

# AUF DEN PUNKT.

Das Servicemagazin für unsere Mitglieder Nr. 4 / Aug. 2021

## Wahlen: Was folgt nach der Großen Koalition?

ab Seite 10

### Fokus Gesundheit jetzt digital

Seite 8

### info.service

Offizielle Bekanntmachungen

Seite 26

<b>STANDPUNKT</b>	
Raus ohne Applaus!	3
<b>AKTUELLES</b>	
„Lassen uns nicht zu Handlangern der Politik machen“	4
Fokus Gesundheit jetzt digital	8
<b>TITELTHEMA</b>	
Was folgt nach der Großen Koalition?	10
„Wie umgehen mit dem Sofortismus?“	12
Populistisch und realitätsfern	14
Vertrauen in das Funktionieren der ärztlichen Selbstverwaltung fehlt	18
Mit der Lupe gesucht – ambulante Versorgung in den Wahlprogrammen der Parteien	20
Acht Fragen zur Gesundheitspolitik	24
<b>GUT INFORMIERT</b>	
Nichtraucher:in werden und bleiben	38
„kbv-klartext.de“ online lesen	40
Online statt per Brieftaube	41
Besser proaktiv nach suizidalen Gedanken fragen	42
AiW weiterbilden: Befugnis beantragen	44
<b>QUALITÄT</b>	
„Die Praxen leisten Großartiges“	46
Auf die Plätze, fertig, buchen!	46
Suchtkranke besser versorgen	47
Wichtige Voraussetzungen für eine QM-Koordinatorin	48
<b>PRAXISTIPPS</b>	
Wie war das? Fragen aus der Praxis	50
<b>SERVICE</b>	
Ihr Kontakt zu uns/Impressum	51



# Raus ohne Applaus!

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die gute Nachricht zuerst: Es ist bald vorbei! Doch die schlechte Nachricht kommt direkt hinterher: Es besteht kaum Hoffnung auf Besserung. Während sich unsere aktuelle Bundesregierung, aufgerieben durch großkoalitionären Stillstand und die Pandemie, ihrem unausweichlichen Ende entgegenschleppt, lassen die Wahlprogramme der Parteien für die Bundestagswahl auch für die Zeit danach nichts Gutes vermuten. Die Öffnung von Kliniken auch für die ambulante Grundversorgung, weitere Milliardenspritzen für marode Krankenhäuser und eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der in der Pandemie einen bemerkenswerten Beweis seiner „Fähigkeiten“ erbracht hat – so stellen sich die klugen Köpfe in den Parteizentralen die zukünftige Gesundheitsversorgung vor.

Die sprichwörtliche Qual der Wahl haben wir als Wählerinnen und Wähler – Sie haben es sicherlich schon bemerkt – damit eigentlich kaum noch. Es geht vielmehr und wieder einmal darum, das kleinere Übel zu wählen und Schlimmeres zu verhindern. Mit unserer Titelstrecke wollen wir Sie an dieser Stelle ein kleines bisschen unterstützen, indem wir uns die Wahlprogramme der Parteien vorgenommen haben, die Parteien selbst zu Wort kommen lassen und den Blick zurück und den nach vorn gleichermaßen wagen.

Die Pandemie hat bewiesen, wo sich Leistungsfähigkeit und -bereitschaft in der Versorgung finden lassen: in der ambulanten Versorgung nämlich. Hier wurde behandelt, getestet und geimpft, oft bis zur Erschöpfung und weit darüber hinaus. Zum Dank dürfen wir seit Jahresbeginn unseren Rettungsschirm



zur Abmilderung der ärgsten Pandemiefolgen selbst finanzieren – denn, logisch, es kann ja auch kein Geld mehr da sein, da es in die üppigen Vergütungen der Anbieter der Bürgertests geflossen ist oder dringend für die Freihaltepauschalen der vielen Intensivbetten gebraucht wurde, nach denen die Experten noch immer sehr intensiv und mutmaßlich vergeblich suchen.

Herr Spahn verantwortet als Bundesgesundheitsminister eine in vielerlei Hinsicht besondere Legislatur. Für manches konnte er nichts, für das meiste zeichnet er jedoch verantwortlich. Und diese Verantwortung wiegt schwer. Natürlich wissen wir nicht, wie der Karriereplan des Münsteraners aussieht. Wir sind jedoch – und damit endet dieses Editorial doch noch einigermaßen versöhnlich – vorsichtig optimistisch, dass sein zukünftiges Betätigungsfeld nichts mit Gesundheitspolitik zu tun hat.

Mit kollegialen Grüßen, Ihre

Frank Dastych  
Vorstandsvorsitzender

Dr. Eckhard Starke  
stv. Vorstandsvorsitzender

# „Lassen uns nicht zu Handlangern der Politik machen“

Auch die Mai-Sitzung der Vertreterversammlung stand ganz im Zeichen der Pandemie. Dabei wurde deutlich: Die Praxen haben die Nase voll, das erratische Agieren der Politik auszubaden.

Die nächste Vertreterversammlung wird hoffentlich wieder als Präsenzveranstaltung stattfinden können



Zur hoffentlich vorerst letzten digitalen Sitzung der Vertreterversammlung begrüßte Dr. Klaus-Wolfgang Richter, der Vorsitzende der Vertreterversammlung (VV), die Vertreterinnen und Vertreter am 29. Mai von Frankfurt aus. Und er hatte vor dem Einstieg in die Tagesordnung die traurige Pflicht, mit dem Wiesbadener Urologen Dr. Michael Weidenfeld ein berufspolitisches Urgestein zu verabschieden. Dr. Weidenfeld, der der VV seit 2005 angehört hatte, war viele Jahre Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Fachärzte. Dr. Weidenfeld wird demnächst seine Praxistätigkeit beenden und scheidet damit auch als Mitglied der Vertreterversammlung aus. Dr. Richter bedauerte bei der Verabschiedung das Ausscheiden Dr. Weidenfelds sehr und würdigte dessen Verdienste mit der goldenen Ehrennadel der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen.

In seinem Bericht zur politischen Lage nahm Dr. Richter vor allem das Positionspapier der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Bundestagswahl „KBV 2025 Strukturen bedarfsgerecht anpassen – Digitalisierung sinnvoll nutzen“ in den Fokus (vergleiche Seite 12).

## „POLITIK SOLL VERSPRECHEN HALTEN ODER KLARTEXT REDEN“

Schonungslos ging der Vorstandsvorsitzende der KV Hessen, Frank Dastych, mit dem Corona-Management der Politik ins Gericht. Nach dem Masken- und dem Test-Desaster seien es nun die verfehlte Impfstrategie und die katastrophale Impfstoffbeschaffung, die das Fass zum Überlaufen brächten: „Wir lassen uns als Ärztinnen und Ärzte nicht zu Handlangern der Poli-

tik machen, die deren grobe Schnitzer ausbaden müssen. Dazu sind wir nicht bereit und das können wir weder den Kolleginnen und Kollegen draußen noch deren Angestellten länger zumuten. Und unseren Patientinnen und Patienten übrigens auch nicht.“ Er forderte die Politikerinnen und Politiker in Berlin und in Wiesbaden auf, endlich die getätigten Zusagen in Bezug auf die avisierten Liefermengen der Impfstoffe einzuhalten oder der Bevölkerung die Wahrheit zu sagen, dass dies nicht möglich sei.

Dastych verteidigte auch die „Urlaubsimpfaktion“ der KVH nach Pfingsten, für die es neben Lob auch einiges an Kritik aus den Praxen gegeben hatte. „Unsere Ziele mit der Aktion haben wir erreicht: Es gab keine Lagerbestände von AstraZeneca mehr in der ambulanten Versorgung. Und viel wichtiger: Angesichts der zu befürchtenden Dominanz gefährlicher Mutationen zeigt sowohl der Blick in die Studien als auch nach England, dass es der vollständige Impfschutz ist, der die Menschen vor einer Infektion be-

---

Mehr als **1,8 Mio.** Coronaimpfungen – die hessischen Vertragsärzte und Vertragsärztinnen sind ein wichtiger Treiber zur Erreichung der Herdenimmunität in Hessen. Davon sind mehr als 700.000 Zweitimpfungen (Stand: 28. Juni 2021).

---

ziehungsweise einem schweren Verlauf schützt. Unter dieser Prämisse ist ein kürzerer Impfabstand, der sich natürlich voll im Rahmen der Zulassung bewegen muss, sinnvoller als der längere Impfabstand, wie ihn die STIKO empfiehlt.“ Dastych sprach sich auch klar gegen eine Massenimpfung von Kindern und Jugendlichen aus. Hier sei genau das individuelle Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf gegen den Nutzen der Herdenimmunität abzuwägen und eine Impfung komme nur bei einer expliziten medizinischen Indikation infrage. „Weder Schulbetrieb noch der Urlaub mit den Eltern sind an dieser Stelle ausreichende Begründungen für eine Impfung, über deren Wirkung bei Kindern und Jugendlichen wir derzeit noch viel zu wenig wissen.“



Dr. Richter dankte Dr. Michael Weidenfeld für sein langjähriges Engagement in der Selbstverwaltung mit der Ehrennadel der KVH

## ASSISTIERTER SUIZID: ÄRZTETAG SCHAFFT KONSISTENTE RECHTSLAGE

Dr. Eckhard Starke, der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVH, ging in seinem Bericht unter anderem auf einen aktuellen Beschluss des Deutschen Ärztetages ein. Dr. Starke, der sich schon seit vielen Jahren für die Palliativmedizin engagiert, lobte die nach intensiver Debatte getroffene Entscheidung, denn nun bestünden endlich eine konsistente Rechtslage und damit Rechtssicherheit für die Ärztinnen und Ärzte: „Es darf nicht sein, dass Sterbehilfe zu einer Routinemaßnahme wird. Aber die Kolleginnen und Kollegen, die sich verantwortlich verhalten und helfen wollen, machen sich nun nicht strafbar. Und das ist ein wichtiger Fortschritt“, so der Offenbacher Allgemeinmediziner.

## EHV-SATZUNG MIT NOTWENDIGER ZWEIDRITTELMehrheit GEÄNDERT

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen hat am 6. März 2021 in erster Lesung und am 29. Mai 2021 in zweiter Lesung die Änderungen der Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung (GEHV) beschlossen. Das Bundessozialgericht hat sich in verschiedenen Urteilen vom 11. Dezember 2019 mit der Frage beschäftigt, ob und inwieweit besondere Kosten bei den für die Beitragsbemessung für die EHV herangezogenen ärztlichen Honoraren berücksichtigt werden müssen. Die von der Vertreterversammlung beschlossenen Änderungen setzen diese Rechtsprechung sowohl für vergangene Zeiträume als auch für die Zukunft um. Ferner wird der Fall geregelt, dass es durch unterschiedliche Effekte zum Anwachsen der Schwankungsreserve kommen kann. Die Änderung ermöglicht die Vorhaltung einer höheren Schwankungsreserve sowie deren Verwendung. Die beschlossene Änderung steht unter dem Vorbehalt der Genehmigung durch die Aufsicht, die KV wird im Anschluss daran im Detail über das Thema informieren.



## VV ZEIGT FLAGGE: CORONAIMPFUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN NUR BEI MEDIZINISCHER INDIKATION

Mit überwältigender Mehrheit entschlossen sich die Vertreterinnen und Vertreter, in der aktuellen Diskus-

sion rund um die Impfungen von Kindern und Jugendlichen gegen das Coronavirus Flagge zu zeigen, und lehnten eine Massenimpfung ab. Infrage komme eine Impfung ausschließlich bei medizinischer Indikation und nach eingehender Beratung in einer pädiatrischen oder hausärztlichen Praxis (siehe Kasten unten).

### Presseinformation

#### VV DER KV HESSEN LEHNT MASSENIMPFUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN ENTSCIEDEN AB: „NUR BEI MEDIZINISCHER INDIKATION“

**Frankfurt, 31.05.2021 – Die Vertreterversammlung der KV Hessen lehnt Massenimpfungen von Kindern und Jugendlichen gegen das Coronavirus entschieden ab. In einer am vergangenen Samstag mit überwältigender Mehrheit verabschiedeten Resolution machten die Vertreter deutlich, dass gerade bei Kindern und Jugendlichen Nutzen und Risiko einer Impfung genau abzuwägen seien. Die Impfung von Erwachsenen habe nach wie vor höchste Priorität, auch Wünsche der Politik wie ein weitgehend normaler Schulbetrieb nach den Sommerferien seien dem Wohl der Kinder und Jugendlichen angesichts viel zu geringer Studiendaten unterzuordnen. Allenfalls bei schwer vorerkrankten oder chronisch kranken Kindern sei eine Impfung sinnvoll.**

Die Resolution im Wortlaut: „Gesunde Kinder und Jugendliche haben nach bisher vorliegenden Studiendaten fast kein Risiko für schwere Verläufe durch Erkrankungen mit SARS-CoV-2. Selbst bei Vorerkrankungen ist das Risiko extrem niedrig. Zum Nutzen einer Impfung gibt es bisher keine validen Daten.

Dagegen sind die schweren Impf-Nebenwirkungen wesentlich häufiger als bei Erwachsenen. Deswegen sind COVID-19-Impfungen von Kindern und Jugendlichen allenfalls bei schweren Vorerkrankungen sinnvoll. Sofern Erwachsene mit hohem Komplikationsrisiko geschützt werden sollen, ist deren eigene Impfung sinnvoll und vorrangig. Reisewünsche sind nachrangig. Impfungen bei Kindern und Jugendlichen sollten deswegen erfolgen unter der Berücksichtigung von Nutzen und Risiken der COVID-Impfung (inkl. der noch unbekanntem Langzeitnebenwirkungen). Dabei sind die Sorgen und Ängste der Kinder und Eltern zu berücksichtigen.“

Begründung: Das Register der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI)<sup>i</sup> weist in Deutschland bis zum 09.05.2021 1.487 stationär wegen COVID-19 behandelte Kinder und Jugendliche aus. 74 von ihnen mussten intensivmedizinisch betreut werden, von diesen hatten jedoch 66% relevante Vor- oder Begleiterkrankungen. 0,3% der erfassten Kinder (also 5) starben mutmaßlich an COVID-19. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ) weist in ihrem Positionspapier daher auf die „*extreme Seltenheit eines schweren oder gar tödlichen Verlaufes von SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen*“ hin.<sup>ii</sup>

Das Robert Koch-Institut (RKI) fasst den aktuellen, in Details durchaus widersprüchlichen Forschungsstand zur Altersgruppe bis 15 Jahre zusammen: „*Entgegen des Ausbreitungsprofils bei anderen Atemwegserregern scheint also im aktuellen pandemischen Geschehen keine substantielle treibende Kraft von diesen Altersgruppen auszugehen*“<sup>iii</sup> und auch die DGPI schlussfolgert: „*Kinder in Gemeinschaftseinrichtungen nehmen am SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen teil, sind aber selbst keine Treiber der Pandemie*“<sup>iv</sup>.

Sowohl die kanadische als auch die US-amerikanische Zulassung (und auch der erfolgte Zulassungsantrag bei der EMA) beruhen auf den Daten einer noch nicht abgeschlossenen Phase III-Studie (C451001) an insgesamt 2.260 Kindern und Jugendlichen zwischen 12 und 15 Jahren. Da in der Impfstoffgruppe dieser Studie keine COVID-19-Erkrankungen auftraten (in der Placebo-Gruppe aber durchaus), wird die Impfstoff-Wirksamkeit mit 100% berechnet (95% Konfidenzintervall 75,3% bis 100%).

Grundsätzlich findet sich in den Studienunterlagen ein qualitativ von Erwachsenen bekanntes Nebenwirkungsprofil mit einer Zunahme der Nebenwirkungen nach der zweiten Impfdosis (FDA). In den kanadischen Unterlagen werden jedoch bei bis zu 3,5% der Geimpften schwere systemische Nebenwirkungen berichtet (*solicited severe systemic adverse reactions*), dies läge deutlich über der Gesamthäufigkeit schwerer Nebenwirkungen, die die STIKO aus den Zulassungsstudien bei Erwachsenen (ab 16 Jahren) mit 0,6% angibt.<sup>v</sup> Diese Zahlen beruhen allerdings nicht auf abgeschlossenen und publizierten Studien, sondern lediglich auf den Angaben der Zulassungsbehörden. Ein verlässlicheres Sicherheitsprofil werden erst größere und wissenschaftlich überprüfte Studien mit Kindern und Jugendlichen ermöglichen.

i <https://dgpi.de/covid-19-survey-update/>

ii [https://www.dgkj.de/fileadmin/user\\_upload/210421\\_SN\\_HospitalisierungCOVID.pdf](https://www.dgkj.de/fileadmin/user_upload/210421_SN_HospitalisierungCOVID.pdf)

iii [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/13\\_21.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/13_21.pdf?__blob=publicationFile)

iv <https://dgpi.de/stellungnahme-dgpi-dgkh-kinder-in-der-covid-19-pandemie-2020-02-05/>

v [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/16\\_21.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/16_21.pdf?__blob=publicationFile)

## VV LEGT DEN FINGER IN DIE WUNDE: HERSTELLER VON PVS-SYSTEMEN AN IHRE PFLICHT ERINNERN

Während die Arztpraxen im Digitalisierungsprozess vor allem unter den gesetzlichen und sanktionsbewehrten Vorgaben leiden, legen die PVS-Hersteller ihre gesetzlichen Pflichten offensichtlich sehr weit aus. Die VV prangert dies in einer einstimmig verabschiedeten Resolution an (siehe Kasten rechts).

## VV MACHT DRUCK: GKV-SPITZENVERBAND MUSS KÜNDIGUNG ZURÜCKNEHMEN

Als wäre die gesetzlich vorgeschriebene Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht schon kompliziert genug, hat der GKV-Spitzenverband nun durch die Kündigung der Rahmenvorgaben weiteres „Öl ins Feuer“ gegossen. Denn es geht darum, den rückwirkenden Prüfzeitraum wieder auf vier Jahre zu verlängern und damit die Gefahr eines Regresses mit den verbundenen Aufwänden noch einmal deutlich zu vergrößern. Diesem Ansinnen zeigten die Vertreterinnen und Vertreter mit einer einstimmig verabschiedeten Resolution die Rote Karte (siehe Kasten unten). ■

Karl Roth

### Presseinformation

## VV DER KV HESSEN: „GESETZGEBER MUSS HERSTELLER VON PRAXIS-SOFTWARE ZUR EINHALTUNG DER GESETZLICHEN VORGABEN BEWEGEN“

**Frankfurt, 01.06.2021 – Die Vertreterversammlung der KV Hessen fordert das Bundesgesundheitsministerium auf, gesetzliche Vorgaben zur digitalen Kommunikation im Gesundheitswesen auch durchzusetzen. Stein des Anstoßes ist in diesem Fall die Verpflichtung für Niedergelassene, einen Dienst zur sicheren digitalen Kommunikation im Medizinwesen (KIM) in den Praxen einzusetzen. Doch der vom KV-System entwickelte und zertifizierte Dienst kv.dox ist bisher mit keinem der gängigen Praxisverwaltungssysteme (PVS) kompatibel, gesetzliche Vorgaben werden von den Herstellern offensichtlich gezielt unterlaufen. In einer am vergangenen Samstag einstimmig verabschiedeten Resolution wird Bundesgesundheitsminister Jens Spahn aufgefordert, die Durchsetzung des Gesetzes zu veranlassen und zu überwachen.**

Die Resolution im Wortlaut: „Das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelte System zur Kommunikation im Medizinwesen (KIM), kv.dox, arbeitet aktuell mit keinem der bestehenden Praxisverwaltungssysteme zusammen. Dabei ist es gesetzlich formulierter Auftrag an die PVS-Hersteller gewesen, hier einheitliche Schnittstellen und eine Kompatibilität herzustellen. Stattdessen bietet jeder PVS-Hersteller sein eigenes System an und die Kolleginnen und Kollegen in den Praxen werden durch die fehlende Funktionalität in Verbindung mit kv.dox dazu gezwungen, diese PVS-eigenen Systeme zu kaufen/zu nutzen.“

Das Bundesgesundheitsministerium, Herr Minister Spahn, wird aufgefordert, die von seinem Ministerium initiierte und vom deutschen Bundestag als Gesetz verabschiedete Kompatibilität der verschiedenen PVS-Systeme bei der Kommunikation im Medizinwesen (KIM) bei den PVS-Herstellern zeitnah einzufordern und diese Umsetzung zu überwachen. Gegebenenfalls sind Sanktionen gegenüber den PVS-Herstellern erforderlich.“

### Presseinformation

## VV DER KV HESSEN FORDERT GKV-SPITZENVERBAND ZU EINEM KURSWECHSEL AUF: „TIEFSCHLAG GEGEN NIEDERGELASSENE“

**Frankfurt, 01.06.2021 – Die Vertreterversammlung der KV Hessen fordert den GKV-Spitzenverband eindringlich zu einem Kurswechsel auf. In einer am vergangenen Samstag einstimmig verabschiedeten Resolution fordern die Vertreterinnen und Vertreter, dass die Kündigung der Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die GKV zurückgenommen werden müsse. Es sei ein Tiefschlag für die Niedergelassenen, dass entgegen der gesetzlichen Vorgaben die Krankenkassen nun wieder mit einem Prüfzeitraum von vier Jahren drohten.**

Die Resolution im Wortlaut: „Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen fordert den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen auf, die unbegründete Kündigung zurückzunehmen und sich an die gesetzlichen Regelungen zu halten.“

Am 25.03.2021 wurden die Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) nach nur einem Jahr unvermittelt und unbegründet gekündigt. Diese Vorgehensweise stellt die Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit von Kassenvertretern in Frage.

Die Verordnung von Medikamenten und anderen medizinischen Maßnahmen stellt eine wesentliche Säule bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten dar. Sie ist jedoch mit zunehmend zeitaufwändigen bürokratischen Hindernissen verbunden. Gerade jetzt, wo Ärztinnen und Ärzte durch die Versorgung von Corona-Patienten und die Corona-Impfungen ohnehin schwer belastet sind, stellen verschärfte Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die zudem nicht dem Gesetzestext entsprechen, eine Behinderung der Patientenversorgung dar.

Angesichts immer größerer Probleme, überhaupt noch Nachwuchs für die niedergelassene Tätigkeit zu gewinnen, wäre anstelle der nun erfolgten Androhung verschärfter Wirtschaftlichkeitsprüfungen deren komplette Abschaffung angesagt. Ganz offensichtlich ist man seitens des GKV-Spitzenverbands an einer gedeihlichen Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten wenig interessiert. Statt Dankbarkeit für die enormen Anstrengungen des letzten Jahres zu beweisen, erfolgte ein derartiger Tiefschlag. In keinem anderen Land der Welt haften Ärzte persönlich für die Kosten medizinischer Versorgung. Wir fordern den GKV-Spitzenverband auf, diese Kündigung sofort zurückzunehmen.“

# Fokus Gesundheit jetzt digital

Wie verteilen sich die Praxisstandorte der Hausärztinnen und Hausärzte in Kassel-Süd? Wie hoch ist der Versorgungsgrad der HNO-Ärztinnen und -Ärzte im Main-Kinzig-Kreis? Eine neue digitale Anwendung aus Onlinekarten und Dossiers gibt Antworten darauf.

Anfragen zur ambulanten ärztlichen Versorgungssituation erreichen uns als KVH in Zeiten des Ärztemangels tagtäglich. So zeigen Tages- und Fachpresse, Kommunen und auch angehende und bereits niedergelassene Ärztinnen und Ärzte selbst ein großes Interesse am Versorgungsgeschehen in ihrer Region. Doch nicht nur die Flut der Anfragen führt unsererseits zu einer genauen Betrachtung der Versorgungssituation. Selbstverständlich nehmen wir als KVH unseren Sicherstellungsauftrag sehr ernst. So haben es sich die Versorgungsstatistiker der Abteilung Sicherstellung – Mitarbeitende aus den Bereichen Geografie, Mathematik und Gesundheitsökonomie – zur Aufgabe gemacht, das Versorgungsgeschehen genauestens zu analysieren. Neben der Betrachtung des Status quo als Ausgangsbasis werden verschiedene Szenarien analysiert, um aufzuzeigen, wie die Versorgungskonzepte der Zukunft sein können. Bevölkerungszuwachs, Demografie, Digitalisierung, erhöhte Inanspruchnahme und veränderte Mobilität sind nur ein paar Faktoren, die unsere zukünftige Gesundheitsversorgung beeinflussen.

Da man bezweckt, eine flächendeckende ausgewogene ärztliche Versorgung zu sichern, haben räumliche Analysen in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Durch Modellberechnungen, zum Beispiel unter Anwendung der Gravitationsmethode, werden wichtige räumliche Parameter der ärztlichen Versorgung, wie Praxisstandorte, Einzugsgebiete und Distanzen, berechnet und bewertet. Doch wie lassen sich diese Berechnungen praktisch durchführen? Wie die Ergebnisse visualisieren? Die KVH hat den Zeitgeist der Digitalisierung im Bereich des Geodatenmanagements erkannt und mit der Neuanschaffung eines geografischen Informationssystems (GIS) und der Erweiterung ihres Pools an Versorgungsstatistiker:innen um einen Geoinformatiker entsprechende Expertise eingekauft.

Mit unserer bisherigen Publikation „Fokus Gesundheit“ haben wir in der Vergangenheit zwar aufwendige Analysen der regionalen ambulanten Versorgungsstrukturen in Hessens Landkreisen und kreisfreien Städten veröffentlicht, mit Erscheinungsterminen im Abstand von zwei Jahren wurde den stetigen, dynamischen Veränderungen jedoch wenig Rechnung getragen.

## MODERN, AKTUELL UND ÜBERSICHTLICH!

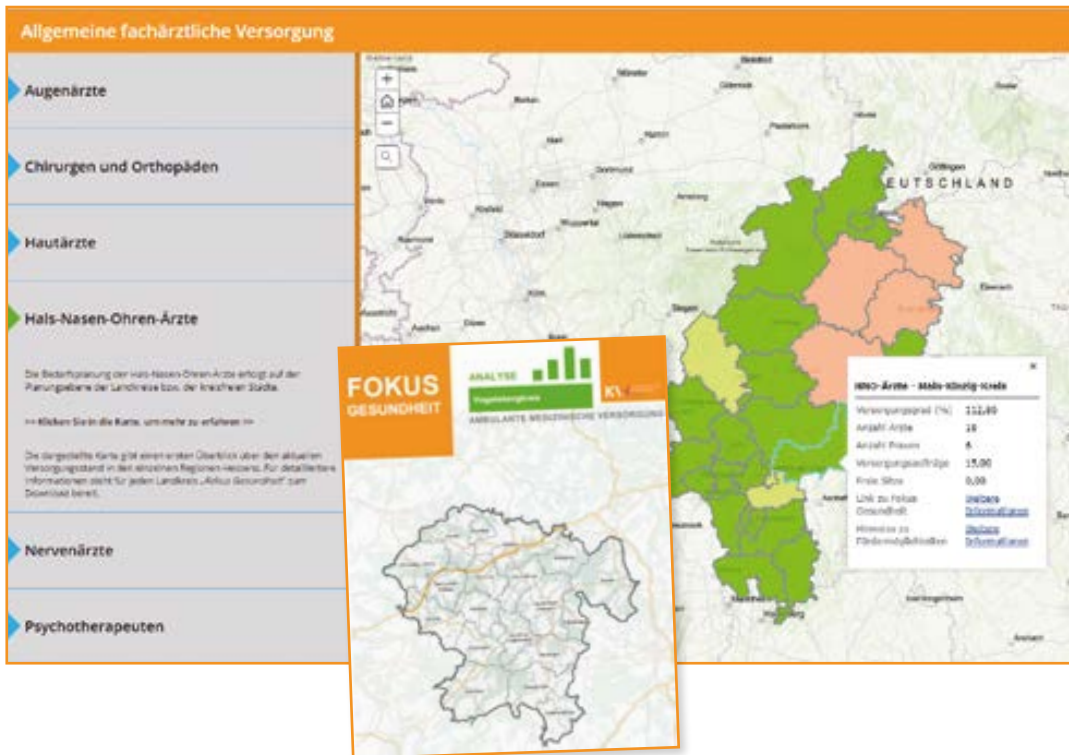
Diese Ziele galt es bei der neuen Darstellung unserer Daten zur ambulanten medizinischen Versorgung zu berücksichtigen. So wurde aus der Abteilung Sicherstellung heraus das Projekt „Web-GIS“ initiiert, um im ersten Schritt wichtige Zahlen und Fakten der haus- und fachärztlichen Grundversorgung in Hessen in interaktiven Online-Karten abzubilden und für jedermann zugänglich zu machen – und dies stets aktuell, denn die Daten werden regelmäßig, mindestens einmal im Quartal, aktualisiert.

Folgende Daten sind in den Online-Karten bereits jetzt hinterlegt:

- Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten je Planungsbereich
- Versorgungsgrade gemäß dem aktuell geltenden Beschluss des Landesausschusses
- Freie Sitze (Anzahl der partiellen Öffnungen gemäß dem aktuell geltenden Beschluss des Landesausschusses und unter Berücksichtigung der Sitzungen des Zulassungsausschusses)

Neben allgemeinen Hintergrundinformationen zu versorgungsrelevanten Themen und Fördermöglichkeiten gibt es zusätzlich ausführlichere Auswertungen für unsere hessischen Landkreise und kreisfreien





Städte. Diese ähneln unserer bisherigen Publikation Fokus Gesundheit und können einfach über die Online-Karten heruntergeladen werden. Hierin enthalten ist unverändert eine Analyse der haus- und fachärztlichen Grundversorgung, die aktuelle Daten zum Iststand mit einer Prognose verbindet.

Ergänzungen und Verbesserungen möchte die KVH dazu beitragen, eine größtmögliche Transparenz über das ambulante Versorgungsgeschehen in Hessen zu erreichen. Denn: Nur wenn alle Partner auf dem gleichen Stand sind, können wir auf Augenhöhe gemeinsam die ambulante Versorgung gestalten! ■

Anita Pfeiffer

Und auch in Zukunft können Sie gespannt sein, wie sich das System weiterentwickeln wird. Mit stetigen

## Rückblick

2016 und 2018 wurde Fokus Gesundheit als Broschüre gedruckt mit dem Ziel, eine öffentliche Diskussionsgrundlage rund um die aktuelle Versorgungslage zu präsentieren. Initial hatte die KVH den Versorgungsreport im September 2016 bei einer Pressekonferenz präsentiert und ihn im Anschluss an die 26 Landkreise und kreisfreien Städte in Hessen versandt. Nach dem großen Interesse wurde dieses Vorgehen 2018 wiederholt. Die letzten Ausgaben sind auf der KVH-Website unter [www.kvhessen.de/publikationen/daten-zur-ambulanten-versorgung-in-hessen](http://www.kvhessen.de/publikationen/daten-zur-ambulanten-versorgung-in-hessen) veröffentlicht.



Infobox



# Was folgt nach der Großen Koalition?

Die Legislatur mit Jens Spahn an der Spitze des BMG hat den Verantwortlichen des ambulanten Versorgungssektors und den niedergelassenen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen viel abverlangt. In einem zuvor nie da gewesenen Tempo wurden 115 Gesetze und Verordnungen regelrecht durchgepeitscht. Dialoge zwischen ihm und der KBV oder den KVen gab es zwar, aber letztendlich hat Spahn sein Ding gemacht. Trotz Ideen und konkreter Vorschläge seitens der KBV – wie sie im Positionspapier „KBV 2025: Strukturen bedarfsgerecht anpassen, Digitalisierung sinnvoll nutzen“ (siehe Seite 12) zu finden sind – auf echte Resonanz und Gehör stießen konstruktive Vorschläge bei ihm nicht. Wolfgang van den Bergh, Herausgeber der Ärzte Zeitung, resümiert daher auch, dass Spahn das Vertrauen in das Funktionieren der ärztlichen Selbstverwaltung fehlt (siehe Seite 18). Weniger diplomatisch drückt es Frank Dastych, Vorstand der KVH aus (siehe Seite 14), der – gäbe es Schulzeugnisse –

Jens Spahn nicht versetzen würde. Nach dem Motto „Schlimmer geht immer“ könnte es zudem nach den Wahlen mit ähnlichen Herabwürdigungen weitergehen, wenn der Mann Gesundheitsminister würde, der im Juli 2021 seine persönliche Fliegensammlung für Charity-Zwecke versteigert hat.

Schaut man sich die Wahlprogramme der Parteien an, ist das Thema Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung kaum auffindbar. Mit der Lupe muss man danach suchen (siehe Seite 20). Daher haben wir den Parteien Fragen geschickt, die uns unter den Nägeln brennen. Lesen Sie ab Seite 24 die Antworten, die wir erhielten.

Bekanntlich stirbt die Hoffnung ja zuletzt. Jede Wahl bietet immer auch die Chance auf echte Veränderungen zum Wohl aller. Daher bleibt es spannend abzuwarten, wie sich die Wähler:innen am 26. September entscheiden werden. ■

Petra Bendrich



# „Wie umgehen mit dem Sofortismus?“

Pünktlich zum beginnenden Bundestagswahlkampf hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ein neues Positionspapier vorgelegt. Unter dem Titel „KBV 2025: Strukturen bedarfsgerecht anpassen – Digitalisierung sinnvoll nutzen“ fassen KBV und Regional-KVen das zusammen, was ihnen in der politischen Auseinandersetzung um die Ausgestaltung der künftigen Versorgung wichtig ist.



Armin Beck (l.) befürchtet, dass Arztpraxen in kommunalen MVZ aufgehen.

„Bisher haben Praxen zwar in Konnektoren investiert, aber einen Nutzen haben sie davon nicht“, sagt Dr. Klaus-Wolfgang Richter.

Von der „Struktur der medizinischen Versorgung“ über die sinnvolle Nutzung digitaler Anwendungen schließt das Papier mit Impulsen zur Weiterentwicklung des Sicherstellungsauftrags. Auf den PUNKT. fasst die wichtigsten Aspekte des Papiers zusammen und hat bei den Vorsitzenden der Vertreterversammlung, Dr. Klaus-Wolfgang Richter und Armin Beck, nachgefragt, welche Punkte ihnen am wichtigsten sind.

## Anpassung stationärer Strukturen – Ausbau ambulanter Strukturen

Die Ambulantisierung der medizinischen Versorgung setzt sich fort. Während die Zahl der ambulanten Arzt-Patienten-Kontakte Jahr für Jahr steigt, sehen Expert:innen in rund einem Viertel der 20 Millionen Krankenhausfälle ebenfalls Potenzial für die ambulante Versorgung. Nicht zuletzt der medizinisch-technische Fortschritt sorgt an dieser Stelle für weitere Dynamik. Denkt man dies konsequent weiter – und die

Autoren des Papiers tun dies –, führt dies zu der Frage, welche stationären Versorgungsstrukturen es braucht. Die Antwort: vor allem spezialisierte Kliniken. Krankenhausstandorte, die sich für ein solch spezialisiertes Versorgungsangebot nicht eignen, sollten auf das Potenzial abgeklopft werden, in ein ambulantes Versorgungsangebot umgewandelt zu werden.

## Aufbau intersektoraler Gesundheitszentren

Solche Intersektoralen Gesundheitszentren (IGZ) sollen von den Kassenärztlichen Vereinigungen initial betrieben werden dürfen – entweder zur Sicherstellung oder zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung. Funktionieren die Strukturen, ist die „Übergabe“ an die Beteiligten, im Idealfall selbstständig tätige Ärzt:innen, das Ziel. Diese Initiative zur Förderung innovativer Strukturen geht einher mit der klaren Forderung an die Politik, die ambulanten Ausbildungsteile im Medizinstudium deutlich zu erhöhen und gezielt zu fördern.

**Richter:** „Das Papier bietet gerade kleinen Häusern eine Perspektive, inklusive Kurzzeitbelegungen und Übernachtungen. Ich finde das sinnvoll.“

**Beck:** „Wer hat denn an dieser Stelle den Hut auf? Ich sehe die Gefahr, dass die Ärzt:innen mit ihren Praxen in kommunalen MVZs aufgehen – und das wäre sehr schlecht. Deshalb müssen wir uns fragen: Wollen wir das? In einem solchen Rahmen zusammenzuarbeiten, kann sehr spannend und sinnvoll sein, das muss aber geklärt werden.“



### Einführung einer ärztlichen/ psychotherapeutischen Koordinierung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Kann man die Inanspruchnahme medizinischer oder psychotherapeutischer Leistungen sinnvoll steuern? Dass man sie steuern muss, ist unter Expert:innen unstrittig, wie man sie steuern könnte, hingegen höchst umstritten.

Auch innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft gibt es hier bisher keinen Konsens, sodass das Papier an dieser Stelle der Politik lediglich das Angebot macht, gemeinsam auf die Suche nach Lösungsansätzen für dieses Problem zu gehen.

**Richter:** „Ein primärärztliches Modell ließ sich innerhalb der KBV nicht durchsetzen. Beide Seiten, Haus- und Fachärzte haben für ihre Position gute Gründe. Damit bleibt aber eine Frage weiter offen: Wie steuere ich Patienten in die richtige Versorgungsebene?“

### Ausbau der Weiterbildung im ambulanten Versorgungsbereich

Während sich die Versorgung mehr und mehr in den ambulanten Bereich verlagert, bilden die aktuellen Weiterbildungsregeln dies nicht ab. Das hat gravierende Folgen, denn in bestimmten Fächern wie der Augenheilkunde, der Dermatologie, der HNO-Heilkunde und der Orthopädie können bestimmte Aspekte und Lerninhalte in den Kliniken gar nicht mehr vermittelt werden, weil die Versorgung fast ausschließlich ambulant erfolgt. Das Papier fordert deshalb den Ausbau der fachärztlichen Weiterbildung in der ambulanten Versorgung, parallel zu einem geänderten Finanzierungsmodell.

**Richter:** „Manches findet einfach in den Kliniken nicht mehr statt. Das Finanzierungsmodell, das die KBV hier vorschlägt, sehe ich skeptisch, denn der Facharztstandard soll ja zur Disposition gestellt werden. Und das soll voll extrabudgetär vergütet werden. Das werden die Krankenkassen kaum mitmachen.“

**Beck:** „Ich sehe das auch skeptisch. Da droht uns ganz schnell ein EBM light ...“

### KV-System entwickelt sich digital weiter

Während viele Praxen der Digitalisierung im Gesundheitswesen zumindest aufgeschlossen gegenüberstehen, lehnen viele die gesetzlichen Zwangsmaßnahmen inklusive Honorarkürzungen bei gleichzeitig kaum erkennbarem Nutzen ab. Als besonders ärgerlich werden die teilweise erheblichen

Kosten in diesem Zusammenhang wahrgenommen. Das Papier fordert die Politik deshalb auf, durch gesetzliche Neuerungen hervorgerufene Maßnahmen komplett zu erstatten.

Zentrale Bedeutung kommt bei den Überlegungen zu einer digitalen, umfassend nutzbaren, sektorenübergreifenden Plattform der 116117 zu. Diese soll ambulante Services und Termine anbieten.

**Richter:** „Ein großes Problem bleibt die Akzeptanz. Wir haben bisher nur Geld investiert, für die Konnektoren, die komplette Ausstattung, niemand ist da mit einer schwarzen Null rausgegangen. Niemand hat einen Nutzen daraus ziehen können. Und eine solche Termin- und Service-Plattform fördert ja den Sofortismus vielleicht sogar noch. Die Digitalisierung braucht nach wie vor Zeit und keine Brechstange. Wir als Ältere sind eine aussterbende Gattung. Mit den jüngeren Ärzt:innen und den Digital Natives gibt es ein besseres Matching, das kommt schon mit der Zeit. Die Videosprechstunde hingegen ist ein gutes Beispiel dafür, dass es doch funktioniert – weil es sinnvoll ist.“

**Beck:** „Wir haben ganz unterschiedliche Ideen, was sinnvoll wäre. Da könnte der digitale Kommunikationsaustausch über die KIM-Dienste tatsächlich die erste Anwendung sein, die uns einen Vorteil bringt.“

■  
Karl Roth

Das Positionspapier der KBV finden Sie über den folgenden Link:  
[www.kbv.de/media/sp/Konzept\\_KBV\\_2025.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Konzept_KBV_2025.pdf)



Ein Beitrag von Frank Dastych, Vorstand der KV Hessen

# Populistisch und realitätsfern

Die Legislatur von Gesundheitsminister Jens Spahn bei Licht betrachtet. Eine Abrechnung der letzten vier Jahre, hart und unmissverständlich.

Für schlechte Schüler:innen gibt es Nachhilfe. Aber wer schaut Politiker:innen über die Schulter, wenn sie ihre Hausaufgaben nicht machen?



Eine Warnung vorab: Wer als Anhänger:in von Jens Spahn diesen Text liest, mag sich über mein hartes Urteil wundern. Aber als Vorstand einer KV nach einer Meinung zur Gesundheitspolitik, zur letzten Legislatur und zur Zukunft des Gesundheitswesens gefragt zu werden und dann nicht politisch zu antworten, geht nicht. Und naturgemäß beeinflussen die unmittelbaren Ereignisse ein Bild stärker als solche vor Jahren.

Andererseits glaube ich nicht, dass sich unser hoffentlich zukünftiger Ex-Bundesgesundheitsminister innerhalb der hessischen Vertragsärzteschaft großer Anhängerschaft erfreut. Zudem ist Herr Spahn in den vergangenen Jahren nicht als jemand aufgefallen, der mit seinen politischen Gegner:innen und der Vertragsärzteschaft zimperlich umgegangen ist. Wer austeilt, sollte auch einstecken können – oder was sagte noch Herr Schäuble über eine spezifische Kanzlerkandidatin in Bezug auf Küche und Hitze?

Ich habe mich bemüht, an den letzten vier, eher dreieinhalb Jahren etwas Positives zu finden. Vielleicht konnte man zunächst denken, dass hier jemand unterwegs ist, der anpackt, der unangenehme Dinge angeht, der gestalten will. Der Eindruck hielt aber nicht lange und es schien, als wollte Herr Spahn vor allem ein solches Bild von sich selbst zeichnen. Und damit sind wir bei einem Muster, das die vergangene Legislatur konsequent durchzieht. Oder man hält ihm zugute, die Arbeit der KVen, der KV-Vorstände erheblich gestaltet zu haben. Denn in der Tat waren wir über dreieinhalb Jahre beschäftigt, die Schäden, die die Gestaltung von Herrn Spahn zur Folge gehabt haben und hätte, zu minimieren.

## MIT VOLLGAS IN DEN LEERLAUF

Für mich ist Jens Spahn daher eine menschliche Enttäuschung und seine Politik hielt für die Vertragsärzteschaft eine inhaltliche Enttäuschung nach der an-

deren bereit. Ich habe selten einen wahrscheinlich inkompetenteren, rücksichtsloseren und gleichzeitig aktionistischeren Gesundheitsminister erlebt als ihn – und das trotz 16 Jahren Erfahrung in der Berufspolitik. Es ging nie um die Sache, es ging immer nur um Jens Spahn.

Natürlich habe ich mir auch Gedanken gemacht, was Herr Spahn Gutes bewirkt hat. Na ja, exzellent war: Er hat zuletzt vielen, vielen Apotheker:innen, die bisher in sozial prekärsten Verhältnissen leben mussten, zu üppigem Wohlstand verholfen. Vorangebracht hat er eine indirekte Krankenhausfinanzierung durch offenbar nie wirklich existente Intensivbetten und durch Freihaltepauschalen, die in erster



Linie für Kliniken gedacht waren, die leer standen, die vorher zum Teil schon leer standen, und andere, in denen in erster Linie Überstunden abgebaut wurden. Da hat er sicher viel, viel Gutes getan. Ich habe mich wirklich mehrere Tage bemüht, irgendeinen positiven Aspekt in Herrn Spahns Wirken für die Vertragsärzteschaft zu finden – schließlich möchte man nicht ungerecht sein. Ich habe aber leider nichts gefunden. Fangen wir von heute an rückblickend an. Während Krankenhäuser teilweise mehr als 15–20 Prozent Umsatzplus, vom Gewinn ganz zu schweigen, gemacht haben, schauen wir Niedergelassenen richtig dumm in die Röhre. Apotheker:innen haben sich nach eigenen Worten gerade in der Pandemie „dumm und dämlich“ verdient mit den FFP2-Masken, die sie für einen Euro eingekauft und dann für sechs Euro abgegeben haben. Als Niedergelassene:r durfte

man dankbar sein, wenn man mit zehn Prozent Verlust aus der Pandemie herausgegangen ist. So wurde diese „großzügige“ Unterstützung ab 1. Januar diesen Jahres noch dadurch getoppt, dass wir unseren eigenen Rettungsschirm auch noch selbst bezahlen dürfen, während die Gelder in die Krankenhäuser weiter üppig fließen. Und die Krönung kommt zum Schluss. Sechs von sieben Corona-Patient:innen wurden ambulant behandelt. Das Ganze hat die GKV in Hessen im 4. Quartal 2020 für „lächerliche“ zwölf Millionen Euro bekommen. Und diese dürfen wir jetzt auch noch zu 100 Prozent zurückbezahlen, weil in der MGV Geld übrig geblieben ist. Im Jahr 2021 werden wir das Ganze voraussichtlich auch für lau gemacht haben. Und das BMG, Herr Spahn macht nichts, erklärt, das wäre dann halt so. Man mag hier einwenden: Das ist alles sehr aufs Geld bezogen – aber Arztpraxen sind eben auch Wirtschaftsbetriebe. Und wenn da die Finanzierung nicht stimmt, dann brauchen wir über den Rest gar nicht zu reden.

Deswegen der Hinweis auf 18 Euro Honorar für zwei Zettel und zwei Minuten Arbeit, die Apotheker:innen auch noch in erster Linie für die Impfzentren ausdrucken, versus 20 Euro für die Schutzimpfung gegen COVID-19 in unseren Praxen. 20 Euro ohne Wochenendzuschlag, ohne Feiertagszuschlag. Oder noch mal zurück zu den 30 Euro Umsatz für sechs FFP2-Masken an der Ladentheke und das auch noch mit Gutschein. Durch solche Vergütungsentscheidungen macht man klar, wie man welche Arbeit wertschätzt. Wer so agiert, kann sich seine sonstigen Lobhudeleien sparen. Das ist so, als würde der Kapitän einer sinkenden römischen Galeere den angeketteten Rudersklaven Beifall spenden, weil sie in der Seeschlacht eben so toll gerudert haben. Denn auf den Verlusten, insbesondere in der EGV, bleibt nicht Herr Spahn sitzen, sondern es sind die Vertragsarztpraxen.

Besondere Wertschätzung gegenüber den niedergelassenen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen hat sich dann noch in der Corona-Impfverordnung ausgedrückt. Ohne ins Detail gehen zu wollen: Jede Hilfskraft und jede Bürokräft in den Krankenhäusern – offenbar insbesondere solche, für die neu geschaffenen Beatmungsbetten, wir haben uns immer gefragt, wo überhaupt das Personal und die Geräte für Langzeitbeatmungen herkamen – war wichtiger als die gesamte ambulante Versorgung. Wir kamen uns wochenlang wie Bettler:innen vor, wenn wir um eine höhere Priorisierung der ambulanten Versorgung



beim BMG, aber auch beim Hessischen Innenministerium gekämpft haben. Und haben unsere MFAs mal einen Bonus gesehen? Nein, doch nicht von Herrn Spahn.

### BERLINER KLÜNGEL?

Jens Spahn hatte zu Beginn der Legislatur angekündigt, die Digitalisierung im Gesundheitswesen nach vorn bringen zu wollen. Dafür verstaatlichte er faktisch die gematik, beschnitt KBV und Krankenkassen und machte mit Herrn Leyck-Dieken einen offenbar absoluten Vertrauensmann, nämlich seinen Immobilienhändler, zum Chef der gematik. Und was kam dann? Eine populistische Digitalisierungsstrategie mit völligem Realitätsverlust, bei der es darum ging, irgendwelche Pseudoprojekte auf den Weg zu bringen, ohne sich im Ansatz über den Nutzen, den Mehrwert oder die Praxistauglichkeit Gedanken zu machen. Dass Herr Spahn vom Typus populistisch und selbstinszenierend unterwegs sein würde, wusste jeder. Was man ihm aber vor allem vorwerfen muss, ist, dass der angeblich so diskursfreundliche Minister in diesem Punkt nicht nur inkompetent, sondern auch völlig beratungsresistent war beziehungsweise ist. Zwei Stichworte, ePA und eAU, sollten da ausreichen, damit es jedem kalt den Rücken hinunterläuft. Nicht, dass das nicht sinnvoll wäre, aber eben nicht so, wie das jetzt kommt. Völlig abgesehen davon, dass wir sicher auf Jahre hinaus bei eAU und eRezept auch noch eine Parallelwelt, in der der Mehraufwand für die Fortführung der „Ersatzverfahren“ allein bei uns verbleibt, erleben werden. So verwundert es nicht, dass hier der Eindruck bleibt, dass es ihm überhaupt nicht um einen Mehrwert für die Praxen oder einen Nutzwert für die Patient:innen geht, sondern es darum ging, dass er sich als Digitalisierungsminister inszenieren kann.

Ein wunderschönes, aktuelles Beispiel ist auch die IT-Sicherheitsrichtlinie. Während ein Krankenhaus nach dem anderen angegriffen und auch mal lahmgelegt wird, Planegg, Wolfenbüttel, eine gesamte Kommunalverwaltung jüngst in Bitterfeld Anfang Juli – Kommunalverwaltungen haben ja so gar nichts mit Sozialdaten zu tun – ebenfalls komplett lahmgelegt wurde, wurde uns in den Praxen dafür eine Sicherheitsrichtlinie per Gesetz verordnet. Dass sie im ersten Entwurf jede Praxis jährlich zigtausend Euro gekostet hätte, braucht man da gar nicht mehr zu erwähnen.

Diese teils erratisch, immer aber populistische Selbstinszenierung bar fast jeglicher Fachkompetenz zieht sich zu 100 Prozent durch die Pandemie: Masken, Milliardenbeträge an Apotheker:innen und Krankenhäuser verschleudert, fast völliges Versagen, was die Beschaffung des Impfstoffs angeht, keine Teststrategie, keine wirklich gegen die Pandemie gerichtete Impfstrategie. Niedergelassene als vierte Klasse beim Impfen. Dazu kommen weitere Milliarden, die in den kommunalen Impfzentren versenkt wurden. Bis auf die mobilen Impfteams, die am Anfang mit ihren Impfungen in den Seniorenheimen wirklich segensreich waren, waren die Impfzentren nie wirklich nötig. Bei den mobilen Teams reden wir in Hessen übrigens über rund 70.000 bis 80.000 solcher Impfungen in Seniorenheimen. Und wenn angeblich doch immer alles klar war, was die limitierten Impfstoffmengen angeht, dann muss man sagen, dass Herr Spahn eigentlich die Impfzentren sogar hätte verhindern müssen.

Die wirklich gelieferten Mengen hätte die Regelversorgung von Anfang an, gern zusammen mit ein paar mobilen Teams, problemlos verimpfen können.

### KEIN GELDSEGEN FÜR NIEDERGELASSENE

Nun kann man auch fragen: Was hat Pandemie, abgesehen vom Impfen und dem – nach Meinung vieler Politiker:innen offenbar – bisschen COVID-Patient:innen-Versorgung, sonst noch mit dem KV-System zu tun? Nun, anscheinend hat jeder hier bei Herrn Spahn die Hand aufhalten dürfen und wurde üppig beschenkt, bis auf die, die die Arbeit gemacht haben, die sieben von acht COVID-19-Patient:innen versorgt haben. Und jetzt ist auch offenbar klar, dass genau deswegen nie eine Überlastung des deutschen Gesundheitswesens oder der Intensivstationen drohte, auch wenn dies immer wieder behauptet wurde, weil

eben genau diese ambulante Versorgung neben dem Aufrechterhalten der Regelversorgung auch noch die Brandmauer vor den Krankenhäusern war. Das zuzugeben, hätte aber das Weltbild der krankenhausobsessiven Politik in Deutschland erschüttert.

Also, was nicht sein darf, das nicht sein kann, denn dann müsste man auch zugeben, dass die einen abkassiert und die anderen die eigentliche Versorgung geleistet haben.

Dazu steht über allem noch eine Gesetzgebung, die sich fast immer nur an den Wünschen der GKV orientiert hat, zuletzt hier die Neuordnung der TSVG-Bereinigung. Von Anfang an war klar, dass die GKV das TSVG in eigener Sache instrumentalisieren wollte. Insofern mehr bereinigen, als später extrabudgetär zurückgeben. Das haben wir versucht zu verhindern. Und was macht Herr Spahn? Er erliegt sofort dem Jammern und Winseln der GKV und verfügt eine neue Bereinigung.

Den gesamten Gesetzgebungstsunami von mehr als 50 Gesetzen und einem Dauerfeuer von Rechtsverordnungen möchte ich an dieser Stelle nicht beleuchten. Schauen Sie sich diese selbst mal an. Sie sind anderer Meinung? Ich freue mich auf die Diskussion mit Ihnen. Herr Spahn wird damit auf jeden Fall so in die Annalen des Bundesgesundheitsministeriums eingehen. Und vielleicht war genau das ja seine Agenda. Keiner Bundesminister hat bisher soviel nutzlose Bürokratie produziert. Nur die Versorgung verbessert hat er definitiv nicht.

## SCHLIMMER GEHT IMMER

Ein Blick zurück bedeutet ja auch immer den Blick nach vorn. Denn klar ist: Vieles muss anders werden. Dabei habe ich einen zentralen Wunsch: Ich wünsche mir einen Minister oder eine Ministerin und eine Politik, bei denen endlich einmal die ambulante Versorgung nicht der Fußabtreter und der politische Jahrmakel der Ideologien und Eitelkeiten des Gesundheitswesens ist. Schön wäre es.

Nun haben wir aber gelesen, dass sich plötzlich jemand Besonderes berufen fühlt, dieses Amt zu übernehmen. Und plötzlich fühlt sich das alles fast gar nicht mehr so schlimm an, was unter Jens Spahn und all seinen Vorgänger:innen so alles schiefgelaufen ist.

Fast ist man sogar versucht, die neueste Propaganda zur Corona-Pandemie aus dem BMG zu glauben, dass in der Pandemie vielleicht manches nicht so optimal gelaufen sei, am Ende sei man aber viel besser als viele Länder durchgekommen. Was die ambulante Versorgung bei COVID-19 angeht, definitiv. Für alles andere gibt es ja Gott sei Dank Statistiken.

Aber zurück zu besagter Person. Auch wenn diese erst kürzlich noch um den Vorsitz einer Partei erfolglos buhlte und ansonsten eher als meist wahnhaftes und apokalyptisches Orakel zum Corona-Verlauf auffiel, man erinnere sich unter anderem an die 2000er-Inzidenz und eher chinesische oder nordkoreanische Ideen zu bundesweiten Lockdowns, und ansonsten nur nachplapperte, was zigfach vorher schon publiziert wurde, sollte man diese Gefahr nicht unterschätzen. So eine Personalie wäre der Todesstoß für die ambulante Versorgung. Um das zu verhindern, sollte man sich auch nicht auf die Vernunft, so es sie denn überhaupt noch gibt, in weiten Teilen in Berlin verlassen.

Denn welche Baustellen erbt der Nachfolger oder die Nachfolgerin? Notfallversorgung, Finanzierung, sinnvolle Digitalisierung, MVZ in der Hand von Kapitalgesellschaften, Aktiengesellschaften und Risikokapital, das sich wie ein Krebsgeschwür in die deutsche Gesundheitswirtschaft hineinfrisst, Krankenhausreform, demografischer Wandel, Ärztemangel, jetzt gehen die Babyboomer, und endlich ein Gesundheitswesen, bei dem „ambulant vor stationär“ mehr als eine Phrase ist und endlich auch umgesetzt wird. Es gibt also viel zu tun. Und so eine:n Gesundheitsminister:in wie Jens Spahn oder erst recht eine:n mögliche:n wie die erwähnte Person, speziell auch mit ihrer Vergangenheit, dürfen wir uns daher nie wieder oder nie erlauben.

Wenn man mich also fragte: „Welche Note würden Sie Herrn Spahn geben?“, würde ich sagen: „Bis zum Beginn der Pandemie eine gute 5 mit Aussicht zur 4-, nach 16 Monaten Pandemie eine glatte 6, weil das Notensystem keine 7 vorsieht. Hier ist nicht nur die Versetzung gefährdet. So weit, so gut. Und so weit eben meine persönliche Meinung.“ ■

Frank Dastych,  
Vorstand der KV Hessen

**„Gäbe es Zeugnisse, wäre aus meiner Sicht die Versetzung von Jens Spahn gefährdet“,**

sagt Frank Dastych.

Gastbeitrag von Wolfgang van den Bergh

# Vertrauen in das Funktionieren der ärztlichen Selbstverwaltung fehlt

Die Legislaturperiode von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn geht zu Ende. Dies ist ein Grund, einmal einen Blick zurückzuwerfen und eine Bilanz seiner Gesundheitspolitik zu ziehen mit dem Fokus auf die ambulante Versorgung sowie die Coronapandemie.



Diese Zeiten sind für alle herausfordernd, für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ebenso wie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Sie werden auch im „Jahre zwei“ der Pandemie im höchsten Maße gebraucht. Zu Beginn war es das Akutmanagement in der Coronakrise, inzwischen ist das Impfmanagement hinzugekommen. Fakt ist: Ohne die Niedergelassenen ist die Krise nicht zu beherrschen!

Die Pandemie zeigt aber auch: Vorausschauendes Planen ist für Ärztinnen und Ärzte schwieriger geworden. Das gilt sowohl für die, die auf eine faire und finanziell auskömmliche Praxisübergabe hoffen, als auch für die, die sich mit großem Enthusiasmus ins Praxisleben stürzen wollen. Lebenspläne müssen nachjustiert werden. Viele fragen sich zudem, ob das, was den freien Arztberuf ausmacht, im gesundheitspolitischen Diskurs überhaupt noch Anerkennung findet. Zweifel sind angebracht.

Am Ende einer politischen Legislaturperiode gilt es zu prüfen, ob es im gesundheitspolitischen Koordinatensystem Verschiebungen gegeben hat, die die Arbeitsbedingungen in Praxen erschweren. Ein großer Teil der Ärzteschaft ist genervt ob der vielen Kann-, Soll- und Mussvorschriften. Den Willen der Politik, bis ins Detail alles regeln zu wollen, interpretieren Freiberufler:innen als Einschränkung von Handlungsoptionen.

Als Beispiel mag das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) von 2018/19 gelten. Der neue Gesundheitsminister lupft den Budgetdeckel kräftig an. Die Ärzteschaft ist angetan. „Mit dem TSVG wollte der Gesetzgeber durch die Ausbudgetierung von Leistungen für Neupatienten und in offenen Sprechstunden Anreize für einen noch schnelleren Zugang der Patientinnen und Patienten in der Versorgung setzen, was eindeutig gelungen ist“, schreibt der SpiFa in einer aktuellen Stellungnahme zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG). Will heißen: Das Geld folgt der Leistung, das Morbiditätsrisiko liegt bei den Kassen.

Gleichwohl laufen die Ärztinnen und Ärzte Sturm gegen das TSVG. Es ist das Aufbäumen gegen zu viel Bürokratie. Der Gesetzentwurf wird als „Missachtung des Freien Berufs“ bezeichnet. Gemeint sind die Ausweitung der Sprechzeiten, die damit verbundenen Eingriffe in die Praxisorganisation sowie die Erweiterung staatlicher Befugnisse in der Bedarfsplanung. Ob gewollt oder nicht: Der Minister stellt Ärztinnen und Ärzten ein schlechtes Zeugnis aus – im Sinne von: Ihr kriegt das nicht hin.

Spahn stellt sich im Januar 2019 in einer KBV-Sondersitzung der geballten Kritik. Der Minister zeigt sich in einigen Fällen Gesprächsbereit, keilt aber auch zurück. Sein genialer Coup: Das Streitthema Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten von 20 auf 25 Stunden räumt er ab, indem er den Schwarzen Peter Richtung SPD schiebt: Die Aufstockung der Stunden sei der Kompromiss in der Großen Koalition gewesen, um die Pläne der SPD für eine Bürgerversicherung zu verhindern. Übersetzt heißt das: Widerstand zwecklos!



Die Ära Spahn, in der etwa 100 Gesetze und Rechtsverordnungen vorbereitet und entschieden worden sind, wird als einzigartig im Gedächtnis bleiben. Positiv ist, dass Aufgaben, die lange liegen geblieben sind, von Spahn aufgegriffen werden. Dafür steht zum Beispiel die Modernisierung aller Berufsgesetze. Eine Randnotiz bleibt, dass er in seinem Haus eine komplette Organisationsreform durchführt.

Der Politikstil ändert sich: Es etabliert sich ein „System Spahn“. Das funktioniert so: Man nehme einen „im Haus unabgestimmten Referentenentwurf“, bringe ihn unters Volk, lasse dazu ein paar Bemerkungen fallen und warte die Reaktionen ab. Erinnert sei an die Diskussion, neue GKV-Leistungen ohne den G-BA via „Verordnungsermächtigung“ durchsetzen zu wollen. Dass das funktionieren kann, zeigt das Beispiel Liposuktion. Spahn drückt aufs Tempo, der G-BA lenkt ein, und am Ende ist für das Lipödem in schweren Fällen die Liposuktion an Armen und Beinen Kassenleistung, wenn auch vorerst nur befristet.

---

**Gesundheitspolitik im Turbomodus oder #spahnsinn:**

## 115 Gesetze und Verordnungen

**in 40 Monaten wurden während der 19. Legislaturperiode und der Amtszeit von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn erlassen. Eine starke Bilanz.**

---

Tempo, vielleicht sogar Atemlosigkeit, charakterisieren die Amtszeit Spahns. Er braucht nur einen Monat nach Dienstbeginn, um den Entwurf für ein Gesetz zur Beitragsentlastung der GKV-Versicherten vorzulegen. Im Januar 2019 tritt die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Schlagzahl erhöht sich: Faire-Kassengesetz, das Pflögelöhne-Verbesserungsgesetz, das Apotheken-Stärkungsgesetz, die Arzneimittelgesetze zur Sicherung der Versorgung und die Digitalisierungsgesetze. Dagegen läuft die Ärzteschaft bis heute Sturm, insbesondere wegen der Androhung von Strafzahlungen.



Wolfgang van den Bergh ist Herausgeber der Ärzte Zeitung und Director News + Politics SpringerMedizin

Ein Durchbruch beim Abbau der Sektorengrenzen gelingt nicht. Die mit großen Erwartungen gestartete Bund-Länder-Arbeitsgruppe liefert lediglich Eckpunkte und plädiert darin unter anderem für eine einheitliche Vergütung von gleichermaßen ambulant wie stationär zu erbringenden Leistungen. Dieses Brett ist offenbar zu dick. Ein Versprechen wird gebrochen. Schuld daran soll das Virus sein?! Immerhin: Dass die neue Gebührenordnung (GOÄ) auf sich warten lässt, kann Spahn nicht allein angekreidet werden. Hier tragen auch die Ärztinnen und Ärzte Verantwortung.

2020 kommt COVID-19, der Bundestag überträgt dem Gesundheitsminister im Infektionsschutzgesetz die vorgesehenen Vollmachten. Mehrere Novellen des Infektionsschutzgesetzes folgen. Nach monatelangen Auseinandersetzungen tritt das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz in Kraft. Schnelligkeit vor Gründlichkeit? In der Pandemie bieten Niedergelassene früh ihre Hilfe an: beim Impfen und beim Testen. Sie wird zunächst ausgeschlagen, weil ganz groß gedacht wird, in „Impfzentrenkategorien“, die Mitte Dezember 2020 bereitstehen und sehr viel Geld kosten. Was fehlt, ist der Impfstoff. Dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte tatsächlich den Unterschied machen, zeigt dann der April: Als sie loslegen dürfen, schießen die Impffzahlen endlich in die Höhe.

Dieser Ablauf ist symptomatisch für eine Politik, die zu Unrecht wenig Vertrauen in das Funktionieren der ärztlichen Selbstverwaltung hat. Was bleibt, ist die Hoffnung auf Änderung – nach dem 26. September. ■

Wolfgang van den Bergh

# Mit der Lupe gesucht – ambulante Versorgung in den Wahlprogrammen der Parteien

Konkrete Ideen und Vorschläge, wie die ambulante Versorgung in Deutschland weiter sichergestellt werden soll, sucht man in den Wahlprogrammen der Parteien nahezu vergeblich. Auf den PUNKT. hat sich trotzdem auf Spurensuche begeben.

„Ambulante Versorgung entscheidend im Kampf gegen Corona“, heißt es beispielsweise in einer Pressemeldung des IGES-Instituts vom November 2020. Überhaupt könnte man meinen, dass die Parteien sich angesichts der drängenden Probleme, wie Me-

diziner-mangel, überbordender Bürokratie und mangelhafter Digitalisierung, Gedanken über die Zukunft der ambulanten Versorgung machen. Immerhin ein klares Bekenntnis zur Selbstverwaltung findet sich bei der Union und der AfD:



Eine umfassende Versorgung der Bürgerinnen und Bürger und den Erhalt unseres sehr guten Gesundheitssystems erreichen wir mit der bewährten Selbstverwaltung, der freien Arzt- und Therapiewahl sowie mit dem Zusammenspiel von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen.



Konsequente Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrages

für eine flächendeckende Versorgungsdichte durch die Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen.



Das war's dann auch schon. Schaut man genauer hin, wie sich die Parteien die Rolle des stationären Sektors vorstellen, können sich die Niedergelassenen nur verwundert die Augen reiben:



Wir brauchen eine stärkere Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung

Wir unterstützen den Ausbau von teambasierten Formen der ambulanten Versorgung. Eine qualitativ hochwertige Versorgung kann am besten durch eine Neuordnung der Rollenverteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und durch eine Überwindung der Sektorengrenzen gelingen. Dienstleistungen können dann von niedergelassenen Teams und Krankenhäusern gemeinsam erbracht werden.



Welche Angebote es vor Ort gibt, darf nicht davon abhängen, was sich rentiert, sondern soll sich danach richten, was nötig ist. Die beste Qualität kann zumeist durch Spezialisierung sichergestellt werden. Krankenhäuser, die durch fehlende Auslastung die nötige Qualität in einigen Bereichen nicht gewährleisten können, sollen nicht einfach aufgegeben, sondern zu leistungsfähigen lokalen Notfall-, Gesundheits- und Pflegezentren weiterentwickelt werden.



Wir wollen, dass die Ziele einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Grund- und Regelversorgung in der Krankenhausplanung und insbesondere in der Krankenhausfinanzierung wesentlich stärker berücksichtigt werden, gerade mit Blick auf den ländlichen Raum.

Krankenhäuser und ambulante Versorgung stärken



Krankenhäuser finanziell absichern

Die Union erwähnt die Stärkung der ambulanten Versorgung zwar immerhin in der Kapitelüberschrift, im Text sucht man Konkretes aber vergeblich.

DIE LINKE möchte die Freiberuflichkeit der Niedergelassenen gleich gänzlich beschneiden:

### **DIE LINKE.**

DIE LINKE tritt für eine gute, flächendeckende, barrierefreie und bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land ein. Dafür wollen wir die Arztsitze gleichmäßiger verteilen und eine sektorübergreifende Bedarfsplanung einführen. Kriterien müssen sein: Barrierefreiheit, kurze Wartezeiten, Altersgerechtigkeit und ÖPNV-Erreichbarkeit. Regionale Versorgungszentren sollen mittelfristig zum Rückgrat des ambulanten Sektors werden.

Wir wollen Kommunen dabei unterstützen, eigene Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu betreiben und so die Versorgung zu sichern, gerade im ländlichen Raum.

Wir wollen die Möglichkeit prüfen, Kaufpreise für Arztpraxen/Arztsitze zu begrenzen.

Die AfD liefert zwei markante Überschriften:



Serviceorientierte ambulante Versorgung durch Beendigung der Budgetierung

Medizinische Versorgung auf dem Land wiederherstellen und sichern

Darunter packt sie eine Reihe recht konkreter Forderungen, die im Programm nachgelesen werden können (Hinweis dazu siehe Kasten auf Seite 23).

Beim Thema Bürgerversicherung ist die Haltung der Parteien erwartbar eindeutig:



Ein leistungsfähiges Gesundheitssystem braucht eine stabile und solidarische Finanzierung. Wir werden eine Bürgerversicherung einführen. Das bedeutet: Gleich guter Zugang zur medizinischen Versorgung für alle.



Eine neue solidarische Gesundheitsversicherung! (...) Schluss mit der Zweiklassenmedizin: Wir wollen die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung abschaffen.



Eine Einheitsversicherung und Schritte dahin lehnen wir ab.



Auf dem Weg zur Bürgerversicherung für Gesundheit und Pflege

Dass Deutschland bei der Digitalisierung hinterherhinkt, ist weder ein Geheimnis, noch stellt dies irgendwer infrage. Die Lösung ist aus Sicht der Union dabei denkbar – um nicht zu sagen erschreckend – einfach:



Mit dem Fahrplan für die Einführung einer elektronischen Patientenakte haben wir die jahrelange Stagnation der Digitalisierung im Gesundheitswesen überwunden.

Aus unserer Sicht treffender formuliert es die FDP:



Während andere Staaten ihr Gesundheitssystem digitalisiert haben, haben sich unsere Gesundheitsämter gegenseitig Faxe geschickt. Hochqualifizierte Beamte haben Listen abgetippt, statt mit Hilfe moderner digitaler Technologien effektiv Infektionsketten nachzuerfolgen. Während andere Staaten per SMS zu Impfungen einladen, haben wir Impftermine per Brief vergeben. Statt schützende Masken schnell und pragmatisch an schutzbedürftige Menschen zu schicken, drucken wir aufwendig Bezugscheine, versenden sie per Post und nötigen gefährdete Menschen dazu, die Masken in belebten Innenstädten abzuholen. Wir haben uns in der Krise an die Basistechnologie Papier geklammert, als wären wir noch im 20. Jahrhundert. Schluss damit. Wir müssen unseren Staat umfassend modernisieren, damit wir endlich im 21. Jahrhundert ankommen.

Konsens gibt es bei der Feststellung, dass die psychotherapeutische Versorgung ausgebaut werden muss:



Psychotherapieplätze schaffen

### **DIE LINKE.**

Die psychotherapeutische Versorgung deckt in vielen Regionen bei Weitem nicht den Bedarf. Die Bedarfsplanung muss gerade in diesem Bereich dringend überarbeitet werden. Auch die Finanzierung der Therapie muss den Bedarf decken. Die fragwürdige Kostenerstattungspraxis der Kassen wollen wir so überflüssig machen.



Wir setzen uns verstärkt für den flächendeckenden Ausbau des psychotherapeutischen Behandlungsangebots für Kinder und Jugendliche ein.

Beim Thema Notfallversorgung haben zumindest die Grünen eine klare – wenn auch fragwürdige – Vorstellung:



Die Notrufleitstellen der Nummern 112 und 116117 müssen organisatorisch zusammengeführt werden, damit es im Zweifelsfall keine Rolle spielt, wo Menschen anrufen, sondern sie immer die passende Hilfe bekommen. Auch wollen wir, dass Notaufnahmen gerade nachts und am Wochenende beispielsweise durch kompetente Hausärztinnen und Hausärzte so unterstützt werden, dass auch weniger ernste Fälle gut versorgt werden können. Durch einheitliche Stufen und Vorgaben zur Notfallversorgung wollen wir sicherstellen, dass Menschen in Not, in der Stadt und auf dem Land, stets die erwartbare Hilfe auch verlässlich vorfinden.

Viel mehr Zeilen sind die Niedergelassenen den Parteien in ihren Wahlprogrammen nicht wert. Bitte lesen Sie dazu auch die Antworten der Parteien auf ausgewählte Fragen (siehe Seite 24 und [www.kvhessen.de/bundestagswahl](http://www.kvhessen.de/bundestagswahl)). ■

Cornelia Kur

Die Wahlprogramme der Parteien, die an der Bundestagswahl 2021 teilnehmen werden, finden Sie hier:  
[www.bundestagswahl-2021.de/wahlprogramme](http://www.bundestagswahl-2021.de/wahlprogramme)



# Acht Fragen zur Gesundheitspolitik

Wie vor jeder Wahl veröffentlichen wir einen Fragen-Antworten-Katalog der im Bundestag vertretenen Parteien zur ambulanten Versorgung.



Diesmal veröffentlichen wir in Auf den PUNKT, aber nicht die Fragen der KVH an die hessischen gesundheitspolitischen Obleute. Die Erklärung dafür ist, dass uns nur die AfD und DIE LINKE geantwortet haben. Deren Antworten an uns können Sie online lesen un-

ter [www.kvhessen.de/bundestagswahl](http://www.kvhessen.de/bundestagswahl). Die anderen Parteien haben uns mitgeteilt, dass sie nur der KBV als übergeordnetem Verband antworten, aber keiner Länder-KV. Daher finden Sie hier den Fragenkatalog der KBV<sup>1</sup> mit den Rückmeldungen der Parteien und zwar in alphabetischer Reihenfolge (Stand: 15. Juli 2021).

## 1. Frage

**Eine Reform zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung steht immer noch aus. Sieht Ihre Partei Wege, wie die Notfallversorgung künftig besser gesteuert werden kann?**



Schon im Wahlprogramm für die Bundestagswahl 2017 hatten wir uns dafür eingesetzt, die Ambulanzen der Krankenhäuser durch die Einrichtung von Portal-Praxen zu entlasten. Dass nun ambulant und in der Klinik tätige Ärzte zusammen ebenfalls einen gemeinsamen Ansatz befürworten, begrüßen wir. Dafür wollen wir nun die richtigen Rahmenbedingungen schaffen. Zum Beispiel wollen wir die sektorenübergreifende Versorgung mit einem gemeinsamen Gebührensystem für ambulante Leistungen stärken und das DRG-System abschaffen und stattdessen für Krankenhäuser ähnliche Vergütungssysteme einführen wie im ambulanten ärztlichen Bereich.



Das Kernstück einer Reform der Notfallversorgung ist in unseren Augen die Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgungsmöglichkeiten. Dabei wollen wir GRÜNE Notrufleitstellen zu Gesundheitsleitstellen verbinden, die rund um die Uhr eine verlässliche Lotsenfunktion übernehmen. An zentralen Klinikstandorten soll in Notfallzentren, unter anderem durch gemeinsame Tresen, eine nahtlose Verzahnung der bislang getrennten ambulanten und stationären Versorgungsmöglichkeiten der Notfallversorgung erfolgen. Gerade nachts und an Wochenenden sollen kompetente Hausärzt\*innen in diesen Notfallzentren so unterstützen, dass entsprechende Fälle auch gut ambulant versorgt werden können.

<sup>1</sup> Anmerkung: Fünf der 16 KBV-Fragen sind textidentisch mit den Fragen der KVH. Es handelt sich um die Fragen 1, 2, 5, 7 und 8 des KBV-Fragenkatalogs, die sich auch im KVH-Fragenkatalog finden.

**CDU****CSU**

CDU und CSU werden sich dafür einsetzen, dass alle Bürgerinnen und Bürger einen wohnortnahen, möglichst barrierefreien sowie auch einen digitalen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung haben. Das gilt besonders auch für die Notfallversorgung. Aus diesem Grund setzen wir auch künftig auf eine stärkere vernetzte Zusammenarbeit der einzelnen Akteure und werden verstärkt das Potential der Digitalisierung nutzen. Die Strukturreform der Notfallversorgung wollen wir konsequent weiter umsetzen. Das gilt beispielsweise für die Etablierung von Portalpraxen und die verbesserte Patientensteuerung in der ambulanten Notfallversorgung über ein standardisiertes und bundesweit einheitliches Ersteinschätzungsverfahren im Krankenhaus. Bereits etablierte und gut funktionierende Strukturen in der Notfallversorgung sollten aus unserer Sicht in weitere Reformprozesse integriert werden.

**DIE LINKE.** Die notfall- und akutmedizinische Versorgung ist in Deutschland sehr zersplittert. Die sektorale Trennung macht hier besonders wenig Sinn. DIE LINKE fordert seit Langem, die Versorgung hier zusammenzuführen und durch den „gemeinsamen Tresen“ und intelligente Behandlungspfade die Patient\*innen schnell der individuell richtigen Behandlung zuzuführen. Nicht nur die niedergelassenen Ärzt\*innen und MVZ sowie die Kliniken, sondern auch die Rettungsdienste und Rettungsleitstellen gehören hier ins Boot. Die Kriterien von KBV und Marburger Bund beispielsweise bieten dafür gute Ansatzpunkte.

**Freie Demokraten**  
FDP

Wir wollen die künstliche Sektorenbarriere zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich konsequent abbauen und die Verzahnung und Vernetzung aller Versorgungsbereiche weiterentwickeln. Den Rettungsdienst wollen wir modernisieren und insbesondere die Notfallversorgungsstrukturen bedarfsgerechter und vernetzter gestalten. Die Fraktion der Freien Demokraten im Deutschen Bundestag hat zu diesem Themenkomplex einen eigenen Antrag mit dem Titel „Notfallversorgung neu denken – Jede Minute zählt“ (BT-Dr. 19/16037) in den Bundestag eingebracht. Ziel war es, dass Integrierte Notfallzentren (INZ) als zentrale, jederzeit zugängliche Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung geschaffen werden. Die INZ werden dabei von den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen errichtet und unter Leitungsverantwortung hinreichend fachlich qualifizierter ärztlicher Kräfte der Kassenärztlichen Vereinigungen betrieben und dabei strukturell derart an ein Krankenhaus angebunden, dass sie als erste Anlaufstelle von Hilfesuchenden im Notfall wahrgenommen werden.

**SPD**

Eine wohnortnahe Basis- und Notfallversorgung darf nicht in Frage gestellt werden. Alle müssen Zugang zu der hochqualitativen Versorgung haben, die sie benötigen. Dafür ist auch mehr regionale Planung und Mitbestimmung der Patient\*innen und der Beschäftigten im Gesundheitswesen notwendig. Wir wollen wohnortnahe integrierte und sektorenübergreifende Basis- und Notfallversorgungszentren einrichten, um jedem eine schnelle und hochqualitative Notfallversorgung zu gewährleisten. In der neuen Struktur werden nahtlos eine reguläre Weiterversorgung und die Nachsorge organisiert. Die Behandlung soll in den Versorgungszentren patient\*innenorientiert geplant und durch multiprofessionelle Teams umgesetzt werden.

## 2. Frage

**In der ambulanten Versorgungslandschaft ist zu beobachten, dass Investorengruppen kleinere Kliniken aufkaufen und über diese Kliniken ein MVZ gründen. Wie steht Ihre Partei zu dieser Entwicklung und der damit zusammenhängenden Ambulantisierung der Gesundheitsversorgung?**



Ein Mehr an MVZ allein löst die aktuellen Probleme nicht – zumal, wenn diese MVZ von fachfremden Finanzinvestoren betrieben werden. Das sehen wir sehr kritisch und erste Analysen des Abrechnungsverhaltens scheinen uns darin zu bestätigen. Ärztliche Entscheidungen müssen von wirtschaftlichen Interessen des Trägers unabhängig bleiben – das steht für uns nicht zur Disposition.



Aus unserer Sicht sind medizinische Versorgungszentren prinzipiell keine Bedrohung für die freiberuflich tätige Ärzt\*in. Es muss in jedem Fall sichergestellt sein, dass bei der Behandlung der Patient\*innen nicht wirtschaftliche Interessen dominieren, sondern die freiberufliche ärztliche Berufsausübung im Dienste der Patient\*innen gesichert ist. Dies gilt unabhängig davon, ob die Behandlung in einem Versorgungszentrum oder der Praxis einer niedergelassenen Ärzt\*in stattfindet. Medizinische Versorgungszentren bzw. darauf basierende Gesundheitszentren sind ein wirksames Instrument, um die ambulante Versorgung insbesondere in ländlichen Räumen zu verbessern.



CDU und CSU stellen im ambulanten Bereich den Entscheidungsträgern der Selbstverwaltung bereits heute, etwa im Hinblick auf die Förderung von neuen Niederlassungen, Instrumente zur Verfügung. An den bestehenden Maßnahmen zur ärztlichen Nachwuchsgewinnung wollen wir festhalten. Die Bedarfsplanung führt dazu, dass dort, wo bereits eine ausreichende Anzahl an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verfügbar ist, eine Überversorgung vermieden wird. Den Entscheidungsträgern vor Ort, gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, stehen entsprechende Spielräume zur Verfügung. Grundsätzlich stehen wir MVZ-Gründungen positiv gegenüber. Dies gilt insbesondere für die Bereiche, wo eine Unterversorgung festgestellt wurde oder eine Unterversorgung droht. In der nächsten Wahlperiode werden wir weitere Regelungen diskutieren und umsetzen, um den Einfluss von Großinvestoren gegenüber Ärztinnen und Ärzten einzuschränken. Hierbei sind wir bereits jetzt im ständigen Austausch mit den Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft.

**DIE LINKE.** DIE LINKE beobachtet die Geschäftspraktiken von privaten Großinvestoren seit Jahren intensiv. Sowohl im human- und zahnärztlichen Bereich, als auch in der stationären Pflege versuchen Private Equity-Unternehmen Gewinne zu erzielen und gesetzliche Schutzregelungen zu umgehen.

Wir fordern als ersten Schritt ein Transparenzregister, das die Inhaberstrukturen bei medizinischen Versorgungszentren (MVZ) offenlegt. Denn oftmals ist selbst für die Überwachungsbehörden nicht zu durchschauen, wer hinter einem bestimmten Investor steckt. Wir fordern die weitere Begrenzung von möglichen MVZ-Betreibern. So wollen wir etwa die Möglichkeiten für Krankenhausbetreiber, MVZ zu betreiben, sowohl räumlich, als auch fachlich begrenzen.

Im Übrigen wollen wir ohnehin private Kliniken zurück in öffentliche Hand übertragen bzw. weitere Privatisierungen verhindern. So wird auch das Einfallstor Klinikkauf für die MVZ-Gründung schließen.



# info.service

Offizielle Bekanntmachungen der Kassennärztlichen Vereinigung Hessen

---

## Abrechnung

EBM aktuell

- 2 Rückwirkende EBM-Änderung zum 1. Januar 2021
  - 3 Rückwirkende EBM-Änderung zum 1. April 2021
  - 3 EBM-Änderungen seit 1. Juli 2021
- 

## Qualität

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

- 6 Online-Fortbildung zur Prävention postoperativer Wundinfektionen
- 

## Sonstiges

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)

- 7 Zulassung zum Durchgangsarztverfahren
-

EBM aktuell

## Rückwirkende EBM-Änderung zum 1. Januar 2021

### Human- und Tumorgenetik: Leistungen gestrichen

Seit dem 01.01.2021 können Sie als Ärztin oder Arzt die großen Mutationssuchen in der Tumor- und Humangenetik ohne vorherige Genehmigung der Krankenkassen abrechnen. Dafür wurden Leistungen aus dem EBM aus den Abschnitten 11.4 (In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen) und 19.4 (In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen) gestrichen.

Neu: In seiner 561. Sitzung hat der Bewertungsausschuss (BA) die Streichung der GOP 11449 (Mutationssuche in weiteren Genen) und 11304 (Ärztliches Gutachten) – rückwirkend zum 01.01.2021 – befristet bis zum 31.12.2021 aufgehoben.

Das bedeutet: Sie können vom 01.01.2021 bis zum 31.12.2021 die GOP 11449 und 11304 in den Fällen abrechnen, in denen Sie im zweiten bis vierten Quartal 2020 die GOP 11352, 11371, 11401, 11411, 11431, 11432 und 11440 abgerechnet haben. Wenn Sie die GOP 11449 erbringen und abrechnen, müssen Sie sich dies vorher von der Krankenkasse genehmigen lassen.

Alle weiteren Informationen zur Human- und Tumorgenetik finden Sie leicht verständlich aufbereitet auf unserer Homepage [www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/neu-im-ebm/januar-21/human-tumorgenetik-leistungen-gestrichen/](http://www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/neu-im-ebm/januar-21/human-tumorgenetik-leistungen-gestrichen/)

### Psychotherapeut:innen: Höhere Vergütung für Personalkosten

Die Strukturzuschläge für psychotherapeutische Einzeltherapien, Gruppentherapien und Sprechstunden/Akutbehandlungen wurden rückwirkend zum 01.01.2021 höher bewertet. Konkret geht es um die GOP 35571 bis 35573 in Abschnitt 35.2.3 EBM.

Die Strukturzuschläge dienen der Deckung von Personalkosten in psychotherapeutischen Praxen. Sie sind jetzt an die gestiegenen Gehälter für Medizinische Fachangestellte (MFA) angepasst.

Psychotherapeut:innen erhalten die Strukturzuschläge zu ihren Leistungen, wenn sie im Quartal eine bestimmte Mindestpunktzahl antrags- und genehmigungspflichtiger Leistungen, psychotherapeutischer Sprechstunden von Akutbehandlungen und bestimmter neuropsychologischer Leistungen abrechnen. Das Ziel ist es, gut ausgelasteten Praxen zu ermöglichen, eine MFA (als Halbtagskraft) für die Praxisorganisation zu beschäftigen.

Die Strukturzuschläge setzt die KVH den Psychotherapeut:innen automatisch zu.

Vergütung der Strukturpauschalen			
GOP	Kurzbezeichnung	Bewertung bis 31.12.2020	Bewertung ab 01.01.2021
35571	Zuschlag Einzeltherapie	19,01 Euro* (173 Punkte)	20,69 Euro** (186 Punkte)
35572	Zuschlag Gruppentherapie	8,02 Euro* (73 Punkte)	8,68 Euro** (78 Punkte)
35573	Zuschlag Sprechstunde/Akutbehandlung	9,67 Euro* (88 Punkte)	10,57 Euro** (95 Punkte)

\*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2020 (10,9871 ct)

\*\*gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2021 (11,1244 ct)



## Rückwirkende EBM-Änderung zum 1. April 2021

Die weiteren EBM-Änderungen zum 01.04.2021 wurden bereits in der vorherigen Ausgabe Nr. 3/Juni 2021 veröffentlicht.

### Änderung Konsiliarpauschalen in der Strahlentherapie

Rückwirkend zum 01.04.2021 erfolgte eine Änderung der GOP 25210 und 25211. Als Strahlenthe-

rapeut:in müssen Sie nun die regelmäßige Verlaufskontrolle des Bestrahlungsverlaufs nicht mehr zwingend durchführen, um die Konsiliarpauschalen abzurechnen. Damit können Sie die GOP auch abrechnen, wenn keine Strahlentherapie im Quartal erfolgt. Die Verlaufskontrolle wurde dafür vom obligaten in den fakultativen Leistungsinhalt verschoben.

## EBM-Änderungen seit 1. Juli 2021

### Pränataltest Rhesusfaktor D abrechnen

Seit dem 01.07.2021 können Sie als Ärztin oder Arzt für die Beratung und die Bestimmung des nicht invasiven Pränataltests Rhesus D (NIPT-RhD) neue GOP abrechnen. Hierzu wurden für die Beratung die GOP 01788 und für die Laboruntersuchung die GOP 01869 in den EBM aufgenommen.

Wichtig: Die beiden neuen GOP 01788 und 01869 können Sie derzeit nur bei Einlingsschwangerschaften abrechnen.

Als Ärztin oder Arzt rechnen Sie für die Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) zum NIPT-RhD gemäß Abschnitt C und Anlage 7 der Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL) die neue GOP 01788 ab. Ziel der Beratung vor einer vorgeburtlichen genetischen Untersuchung ist die eigenständige und informierte Entscheidung der Schwangeren. Die Versicherteninformationen zum NIPT-RhD erhalten Sie über den Bestellservice der KVH unter [www.kvhessen.de/praxismanagement/praxismaterial-bestellen/](http://www.kvhessen.de/praxismanagement/praxismaterial-bestellen/)

Die GOP 01788 wurde in die Präambel der Kapitel 8 (Gynäkologie) und 11 (Humangenetik) des EBM aufgenommen. Die GOP 01788 ist 9,34 Euro (84 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Punktwert 2021 ist 11,1244 Cent. Sie können die GOP je vollendete fünf Minuten – jedoch höchstens zweimal je Schwangerschaft – abrechnen.

Als Ärztin oder Arzt, die/der Schwangere vor und nach Durchführung des NIPT-RhD genetisch berät, müssen Sie über eine Qualifikation für diese Beratung gemäß GenDG und den Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission verfügen.

Die GOP 01788 dürfen folgende Fachgruppen abrechnen:

- Gynäkolog:innen mit der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung
- Humangenetiker:innen
- Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“

Als Gynäkolog:in, die/der die Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung besitzt, bestätigen Sie dies der KVH in Ihrer Quartalerklärung.

Gynäkolog:innen, die eine „Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung“ erwerben möchten, finden Informationen zu Kursen beispielsweise beim Berufsverband der Frauenärzte: [www.bvf.de/landesverbaende/hessen/](http://www.bvf.de/landesverbaende/hessen/)

Die Laboruntersuchung veranlassen Sie als Ärztin oder Arzt bei Rhesus-negativen Schwangeren an fetaler DNA aus mütterlichem Blut frühestens ab der zwölften Schwangerschaftswoche. Die vorgeburtliche Rhesusfaktorbestimmung ermöglicht eine gezielte Prophylaxe nur für Schwangere, die ein Rhesus-positives Kind erwarten, denn nur bei diesen besteht das Risiko einer Sensibilisierung der Mutter.

Für die pränatale Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors D können Sie die neue GOP 01869 abrechnen. Dabei müssen Sie als Ärztin oder Arzt ein validiertes Testverfahren anwenden, das den in den Mutterschafts-Richtlinien festgelegten Testgütekriterien entspricht.

Die GOP 01869 ist 100,68 Euro (905 Punkte) wert; bundeseinheitlicher Punktwert 2021 ist 11,1244 Cent. Sie können sie einmal je Schwangerschaft und höchstens zweimal im Krankheitsfall abrechnen.

Für die Laboruntersuchung wird die GOP 01869 in den Abschnitt 1.7.4 EBM aufgenommen. Die neue GOP 01869 können Sie als Ärztin oder Arzt nur erbringen, wenn Sie aus Kapitel 11 (Humangenetik) und 12 (Labor) des EBM abrechnen dürfen. Um die neue GOP 01869 abzurechnen, benötigen Sie als Ärztin oder Arzt dieser Fachgruppen zudem eine Genehmigung der KVH nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Speziallabor. Informationen zur Genehmigungspflicht finden Sie auf der Homepage der KVH [www.kvhessen.de/genehmigung/labormedizin/](http://www.kvhessen.de/genehmigung/labormedizin/)

Wenn Sie als Fachärztin oder Facharzt, die/der aus Kapitel 11 und 12 abrechnen darf, bereits über eine Genehmigung für das Speziallabor (Abschnitt 1.7.4 EBM) verfügen, können Sie die neue GOP 01869 ohne neuen Antrag automatisch abrechnen.

### **Kanuma®: Infusionstherapie mit Sebelipase alfa**

Seit dem 01.07.2021 können Sie als Kinderärztin oder Kinderarzt mit Schwerpunktbezeichnung oder mit Zusatzweiterbildung sowie als Internist:in für die Infusionstherapie mit Kanuma® (Wirkstoff: Sebelipase alfa) die neue GOP 02102 im EBM abrechnen. Als Laborärztin oder Laborarzt können Sie die neue GOP 32481 für den Nachweis von Anti-Drug-Antikörpern abrechnen.

Mit der Enzyersatztherapie Sebelipase alfa behandeln Sie Patient:innen mit der Stoffwechselerkrankung LAL-Mangel (lysosomaler saurer Lipasemangel).

Die GOP 02102 ist 18,36 Euro wert (165 Punkte); bundeseinheitlicher Punktwert 2021 ist 11,1244 Cent.

Sie als Kinder- und Jugendärztin oder -arzt mit Voraussetzung der Berechnungsfähigkeit der Abschnitte 4.4 (im Schwerpunkt tätig) und 4.5 (mit Zusatzweiterbildung) sowie Sie als Internist:in können die GOP 02102 abrechnen.

Wenn Sie Ihre Patient:innen nach der Gabe von Sebelipase alfa länger als zwei Stunden beobachten und betreuen, rechnen Sie die GOP 01514 ab. Die Beobachtung und Betreuung der Patient:innen über die Infusionsgabe hinaus kann unter bestimmten Bedingungen medizinisch notwendig sein.

Sie als Kinder- und Jugendärztin oder -arzt oder als Internist:in können den Anti-Drug-Antikörpernachweis während der Enzyersatztherapie mit dem Arzneimittel Kanuma® (Wirkstoff: Sebelipase alfa) veranlassen. Unter der Therapie können sich spezifische Antikörper und schwere Immunreaktionen entwickeln oder die therapeutische Wirkung kann ausbleiben. In diesen Fällen sieht die Fachinformation eine Untersuchung der Antikörper gegen Sebelipase alfa (nach der GOP 32481) vor.

Als Fachärztin oder Facharzt für Laboratoriumsmedizin können Sie die GOP 32481 abrechnen, wenn Sie bereits über eine Genehmigung für das Speziallabor (Abschnitt 32.3) verfügen. Als Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie sowie als Fachärztin oder Facharzt für Transfusionsmedizin mit Genehmigung für das Speziallabor können Sie die GOP 32481 aus dem Abschnitt 32.3.5 EBM abrechnen, sofern gegenüber der KVH ein zwölfmonatiges Weiterbildungszeugnis im Gebiet Laboratoriumsmedizin nachgewiesen wurde.

Die GOP 32481 ist 28,70 Euro wert. Als Laborärztin oder Laborarzt können Sie die GOP 32481 einmal je Untersuchung abrechnen.

### **Labor: Zuschläge für Transportkosten verlängert**

Als Fachärztin oder Facharzt für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und als ermächtigte:r Fachwissenschaftler:in der Medizin erhalten Sie die Zuschläge nach den GOP 01699 und 12230 bis zum Ende des Jahres 2021.

Die Zuschläge setzt Ihnen die KVH automatisch zu.

Die GOP 01699 und 12230 stellen Zuschläge auf die Grund- und Konsiliarpauschalen dar und bleiben bis zur Neuregelung der Transportpauschale nach GOP 40100 bestehen. Sie waren im Zusammenhang mit den neuen Portopauschalen zum 01.07.2021 eingeführt worden und galten ursprünglich nur für ein Jahr.

# 353.714

– so viele PCR-Tests (nach der GOP 32816) haben die hessischen Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2020 durchgeführt. Damit leisten sie einen wichtigen Beitrag im Kampf gegen Corona.

## Coronavirus: PCR-Test geändert

Die Vergütung für PCR-Tests zum Nachweis von SARS-CoV-2 wurde von 39,40 Euro auf 35 Euro pro Test abgesenkt. Das hat der Erweiterte Bewertungsausschuss entschieden.

Labore geben bei der GOP 32816 eine medizinische Begründung im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009) bei der Abrechnung an. Die Abrechnung der Untersuchung ist weiterhin auf fünfmal im Behandlungsfall beschränkt.

Die Untersuchung nach der GOP 32816 rechnen Labore bei Patient:innen mit einer akuten Covid-19-assoziierten Symptomatik und/oder bei klinischen und radiologischen Hinweisen auf eine virale Pneumonie ab.

## Coronavirus: Änderungen am EBM

Die KVH hat alle wichtigen Informationen zur Abrechnung rund um die Sonderregelungen bezüglich Corona für Sie auf der Homepage der KVH aktuell und leicht verständlich aufbereitet: [www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/corona-sonderregeln](http://www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/corona-sonderregeln)

Beispielsweise können nun auch Fachärzt:innen, die Leistungen aus dem Kapitel 25 EBM berechnen können, Abstriche bei Personen mit SARS-CoV-2-Symptomen abrechnen (GOP 02402/02403). Wird die Abstrichentnahme nach GOP 02402 ohne Versicherten- oder Grundpauschale im Behandlungsfall angesetzt, kann der Zuschlag nach GOP 02403 zusätzlich abgerechnet werden. Diese Regelung gilt voraussichtlich vom 01.07.2021 bis zum 30.09.2021.

Die Zuschläge zu den hausärztlichen Chronikerpauschalen (GOP 03221/04221) sind weiterhin berechnungsfähig, wenn nur ein persönlicher Arzt-Patienten-

Kontakt und ein weiterer Kontakt per Video oder Telefon stattfinden. Normalerweise sind mindestens zwei persönliche Kontakte im Quartal erforderlich, damit die Zuschläge berechnet werden können. Die Regelung gilt voraussichtlich bis 30.09.2021.

## Detailänderungen 3/2021

Seit dem 01.07.2021 gibt es im EBM weitere Detailänderungen:

- Als Kinderchirurg, der zur Schwangerenkonfliktberatung hinzugezogen wird, können Sie neu die GOP 01799 für die Aufklärung und Beratung einer Schwangeren abrechnen. Die GOP 01799 können Sie als hinzugezogene:r Kinderchirurg:in gemäß § 2a Abs. 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz und Anlage 1c II.2 der Mutterschafts-Richtlinien nur abrechnen, wenn Sie mit der auf die Diagnose bezogenen Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben.
- Klargestellt: Für Sie als Hausärztin oder Hausarzt und weitere Fachgruppen, die die GOP 30706 (Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz) neben dem primär schmerztherapeutisch behandelnden Arzt/Psychotherapeut komplementär abrechnen, bestehen keine Qualifikationsvoraussetzungen zur Schmerztherapie. Die Präambeln wurden entsprechend geändert.
- Als Psychologische/r Psychotherapeut:in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in können Sie neben Ärzt:innen als komplementär behandelnde Fachgruppe die GOP 30706 unter Angabe der primär schmerztherapeutisch verantwortlichen Ärztin oder des primär schmerztherapeutisch verantwortlichen Arztes abrechnen. Wichtig: Die Begründung sowie den Arztnamen geben Sie dafür in der Feldkennung 5009 oder 5016 in der Abrechnung an.

■ EBM-FR

## Praxistipp:

Zu allen EBM-Änderungen finden Sie aktuelle und weiterführende Informationen auf unserer Homepage unter

[www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/aenderungen-am-ebm/](http://www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/aenderungen-am-ebm/)

Reinschauen lohnt sich!

Infobox

### Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

## Online-Fortbildung zur Prävention postoperativer Wundinfektionen

Wie bereits in den PraxisNachrichten der KBV am 08.04.2021 kommuniziert, wird eine neue Online-Fortbildung zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen für ambulante Operateur:innen angeboten. Die Fortbildung ist unter **www.kbv.de** unter dem Themenpunkt „sektorenübergreifende Qualitätssicherung“ zu finden. Sie wurde gemeinsam von der KBV, vom Kompetenzzentrum für Hygiene und Medizinprodukte sowie vom deutschen Ärzteblatt erstellt und ist insbesondere für Ärztinnen und Ärzte von Relevanz, die am Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ (QS WI) der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung teilnehmen. Diese Fortbildung bündelt relevante Inhalte aus den KRINKO-Empfehlungen mit Inhalten aus der Einrichtungsbefragung und unterstützt da-

durch die am Verfahren teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in ihrer Vorbereitung auf die Einrichtungsbefragung im Jahr 2022. Somit werden aktuelle fachlich relevante Informationen mit Hinweisen und Hilfestellungen zur Durchführung der jährlichen Einrichtungsbefragung kombiniert. Sie ist mit 2 CME-Punkten bewertet und nimmt ca. 45 Minuten in Anspruch.

**Bei Fragen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung helfen wir Ihnen gern weiter:**

**T. 069 24741-6479**

**E. [sqs@kvhessen.de](mailto:sqs@kvhessen.de)**

■ DR

Besuchen Sie [www.kvhessen.de/sektoreneuebergreifende-qualitaets-sicherung-sqs](http://www.kvhessen.de/sektoreneuebergreifende-qualitaets-sicherung-sqs), um grundlegende Informationen und die aktuellsten Neuigkeiten zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sowie zur Fortbildung zu finden.

Infobox

## Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)

### Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

**Dr. med. Christoph René Burchard**, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, wird für **PD Dr. med. Thomas Gausepohl** als ständiger Vertreter im Durchgangsarztverfahren anerkannt.

**Dr. med. Uwe Felmeden**, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, wird für **Dr. med. Michael Schneider** als ständiger Vertreter im Durchgangsarztverfahren anerkannt.

**Dr. med. Patrick Kornherr**, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, wird für **Prof. Dr. med. Sebastian Wutzler** als ständiger Vertreter im Durchgangsarztverfahren anerkannt.

**Dr. med. Michael André Müller** ist ab sofort als niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg am Standort Medical Point Idstein, Wiesbadener Straße 20 in 65510 Idstein am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

**Dr. med. Michael André Müller** ist ab sofort als niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg am Standort Medical Point Nordenstadt, Borsigstraße 2 in 65205 Wiesbaden am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

**Dr. med. Michael André Müller** ist ab sofort als niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg am Standort Medical Point Welfenhof, Mainzer Straße 98–102 in 65189 Wiesbaden am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

**Dr. med. Michael André Müller** ist ab sofort als niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg am Standort Medical Point City, Schwalbacher Straße 38–42 in 65183 Wiesbaden am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

■ DGUV





KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

**Sie finden uns im Internet unter:**

[www.kvhessen.de/aufdenpunkt](http://www.kvhessen.de/aufdenpunkt)



Generell setzen wir Freie Demokraten uns für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung ein. Diese wird von den freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten deshalb besonders patientenorientiert erbracht, weil sie die Therapieentscheidungen allein auf medizinischer Grundlage treffen. An diesem Prinzip wollen wir auch in Zukunft festhalten. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Es bedarf jedoch klarer Regeln, die sicherstellen, dass die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte in medizinischen Fragen weisungsfrei handeln dürfen. Auch müssen die Wettbewerbsbedingungen zwischen niedergelassenen Ärzten und MVZ fair gestaltet sein.



Wir unterstützen eine sektorenübergreifende Versorgung und möchten Basis- und Notfallversorgungszentren einrichten. Dabei geht es um eine bedarfsgerechte und patientenzentrierte Versorgung an Stelle von Rendite-Orientierung. Um dem bekannten Trend zur Organisation von Gewinnorientierten MVZ entgegenzusteuern, werden wir die Fehlanreize zur Gewinnorientierung, zur unangemessenen Mengenausweitung und zu Outsourcing beenden und neue Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität einführen. Gewinne, die aus Mitteln der Solidargemeinschaft erwirtschaftet werden, müssen verpflichtend und weitestgehend wieder in die Versorgung zurückfließen.

Im Mittelpunkt der Versorgungsqualität, die eindeutig definiert wird, steht für uns das Wohlergehen der Patient\*innen. Die Vergütung muss an Qualitätsmindestvorgaben, an die Ergebnisse der Qualitätssicherung sowie an eine wissenschaftlich evaluierte Personalbemessung geknüpft werden.

### 3. Frage

**Die KBV veröffentlicht seit 2016 einen Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung. 2020 ist der Bürokratieaufwand erneut gestiegen; zusätzlich belastet die Coronaviruspandemie mit komplexen Regelungen. Welche Pläne hat Ihre Partei, um den Bürokratieaufwand in den Praxen zu reduzieren?**



Die AfD will auf breiter Front deregulieren und Bürokratie abbauen. Mit Sorge beobachten wir zu viele und ineffiziente Regulierungen. Bürokratieabbau darf sich dabei nicht nur auf eine bessere Ausgestaltung der Regeln beschränken, sondern beinhaltet auch eine Überprüfung der Notwendigkeit bestehender Regeln. Genau dafür brauchen wir aber die Expertise der direkt Betroffenen. Von dort müssen ganz konkrete Punkte identifiziert und an die Politik herangetragen werden. Das sichert vernünftige Ergebnisse.



Aus unserer Sicht sollten die Möglichkeiten der Digitalisierung viel entschiedener und zielgerichteter genutzt werden, um unnötige Bürokratie abzubauen und bürokratieärmere Verfahren zu etablieren. Wir GRÜNE hoffen hier beispielsweise, dass insbesondere die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung schrittweise zu verringerten Aufwänden führt. Wir befürworten darüber hinaus, dass das Ziel der Bürokratieentlastung auch bei Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses eine größere Rolle spielt und die Praxistauglichkeit von Formularen und Vorgaben beständig evaluiert wird.



Im Gesundheitswesen haben CDU und CSU im Bereich der Digitalisierung großen Fortschritt erzielt. Das kommt auch den Arztpraxen vor Ort im Hinblick auf den Bürokratieabbau zugute. So können etwa der eingeleitete Prozess der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder auch die elektronische Patientenakte erheblich dazu beitragen, Prozesse zu vereinfachen, Doppeluntersuchungen zu vermeiden und insbesondere händische Eintragungen überflüssig werden zu lassen. Auch zukünftig werden wir Bürokratie reduzieren, damit Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal mehr Zeit für Patientinnen und Patienten haben und Gesundheits- und Pflegeberufe attraktiver werden. Von bestimmten Dokumentations- oder Beantragungsaufgaben werden wir hingegen keinen Abstand nehmen können. Das bezieht sich auf die Fälle, die für die Qualitätssicherung oder aber für die Absicherung im Arzt-Patienten-Verhältnis notwendig sind. Auch an Aufklärungs- und Informationspflichten wollen wir grundsätzlich festhalten.



Einen erheblichen Teil des Bürokratieaufwands erfordert die Abrechnung. DIE LINKE setzt sich für ein einfacheres Honorierungssystem ein, das transparent ist und frühzeitig den konkreten Honoraranspruch der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte deutlich macht. DIE LINKE unterstützt darüber hinaus alle Maßnahmen, die den Bürokratieaufwand in den Praxen reduzieren, ohne das Niveau der Qualitätssicherung oder der Behandlungsdokumentation abzusenken.



Wir Freie Demokraten setzen uns entschieden dafür ein, die Bürokratie im Gesundheitswesen abzubauen. Schon jetzt ist die Bürokratie in den Praxen enorm. Von ihrer Arbeitszeit müssen Ärztinnen und Ärzte einen viel zu großen Anteil für Verwaltung und Bürokratie aufwenden. Diese wertvolle Zeit muss den Ärzten und Praxisangestellten wieder für die Behandlung von Patienten zur Verfügung stehen. Bereits im Antrag „Ambulante ärztliche Versorgung verbessern, Bürokratie abbauen, Budgetierung aufheben“ (BT-Drs. 19/4833) hat sich die Fraktion der Freien Demokraten im Deutschen Bundestag für einen Bürokratieabbau eingesetzt.



Der bürokratische Aufwand im Gesundheitswesen muss grundsätzlich überprüft und die Dokumentationsprozesse müssen angepasst werden. Die Digitalisierung und neue KI-Anwendungen öffnen hier große Potenziale zur Entlastung.

## 4. Frage

**Sind die bereits bestehenden gesetzlichen Vorgaben bei den Themen Datenschutz und Datensicherheit im Gesundheitswesen ausreichend oder gibt es hier – zum Beispiel im Bereich elektronische Patientenakte – noch gesetzlichen Regelungsbedarf?**



Elektronischer Datenaustausch kann auch bei Ärzten helfen, Bürokratie abzubauen und Prozesse zu vereinfachen. Letztlich wird es für die Daten keinen hundertprozentigen Schutz geben, so wie auch nie eine Papierakte zu einhundert Prozent zu schützen war. Das Risiko mindern würde aber eine dezentrale Speicherung von Daten, wo immer es möglich ist. Dafür hat sich die AfD schon immer eingesetzt.



Die gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz und zur Datensicherheit sind ausreichend. Weiterentwicklungsbedarf sehen wir noch mit Blick auf die digitale Souveränität der Versicherten. Es muss ihnen ermöglicht werden, detailliert selbst zu entscheiden, wem sie welche Daten zur Verfügung stellen. Hierfür bedarf es nicht nur einer technischen Umsetzung, sondern auch der entsprechenden Beratung. Bisher ist eine politische Strategie für die Digitalisierung im Gesundheitswesen nicht erkennbar. Es fehlt eine klare Richtung, bei der insbesondere die Interessen und Belange der Patient\*innen und ihre Versorgung im Mittelpunkt stehen. Wir GRÜNE wollen eine solche Strategie zusammen mit den Nutzer\*innen im Gesundheitswesen entwickeln.



Die Patientinnen und Patienten der Zukunft werden – unter Wahrung des Schutzes ihrer Daten – ihre gesamte Krankengeschichte an einem Ort speichern und Ärzte und andere Leistungserbringer darauf zugreifen lassen können. Gleichzeitig wird die Digitalisierung Ärztinnen und Ärzten und vielen weiteren Akteuren im Gesundheitsbereich unter anderem durch eine bessere Vernetzung dabei helfen, Arbeitsprozesse zu vereinfachen und Bürokratie abzubauen. Jegliche Datenspeicherung muss aus unserer Sicht den strengen Anforderungen des Datenschutzes unterliegen. Oberste Prämisse ist bei allen Initiativen, dass die gespeicherten Daten Eigentum der Patientinnen und Patienten sind. Nur diese dürfen entscheiden, wer wann Zugriff auf ihre Daten hat. Diese hohen Sicherheitsstandards bedürfen einer sicheren und flexiblen Telematikinfrastruktur. Um die Anwender der Telematikinfrastruktur noch besser zu unterstützen, haben CDU und CSU in dieser Wahlperiode die Gesellschaft für Telematik beauftragt, einen sicheren Zugang zur Telematikinfrastruktur zu entwickeln.

**DIE LINKE.** Insgesamt wurde in der vergangenen Wahlperiode die 15 Jahre währende Lähmung durch unkritischen Aktionismus ersetzt. So wurden voreilig unfertige Anwendungen online gebracht, Datenschutzpannen provoziert und nicht zuletzt Industrieinteressen bedient. DIE LINKE kritisiert scharf, dass mit der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) das Versprechen für mehr Datensouveränität für die Patientinnen und Patienten nicht eingehalten wurde, da die grobe Steuerung in Bezug auf Schreib- und Leserechte Dritter keinen selbstbestimmten Umgang ermöglicht. Obwohl die Telematikinfrastruktur (TI) selbst recht sicher ist, sind Datenpannen passiert. Denn zu wenig wurde auf die technische und menschliche Umgebung der TI geachtet und zu überstürzt wurden die TI mit ihren Anwendungen eingeführt. Unsichere Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) kamen in die Versorgung, aber auch die Ausgabe der Gesundheitskarte selbst entsprach und entspricht nicht den datenschutzrechtlichen Vorgaben.



Wir Freie Demokraten wollen die Digitalisierung im Gesundheitswesen durch klare und transparente Rahmenbedingungen voranbringen. Dazu benötigen wir offene Standards, Interoperabilität und Datensicherheit. Die Vernetzung zwischen allen Gesundheitsakteuren sowie Patientinnen und Patienten muss digital ausgestaltet sein. Nur so ist eine schnelle Verfügbarkeit der Patientinnen- und Patientendaten sicherzustellen. Die Digitalisierung ist kein Wert an sich, sondern sie hat das Potential, die Gesundheitsversorgung und den Arbeitsalltag von allen Gesundheitsakteuren zu erleichtern.

Wir haben deshalb die (leider viel zu spät in die Wege geleitete) Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) begrüßt. Die Fraktion der Freien Demokraten im Deutschen Bundestag hat hier das Opt-out-Modell gefordert. Die Nutzung bliebe natürlich freiwillig. Der Versicherte müsste aber nicht aktiv werden, um seinen Zugang zu erhalten.

In einem Entschließungsantrag zum Patientendaten-Schutz-Gesetz (BT-Drs. 19/20758) hat die Fraktion der Freien Demokraten im Deutschen Bundestag die Bundesregierung aufgefordert, einen Gesetzesentwurf vorzulegen, der sicherstellt, dass Gesundheitsdaten zu keinem Zeitpunkt Rückschlüsse auf einzelne Personen ermöglichen. Die Datenhoheit gehört in die Hand der Patienten.



Wir wollen eine sektorenübergreifende und patient\*innenorientierte Versorgung mit mobilen und multiprofessionalen Teams. Das setzt voraus, dass der Datenaustausch und die Datensicherheit deutlich verbessert werden müssen. Wir brauchen genaue Vorgaben, deutlich mehr Investitionen bei den Produkten und mehr Mitspracherechte der Dateninhaber\*innen.

Den Patient\*innen müssen perspektivisch feingranulare Dokumentmanagementsysteme zur Verfügung stehen. Sie müssen aktiv beeinflussen können, was und wo gespeichert wird und wer welche Datensätze sehen darf. Die Grundlage für den Erfolg dieser Entwicklung ist die Cybersicherheit.





## 5. Frage

**Sind Instrumente wie die Bedarfsplanung oder Budgetierung in der vertragsärztlichen Versorgung bei der Bekämpfung des Ärztemangels noch zeitgemäß und wenn nein, welche Reformen schlagen Sie in diesen Bereichen vor?**



Die niedergelassenen Ärzte in Deutschland müssen das Recht haben, ihren Beruf uneingeschränkt auszuüben. Die Budgetierung grenzt die vertraglich zugesicherte freie Berufsausübung unzulässig und zu Lasten der Patienten ein. Deshalb muss eine ausschließlich ökonomisch begründete Einschränkung der Therapiefreiheit außer Kraft gesetzt werden. Allgemeine Standards und starre Budgetvorgaben dürfen nicht über die individuelle Art und Weise einer medizinischen Behandlung entscheiden.



Die Ursachen insbesondere für die regionale Ungleichverteilung von Ärzt\*innen sind vielfältig. Die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung ist hierbei ebenso ein Instrument wie Differenzierungen bei der Vergütung, um stärkere Anreize für die Tätigkeit in ländlichen Regionen zu schaffen. Zugleich bedarf es aber auch attraktiverer Arbeitsbedingungen und struktureller Reformen. Denn die Antwort auf die Versorgungsprobleme ländlicher Regionen, auch durch den zunehmenden Anteil chronisch kranker, multimorbider und älterer Versicherter, ist nicht ausschließlich der einzelne Arzt, die einzelne Ärztin, sondern sind Versorgungsformen, die die Zusammenarbeit unterschiedlicher ärztlicher Professionen sowie weiterer Gesundheitsberufe erleichtern. Das ist im Interesse der Patient\*innen, weil es die Wege verkürzt und die Versorgung unter einem Dach ermöglicht.



Die Bedarfsplanung und Budgetierung haben sich im Hinblick auf die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung als Instrumente bewährt. Eine gänzliche Aufhebung würde falsche Anreize setzen. CDU und CSU setzen sich dafür ein, dass diese Instrumente so flexibel wie möglich eingesetzt werden können, um gezielt auf die Bedürfnisse vor Ort einzugehen. So sind Ausnahmen von der Bedarfsplanung möglich, etwa in unterversorgten oder davon bedrohten Bereichen. In bestimmten ländlichen oder strukturschwachen Gebieten können Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten sogar gänzlich entfallen. Wir wollen die Bedarfsplanung weiterentwickeln und effektiv umsetzen. Im Hinblick auf die Budgetierung verweisen wir darauf, dass bereits zahlreiche Leistungen extrabudgetär vergütet werden. So können Hausärzte beispielsweise ihre Leistungen extrabudgetär vergütet bekommen, wenn sie Patienten durch Vermittlung der Terminservicestellen (TSS) annehmen.

**DIE LINKE.** Wir wollen, dass allen Menschen in Deutschland unabhängig vom Wohnort eine gute Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht. Die heutige Bedarfsplanung erfüllt diese Anforderung nur unzureichend. Wir fordern dafür eine grundlegende Reform der Bedarfsplanung, die den tatsächlichen Versorgungsbedarf in den Blick nimmt und etwa die Sozialstruktur in der Region mehr berücksichtigt. Die Budgetierung sehen wir grundsätzlich kritisch. Es darf keine medizinisch angezeigte Behandlung unterbleiben, weil die Ärztin oder der Arzt Angst vor Regressen haben muss.

Daher fordern wir die Ersetzung der Budgetierung durch qualitätsorientierte Kriterien. Ein gutes Beispiel bietet hier die Arzneimittelinitiative Sachsen/Thüringen (ARMIN), die ein Konzept von KBV und ABDA umgesetzt. Hier wird zum Beispiel erprobt, ob durch Wirkstoffverordnungen und Berücksichtigung eines Medikationskatalogs eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit entfallen kann.



Wir Freie Demokraten setzen uns dafür ein, dass die ärztliche Behandlung leistungsgerecht vergütet wird. Das ist seit Einführung der Budgetierung nicht der Fall. Denn durch diese Deckelung wird die geleistete Arbeit nicht mehr vollständig bezahlt. Wir sind der Auffassung, dass kein Arzt bestraft werden darf, der sich intensiv um seine Patientinnen und Patienten kümmert. Am Ende sind es die Patientinnen und Patienten, die von der Therapiefreiheit der Behandlung ohne Budgetierungszwang profitieren. Im Antrag „Ambulante ärztliche Versorgung verbessern, Bürokratie abbauen, Budgetierung aufheben“ (BT-Drs. 19/4833) hat sich die Fraktion der Freien Demokraten im Deutschen Bundestag für diese Ziele eingesetzt.

Für die Niederlassungsfreiheit als Regelfall und mehr regionale Verantwortung hat sich Fraktion der Freien Demokraten im Deutschen Bundestag ebenfalls mit einem Antrag (BT-Drs. 19/6417) ausgesprochen.



Die bestehenden Instrumente müssen angepasst werden. Wir sind für eine sektorenübergreifende Versorgung (inkl. bedarfsorientierter und integrativer Planung, einheitlichem Vergütungssystem und gemeinsamer Qualitätssicherung) mit integrierten, mobilen Teams, deren Mitglieder sowohl freiberufliche als auch angestellte Ärzt\*innen sein können. Eine Planung der Versorgung erachten wir als notwendig.

## 6. Frage

**Bei der Bewältigung der Coronaviruspandemie spielen die niedergelassene Ärzteschaft wie auch die Psychotherapeut:innen eine herausragende Rolle. Wie kann die Politik helfen, damit der Beruf des niedergelassenen Arztes beziehungsweise der niedergelassenen Ärztin mehr Wertschätzung erfährt?**



Die AfD steht für soziale Marktwirtschaft und gegen Planwirtschaft, gegen Einheitsversorgung und gegen Sozialabbau. Selbstverwaltung, Freiberuflichkeit und Therapiefreiheit haben für die AfD deshalb einen ausgesprochen hohen Stellenwert. Dafür werden wir uns weiter einsetzen.



Die Mehrzahl der Patient\*innen mit COVID-19 wurde während der Pandemie in ambulanten Einrichtungen behandelt. Diese haben sich als eine Art ambulanter Schutzwall für die Krankenhäuser erwiesen. Aus unserer Sicht ist es wichtig, dies in der Öffentlichkeit stärker zu artikulieren, um so, neben der Leistung der Pflegekräfte, auch den Stellenwert der in der ambulanten Versorgung tätigen Gesundheitsberufe herauszustellen. Wertschätzung für die Arbeit aller Gesundheitsberufe zeigt sich durch gute Arbeitsbedingungen. Zu den Erkenntnissen der Pandemie gehört, dass die ambulante Versorgung weiter

gestärkt werden muss. Vor allem die Primärversorgung muss aufgewertet werden. Hierzu gehören auch attraktive Arbeitsbedingungen, eine angemessene Bezahlung oder die Möglichkeit zur Teamarbeit. Daneben muss auch der öffentliche Gesundheitsdienst dringend ausgebaut werden. Um die Personal- und Honorierungssituation dort zu verbessern, muss auch die Finanzierung verbessert werden. Dies gelingt nur, wenn Bund und Länder zusammenarbeiten.

**CDU**

**CSU**

Die Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Arzt- und Psychotherapiepraxen leisten zur Bewältigung der Coronavirus-Pandemie Außerordentliches. Das gilt insbesondere auch für die Unterstützung bei der Impfkampagne und bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die als Folge der Coronavirus-Pandemie mit weiteren gesundheitlichen Auswirkungen zu kämpfen haben. Eine leistungsfähige ambulante Versorgung ist das Rückgrat unseres Gesundheitswesens. Alle Maßnahmen, die geeignet sind, den Beruf der niedergelassenen Ärzte bzw. der niedergelassenen Psychotherapeuten zu stärken, werden unsere Unterstützung erfahren. Dazu gehört auch, mehr Mediziner im und für den ländlichen Raum auszubilden, den flächendeckenden Ausbau des psychotherapeutischen Behandlungsangebots für Kinder und Jugendliche voranzubringen und das Angebot der Telemedizin weiterzuentwickeln.

**DIE LINKE.**

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gehören zurecht zu den angesehensten Berufen überhaupt. Sie haben in der Pandemie Flexibilität und Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung wieder unter Beweis gestellt. Gerade die ambulante Versorgung ist im Umbruch begriffen, weil die demographische Entwicklung in der Ärzteschaft, aber auch neue Erwartungen und Ansprüche der jüngeren Ärztegeneration sich verändern. DIE LINKE setzt sich dafür ein, dass attraktive Arbeitsplätze für Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung entstehen, die die gewünschte kollegiale Zusammenarbeit und attraktive familienfreundliche Arbeitsbedingungen miteinander verbinden.

**Freie Demokraten**

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wie auch die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben bei der Bewältigung der Pandemie eine hervorragende Arbeit geleistet. Wir sehen unsere Aufgabe darin, die politischen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Ärztinnen und Ärzte gern ihrem Beruf nachgehen können. Dazu gehört z. B. die Garantie der Therapiefreiheit. Wertschätzung der Arbeit fängt aber schon damit an, dass wir Ärztinnen und Ärzte vor überbordender Bürokratie und Berichtspflichten entlasten. Wir sind der Ansicht, dass den Ärztinnen und Ärzten wieder mehr Zeit für Ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen sollte.

**SPD**

Die Ärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen gehören zu den am meisten wertgeschätzten Berufsgruppen in unserem Land. Ihre Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen können jedoch noch verbessert werden. Als wichtige Maßnahmen sehen wir die Stärkung der Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung, die bei diesen Gruppen öfter zu kurz kommen, sowie die Förderung der Work-Life-Balance. Zudem setzen wir uns für eine einheitliche Honorarordnung mit einer angemessenen und sachgerechten Bezahlung und für eine bessere Planung und Entbürokratisierung ein.

## 7. Frage

Die Arztzeit, die zur Behandlung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht, wird knapper. Teilweise können schon jetzt frei werdende Arztsitze auf dem Land nicht mehr besetzt werden. Welche Maßnahmen schlägt Ihre Partei vor, um die Situation zu verbessern und den ärztlichen Nachwuchs für die Arbeit auf dem Land zu begeistern?



Auch bei der ärztlichen Versorgung ändern sich die Zeiten: Veränderte Work-Life-Balance, Verweiblichung, Wunsch nach Teilzeit und nach Anstellung statt Freiberuflichkeit – die neuen Absolventen haben nicht die gleichen Lebensentwürfe wie frühere Generationen. Und die Antwort auf diese Entwicklung kann nur sein: Mehr Studienplätze!



Wir GRÜNE gehen davon aus, dass es vor allem eine Ungleichverteilung von Ärzt\*innen mit Blick auf Fachgruppen und Regionen gibt. Als einen Schlüssel zur Lösung dieser Probleme sehen wir insbesondere attraktivere Arbeitsbedingungen. Umfragen zeigen beispielsweise, dass junge Ärzt\*innen neben einer guten Bezahlung auch auf familienfreundliche Arbeitsbedingungen und -zeiten sowie teamorientierte fächerübergreifende Arbeitsformen Wert legen. Wir setzen daher im ländlichen Raum auf kooperative Versorgungsformen, wie etwa Gesundheitszentren, die auch das Arbeiten als angestellte Ärzt\*innen sowie die teamorientierte Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen ermöglichen. Solche Zentren sind auch eine Antwort auf die Versorgungsprobleme in ländlichen strukturschwachen Regionen. Darüber hinaus müssen die Möglichkeiten der Digitalisierung viel stärker genutzt werden, um den Zugang zu spezialisierten medizinischen Angeboten auch in diesen Regionen zu erleichtern.



Anspruch und Ziel von CDU und CSU ist eine gute medizinische Versorgung – unabhängig von Alter, Wohnort und Geldbeutel. Zusammen mit den Ländern werden wir 5.000 zusätzliche Studienplätze für Humanmedizin schaffen und gleichzeitig die Landarztquote bei der Studienplatzvergabe über die heutige Grenze von zehn Prozent hinaus erhöhen. Damit chronisch Kranke und ältere Patienten gut und kontinuierlich versorgt sind, bringen wir die Telemedizin voran und setzen ergänzend zur klassischen Hausarztversorgung auf den Einsatz von Gemeindeschwestern, um für Entlastung zu sorgen.



Insbesondere in der Allgemeinmedizin werden in den kommenden Jahren viele Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand gehen. Junge Ärztinnen und Ärzte haben jedoch vielfach andere Erwartungen an das Berufsleben. Teilzeitarbeit von Frauen und Männern nimmt zu, Teamarbeit nimmt einen höheren Stellenwert auch für die eigene Zufriedenheit ein, der klassische Einverdiener-Haushalt verliert an Bedeutung. Die lange Bindung an einen Ort ist für viele weniger attraktiv. In attraktiven Regionen schrecken auch die horrenden Kosten für den Kauf einer Praxis mit Kassensitz ab.

DIE LINKE möchte mit größeren Versorgungsstrukturen die ärztliche ambulante Tätigkeit weiterhin attraktiv halten und an die Wünsche junger Ärztinnen und Ärzte anpassen. Zudem fordern wir, dass die Zahl der Medizinstudienplätze erhöht und die benötigten Fachrichtungen in besonderer Weise berücksichtigt werden.



Wir Freie Demokraten wollen die Attraktivität des ländlichen Raums für Ärztinnen und Ärzte erhöhen. Damit auch in Zukunft ausreichend Haus- und Fachärzte für die Patientinnen und Patienten da sind, müssen die Rahmenbedingungen verbessert werden. Wir benötigen motivierten und gut ausgebildeten medizinischen Nachwuchs und Entbürokratisierung, leistungsgerechte Vergütung und flexible Niederlassungsmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung. Die Fraktion der Freien Demokraten im Deutschen Bundestag hat bereits 2018 zu diesem Themenkomplex einen eigenen Antrag mit dem Titel „Regionalisierung der Bedarfsplanung, Niederlassungsfreiheit als Regelfall“ (19/6417) in den Bundestag eingebracht. Ziel dieses Antrags ist es, durch eine Regionalisierung die Niederlassungsfreiheit für Ärztinnen und Ärzte zu stärken. Gleichzeitig sollen Strukturzuschläge eingeführt werden, um mit Vergütungsanreizen die Niederlassung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten attraktiver zu machen.



Um das Problem der Versorgung auf dem Land anzugehen, wollen wir integrierte, sektorenübergreifende Versorgungszentren mit mobilen Teams gründen. Wir werden uns für eine Struktur aus wohnortnahen Basis- und Notfallversorgungszentren sowie regionalen und überregionalen Spezialkliniken einsetzen. Dazu wollen wir auch Instrumente der integrierten, ganzheitlichen Versorgungsplanung nutzen. Zudem setzen wir uns für Innovationen bei der Anwerbung angehender Ärzt\*innen, für die Stärkung der Attraktivität der ländlichen Gebiete und der Arbeit in integrierten, selbstbestimmten Teams auf dem Land ein.

## 4

– so viele Abgeordnete aus Hessen sind in der auslaufenden 19. Wahlperiode als ordentliche Mitglieder im Gesundheitsausschuss des Bundestags vertreten. Kennen Sie die vier hessischen Gesundheitsfachleute?<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kordula Schulz-Asche (B90/Die Grünen; Main-Taunus),  
Dr. Achim Kessler (DIE LINKE; Frankfurt Main I),  
Dr. Edgar Franke (SPD; Schwalm-Eder),  
Bettina Müller (SPD; Main-Kinzig – Wetterau II – Schotten).



## 8. Frage

**Die Psyche sei ein „vergessener Aspekt von COVID-19“, sagte die WHO-Direktorin für psychische Gesundheit, Devora Kestel. Haben Sie in Ihrer Partei einen Plan, die psychotherapeutische Versorgung dem stetig zunehmenden Bedarf anzupassen und langen Wartezeiten vorzubeugen?**



Aufgrund der COVID-19-Pandemie hat die Bundesregierung historisch einmalige Eindämmungsmaßnahmen beschlossen, die das soziale und wirtschaftliche Leben und die Grundrechte in Deutschland drastisch einschränken und unser Land in eine Wirtschaftskrise stürzen. Dabei sind auch gesundheitliche Kollateralschäden nicht ausgeblieben. Wichtig wäre nun, dass bei der Bewältigung dieser auch psychischen Schäden nicht auch noch gespart wird. Diesbezüglich verweisen wir auf unsere Antwort auf Frage 5.



Die Wartezeiten für eine Psychotherapie sind vielerorts unzumutbar. Zwar wird für fast alle Regionen eine „Überversorgung“ mit Psychotherapeut\*innen festgestellt. Doch die dafür ausschlaggebende Messung geht völlig am eigentlichen Bedarf vorbei. Durch die Corona-Pandemie nehmen seelische Erkrankungen weiter zu, somit wird es zu einem nochmals steigenden Bedarf für Psychotherapie kommen. Es ist daher dringend angezeigt, zusätzliche Kassensitze für Psychotherapeut\*innen zu schaffen, insbesondere in ländlichen Regionen. Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollten zudem verpflichtet werden, gesetzlich Versicherten einen Behandlungsplatz in einer psychotherapeutischen Privatpraxis zu vermitteln, wenn ihre Suche bei zugelassenen Psychotherapeut\*innen innerhalb von vier Wochen vergeblich war. Überall im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem sollten Betroffene stärker einbezogen werden, z. B. über den Einsatz von Genesungsbegleiter\*innen.



Die Corona-Pandemie hat erhebliche Auswirkungen auf alle Bereiche unseres Lebens. Besonders eklatant sind die Auswirkungen dort, wo sie zu einer Zunahme der psychischen Erkrankungen führen. Wir werden uns deshalb intensiv der Bewältigung der sozialpsychologischen Folgen der Pandemie widmen und setzen uns auch künftig dafür ein, die bereits mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz eingeleitete Reduzierung der Wartezeit auf eine psychotherapeutische Behandlung weiter voranzutreiben. Um die Patientinnen und Patienten genau dort gut zu erreichen, wo der Bedarf hoch ist, setzen wir auf eine Bedarfsplanung mit flexiblen Instrumenten und sachgerechten Lösungen vor Ort. Dort, wo es notwendig ist, sollte die Zahl der Sitze für niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhöht werden. Das gilt insbesondere für das psychotherapeutische Behandlungsangebot für Kinder und Jugendliche. Grundsätzlich lassen wir uns dabei auch davon leiten, allen Bürgerinnen und Bürgern einen digitalen, wohnortnahen und möglichst barrierefreien Weg zum Psychotherapeuten zu ermöglichen.

**DIE LINKE.** Entscheidend ist letztlich nicht allein die Zahl der Praxen, sondern das erlebte Versorgungsangebot. Wenn auf dem Papier eine gute Versorgungsdichte besteht, die Menschen aber trotzdem lange Wege und Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, hat die Bedarfsplanung hier ihren Zweck nicht erfüllt. Insbesondere bei der Psychotherapie sind die gültigen Verhältniszahlen weit vom realen Bedarf entfernt. DIE LINKE fordert eine erheblich größere Versorgungsdichte bei psychologischen wie ärztlichen Psychotherapiepraxen. Da psychische Gesundheit eng mit dem Sozialstatus zusammenhängt, sind benachteiligte Regionen hier ganz besonders in den Blick zu nehmen.



Wir Freie Demokraten sind der Ansicht, dass die psychischen Folgen der Pandemie von der Bundesregierung zu spät in den Blick genommen wurden. Wir wollen die Wartezeiten auf einen Therapieplatz reduzieren, den Ausbau von Therapieplätzen fördern, Prävention und Aufklärung stärken sowie die Ausbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten weiterentwickeln. Die Anzahl der Kassensitze für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wollen wir deutlich erhöhen. Ebenso wollen wir mehr Studienplätze für Psychologie und Psychotherapie schaffen. Schulpsychologische Beratungsangebote wollen wir ausbauen.

Die Fraktion der Freien Demokraten im Deutschen Bundestag hat mit dem Antrag „Zeitnahe psychotherapeutische Versorgung während der COVID-19-Pandemie sicherstellen“ (BT-Drs. 19/19416) bereits im Mai 2020 Maßnahmen gefordert, um den Zugang zu erleichtern und Wartezeiten zu verkürzen.



Wir werden die ambulante und integrierte psychotherapeutische Versorgung, inklusive Fachkliniken und Tageskliniken, stärken, damit sie niedrigschwellig und ohne lange Wartezeiten allen zugänglich ist. Zudem werden wir eine konsequente Vernetzung innerhalb des bestehenden Hilfesystems verfolgen. Dafür wollen wir auch die Möglichkeit zur Bildung integrierter Versorgungszentren nutzen, in denen regional tätige, multiprofessionelle, mobile, teilstationär und ambulant arbeitende Teams eingesetzt werden. Wir wollen auch Verbesserungen in der praktischen Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten erreichen. Psychotherapeut\*innen in Ausbildung sollen einen eigenständigen und einklagbaren Vergütungsanspruch erhalten, der deutlich über den bereits vergüteten 40 Prozent ihrer ambulant geleisteten Krankenbehandlungen liegt. Zudem schlagen wir vor, ihren Kostenanteil an den für sie erforderlichen Supervisionen zu reduzieren.

Quelle: KBV

# Nichtraucher:in werden und bleiben



Bundesinitiative der Drogenbeauftragten „Rauchfrei leben“ – Rauchstoppangebote für Langzeitraucher:innen



Starke und langjährige Raucher:innen stehen im Fokus einer Bundesinitiative, die die Bundesdrogenbeauftragte Daniela Ludwig gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium gestartet hat. Ziel ist es, Langzeitraucher:innen beim Ausstieg zu helfen.

Unterstützt wird die Initiative „Rauchfrei leben“ von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Bundesärztekammer, der KBV, dem GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung, dem Aktionsbündnis Nichtrauchen, der Deutschen Krebshilfe und dem Deutschen Krebsforschungszentrum.

Die Initiative wird von der Kommunikationskampagne „Deine Chance“ begleitet. Auf der Website [www.nutzedeinechance.de](http://www.nutzedeinechance.de) werden unter ande-

Mehr als **eine Viertelmillion** hessische GKV-Versicherte wurden 2020 aufgrund von Tabak- und Nikotinkonsum behandelt. Bei knapp einem Viertel dieses Personenkreises wurde ein Abhängigkeitssyndrom durch Gebrauch von Tabak diagnostiziert.

Rauchen ist teuer. Wer wissen will, wie viel gespart werden kann, und dabei etwas für seine Gesundheit tun will, sollte den „Ersparnisrechner“ unter [www.nutzedeinechance.de](http://www.nutzedeinechance.de) befragen.

### Dein Ersparnisrechner

Rauchen verbrennt Geld. Richtig viel Geld. Es schadet nicht nur deiner Gesundheit, Vitalität und Lebensqualität, sondern auch deinem Portemonnaie. Check einfach mal den Ersparnisrechner – lohnt sich, so ein Rauchstopp, findest du nicht?!

Wieviele Zigaretten rauche ich ungefähr pro Tag? <input type="text" value="16"/>	Wann erreiche ich das? <b>79</b> Tage	Was kann ich mir dafür leisten?  <b>Neue Spielekonsole</b>
Wieviel Geld will ich sparen? € <input type="text" value="400"/> Das entspricht: 1.250 Zigaretten à 32 cent	Das Ziel erreichst du am 15.10.2021	

rem Rauchstoppangebote gebündelt. So finden Interessierte schnell zu einem Angebot, das zu ihnen passt. Ein Ersparnisrechner soll die Motivation zum Rauchausstieg fördern.

### FACHLICHER DIALOG ZUM RAUCHAUSSTIEG

Zudem gibt es einen Dialog zu Fragen des Rauchausstiegs. Dabei geht es gemeinsam mit Wissenschaftler:innen, Ärzt:innen und anderen Expert:innen darum, Barrieren beim Rauchausstieg zu identifizieren und die Hilfe für Raucher:innen zu verbessern.

### INFOKARTE FÜR DAS WARTEZIMMER

Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen, die ihre Patient:innen auf das Rauchstoppangebot aufmerksam machen wollen, können kostenfrei Infokarten zur Auslage im Wartezimmer bestellen: [www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/nutze-deine-chance-endlich-rauchfrei-leben--1918744](http://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/nutze-deine-chance-endlich-rauchfrei-leben--1918744)

In Deutschland sterben jährlich rund 127.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Kaum eine Präventionsmaßnahme ist wirksamer, als das Rauchen aufzugeben. ■

KBV

# Nutze Deine Chance: Endlich rauchfrei leben!

Auf [www.nutzedeinechance.de](http://www.nutzedeinechance.de) findest du jetzt unter vielen geprüften und wirksamen Angeboten ganz einfach das passende für deinen Rauchstopp.



Ein Ersparnisrechner zeigt dir, wie viel Geld du damit sparst. Und bei Fragen hilft die kostenlose Hotline der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Nutze Deine Chance jetzt!



## Mehr Informationen

Kampagnenseite der Bundesinitiative „Rauchfrei leben“ mit Rauchstoppangeboten  
[www.nutzedeinechance.de](http://www.nutzedeinechance.de)

Bestellmöglichkeit Infokarte für das Wartezimmer  
[www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/nutze-deine-chance-endlich-rauchfrei-leben--1918744](http://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/nutze-deine-chance-endlich-rauchfrei-leben--1918744)

FAQ zur Kampagne  
[www.nutzedeinechance.de/faqs](http://www.nutzedeinechance.de/faqs)

KBV-Themenseite Raucherentwöhnung  
[www.kbv.de/html/raucherentwoehnung.php](http://www.kbv.de/html/raucherentwoehnung.php)

# „kbv-klartext.de“ online lesen

„Klartext“ erscheint ab sofort im lesefreundlichen Online-Format. Das gesundheitspolitische Magazin der KBV erfreut sich seit 25 Jahren großer Beliebtheit.

Das Magazin „Klartext“ wird zukünftig nicht mehr in gedruckter Form, sondern digital herausgegeben. In seiner ersten Online-Ausgabe weist es zudem auch neue Formate auf. Ein Beispiel ist die Rubrik „Per-

spektiven“, in der Politiker:innen und Expert:innen aus dem Gesundheitsbereich ihre Meinung äußern. Neu ist ferner „Berlin intern“. Hier werden Einblicke in die aktuelle Gesundheitspolitik gewährt.

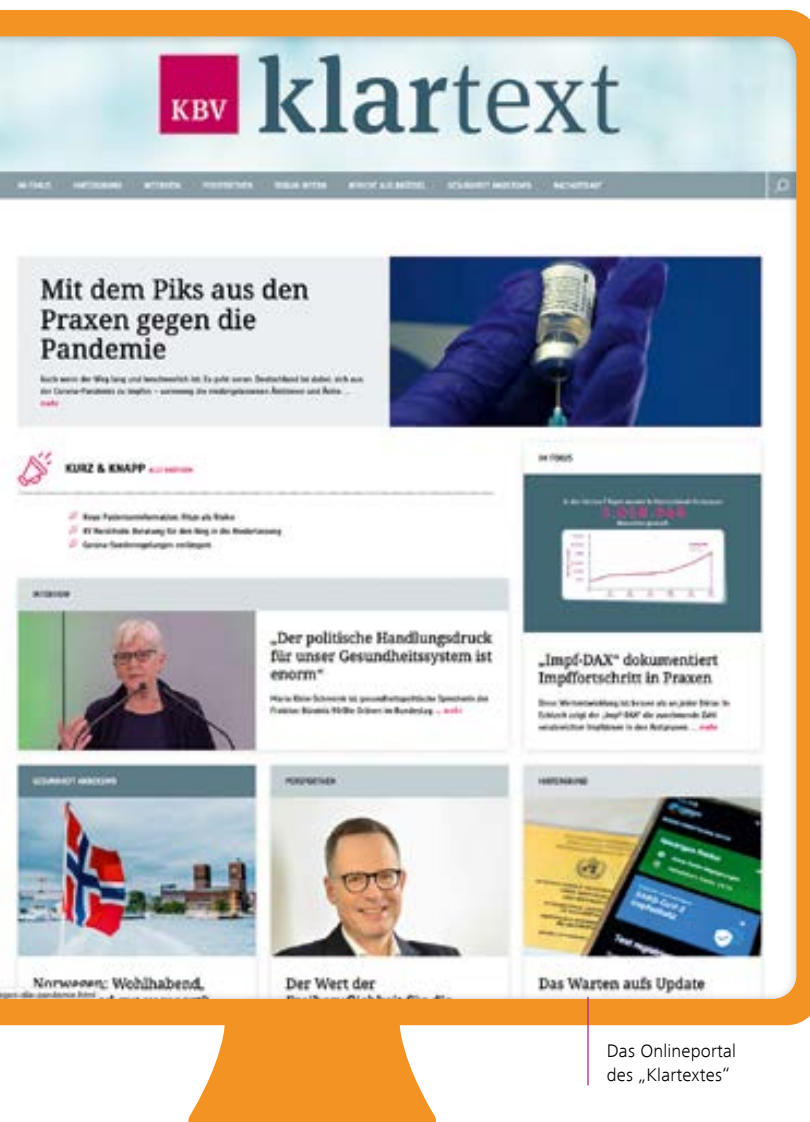
## REPORTAGE ÜBER MODELLPRAXIS

Aber es wird ebenso Bewährtes weitergeführt, zum Beispiel das große Interview, in dem dieses Mal die gesundheitspolitische Sprecherin der Unionsfraktion im Bundestag, Karin Maag, zu Wort kommt. Zentrales Thema ist auch im aktuellen „Klartext“ das Impfen. Dabei steht vor allem die bedeutende Rolle der Niedergelassenen im Fokus. Neben einer Reportage über eine Modellpraxis, in der seit März gegen Corona geimpft wird, spielt die Geschichte der Immunisierung eine Rolle. Ein Medizinhistoriker geht unter anderem der Frage nach, welchen Einfluss das Impfen auf die Entwicklung der Gesellschaft hat.

## ONLINE-KLARTEXT ABONNIEREN

In der schnelllebigen Onlinewelt erscheint auch das KBV-Magazin öfter: Statt vier Ausgaben im Jahr gibt es nun alle zwei Monate einen neuen „Klartext“. Der digitale „Klartext“ ist unter [www.kbv-klartext.de](http://www.kbv-klartext.de) zu finden und ohne Anmeldung lesbar. Wer per Newsletter regelmäßig über das Erscheinen der neuen Ausgabe informiert werden möchte, kann sich dafür hier anmelden. ■

KBV



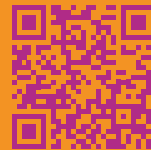


Sie erhalten Ihre KV-Rundschreiben nicht per E-Mail? Dann wird's höchste Zeit!

## Online statt „per Briefftaube“

E-Mails sind schnell, einfach zu versenden und zu empfangen. Versandkosten fallen auch nicht an. Daher ersetzen E-Mails den klassischen Geschäftsbrief. Auch bei Ihnen? Oder erhalten Sie die Rundschreiben der KVH noch per Post? Dann sollten Sie dies ändern, damit Sie immer aktuell über wichtige Themen zu Ihrem Praxisalltag informiert werden.

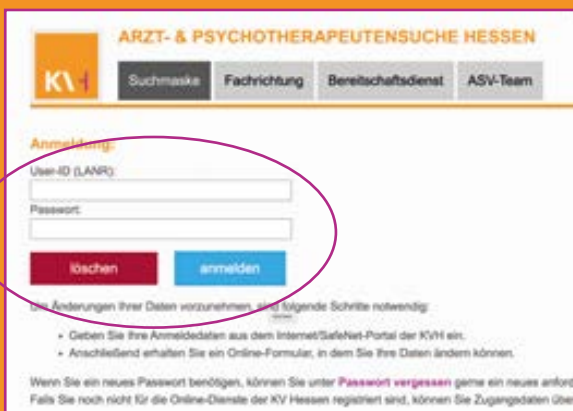
Die Änderungen können Sie selbst veranlassen über die Arztsuche [www.arztsuche Hessen.de](http://www.arztsuche Hessen.de):



Gehen Sie auf Ihren Eintrag in der Arztsuche.



Klicken Sie auf „Service für Mitglieder der KV Hessen: Korrektur der eigenen Angaben“.



Verifizieren Sie sich mit LANR und Passwort (= SafeNet\*-Zugang).



Tragen Sie Ihre E-Mail-Adresse ein. Nun erhalten Sie zukünftig alle Rundschreiben tagesaktuell per E-Mail.

Hinweis: Für die E-Mail-Verteiler werden automatisch die hinterlegten Kontaktdaten der Praxis verwendet, in der Sie als Mitglied niedergelassen sind.



# Besser proaktiv nach suizidalen Gedanken fragen

Jedes Jahr sterben in Deutschland etwa 10.000 Menschen durch Suizid. Die Zahl der Suizidversuche liegt um ein Vielfaches höher.

Der 10. September ist der Welttag der Suizidprävention



Die Ursachen für einen Suizid oder einen Suizidversuch sind vielfältig und liegen häufig in einer Beeinträchtigung durch Depressionen, Suchterkrankungen

oder Psychosen. Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) besagen darüber hinaus, dass jede suizidale Handlung zwischen sechs und 23 weitere Personen miteinbezieht. Da das Thema in der Öffentlichkeit wenig Aufmerksamkeit erhält, wird jährlich am 10. September der Welttag der Suizidprävention veranstaltet, der erstmals im Jahr 2003 von der International Association for Suicide Prevention (IASP) und der WHO ausgerufen wurde. Allgemeine Infos gibt es unter

[www.welttag-suizidpraevention.de](http://www.welttag-suizidpraevention.de)

## SUIZIDALITÄT IN DER HAUSÄRZTLICHEN PRAXIS

Etwa 40 Prozent der Suizidentinnen und Suizidenten suchen im Monat vor ihrem Suizid eine Hausärztin

FRANS-Postkarte



oder einen Hausarzt auf. Oft sprechen sie aus Scham ihre Suizidgedanken jedoch nicht offen an. Hausärztinnen und Hausärzte sollten also proaktiv nach suizidalen Symptomen fragen, wenn sie den Eindruck haben, dass jemand gefährdet sein könnte. Die häufig geäußerte Sorge, dass Nachfragen dieser Art das Suizidrisiko erhöhen, trifft nicht zu. Im Gegenteil: Die meisten sind erleichtert, wenn sie von Ärztinnen und Ärzten direkt auf das Thema angesprochen werden. Es vermittelt Betroffenen das Gefühl, in ihrem Leiden ernst genommen zu werden, kann zum Hilfesuchen ermutigen und so Suizide verhindern.

**2019 gab es laut Statistischem Bundesamt in Deutschland**

# 9.041

**Suizide. Männer begehen (76%) deutlich häufiger einen Suizid als Frauen. Jeder fünfte Suizid wird von einer Person im Alter von 50 bis 60 Jahren begangen.**



In Frankfurt nimmt sich das Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS), welches im Jahr 2014 auf Initiative des Gesundheitsamtes gegründet wurde, dieser Thematik an. Jedes Jahr zum Welttag der Suizidprävention wird unter der Kampagne „Zehntausend Gründe. Suizid verhindern“ ein Programm entwickelt, um auf die Thematik aufmerksam zu machen. Der Schwerpunkt der diesjährigen Kampagne liegt auf einer stadtweiten Plakataktion. Hierfür konnte das Netzwerk zahlreiche lokal und überregional bekannte Persönlichkeiten gewinnen, unter anderem Henni Nachtsheim, Bärbel Schäfer, Roberto Cappelluti, Susanne Fröhlich, Nadja Benaissa und Kaya Yanar. Es soll vermittelt werden, dass es wichtig ist, über Suizidalität zu sprechen, und dass es Hilfsangebote gibt. ■

An die 75 Prozent der Menschen, die einen Suizid begehen, finden sich im Jahr davor bei ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt ein. Aufgrund dessen ist es dem Netzwerk für Suizidprävention wichtig, Ärztinnen und Ärzte zu informieren und einzubeziehen.

Dr. med. Christiane Schlang,  
Inga Beig

## Über das Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS)

FRANS ist ein Zusammenschluss von über 75 Institutionen und Organisationen, in deren Alltag suizidales Verhalten und das Thema Suizidprävention eine zentrale Rolle spielen. Ziele des Netzwerks sind die Weiterentwicklung umfassender Hilfs- und Bewältigungsangebote in Frankfurt und Umgebung.

Informationen zu Veranstaltungen in Frankfurt rund um den 10. September 2021 finden Sie unter [www.frans-hilft.de/zehntausend-gruende](http://www.frans-hilft.de/zehntausend-gruende)

**Weitere Infos gibt es unter**

[www.hausarzt.digital/medizin/psychiatrie/ansprache-kann-leben-retten-48756.html](http://www.hausarzt.digital/medizin/psychiatrie/ansprache-kann-leben-retten-48756.html)

[www.zeitbild.de/wp-content/uploads/2019/01/Zeitbild-Suizidpra%CC%88vention.zip](http://www.zeitbild.de/wp-content/uploads/2019/01/Zeitbild-Suizidpra%CC%88vention.zip)

[www.welttag-suizidpraevention.de](http://www.welttag-suizidpraevention.de)

# Infobox

# AiW weiterbilden: Befugnis beantragen

Im Juni 2021 trat die neue Genehmigungsrichtlinie der KVH in Kraft. Sie stellt den Rahmen für die Regelungen der Aus- und Weiterbildung. Was zu beachten oder zu vermeiden ist, haben wir für Sie zusammengefasst.



Regelungen für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie die Ausbildung psychotherapeutischer Assistentinnen und Assistenten gibt es zahlreiche. Dazu gehören die Zulassungsverordnung, die Aus- und Weiterbildungsordnungen, Verwaltungsvorschriften und auch die aktuelle Rechtsprechung.

Um zukünftig eine maximale Transparenz für alle Praxen und alle Assistentinnen und Assistenten zu gewährleisten, gilt seit Anfang Juni 2021 die „Richtlinie der KV Hessen zur Genehmigung der Beschäftigung von Ärzten in Weiterbildung und Ausbildungsassistenten“. In der Richtlinie sind die Rahmenbedingungen aufgeführt, die für die Genehmigung der

Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sowie Ausbildungsassistentinnen und -assistenten gelten.

Wichtig ist insbesondere, dass Sie den Antrag frühzeitig, das heißt mindestens vier Wochen vor Beginn der Tätigkeit, bei der KV Hessen einreichen. Dies ist sowohl auf dem elektronischen als auch dem postalischen Weg möglich. Nach der Bearbeitung des Antrages erhält die antragstellende Praxis einen Bescheid, ob die beantragte Beschäftigung genehmigt werden kann oder nicht. Hierbei gilt: Ohne einen schriftlichen Bescheid darf keine vertragsärztliche Aus- oder Weiterbildung starten!

## PRÜFEN SIE IHRE WEITERBILDUNGS- BEFUGNIS!

Darüber hinaus müssen weiterbildende Ärztinnen und Ärzte über eine gültige Weiterbildungsbefugnis verfügen, die bei der Landesärztekammer zu beantragen ist. Hierzu ein Tipp: Prüfen Sie die Weiterbildungsbefugnis vor Ihrer Beantragung auf Aktualität (Stimmt die Adresse? Sind alle aufgeführten Ärztinnen und Ärzte weiterhin in der Praxis tätig?), da Sie andernfalls unnötig Zeit verlieren und sich die Genehmigung verzögert oder gar verhindert wird.

Eine derartige Befugnis existiert für ausbildende Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht. In deren Fällen gilt die Regel, dass diese mindestens fünf Jahre an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben müssen.

## TÄTIGKEITSUMFANG BEACHTEN!

Des Weiteren gilt die Regel, dass pro Weiter- oder Auszubildenden maximal zwei Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung beziehungsweise Ausbildungsassistentinnen und -assistenten gleichzeitig beschäftigt werden dürfen und dass maximal im Umfang des Versorgungsumfangs beziehungsweise im Umfang der Anstellung (Stundenzahl) aus- und weitergebildet werden darf. Wenn dabei mehrere Personen für die Aus- oder Weiterbildung zuständig sind, werden diese Umfänge entsprechend summiert.

Alle Änderungen des Beschäftigungsverhältnisses oder auch organisatorische Praxisänderungen müssen der KV Hessen frühzeitig mitgeteilt werden, da diese Auswirkungen auf die Genehmigungen haben können. Daneben ist im Falle von Weiterbildungen auch die Landesärztekammer Hessen zu informieren, da die Änderungen Auswirkungen auf die Weiterbildungsbefugnisse haben können.

### FRAGEN

Die Kolleginnen und Kollegen stehen Ihnen für weitere Fragen ebenfalls gern zur Verfügung.

T. 069 24741-7227

E. [genehmigung.weiterbildung@kvhessen.de](mailto:genehmigung.weiterbildung@kvhessen.de)

## Beachten Sie insbesondere die folgenden Punkte:

- Stellen Sie den Antrag frühzeitig (mindestens vier Wochen vorher)!
- Prüfen Sie vor der Beantragung, ob alle im Antrag aufgeführten Dokumente aktuell sind und vollständig vorliegen!
- Nutzen Sie das Angebot, sich im Vorfeld beraten zu lassen, und informieren Sie sich vorab über die geltenden Regularien!
- Pro Aus- bzw. Weiterbilder dürfen maximal zwei Ärzte in Weiterbildung oder Ausbildungsassistenten beschäftigt werden!
- Die Aus- und Weiterbildung darf den zeitlichen Umfang der Tätigkeit der Weiter- bzw. Auszubildenden nicht überschreiten!
- Die Weiterbildungsbefugnis ist personen- und ortsgebunden und muss aktuell sein!
- Beginnen Sie frühestens mit der vertragsärztlichen Aus- bzw. Weiterbildung, sobald der Bescheid der KV Hessen vorliegt!

Häufig wird mit dem Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung auch eine finanzielle Förderung beantragt. Die Genehmigung ist für die Gewährung der finanziellen Förderung die Voraussetzung, wird in einem zweiten Schritt bearbeitet und das Ergebnis mit einem separaten Bescheid kommuniziert. ■

Henning Schettulat

Weitere Informationen zur Genehmigungsrichtlinie finden Sie unter [www.kvhessen.de/praxismanagement/aus-und-weiterbildung](http://www.kvhessen.de/praxismanagement/aus-und-weiterbildung)

# „Die Praxen leisten Großartiges“

Dr. Starke und Sozialminister Kai Klose (Mitte) informieren sich bei Dr. Carola Koch über ihre Erfahrungen mit den Coronaschutzimpfungen



Ende Juni kam Sozialminister Kai Klose zusammen mit dem stv. Vorstandsvorsitzenden der KV Hessen, Dr. Eckhard Starke, zum Praxisbesuch nach Frankfurt-Höchst in die hausärztliche Gemeinschaftspraxis von Dr. Carola Koch. Was funktioniert beim Impfen, wo drückt der Schuh, was müsste sich ändern? Was kann man gegen die aufkommende Impfmüdigkeit unternehmen? Waren Ende Juni 1,9 Mio. Impfungen in den hessischen Haus- und Facharztpraxen verabreicht worden, waren es wenige Wochen später bereits 2,6 Millionen (Stand: 28. Juli 2021). Für Dr. Starke

erneut Anlass, sich für den großartigen Einsatz der Praxen zu bedanken. Dr. Carola Koch wies auf die soziale Verantwortung hin, die für sie als Hausärztin einer der Treiber für die Teilnahme an den Impfungen sei. Doch weil sie diese Verantwortung wahrnehme, erwartete sie von der Bundespolitik auch einen „Return“ in



Als Hausärztin fühlt sich Dr. Koch ihrer sozialen Verantwortung verpflichtet und impft gegen Corona

Gestalt verlässlicher und planbarer Impfstofflieferungen. „Wenn man sieht, wie hoch die Vergütung für die Erstellung der Impfbefehle in den Apotheken ist, und gleichzeitig sieht, wie vergleichsweise gering unser Impfhonorar ist, dann ist das schwierig nachzuvollziehen“, so Dr. Koch.

Sozialminister Klose lobte das Engagement der Praxen ebenfalls über alle Maßen. Neben der Regelversorgung noch diese große Zahl von Impfungen zu managen, sei eine große Leistung. ■

Karl Roth

## Auf die Plätze, fertig, buchen!

Bald geht es los: Das neue Veranstaltungsportal steht in den Startlöchern.

Wie wir Ihnen bereits in der Ausgabe 02/21 angekündigt haben, erwartet Sie eine Neuerung, die für Sie die Organisation rund um die Veranstaltungen erleichtern wird.

### Wir verraten Ihnen schon jetzt, dass Sie ...

- 🕒 ... nicht mehr jedes Mal Ihre Daten für die Buchung aufs Neue eingeben müssen!
- ✓ ... sofort wissen, ob die Anmeldung erfolgreich war!
- 🔍 ... direkt sehen, welche Veranstaltungen speziell für Sie geeignet sind, und vieles mehr!

### Wann geht es los?

Im Herbst mit der Veröffentlichung des neuen Fortbildungsprogramms für das Jahr 2022.

**Hinweis:** Wichtige Informationen werden Sie rechtzeitig vor dem Start des Veranstaltungsportals durch ein Rundschreiben erhalten.

Wir freuen uns auf Sie! ■

Janna Maria Rambow

### KONTAKT

Ihr Team Qualitäts- und Veranstaltungsmanagement

T. 069 24741-7550  
 F. 069 24741-68842  
 E. [veranstaltung@kvhessen.de](mailto:veranstaltung@kvhessen.de)

# Suchtkranke besser versorgen

Um eine niedrigschwellige Substitutionsversorgung zu stärken, fördert die KVH Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, damit sie die notwendige Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ erwerben können.

In naher Zukunft werden zahlreiche niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die sich um die substituionsgestützte Behandlung von Patientinnen und Patienten kümmern, in Rente gehen. Deshalb hat die KV Hessen entschieden, Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung der Fachgruppen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die sich in diesem Bereich engagieren möchten, zu unterstützen.

## EXKLUSIV FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE IN WEITERBILDUNG

Gefördert wird dafür die Teilnahme an einer 50-stündigen Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“. Dazu stehen jeweils 25 Kursplätze zur Verfügung. Diesen Kurs, bestehend aus vier Blockveranstaltungen, bietet die KV Hessen erstmals im Herbst 2021 exklusiv für den oben genannten Kreis an Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung an. Zwei weitere Veranstaltungen sind für das Jahr 2022 in Planung. Die Kosten für die Zusatzweiterbildung werden von der KV Hessen übernommen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:



- Der Kurs wird vollständig absolviert und
- nach Abschluss der Facharztprüfung die Zusatzweiterbildung erfolgreich abgeschlossen.

Angesprochen sollten sich hessische Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung fühlen, die sich zukünftig in Hessen um die Substitutionsversorgung kümmern wollen. Des Weiteren müssen mindestens sechs Monate der Weiterbildungszeit ambulant in Hessen abgeleistet worden sein und die Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer sollten sich vorzugsweise im letzten Drittel der Weiterbildung befinden. ■

Jan Martens,  
Henning Schettulat

### Termine der 50-stündigen Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ im Jahr 2021

**Wann:** 10.09.2021, 11.09.2021, 29.10.2021, 30.10.2021, 05.11.2021, 06.11.2021, 12.11.2021, 13.11.2021

**Ort:** KV Hessen, Europa-Allee 90  
in 60489 Frankfurt

Für weitere Informationen schauen Sie bitte auf [www.kvhessen.de/foerderung-suchtmedizin](http://www.kvhessen.de/foerderung-suchtmedizin)

### KONTAKT

Ihre Abteilung Qualitätsförderung

**T.** 069 24741-6695

**E.** [sirili@kvhessen.de](mailto:sirili@kvhessen.de)



# Wichtige Voraussetzungen für eine QM-Koordinatorin



In der ambulanten Versorgung verändert sich das Berufsbild der MFA stetig. Anspruchsvolle Handlungskompetenzen mit neuen Schwerpunkten sind keine Seltenheit. Dazu zählen auch Tätigkeiten als QM-Koordinatoren.



Eine gelungene QM-Koordination zeichnet sich dadurch aus, dass sie unterschiedliche Arbeitsbereiche, die in Beziehung zueinander stehen, durch eine gute Abstimmung verbindet. Mit dem Qualitätsmanagement (QM) werden verschiedene Bereiche gesamtheitlich betrachtet, weswegen hier eine strukturierte Koordination unerlässlich ist. Wie man bei der Wahl einer geeigneten Person für diese Tätigkeit vorgeht und was deren Funktionen sind, erfahren Sie in den nächsten Zeilen.

## WARUM IST EIN QUALITÄTSMANAGEMENT-KOORDINIERENDER (QMK) ZU BENENNEN?

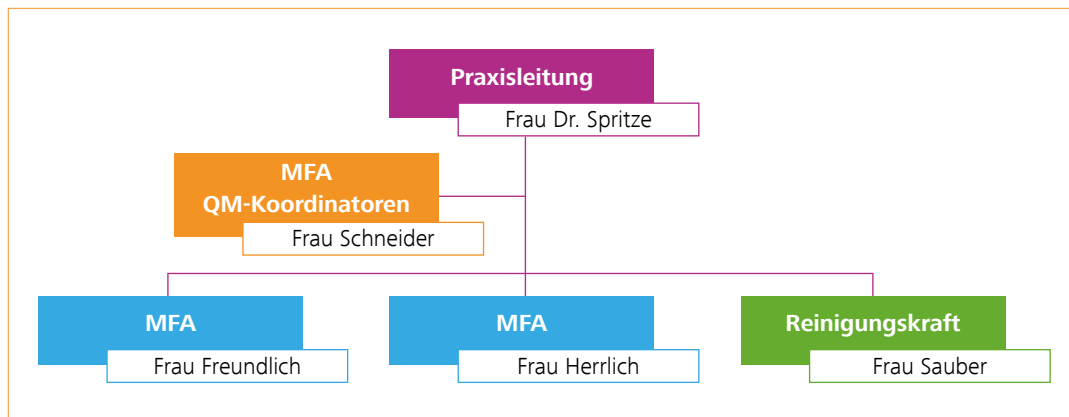
Grundlage bilden die Anforderungen der QM-Richtlinie an ein einrichtungsinternes QM. Es wird unter anderem gefordert, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Verantwortlichkeit für das Qualitätsmanagement übernimmt. Darüber hinaus wird empfohlen, eine oder einen MFA mit der Koordination und Steuerung

der anfallenden Aufgaben zu betrauen. Diese Tätigkeit wird unter der Funktion des QM-Koordinierenden verstanden.

## WAS MUSS MAN ALS QMK MITBRINGEN UND WAS SIND DIE AUFGABEN?

Diese Person hat eine der tragenden Rollen bei der Umsetzung des Qualitätsmanagements. Sie stellt das Bindeglied zwischen der Praxisleitung und dem Praxisteam dar und kann als eine Art Stabsstelle betrachtet werden (siehe Grafik Seite 49).

Ziel ist es, die Kommunikation zu optimieren, indem die Informationen gesammelt und aufbereitet allen beteiligten Personen zur Verfügung gestellt werden. Es ist regelmäßig über den Umsetzungsstand zu informieren, außerdem hat man erster Ansprechpartner bei Fragen zu sein. Im Mittelpunkt stehen der Aufbau und die Weiterentwicklung eines einrich-



tungsinternen QMs. Der oder die QMK sollte hierbei die Umsetzung nicht allein übernehmen, sondern vielmehr Aufgaben definieren und im Team delegieren. Hierbei sind Fristen zu setzen, der Fortschritt ist im Blick zu behalten und bei Herausforderungen ist entsprechend zu reagieren.

des QMK von einer Person eingenommen wird, die Teil des Teams ist. Die Praxisleitung sollte aufgrund fehlender Ressourcen, aber auch aufgrund der Funktion als Arbeitgeber diese Rolle nicht einnehmen, da hierbei Kommunikationshürden geschaffen werden können. ■

Sabine Meyer

Hieraus ergeben sich wichtige Anforderungen an QM-Koordinatorinnen und -Koordinatoren. Sie sollten neben einer fachlichen Qualifikation verstärkt auch über folgende soziale Kompetenzen verfügen:

- **Selbstbewusstsein** und die Fähigkeit zu einer klaren, präzisen **Kommunikation**
- **Empathie**, denn sie ermöglicht, die Sichtweise und Perspektive der Kolleg:innen und Vorgesetzten nachzuvollziehen und wirkungsvoll zu reagieren
- Die Gabe, **Vertrauen** zu gewinnen und zu erhalten, ist wertvoll, um die allgemeine **Anerkennung** innerhalb des Praxisteam zu erlangen
- Zu **Team- und Kritikfähigkeit** zu befähigen, konstruktives **Feedback** zu geben und zu empfangen; hierdurch kann ein harmonisches **Miteinander** gefördert werden



Eine interne oder externe Fortbildung kann für die oder den QMK bei Bedarf eine sinnvolle Maßnahme darstellen. Zur Etablierung gezielten QM-Wissens können die Teammitglieder ebenfalls an entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen.

### WER KANN/SOLLTE QMK WERDEN?

Qualitätsmanagement ist Teamwork! Es wird vom gesamten Team erarbeitet, gelebt und getragen. Daher ist es besonders wichtig, dass die Rolle der oder

### SIE HABEN FRAGEN?

Das Team Qualitätsmanagement hilft Ihnen gern weiter.

- T. 069 24741-7551
- F. 069 24741-68713
- E. [qm-info@kvhessen.de](mailto:qm-info@kvhessen.de)



## Wie war das?

In unserer Rubrik „Wie war das?“ beantworten wir häufig gestellte Fragen rund um Ihren Praxisalltag. Bei allen weiteren Fragen ist die info.line Ihr direkter Draht zur KVH: 069 24741-7777 (Montag bis Freitag von 7 bis 17 Uhr).

### Wie lange sind Krankenscheine, Scheine im Ersatzverfahren und Überweisungen in der Praxis aufzubewahren?

Die Aufbewahrungsfrist von Abrechnungsscheinen Sonstiger Kostenträger (SKT) sowie Behandlungsscheinen, ausgestellt im Ersatzverfahren, müssen für etwaige Nachweiszwecke vier Jahre aufbewahrt werden, Überweisungsscheine für ein Jahr.

### Worin besteht der Unterschied zwischen der GOP 01430 (Verwaltungskomplex) und der GOP 01820?

Die GOP 01820 ist nur im Zusammenhang mit Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch berechnungsfähig. Sie rechnen die GOP 01820 in diesen Zusammenhängen für die Ausstellung von Wiederholungsrezepten, Überweisungsscheinen oder für die Übermittlung von Befunden oder ärztlicher Anordnungen ab.

### Werden über die Terminservicestelle (TSS) Therapieplätze zur psychotherapeutischen Behandlung vermittelt?

Nein. Die TSS vermittelt lediglich Ersttermine und damit keine festen Therapieplätze. Ein wichtiges Angebot der TSS dazu ist die Vermittlung in die psychotherapeutische Sprechstunde. Für dieses niedrigschwellige Angebot ist keine formale Voraussetzung (PTV11/ Code) gegeben. Anders ist es bei der Vermittlung probatorischer Sitzungen oder zur Akutbehandlung. Infos und Hilfestellungen zur Organisation und Abrechnung finden Sie unter [www.kvhessen.de/praxismanagement/terminservicestelle-tss/](http://www.kvhessen.de/praxismanagement/terminservicestelle-tss/)

### Wie rechne ich den Hausbesuch richtig ab, wenn ich bei dem Besuch, Leistungen aus dem EBM und Impfleistungen aus der Coronavirus-Impfverordnung (Coronalmpfv) erbringe?

Wichtig ist, dass nur eine Besuchsleistung je Besuch abgerechnet werden kann. Wenn der Auslöser für den Besuch die Corona-Impfung ist, wird der Besuch nach Coronalmpfv abgerechnet. Wenn der Auslöser die EBM-Leistung ist, rechnen Sie den Besuch nach EBM ab.

### Muss ich zum Erhalt einer Zulassung im Arztregister eingetragen sein?

Ja, Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen müssen in das Register eingetragen sein, wenn sie sich niederlassen oder sich anstellen lassen möchte. Der Eintrag ist wohnortbezogen, erfolgt einmalig, gilt bundesweit und ist Voraussetzung zur Beantragung einer Zulassung. Alle Informationen und den Antrag zur Eintragung in das Arztregister finden Sie unter [www.kvhessen.de/praxismanagement/arzt-psychotherapeutenregister/](http://www.kvhessen.de/praxismanagement/arzt-psychotherapeutenregister/)

### HABEN SIE WEITERE FRAGEN?

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer info.line sind montags bis freitags von 7 bis 17 Uhr für Sie erreichbar.

T. 069 24741-7777  
E. [info.line@kvhessen.de](mailto:info.line@kvhessen.de)

## Ihr Kontakt zu uns

info.line  
 T. 069 24741-7777  
 F. 069 24741-68826  
 E. info.line@kvhessen.de

Montag bis Freitag: 7.00 bis 17.00 Uhr

### BERATUNG VOR ORT

BeratungsCenter Frankfurt:  
 T. 069 24741-7600  
 F. 069 24741-68829  
 E. beratung-frankfurt@kvhessen.de

BeratungsCenter Darmstadt:  
 T. 06151 158-500  
 F. 06151 158-488  
 E. beratung-darmstadt@kvhessen.de

BeratungsCenter Wiesbaden:  
 T. 0611 7100-220  
 F. 0611 7100-284  
 E. beratung-wiesbaden@kvhessen.de

BeratungsCenter Gießen:  
 T. 0641 4009-314  
 F. 0641 4009-219  
 E. beratung-giessen@kvhessen.de

BeratungsCenter Kassel:  
 T. 0561 7008-250  
 F. 0561 7008-4222  
 E. beratung-kassel@kvhessen.de

### ABRECHNUNGSVORBEREITUNG

AV-Help E. av-help@kvhessen.de

### ONLINEPORTAL

Internetdienste/SafeNet\* E. internetdienste@kvhessen.de

Technischer Support E. onlineservices@kvhessen.de

### ARZNEI-, HEIL- UND HILFSMITTELBERATUNG

Team Arznei-, T. 069 24741-7333  
 Heil- und Hilfsmittel E. verordnungsanfragen@kvhessen.de  
 Infoportal Verordnungen H. www.kvhaktuell.de

### KOORDINIERUNGSSTELLE

Koordinierungsstelle T. 069 24741-7227  
 Weiterbildung Allgemeinmedizin F. 069 24741-68845  
 E. koordinierungsstelle@kvhessen.de

### QUALITÄTS- UND VERANSTALTUNGSMANAGEMENT

Qualitätsmanagement T. 069 24741-7551  
 F. 069 24741-68841  
 E. qm-info@kvhessen.de

Veranstaltungsmanagement T. 069 24741-7550  
 F. 069 24741-68842  
 E. veranstaltung@kvhessen.de

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

Kassenärztliche Vereinigung Hessen, vertreten durch den Vorstand

### Redaktion

Karl Matthias Roth und Petra Bendrich

### Kontakt zur Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
 Redaktion Auf den PUNKT.  
 Europa-Allee 90  
 60486 Frankfurt am Main  
 T. 069 24741-6988  
 F. 069 24741-68978  
 E. aufdenpunkt@kvhessen.de

### Grafik

Katja Friehe (Media Cologne Kommunikationsmedien GmbH)  
 Judith Scherer (KV Hessen)

### Druck

Media Cologne Kommunikationsmedien GmbH

### Bildnachweis

Drogenbeauftragte der Bundesregierung: S. 38–39; F.A.Z.-Foto/Frank Röth: S. 46; FRANS: S. 42–43; Michaela Illian/Ärzte Zeitung: S. 19; Carolina Ramirez: S. 3; Judith Scherer: S. 12, 15, 16; Michael Steinbring: S. 4, 5

AdobeStock: Titel: Jo Panuwat D (bearb.); S. 10–11: fotomek (bearb.); S. 14: shootingankauf; S. 18: Zerbor; S. 24: MH; S. 30: tashatuvango; S. 38: focus\_bell; S. 42: Celia; S. 44: andyller; S. 47: lapencia; S. 48: natali\_mis; S. 49: iQoncept

### Nachdruck

Der Inhalt dieser Zeitschrift ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder Kopie sowie die Vervielfältigung auf Datenträger dürfen, auch auszugsweise, nur nach schriftlicher Zustimmung durch den Herausgeber erfolgen. Eine Weitervermarktung von Inhalten ist untersagt.

### Zuschriften

Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung und Kürzung von Zuschriften vor.

### Haftungsausschluss

Trotz sorgfältiger Recherche bei der Erstellung dieser Broschüre kann für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben keine Gewähr übernommen werden. Haftungsansprüche sind ausgeschlossen. Mit Autorennamen gekennzeichnete Beiträge spiegeln ebenso wie Leserbriefe nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wider.

### Bezugspreis

Auf den PUNKT. erhalten alle hessischen Vertragsärztinnen- und -ärzte und -psychotherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Der Bezugspreis ist mit der Verwaltungskostenumlage abgegolten.

### Haftungsbeschränkung für weiterführende Links

Diese Zeitschrift enthält sogenannte „weiterführende Links“ (Verweise auf Webseiten Dritter), auf deren Inhalt wir keinen Einfluss haben und für die wir deshalb keine Gewähr übernehmen. Für die Inhalte und Richtigkeit der Informationen ist der jeweilige Informationsanbieter verantwortlich. Die abgedruckten Links wurden zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses auf mögliche Rechtsverstöße überprüft. Rechtswidrige Inhalte waren zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses nicht erkennbar.

\* Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

---



AUF DEN  
PUNKT.

erscheint wieder  
Mitte Oktober

---



KV+

KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:  
[www.kvhessen.de/aufdenpunkt](http://www.kvhessen.de/aufdenpunkt)