity-Firmen übernommen wurden, am Ende Insolvenz anmelden. Kalkulieren solche Gruppen möglicherweise ein, dass im Falle einer Insolvenz ein neuer Investor mit frischem Geld vom Staat oder gar die KV die marode Praxiskette weiterbetreibt?

Zunächst ist wichtig zu verstehen, dass kein Private Equity-Investor an einem langfristigen Engagement interessiert ist – weder im Gesundheitswesen noch in einer anderen Branche. Dies ist schon deswegen der Fall, weil Private Equity-Fonds eine Laufzeit von maximal zirka zehn Jahren haben. Es geht immer darum, aufzukaufen, auf Rendite zu trimmen und dann weiterzuverkaufen. Ein langfristiges Engagement im Gesundheitswesen findet also nicht statt. Das schuldenbasierte Geschäftsmodell, das den Praxisketten übergestülpt wird, stellt sie auf wackelige Beine, weil sie sehr auf Kante genäht sind. Kommen steigende Zinslasten oder weitere branchenspezifische Probleme wie Personalmangel hinzu, steigert das die Gefahr einer Insolvenz.

Dass das Kalkül einer Insolvenz zum „Geschäftsmodell“ gehört, ist schwer zu sagen. Insolvenzen bedeuten auch den Verlust des Eigenkapitals, das dort investiert ist. Aber wir gehen davon aus, dass die Private Equity-Gesellschaften genau wissen, dass Bund, Länder und Kommunen oder die KVen es nicht dulden können, dass plötzlich ganze Praxisketten mit hundert Sitzen komplett aus der Versorgung fallen.

Wie kann man Private Equity-Beteiligungen an Arztpraxen und das damit zunehmende Eindringen der Finanzmarktlogik in den ambulanten Sektor eindämmen? Was erhoffen Sie sich von der Politik?

Prinzipiell halten wir es für richtig, sektorale Regulierungen umzusetzen, aber auch den Blick über Regulierungen im Gesundheitswesen hinaus zu richten. Was wir zuerst brauchen, ist Transparenz. Dass das wichtig ist, haben bereits viele Akteure, wie auch die KVB, erkannt. Ein Transparenzregister ist notwendig, um zu erkennen, hinter welchen Ketten Finanzinvestoren stecken. Ebenso könnten regionale Beschränkungen beim Aufkauf von Praxissitzen sinnvoll sein. Dies würde beispielsweise das Risiko minimieren, dass bei einer Insolvenz eine sehr hohe Zahl an Sitzen auf einen Streich aus der Versorgung fällt. Ein Punkt, der über eine sektorale Regulierung hinausgeht, wäre die Begrenzung der Kreditaufnahme der Praxiskonzerne bei der Dachholding. Damit könnten sie sich nicht übermäßig verschulden. Zudem könnte es längerfristige Haftungsregeln geben, damit die Geldgebenden nach dem Verkauf des Unternehmens nicht direkt aus der Verantwortung entlassen sind.

Frau Li, herzlichen Dank für das Gespräch!

*Interview Dr. phil. Axel Heise, Benjamin Laub
(beide KVB)*

„Wir wollen den Angestellten mehr Gehör verschaffen“

Der „Beratende Fachausschuss für Angestellte Ärztinnen und Ärzte“ ist einer der Fachausschüsse, der von der Vertreterversammlung gebildet wird, um deren Belange sowie neue Impulse direkt an den Vorstand heranzutragen. KVB FORUM hat drei Mitglieder des Ausschusses interviewt.

Für die Amtsperiode 2023 bis 2028 hat die Vertreterversammlung in ihrer konstituierenden Sitzung beschlossen, den Ausschuss mit acht Mitgliedern zu besetzen, von denen je vier dem hausärztlichen und vier dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören. Sie sind als angestellte Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Mitglieder der KVB und kommen aus verschiedenen Fachrichtungen. Gewählter Vorsitzender ist Dr. med. Volker Meusel, Dr. med. Ernst Engelmayr ist sein Stellvertreter. Der Ausschuss setzt sich für einen gemeinsamen Austausch der an der ambulanten Versorgung Beteiligten ein, um eine deutliche Stärkung der Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Frau Dr. Weidinger-Köppen, Herr Dr. Engelmayr, Herr Ehrlicher, können Sie uns erzählen, was Ihre persönlichen Beweggründe für eine Anstellung im ambulanten Bereich waren?

Dr. med. Silvia Weidinger-Köppen will ihre angestellten Kollegen informieren, was ihnen im ambulanten Bereich zusteht.

Weidinger-Köppen: Ich war seit 2000 selbstständige Gynäkologin im Landkreis Regensburg – mit zwei Kindern, die inzwischen erwachsen sind. Mein Ehemann ist seit Kurzem im Ruhestand. Da ich seit längerer Zeit und leider immer erfolglos junge Kolleginnen gefragt hatte, ob sie Interesse an einem Einstieg in meine

Praxis für eine spätere Übernahme haben, kam mir die Anfrage eines gynäkologischen MVZ zur Übernahme meiner Praxis mit einer Anstellung meinerseits gerade recht. Ich kann nun selbst bis zum Renteneintritt oder auch noch etwas länger arbeiten, wenn ich es will und meine Gesundheit mitmacht. Ein Angestelltenverhältnis ist einfacher aufzulösen als eine Praxis mit all den damit verbundenen Verträgen und Verpflichtungen.



Engelmayr: Nach über 30 Jahren Tätigkeit als niedergelassener Hausarzt in der eigenen Praxis wollte ich jetzt beruflich etwas kürzertreten, aber noch nicht völlig aufhören. In einer großen Münchner Gemeinschaftspraxis bin ich nun weiterhin als angestellter Arzt tätig. Mit großer Dankbarkeit genieße ich diese Möglichkeit und freue mich, unsere Weiterbildungs-Assistentinnen und -Ärzte auf die Facharztprüfung und ihre spätere berufliche Tätigkeit mit vorbereiten zu dürfen.

Ehrlicher: Als Familienvater zweier kleiner Kinder ist mir die Work-Life-Balance wichtig. Im Angestelltenverhältnis habe ich die Möglichkeit, meine Arbeitszeiten anzupassen und gegebenenfalls meine Arbeitsstunden zu reduzieren. Außerdem fallen für mich die organisatorischen Belange einer Praxis wie Abrechnung, Anträge und allgemeine Aufgaben in Bezug auf den Ablauf einer Praxis weg. Dies ermöglicht es mir, mehr Zeit mit meiner Familie zu verbringen. Wenn meine Kinder größer sind, kommt für mich aber auch eine Niederlassung in Betracht.

Worin liegt Ihre Motivation, sich im Beratenden Fachausschuss für angestellte Ärzte zu engagieren?

Engelmayr: Die Tätigkeit in Gremien der Selbstverwaltung finde ich sehr wichtig. Ich war zwölf Jahre Mitglied der Vertreterversammlung der KVB und in diversen Ausschüssen tätig. Ich möchte mich deswegen auch weiterhin hier einbringen.

Ehrlicher: Da zunehmend Ärzte in Anstellung in hausärztlichen und fachärztlichen Bereichen arbeiten und sich hieraus neue Situationen in Bezug auf Rechte und Pflichten im Angestelltenverhältnis ergeben, möchte ich diese zusammen mit meinen Kollegen im Ausschuss intern erörtern und Problemstellungen konstruktiv lösen.

Weidinger-Köppen: Ich war schon immer engagiert, beispielsweise bin ich seit elf Jahren Vorsitzende des Qualitätszirkels Gynäkologie Regensburg. Jetzt als frisch Angestellte wollte ich mich auch für die angestellten Kolleginnen und Kollegen engagieren, um deren Interessen zu vertreten. Ich kenne die selbst-

ständige Seite gut, lerne gerade das Angestelltenverhältnis kennen und sehe dabei die Unterschiede. So kann ich eher Verbesserungen anstoßen.

Welche Ziele haben Sie sich im Ausschuss gesetzt?

Ehrlicher: Erst einmal möchte ich meinen Kollegen zeigen, dass es eine Stimme innerhalb der KVB gibt, die sich um ihre Belange kümmert. Dann möchte ich alle Interessierten ermuntern, uns ihre Fragen und Anregungen mitzuteilen. Wir versuchen dann, diese mit dem Gremium zu erörtern und passende Lösungsvorschläge zu erreichen.

Weidinger-Köppen: Ich hoffe, der Ausschuss erhält einige Kompetenzen, die Interessen der Angestellten zu vertreten und die Lage zu verbessern. Da wäre beispielsweise auch ein Leitfaden sinnvoll, der Aussagen zu Gehältern, Arbeit und Urlaub der Angestellten liefert. Viele wissen gar nicht, was ihnen im ambulanten Bereich zusteht. Das Schlimme ist, dass sie nicht wirklich organisiert sind und gerade die Jüngeren allein vor sich hinarbeiten. Der Ausschuss sollte alle ansprechen und zusammenführen.

Engelmayr: Ich kenne beide Welten, die des Hausarztes als selbstständiger Unternehmer und des jetzt angestellt Tätigen. Ich möchte daher mit meiner Erfahrung im Ausschuss zum besseren Verständnis füreinander beitragen. Schließlich will ich als älterer Kollege den Jüngeren zeigen, dass eine Tätigkeit in den Gremien Spaß macht, weil man damit auch das berufliche Umfeld gestalten kann. Mein Ziel ist es außerdem, den Jüngeren die Angst vor der Selbstständigkeit zu nehmen und sie dafür zu ermutigen.

Wie wirkt sich die aktuelle Entwicklung im Gesundheitswesen auf Ihre ärztliche Tätigkeit im Angestelltenverhältnis aus?

Weidinger-Köppen: Die Entwicklung des Gesundheitssystems spielt den Zentren und MVZ in die Hände. Hier können Angestellte einfach Medizin machen, ohne ständig an Regress zu denken. Darum kümmert sich die Abrechnungsstelle des MVZ.

Ehrlicher: Seit meiner Anstellung vor mehr als zehn Jahren hat sich im Praxisalltag viel geändert, beispielsweise nimmt die Digitalisierung rasant an Fahrt auf. Dies führt anfangs zu einer Mehrbelastung und Umstellung der gewohnten Arbeitsabläufe. Insgesamt sehe ich hier aber auch Chancen für viel Entlastung, insbesondere durch die eAU und die Videosprechstunde.

Engelmayr: Die aktuelle Entwicklung ist geprägt von vielen Problemfeldern, unter anderem die zunehmende Kommerzialisierung im Gesundheitssystem. Das System wird teurer, aber nicht besser. Eine Lösung durch die Politik ist seit Jahren und vermutlich auch in Zukunft leider nicht absehbar.

Sehen Sie die Interessen der angestellten Ärztinnen und Ärzte in der KVB bislang ausreichend vertreten?

Engelmayr: Die KVB hat sich in den letzten zwölf Jahren von einer gefürchteten Überwachungs- und Regressorganisation zu einer mitgliederfreundlichen Service- und Unterstützungsorganisation entwickelt. Auch für die angestellten Ärztinnen und Ärzte gibt es viele Serviceangebote und kostenlose hochprofessionelle Beratungsmöglichkeiten. Die Wertschätzung des neuen Vorstands zeigt sich auch an der persönlichen Teilnahme an unseren Sitzungen.

Weidinger-Köppen: Wenn ich mit Kolleginnen und Kollegen darüber spreche, fühlen sie sich nicht ausreichend vertreten. Diejenigen, die nun wissen, dass ich im Ausschuss bin, fragen mich, wo und wie sie bei der KVB Beratung und Hilfe erhalten. Es wäre gut, wenn bereits im Vorfeld einer Anstellung umfassend und kompetent unterstützt werden könnte. Das vermissen die meisten.

Ehrlicher: Die KVB bietet schon jetzt diverse Möglichkeiten zur Information und Beratung für angestellte Ärzte an. Dies ist aber nicht jedem bewusst. Deshalb möchten wir im Ausschuss auch mit diesem Interview darauf aufmerksam machen und ermuntern, uns Vorschläge und Ideen für weitere erforderliche Angebote mitzuteilen. Ich würde mir zum Beispiel eine unabhängige rechtliche Beratung für Angestellte von der KVB wünschen.

Ihnen allen herzlichen Dank für das Gespräch!

Interview Rebekka Macke (KVB)



Ernst Engelmayr will jüngere Mediziner zur Selbstständigkeit ermutigen.



Christian Ehrlicher setzt auf konstruktive Lösungen für angestellte Ärzte.

Nachgehakt: Wie schlägt sich das eRezept in der Praxis?

Am eRezept geht für Praxen bald kein Weg mehr vorbei. Ab 2024 wird es zur Pflicht (siehe auch KVB FORUM, Ausgabe 9-10/2023, Seite 14). Die ersten Praxen haben sich nun auf das Abenteuer eingelassen und ihren Betrieb auf die Ausstellung des eRezepts umgestellt. Zu ihren ersten Erfahrungen haben wir bei Dr. med. Sebastian Noe (Facharzt für Innere Medizin in München), Dr. med. Nicolas Kahl (Hausarzt in Nürnberg) und Dr. med. Florina Rummel (Fachärztin für Gynäkologie in Bad Tölz) nachgefragt.



Dr. Nicolas Kahl,
Facharzt für
Allgemeinmedi-
zin, ist in Nürn-
berg-Fischbach
seit 1. Januar
2021 in eigener
Praxis nieder-
gelassen.

Herr Dr. Kahl, was waren bei der Implementierung des eRezepts Ihre ersten Schritte? Welche Tipps haben Sie für Ihre Kolleginnen und Kollegen?

„Sowohl für Praxen als auch für Apotheken ist das eRezept eine Umstellung der bisherigen Prozesse. Auf beiden Seiten können insbesondere am Anfang unerwartete Fehler auftreten. Daher hat es sich für uns als hilfreich erwiesen, sich vorab mit den Apotheken vor Ort abzusprechen, um sich bei etwaigen Fehlern schnell austauschen zu können. Vor Erstellung des ersten eRezepts haben wir alle technischen Voraussetzungen überprüft. Dafür sollte man gegebenenfalls Rücksprache mit dem eigenen Systembetreuer halten. Die wichtigsten technischen Hürden sind quasi genommen, wenn man bereits in der Lage ist, eAUs mittels elektronischem Heilberufsausweis auszustellen.“

Wir sind bei der Implementierung folgendermaßen vorgegangen: Zunächst haben wir einzelne Testrezepte für Testpatienten erstellt und an die Apotheken geschickt (per Fax oder per KIM). Danach haben wir eRezepte

erstmal für alle zeitlich ‚unkritischen‘ Rezeptbestellungen genutzt (Routinerezepte für Bewohner von Pflegeheimen). Dabei haben wir sowohl die Vorbereitung der eRezepte durch die MFA als auch die Rezepterstellung durch den Arzt eingeübt. Erst dann haben wir die ersten eRezepte in der laufenden Sprechstunde erstellt, zunächst als Wiederholungsrezepte bei DMP- und Chroniker-Patienten. Schließlich haben wir die Praxis vollständig auf das eRezept umgestellt (für ein bis zwei Wochen zur Quartalsmitte, um etwaige Fehler für den Hochbetrieb zu identifizieren und gegebenenfalls nachjustieren zu können). Das Muster 16 haben wir als sichere Rückfallebene genutzt. Bei all dem ist mein Tipp, unbedingt die sogenannte ‚Komfortsignatur‘ für das Signieren der eRezepte zu nutzen und im Team regelmäßig Rückmeldungen zu etwaigen Prozessfehlern oder Telefonaten mit den Apotheken vor Ort zu besprechen.“



Dr. Florina Rummel,
Fachärztin für
Gynäkologie und
Geburtshilfe,
führt neben
ihrer Praxis die
Belegabteilung
der Gynäkologie
in Bad Tölz.

Frau Dr. Rummel, seit wann verwenden Sie das eRezept in Ihrer Praxis? Was läuft gut, was nicht so gut?

„Wir haben das eRezept seit 1. Oktober 2022 im Einsatz. Wir haben die Entscheidung ganz bewusst zu diesem Zeitpunkt getroffen, da wir unsere Praxissoftware gewechselt und in diesem Zusammenhang einen neuen Konnektor erhalten haben. Laut den Apotheken vor Ort war unsere Praxis die erste, die auf eRezept umgestellt hat. Meine leitende Medizinische Fachangestellte hat frühzeitig mit den lokalen Apotheken Kontakt aufgenommen, was für einen reibungslosen Ablauf gesorgt hat. Technisch gab es bisher nur vereinzelt Probleme, zumal die Patientinnen

und Patienten auf Wunsch weiterhin einen Ausdruck erhalten.

Ein klarer Vorteil für unsere Praxis besteht darin, dass wir mit den meisten Apotheken in der Nähe in engem Kontakt stehen und Probleme jederzeit bearbeitet werden. Falls die Technik in den Apotheken ab und an Probleme bereitet, können wir sofort reagieren, um die Medikamentenausgabe nicht zu verzögern und die Patientenzufriedenheit sicherzustellen. Durch die Umstellung ist die Nachfrage zum Thema ‚Datenschutz und Digitalisierung‘ deutlich gestiegen. Unsere Patientinnen und Patienten haben die neue Rezeptform gerne angenommen, vor allem die Vorbestellung bei den Apotheken wird ihnen durch den aufgedruckten Code in der Handhabung erleichtert.

Wir freuen uns sehr, dass der erste Schritt zum papierlosen Rezept so leicht war und nahezu reibungslos verlief. Die Kosten der verpflichtenden Digitalisierung sind zwar erheblich, wir investieren diese jedoch gerne. Unser Ziel ist es, die Infrastruktur zukünftig nur noch digital zu nutzen und weitestgehend auf den Ausdruck zu verzichten. Für mich als Ärztin erleichtert es die Ausstellung von Rezepten, weil meine Medizinischen Fachangestellten keine Unterschrift mehr einholen müssen. Ich kann das Rezept direkt signieren und aus dem Behandlungszimmer drucken und absenden.“



Dr. Sebastian Noe,
Facharzt für
Innere Medizin,
SP Endokrinologie und Diabetologie ist stellvertretender ärztlicher Leiter eines MVZ in München.

Herr Dr. Noe, wie hat das eRezept Ihre Praxisabläufe verändert? Wie kommen Ihre Patienten mit dem eRezept zurecht?

„Im Praxisbetrieb vor Ort hat sich durch das eRezept kaum etwas verändert. Das Ausstellen der eRezepte ist leider (noch) etwas zeitaufwendiger als der Druck auf Muster 16. Einen erheblichen Zugewinn sehe ich in Verbindung mit der Online-Sprechstunde: Bei Nutzerinnen und Nutzern, die bereits die eRezept-App verwenden, erfolgt die Zustellung quasi noch während

der Sprechstunde, ähnlich schnell wie der Druck vor Ort. Insbesondere Menschen mit längeren Anfahrtswegen profitieren davon, dass Rezepte nicht erst per Post versandt, sondern sofort übermittelt werden. Das spielt vielleicht für viele Praxen in städtischer Lage keine allzu große Rolle, da die Wege nicht weit sind und die Patientinnen und Patienten oft ‚schnell mal‘ vorbeikommen können. Die Situation für Menschen in ländlichen Bereichen und/oder seltenen Erkrankungen ist jedoch eine andere und lange Anfahrtswege gepaart mit fachärztlicher Terminknappheit machen hier den Zugang zu einer guten Versorgung oft schwer. Ich denke, dass die Kombination aus Telemedizin und eRezept helfen kann, flächendeckend Zugang zu einer guten Versorgung zu ermöglichen und Versorgungslücken zu schließen.

Das eRezept wird von den meisten Patienten sehr gut angenommen. Zwar wundern sich viele Menschen zunächst, warum sie statt des vertrauten ‚rosa Rezepts‘ einen Ausdruck auf weißem Papier erhalten. Wer allerdings die Vorzüge des eRezepts selbst erfahren hat – also die Nutzung ohne Ausdruck in der Praxis – empfindet es meist als eine gute und hilfreiche Neuerung. Durchweg bemängelt wird der als kompliziert empfundene Weg zur Registrierung in der eRezept-App, weshalb viele Patienten trotz gewisser Datenschutzbedenken einen Versand per E-Mail wünschen. Die Möglichkeit, die eRezept-Zugangsdaten mittels elektronischer Gesundheitskarte abrufen und einlösen zu können, führt dazu, dass die Anwesenheit von Patientinnen und Patienten in der Praxis künftig nicht zwingend erforderlich ist. Somit ist der Einlöseweg mit der eGK auch für die Online-Sprechstunde ein echter Gewinn.“

Interview Redaktion

Sind Sie eRezept-ready?

Das eRezept wird nach den Digitalisierungsplänen des Bundesministeriums für Gesundheit ab 2024 für verschreibungspflichtige Arzneimittel zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtend. Bitte bereiten Sie sich jetzt darauf vor: Schaffen Sie die technischen Voraussetzungen, machen Sie sich mit dem neuen Verfahren vertraut und setzen Sie dieses im Praxisalltag ein.

Weitere Informationen zum eRezept finden Sie unter www.kvb.de/ti.

AOK-Vertrag: „Niereninsuffizienz früher erkennen“

In der Region Mittelfranken läuft seit Anfang 2021 ein Vertrag nach Paragraph 140a SGB V zwischen der AOK Bayern und der KVB zur besonderen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz. Er wurde nun bis zum 31. März 2026 verlängert.

Mit dem Hausarzt Dr. med. Andreas Lipécz haben wir über die Vorteile des Vertrags gesprochen und wie Patienten schon bei einer Routineuntersuchung von dem Angebot profitieren. Er erläutert den AOK-Nierenvertrag aus Sicht eines Hausarztes. Lipécz ist selbst in Nürnberg niedergelassen und Geschäftsführer des dort ansässigen Praxisnetzes QuE (Gesundheitsnetz Qualität & Effizient eG) und engagiert sich seit Beginn im Vertrag.

Herr Dr. Lipécz, warum ist dieser Nierenvertrag sinnvoll?



Der Nürnberger Hausarzt Andreas Lipécz war von Anfang an beim Projekt Nierenvertrag mit dabei.

niederschwellig, da die Laboruntersuchung beispielsweise bei einer Blutabnahme im Rahmen eines Check-up durchgeführt wird. Wenn durch rechtzeitige Abklärung und Therapie eine Dialyse oder ein Krankenhausaufenthalt vermieden werden können, entsteht ein enormer Gewinn an Lebensqualität.

Andreas Lipécz: Er richtet den Fokus auf die Diagnose Niereninsuffizienz. Hier hat es erhebliche therapeutische Fortschritte gegeben, die bewirken, dass Dialyse oder Krankenhausaufenthalte nicht notwendig werden oder deutlich hinausgezögert werden können. In meiner Praxis haben zirka 25 Prozent der Patientinnen und Patienten durch ihre Vorerkrankungen ein entsprechendes Risiko und können von diesem Vertrag profitieren. Für sie ist die Erstuntersuchung

Welche Aufgaben erfüllen Sie als Hausarzt im Rahmen des Vertrags?

Nach Aufklärung und Einschreibung erfolgen Untersuchungen von Crea/GFR und Urin-Albumin sowie eine anschließende Beurteilung der Ergebnisse und eine Befundbesprechung mit den Patientinnen und Patienten. Bei gegebenem Anlass erfolgen eine Überweisung in eine nephrologische Praxis sowie Verlaufskontrollen.

Wie lässt sich der Vertrag in den Praxisalltag und in die Sprechstunde mit Risikopatienten integrieren?

Bei jeder anfallenden Blutabnahme wird geprüft, ob eine Vertragseinschreibung sinnvoll ist.

Welche Tipps haben Sie für Kolleginnen und Kollegen, die sich ebenfalls in den Vertrag einschreiben möchten?

Die Teilnahme ist unkompliziert. Es hat sich bewährt, den zur Verfügung gestellten Behandlungspfad in einer Teambesprechung vorzustellen und Zuständigkeiten für die einzelnen Schritte festzulegen. Hilfreich ist außerdem, eine Liste möglicher Patienten aus dem Praxisverwaltungssystem zu generieren.

Warum empfehlen Sie Hausarztpraxen, sich in den Vertrag einzuschreiben?

Der Vertrag führt zu einer gesteigerten Achtsamkeit für die Diagnose Niereninsuffizienz und kann zu einer Qualitätsverbesserung des ärztlichen Handelns führen. Der zusätzliche Aufwand wird vergütet.

Herr Dr. Lipécz, vielen Dank für das Interview!

Interview Anna-Maria Schoberer, Andrea Graf (beide KVB)

Hintergrund

Über zwei Millionen chronisch Nierenkranke gibt es in Deutschland, mehr als 187.000 Risikopatienten, die bei der AOK versichert sind, allein in Mittelfranken.[1] Bei ihnen eine chronische Nierenerkrankung frühzeitig zu

erkennen und die Dialyse hinauszuzögern oder sogar abzuwenden, ist die Intention des Vertrags. Dieser präventive Ansatz ist wichtig, denn eine chronische Nierenerkrankung bahnt sich in der Regel schleichend an und verläuft meist symptomfrei. Deshalb bleibt die Nierenschädigung oft auch lange unentdeckt und eine Dialyse lässt sich dann meist nicht mehr abwenden.

Die interdisziplinär fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten ist im Rahmen des Vertrags von zentraler Bedeutung. Die Hausärztinnen und Hausärzte haben eine Schlüsselrolle, denn sie schreiben die Patienten ein und sorgen so dafür, dass diese bei Bedarf für eine adäquate Behandlung an Fachärzte überwiesen werden.

Interesse am Vertrag?

Weiterführende Informationen zum Vertrag und zur Abrechnung finden Sie unter www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/chronische-niereninsuffizienz

Bei Fragen zum Vertrag steht Ihnen das Referat für Versorgungsinnovationen unter der Telefonnummer 0 89 / 5 70 93 – 23 79 gerne zur Verfügung.

[1] Quelle: Auswertungsanfrage an das Gesamtteam Strategische Analysen vom Oktober 2023

Das zeichnet den Nierenvertrag von AOK und KVB aus

Ziel: Dialyse durch Prävention verhindern

Ein entscheidender Bestandteil des Vertrags ist die interdisziplinär fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Nephrologen, denn dadurch kann eine Progressionsverzögerung erreicht werden. „Die Dialysepflicht bedeutet für den Patienten eine starke Einschränkung der Lebensqualität. Da man die Dialyse durch Prävention hinauszögern kann, haben wir uns für diesen Vertrag eingesetzt und freuen uns, dass dieser nun verlängert wurde und damit noch mehr Patienten davon profitieren können“, so Fabian Demmelhuber, Leiter des Referats Versorgungsinnovationen in der KVB.



Sehr viele Risikopatienten können profitieren

Die Gruppe der Risikopatienten für eine chronische Nierenerkrankung ist groß. Zu den häufigsten Risikofaktoren zählen Bluthochdruck, Diabetes mellitus und andere renale Erkrankungen. Im Durchschnitt hat jeder Hausarzt in Mittelfranken zirka 140 Risikopatienten und er sieht sie bei Routineuntersuchungen in der Regel mindestens einmal jährlich. Jeder einzelne von ihnen kann in das Programm eingeschrieben werden.

Pilotprojekt in Mittelfranken

Der Vertrag wird aktuell in der Modellregion Mittelfranken umgesetzt und soll eventuell nach einer Erprobungs- und Evaluationsphase auf weitere Regionen ausgeweitet werden. Teilnahmeberechtigt sind Allgemeinärzte sowie Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie mit Sitz an Leistungsorten in Mittelfranken. Versicherte der AOK Bayern können sich in den Vertrag einschreiben, sofern sie ihren Wohnort oder medizinischen Versorgungsschwerpunkt in Mittelfranken haben.



„Meine KVB“ unterstützt Praxisverwaltung

Das Mitgliederportal „Meine KVB“ bietet Zugang zu allen KVB Online-Diensten, mit denen die Mitglieder jederzeit schnell und unkompliziert in der Lage sind, im Praxisalltag digital ihre Verwaltungsaufgaben zu erledigen. Gerade für Aufgaben, die zum Jahreswechsel anstehen, lohnt es sich, auf die verschiedenen Möglichkeiten zurückzugreifen.

Softtoken für bequemeren Zugang über das Internet

In den letzten Jahren wurde der Zugang zu „Meine KVB“ über das Internet ermöglicht und das Nachrichtencenter für mobile Endgeräte, wie Smartphones und Tablets, komfortabler gemacht. Jetzt können Mitglieder neben dem hierfür benötigten Hardtoken (physisches Gerät) auch eine softwarebasierte Variante – den Softtoken – wählen. Der Sicherheitsstandard wird dabei gewahrt. Die Identitätsprüfung erfolgt wie bisher über eine per Token generierte Zahlenkombination (Einmalcode). Diese konnte bisher nur über den Hardtoken generiert werden. Wenn man den Hardtoken aber nicht mit sich führen möchte, bietet der Softtoken seit Oktober 2023 eine bequemere und flexiblere Alternative, einen Tokencode über eine Authentifizierungs-App auf dem mobilen Endgerät zu generieren (siehe Informationen zur Aktivierung in der Infobox). Mitglieder haben die Möglichkeit, zwischen beiden gebührenfreien Tokenarten zu wählen oder aber Soft- und Hardtoken parallel zu nutzen.



Softtoken bestellen und aktivieren im Portal Token-Verwaltung

Beim Softtoken wird der Einmalcode für die Anmeldung in „Meine KVB“ über das Internet durch eine sogenannte Authentifizierungs-App auf einem mobilen Endgerät (zum Beispiel Smartphone oder Tablet) erzeugt. Hierfür können Sie sich eine App nach Wahl aus dem jeweiligen App-Store Ihres Endgeräts installieren. Das einmalige Einrichten erfolgt über einen QR-Code, der Ihnen in der Token-Verwaltung angezeigt wird.

Die Aktivierung eines KV-Ident Plus Softtokens ist über zwei Wege möglich:

- Sofortige Softtoken-Aktivierung mit Hardtoken oder
- Softtoken-Aktivierung mit Aktivierungscode per Brief

Mit Arzt- und Praxisdaten vorbefüllte Formulare

Die Online-Formulare in „Meine KVB“ sind mit den der KVB bekannten Stammdaten der Praxis vorbefüllt. Dies spart bei der Bearbeitung Zeit und minimiert Fehleingaben sowie etwaige Rückfragen. Für effizientere Abläufe werden Medienbrüche so weit wie möglich vermieden.

Beispielsweise kann eine zum Jahreswechsel geplante **Abwesenheit** somit gleich direkt in „Meine KVB“ gemeldet werden. Neue **Genehmigungen** können Mitglieder ebenso unkompliziert stellen und dabei direkt mit dem Antrag entsprechende Nachweise hochladen. Auch für erstmals notwendige oder auslaufende **Praxisausweise (SMC-B Karten)** ist es möglich, einen vorbefüllten Antrag direkt

aus dem Mitgliederportal an den SMC-B Kartenhersteller zu versenden.

Stammdaten aktualisieren

Die bei der KVB gespeicherten **Stammdaten** können Praxen in „Meine KVB“ nicht nur einsehen. Sie haben auch die Möglichkeit, private Kontaktdaten sowie Daten der Betriebsstätten für die Veröffentlichung in der Arztsuche jederzeit eigenständig zu aktualisieren. Damit die Mitglieder über das Nachrichtencenter die neuen Meldungen der KVB zuverlässig erhalten, ist es wichtig, die hinterlegte E-Mail-Adresse in der E-Mail-Benachrichtigung im Nachrichtencenter zu überprüfen.

Unterstützung durch Praxispersonal

Über den **Praxiszugang** kann auch das Praxispersonal einige Self-Services nutzen. Im Menüpunkt „Praxiszugang verwalten“ können Mitglieder datenschutzkonform für ihr Praxispersonal ein eigenständiges Benutzerkonto aktivieren und somit Verwaltungsaufgaben, wie Abrechnungen und Dokumentationen einreichen oder Abwesenheiten melden, delegieren. Informationen für das Praxispersonal sind zudem über das Nachrichtencenter aufrufbar.

Vereinfachter Zugriff auf das Nachrichtencenter

Um wichtige Nachrichten der KVB zu aktuellen Gesetzesänderungen oder Neuerungen zum schnellen Lesen ohne Umwege zu erhalten, besteht die Möglichkeit, das Nachrichtencenter über das Internet auch direkt im Webbrowser ohne Zwei-Faktor-Authentisierung (ohne Token) aufzurufen. Nur für Nachrichten und Bereiche, die




Jetzt QR-Code scannen und direkt per Smartphone ins Nachrichtencenter

- Mobiler Zugriff auf alle Nachrichten
- Sensible Inhalte und Funktionen mit Zwei-Faktor-Authentifizierung (Token) geschützt

<https://dienste.kvb.de/mp-inbox/mobile>

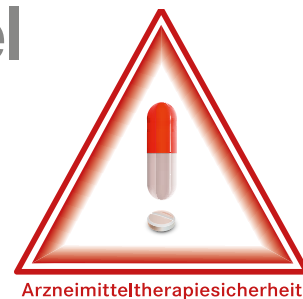
schützenswerte Inhalte besitzen, ist ein Tokencode erforderlich. Der direkte Zugang ist aktuell über die **mobile Ansicht** des Nachrichtencenters mit eingeschränkten Funktionen möglich. Diesen kann man über den QR-Code (siehe Infokasten) oder auch über einen Link in der E-Mail-Benachrichtigung aufrufen. Sämtliche Funktionen des Nachrichtencenters sowie eine Desktop-Ansicht werden demnächst bereitgestellt – Informationen hierzu in „Meine KVB“ unter „Aktuelles“.

Kludia Weghofer (KVB)

Anregungen – Ihre Meinung ist gefragt!

Welche digitalen Anwendungen wünschen Sie sich in „Meine KVB“? Haben Sie Anregungen zu bestehenden Online-Anwendungen? Teilen Sie uns gerne Ihre Meinung in „Meine KVB“ über die Feedback-Funktion oben rechts in der Navigationsleiste mit. Wir freuen uns über jede Anregung, um Sie bestmöglich zu unterstützen und das Mitgliederportal bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

Cannabis als Arzneimittel auf dem Vormarsch



Bei der Verordnung von Cannabisarzneimitteln nimmt der Freistaat bundesweit eine Vorreiterrolle ein. Über die letzten sechs Jahre hat die KVB kontinuierlich Analysen zur Beantwortung von Versorgungsfragen über den Einsatz von Cannabis zu therapeutischen Zwecken durchgeführt. Ob sich dahinter wirklich eine Erfolgsgeschichte verbirgt, lesen Sie hier.

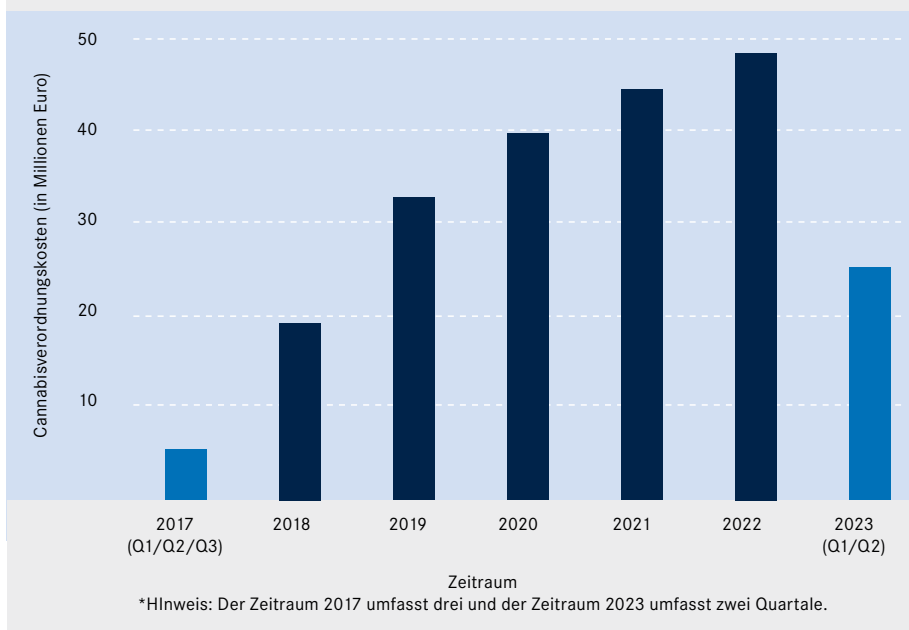
Einleitung

Seit über sechs Jahren haben Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden, chronisch-unheilbaren und die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigenden Erkrankungen ohne therapeutische Alternativen die Möglichkeit, Cannabis als Arzneimittel von einem Arzt verordnet zu bekommen. Für gesetzlich krankenversicherte Patienten muss für die Kostenübernahme vorab ein Antrag durch die zuständige Krankenkasse

genehmigt worden sein. Zum 1. Oktober 2023 sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nun erstmals Facharztgruppen beziehungsweise notwendige Qualifikationen benennen, für die der Genehmigungsvorbehalt zukünftig entfallen soll (Paragraf 31 Absatz 7 SGB V).

Da die Kassenärztlichen Vereinigungen die Arzneimittelverordnungsdaten der gesetzlich krankenversicherten Patienten zur Erfüllung ihrer sozialgesetzlichen Pflichten erhalten, wurden über die letzten sechs Jahre kontinuierlich Analysen zur Beantwortung von Versorgungsfragen über den Einsatz von **Cannabis zu therapeutischen Zwecken** durch die KVB durchgeführt. Deren Ergebnisse sollen in diesem Artikel dargestellt werden.

Kosten der Cannabisverordnungen in Bayern, 2017 bis 2023*



Klar abgegrenzt werden muss die hier dargestellte Versorgung mit Cannabisarzneimitteln zu therapeutischen Zwecken, die seit dem 10. März 2017 in Deutschland möglich ist, von der **Cannabisverwendung zu Genusszwecken**, die zuletzt die aktuelle Gesundheitspolitik beschäftigt hat und auf großes öffentliches und mediales Interesse stößt. Dieser Einsatz zum Genusskonsum gehört nicht zum Aufgabenspektrum der KVB.

Auch die **Verwendung von Hanfprodukten in der Lebensmittelindustrie** ist vom medizinischen Einsatz und Genusskonsum deutlich zu trennen. Denn Cannabisprodukte aus dem Supermarkt oder der Drogerie dürfen einen Gehalt von 0,2% Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (kurz nachfolgend jeweils THC) nicht überschreiten. Dies ist der Grenzwert nach dem Betäubungsmittelgesetz, ab dem mit einer

Grafik 1: Entwicklung der Kosten für Cannabisarzneimittel in Bayern 2017 bis 2023 (1. Halbjahr) – enthalten sind Cannabisblüten, Cannabisextrakte, Dronabinol-Zubereitungen, ausländische, importierte Fertigarzneimittel sowie die inländischen Fertigarzneimittel Sativex® und Canemes®.

relevanten Beeinflussung der Körperfunktionen zu rechnen ist, sodass bei Überschreitung des Schwellenwerts aus einem Lebensmittel/Diätetikum ein Arzneimittel würde. [1] Daneben geht die europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit EFSA (European Food Safety Agency) davon aus, dass die Verabreichung von 1 Mikrogramm THC pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag über Lebensmittel sicher ist, also keine psychoaktiven Auswirkungen zu erwarten sind. [2]

Auswertungsergebnisse

Um einen Eindruck für die Größenordnung der Kosten zu bekommen, ist hier grafisch die Entwicklung der Bruttoverordnungskosten kumulativ seit 2017 bis heute analysiert und abgebildet.

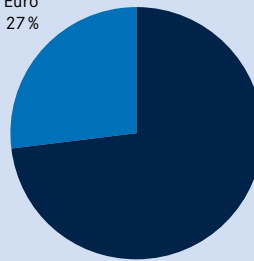
Als größte KV-Region Deutschlands haben die Arzneimittelmengen und -kosten Bayerns üblicherweise einen Anteil von einem Sechstel bis zu einem Siebtel der gesamtdeutschen Arzneimittelmengen und Bruttoausgaben. Im Jahr 2022 betrug demgegenüber der Verordnungsmengen- und Kostenanteil für Cannabisarzneimittel ein Viertel der bundesweiten Mengen und Kosten (Grafik 2). Engt man diese Betrachtung auf die Mengen und Kosten für Cannabisblüten ein, so lösten bayerische Verordnungen im Jahr 2022 ein Drittel der Kosten des gesamten Bundesgebiets für Cannabisblüten aus (Grafik 3). Gleichfalls kam 2022 jede dritte deutsche Cannabisblütenverordnung aus Bayern.

Differenziert man nach der Art der Abgabe der Cannabisblüten, fällt auf, dass in Bayern (8,6 Prozent) wie auch im Bund (8,5 Prozent) nur ein verschwindend kleiner Teil der Blütenverordnungen als Zubereitung abgegeben wird. Durch die Apotheke zubereitete Blüten werden vor der Abgabe zerkleinert, gesiebt und dann abgepackt. Dadurch ist die Teilchengröße der Blüten feiner und gleichmäßiger und die Dosiergenauigkeit wird bei der Entnahme erhöht. Dosisschwankungen bei regelmäßiger Einnahme oder Inhalation und damit eventuell verbundene Über- oder Unterdosierungen werden dadurch weitgehend verhindert. Die Apotheke wird für die Abgabe zubereiteter Cannabisblüten allerdings seit dem 1. März 2020 in derselben Größenordnung entlohnt wie bei der Abgabe unveränderter Cannabisblüten, sodass wirtschaftlich für die Apotheke kein Anreiz gesetzt wird, die Blüten zubereitet abzugeben. Möchte der Verordner sicherstellen, dass Cannabisblüten durch die Apotheke zubereitet abgegeben werden, sollte dies auf der Verordnung dadurch vermerkt werden, dass die ent-



Kosten Cannabisarzneimittel 2022

Kosten Bayern:
48.028.979 Euro
27%

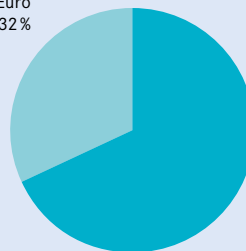


Kosten Bund ohne Bayern:
131.303.618 Euro
73%

Grafik 2: Die Abbildung stellt den bayerischen Kostenanteil an den bundesweiten Ausgaben für alle verfügbaren Cannabisarzneimittel im Kalenderjahr 2022 dar. Über ein Viertel der bundesweiten Kosten wurden durch Verordnungen aus Bayern ausgelöst.

Kosten Cannabisblüten 2022

Kosten Bayern:
28.424.645 Euro
32%



Kosten Bund ohne Bayern:
60.810.110 Euro
68%

Grafik 3: Die Abbildung stellt den Kostenanteil Bayerns an den Bundesausgaben im Jahr 2022 bei Eingrenzung nur auf die Verordnung von Cannabisblüten dar. Knapp ein Drittel dieser Verordnungskosten entstanden in bayerischen Praxen.



sprechende Rezepturanweisung nach dem Neuen Rezeptur Formularium (NRF 22.12.-22.15.) vermerkt wird. [3]

Regionale Auswertungen haben auf KV-Bezirksstellenebene darüber hinaus zeigen können, dass die Verteilung der Cannabis verordnenden Praxen im Jahr 2022 bayernweit recht homogen war. So haben bereits knapp 20 Prozent aller Praxen mindestens einmal eine Patientin beziehungsweise einen Patienten mit einem Cannabisarzneimittel zulasten der gesetzlichen Krankenkassen versorgt.

Fazit

Die Versorgungsdaten der Jahre 2017 bis heute zu bayerischen Cannabisarzneimittelverordnungen belegen, dass im Vergleich zu sonstigen Arzneimittel- ausgaben und Arzneimittelmengen der Freistaat im Vergleich zum restlichen Deutschland eine Vorreiterstellung einnimmt, die Fragen offenlässt. Bisher musste jede Cannabisverordnung zulasten der GKV vorab einem Genehmigungsverfahren unterzogen werden, sodass die Kosten auch widerspiegeln mögen, dass die Anträge überproportional oft so gestellt wurden, dass die Bedingungen für eine Genehmigung

nach Paragraf 31 Absatz 6 SGB V erfüllt waren. Auch mag der Befund aufzeigen, dass es entweder in Bayern eine Überversorgung oder aber im restlichen Bundesgebiet eine Unterversorgung gibt. Man darf sich jedoch erstaunt zeigen angesichts der Größenordnung, die eine Therapie erreicht hat, die eigentlich als Therapieversuch begonnen wurde. Dies geschieht mit einem Arzneimittel ohne reguläre Zulassung (Ausnahme Sativex® bei Multipler Sklerose und Canemes® bei therapieresistentem, Chemotherapie bedingtem Erbrechen). Dass die zugrundeliegende Evidenz für diesen Therapieversuch nach wie vor überschaubar ist, sei an dieser Stelle erwähnt, würde aber in ihren Ausführungen einer separaten Abhandlung bedürfen. Allerdings gibt es keine Wirkung ohne Nebenwirkung und bei postulierter Wirksamkeit sollten resultierende unerwünschte Wirkungen in einem positiven Nutzen-Risiko-Verhältnis stehen. Es empfiehlt sich, dass vor dem Hintergrund des angekündigten Wegfallens des Genehmigungsvorbehalts für einzelne Facharztgruppen, die Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnung von Cannabis besonders sorgfältig in jedem Einzelfall geprüft und dokumentiert werden. [4,5] Zum Redaktionsschluss lag der Beschluss des G-BA noch nicht vor.

*Dr. rer. nat. Kerstin Behnke, Dr. Manuel Huber
(beide KVB)*

[1] https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8947/2022-10-25_AM-RL_Einleitung_SN-Verfahren_Paragraf-4a-Abschnitt-N-Paragrafen-44-46_TrG.pdf

[2] EFSA Journal 2015, 13 (6): 4141.

[3] Information der Bundesapothekerkammer zu Cannabisblüten und Cannabinoiden, https://www.kbv.de/media/sp/Cannabisbl_ten_und_Cannabinoiden_Information_BAK.pdf

[4] <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Verordnungen/VO-aktuell/2023-DS/KVB-VA-230703-WIS-Cannabis.pdf>

[5] <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Verordnungen/Arzneimittel/Blickpunkt/2023-DS/KVB-AIB-230403-WIS-Cannabis-Wirtschaftlichkeit.pdf>



KVB Servicecenter – Kurze Frage, direkte Antwort

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

Servicezeiten

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

Servicecenter 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

eTec Support 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40



KVB Beratungscener – Ihr Kontakt vor Ort

Sie möchten ein Thema aus Abrechnung, Verordnung oder Praxisführung in einer persönlichen Einzelberatung vertiefen? Wir vereinbaren gerne einen Termin mit Ihnen!

Servicezeiten

Montag bis Donnerstag 8.00 bis 16.00 Uhr
Freitag 8.00 bis 13.00 Uhr

Bayreuth (Oberfranken)

Telefon 09 21 / 2 92 – 4 99
E-Mail bc-bayreuth@kvb.de

Nürnberg (Mittelfranken)

Telefon 09 11 / 9 46 67 – 3 99
E-Mail bc-nuernberg@kvb.de

Oberbayern

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 25 99
E-Mail bc-oberbayern@kvb.de

Würzburg (Unterfranken)

Telefon 09 31 / 3 07 – 4 99
E-Mail bc-wuerzburg@kvb.de

Regensburg (Oberpfalz)

Telefon 09 41 / 39 63 – 4 99
E-Mail bc-regensburg@kvb.de

München

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 24 99
E-Mail bc-muenchen@kvb.de

Straubing (Niederbayern)

Telefon 0 94 21 / 80 09 – 4 99
E-Mail bc-straubing@kvb.de

Augsburg (Schwaben)

Telefon 08 21 / 32 56 – 3 99
E-Mail bc-augsburg@kvb.de



Dienstplanänderungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

(Diensttausch, Vertretung und Erreichbarkeit)

Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz und Schwaben

E-Mail Dienstaenderung.vbzm@kvb.de

Unter-, Mittel- und Oberfranken

E-Mail Dienstaenderung.vbzn@kvb.de



Dienstplanung DPP-online

(finden Sie auch in „Meine KVB“)

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 88 90
Fax 0 89 / 5 70 93 – 88 85
E-Mail info.dpp@kvb.de

Servicezeiten

Montag bis Freitag
9.00 bis 15.00 Uhr



Notarzt-Abrechnung – emDoc

(finden Sie auch in „Meine KVB“)

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



KVB Selfservice – 24/7 für Sie verfügbar

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

Impressum für KVB FORUM und KVB INFOS

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

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

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

Redaktion:

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

Kontakt zur Redaktion: KVBFORUM@kvb.de

Satz und Layout:

KVB Stabsstelle Kommunikation

Druck:

BluePrint AG
Gedruckt auf FSC®-zertifiziertem Papier

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

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

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

Bildnachweis:

Finanzwende (Seite 14), Fotostudio Dabuidlmacha am Rathaus, Ottobrunn (Seite 11), Janine Hague (Seite 18), Amelie Niederbuchner (Seite 18), px.media (Seite 9), Privat (Seite 11, 16, 17, 19, 20), stock.adobe.com/Phimak (Titelseite), [stock.adobe.com/Colin Anderson-Stocksy](https://stock.adobe.com/ColinAnderson-Stocksy) (Seite 2), stock.adobe.com/mi_viri (Seite 2), stock.adobe.com/iSomboon (Seite 4), stock.adobe.com/ImageFlow (Seite 12), stock.adobe.com/RerF (Seite 13), stock.adobe.com/photon_photo (Seite 15), stock.adobe.com/Kiattisak (Seite 21), stock.adobe.com/THAWEERAT (Seite 22), stock.adobe.com/Coloures-Pic (Seite 23), stock.adobe.com/esvetleishaya (Seite 25), stock.adobe.com/Africa Studio (Seite 26), Tanja Marotzke (Seite 9), KVB/Marion Munke (Seite 10, 12), KVB (alle weiteren)