

Telematik-Rollout: KBV will eine weitere Fristverlängerung erwirken

Wegen Lieferschwierigkeiten der Industrie fordert die KBV eine Fristverlängerung zur Ausstattung der Praxen für die Telematikinfrastruktur (TI). Auch finanziell müsse nachverhandelt werden, sagt KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel.

„Angesichts der aktuellen Situation sehen wir uns gezwungen, die Fristen sowie die Finanzierung der Praxisausstattung für die TI neu zu definieren. Wir können nicht hinnehmen, dass die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten die Probleme ausbaden müssen, die der Markt verursacht. Hier muss der Gesetzgeber den Tatsachen ins Auge sehen.“ Das hat Dr. Thomas Kriedel, Mitglied des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dort zuständig für den Bereich Telematik und Digitalisierung, kürzlich in Berlin erklärt.

Nach wie vor gibt es nur einen Anbieter, der die Konnektoren für den Anschluss der Praxen an die TI bereitstellt. Zwar haben für dieses Frühjahr weitere Hersteller ihren Markteintritt angekündigt, doch auch das ist fraglich. Selbst wenn die Hardware zur Verfügung stünde, wäre es unrealistisch, alle 100.000 Praxen bis zum Ende des Jahres – wie vom Gesetzgeber vorgegeben – an die TI anzubinden, so Kriedel. „Zum anderen ist absehbar, dass die Preise für die Komponenten sich nicht so entwickeln werden, wie es in der ursprünglichen Kalkulation der Erstattungsbeträge berechnet war. Wir haben es hier mit einer möglichen Unterdeckung im vierstelligen Bereich pro Praxis zu tun!“ Damit ergäben sich zwei Arten von Risiken für die Ärzte: Zum einen das Preisrisiko, wobei die Praxis auf einem Teil der Kosten sitzenbleibe. Zum anderen das Sanktionsrisiko. Hier drohe ein Abzug von einem Prozent des ärztlichen Honorars, wenn das Versichertenstammdatenmanagement nicht ab 1. Januar 2019 über die TI durchgeführt wird.

Die KBV habe deshalb erneut Verhandlungen mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen, um die aktuelle Marktsituation bei der Finanzierung der TI-Komponenten zu berücksichtigen. So ist es auch in der TI-Finanzierungsvereinbarung vorgesehen. Parallel zur Fristwahrung habe die KBV das Schiedsamt angerufen, so Kriedel. Um

das Sanktionsrisiko zu entschärfen, will die KBV außerdem beim Gesetzgeber eine erneute Fristverlängerung um mindestens ein halbes Jahr, also bis Mitte 2019, erwirken.

Standpunkt des Vorstandes der KV Sachsen:

1. Die gesetzlichen Regelungen des am 1. Januar 2016 in Kraft getretenen eHealth-Gesetzes besagen: Ärzte und Psychotherapeuten müssen nicht selbst für die Anbindung ihrer Praxen an die TI aufkommen. Die Kosten übernehmen die Krankenkassen. Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben dazu eine Finanzierungsvereinbarung abgeschlossen.
2. Ursprünglich war der TI-Rollout ab 1. Juli 2016 bis zum 30. Juni 2018 geplant.
3. Die ersten erfolgreichen TI-Anbindungen waren erst ab Dezember 2017 möglich (da die Bundesdruckerei als erster und derzeit einziger Praxisausweishersteller zu diesem Zeitpunkt die Sektorenzulassung erhalten hatte und damit erst ab diesem Moment alle notwendigen, nur für CompuGroup Medical-Kunden, Komponenten für den TI-Anschluss verfügbar waren).
4. Wie schon oben dargestellt, ist eine 100-prozentige Anbindung bis Ende 2018 völlig unmöglich.

Fazit: Die KV Sachsen wird, solange die objektiven Voraussetzungen für Ärzte und Psychotherapeuten nicht gegeben sind, den Ein-Prozent-Abzug zumindest im 1. Halbjahr 2019 nicht vornehmen.

Informationen

www.kvsachsen.de > Mitglieder > Telematikinfrastruktur

– Information der KBV/Vorstand der KV Sachsen –

Koordiniert und leitliniengerecht: Versorgung von Beatmungspatienten zu Hause

Immer mehr Menschen werden außerhalb des Krankenhauses künstlich beatmet. Die KBV und der Bundesverband der Lungenfachärzte haben ein gemeinsames Versorgungskonzept zur ambulanten Betreuung entwickelt.

Patienten, die zu Hause beatmet werden, sollen künftig von einer fachübergreifenden und abgestimmten Betreuung durch Ärzte und Pflegekräfte profitieren können. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat gemeinsam mit dem Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner (BdP) ein neues Versorgungsprogramm erarbeitet.

In Deutschland werden immer mehr Patienten außerhalb des Krankenhauses beatmet. Genaue Zahlen liegen nicht vor, Schätzungen gehen aber von einer Größenordnung von rund 15.000 invasiv und einer weit größeren Anzahl nichtinvasiv, etwa mittels Maske, beatmeter Menschen aus. Für die Zukunft ist hier aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts sowie der demografischen Entwicklung mit einer weiteren Zunahme zu rechnen. „Auch auf diesem Gebiet, das früher zwingend mit einem Krankenhausaufenthalt verknüpft war, zeigt sich eindeutig der Trend zur Ambulantisierung. Diese für die Patienten erfreuliche Entwicklung bedeutet jedoch insofern eine Herausforderung für die Versorgung, als dass verschiedene Akteure in die Betreuung solcher Patienten involviert sind – neben Ärzten etwa spezialisierte Pflegedienste. Hier setzt unser Konzept an“, erklärte der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. Andreas Gassen.

Teilnehmende Ärzte sollen regionale Netzwerke schaffen, die eine koordinierte und qualitätsgesicherte Behandlung von Beatmungspatienten sicherstellen. Ziele sind neben einer höheren Lebensqualität der Patienten unter anderem, ihre Abhängigkeit von künstlicher Beatmung möglichst zu reduzieren und wiederkehrende Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

An dem Versorgungsvertrag zur ambulanten Behandlung von Beatmungspatienten können folgende Fachgruppen teilnehmen: Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, Fachärzte für Lungenheilkunde sowie Fachärzte für pädiatrische Pneumologie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Bei gleichwertiger Qualifikation steht das Konzept auch benachbarten Fachgruppen offen. Um ein regionales Netzwerk zu bilden, sind Kooperationsvereinbarungen zwischen den Fachärzten, stationären Einrichtungen, Pflegediensten sowie Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten verpflichtend. Maßnahmen zur Qualitätssicherung gehören ebenfalls dazu.

Vertragskonzept

www.kbv.de/html/33618.php

– Gemeinsame Pressemitteilung der KBV und des BdP –

Zahl der Behandlungsfehler in Sachsen ist rückläufig

Seit 25 Jahren klärt die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Sächsischen Landesärztekammer mögliche Behandlungsfehler für Patienten.

Ihr Bericht für 2017 zeigt trotz hoher Arbeitsbelastung der Ärzte stabile bis rückläufige Zahlen. So gingen im letzten Jahr 356 Anträge wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers ein (2016 waren es 363). In 234 Fällen wurde auf Grund der eingereichten Unterlagen eine Begutachtung wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers eingeleitet (2016: 233). Davon wurde in 45 Fällen ein Behandlungsfehler durch die Gutachterstelle festgestellt (2016: 52).

„Jeder Behandlungsfehler ist ein Fehler zu viel, denn hinter jedem Fehler steht auch ein Schicksal.“, so Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer. „Die insgesamt geringe Anzahl an Fehlern bei rund 32 Millionen ambulanten und stationären Behandlungsfällen ist trotz der extremen Arbeitsverdichtung in Krankenhäusern und Praxen ein Ergebnis der verantwortungsvollen Tätigkeit der Ärzte, Schwestern und Pflegekräfte.“

Von den 234 eingeleiteten Begutachtungen entfielen 166 auf den stationären Sektor, 15 auf Klinikambulanzen, 47 auf ambulante Praxen und sechs auf Medizinische Versorgungszentren. 94 Anträge betrafen die Fachrichtung Chirurgie, 30 die Innere Medizin, 26 die Orthopädie, 18 die Fachrichtung Gynäkologie/Geburtshilfe, zwölf Anträge entfielen auf das Fachgebiet HNO

und zehn Anträge auf die Neurologie/Psychiatrie. Des Weiteren wurden neun Fälle in der Urologie sowie in der Allgemeinmedizin, sechs in der Anästhesiologie/Intensivtherapie, fünf in der Augenheilkunde und in der Neurochirurgie sowie drei in der Rehabilitation begutachtet. Zwei Fälle entfielen auf den Fachbereich Haut- und Geschlechtskrankheiten. In der Radiologie, der Transfusionsmedizin, der Kinderheilkunde und der Humangenetik gab es je einen Fall (siehe untenstehende Übersicht).

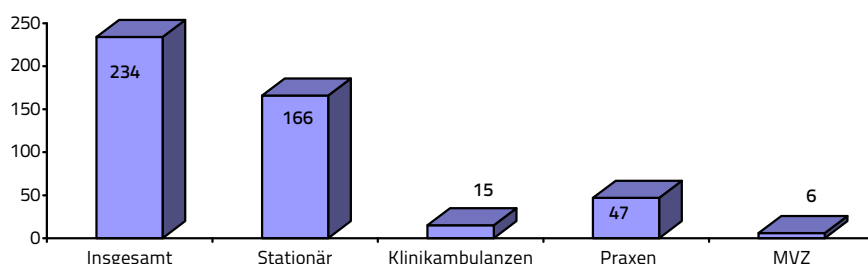
Zu mehr als 60 Prozent sind die Antragsteller anwaltlich vertreten. Die Anerkennungsrate liegt bei knapp 20 Prozent. In 90 bis 95 Prozent der Begutachtungsfälle wird durch die Bearbeitung in der Gutachterstelle eine abschließende Klärung erreicht. 5 bis 10 Prozent werden nachfolgend auf dem Rechtsweg weiter bearbeitet. Die Bereitschaft der Ärzte, sich an den Verfahren zu beteiligen und zur Aufklärung beizutragen, ist nach wie vor sehr hoch.

Der Vorsitzende der Gutachterstelle, Dr. med. Rainer Kluge, weist auf aktuelle Bemühungen hin, die Beweislastregelung im Arzthaftungsbereich zu ändern und neue außergerichtliche Strukturen zur Beurteilung von Behandlungsfehlervorwürfen zu schaffen.

– Information der Sächsischen Landesärztekammer –

Übersicht nach Fachrichtungen:

Eingeleitete Begutachtungen insgesamt	234
Stationärer Sektor	166
Klinikambulanzen	15
Ambulante Praxen	47
MVZ	6



Eingeleitete Begutachtungen nach Fachgebiet

Chirurgie	94
Innere Medizin	30
Orthopädie	26
Gynäkologie/Geburtshilfe	18
HNO	12
Neurologie/Psychiatrie	10
Allgemeinmedizin	9
Urologie	9
Anästhesiologie/Intensivtherapie	6
Augenheilkunde	5
Neurochirurgie	5
Rehabilitation	3
Haut- und Geschlechtskrankheiten	2
Humangenetik	1
Kinderheilkunde	1
Radiologie	1
Transfusionsmedizin	1

Neue Förderstellen für Fachärzte und Psychotherapeuten ab April 2018

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Sachsen hat in seiner Sitzung im Januar 2018 die fachärztliche Versorgung überprüft. Im Ergebnis können in vielen Regionen Praxisniederlassungen und -übernahmen für neue Fachärzte und Psychotherapeuten gefördert werden.

Seit Oktober letzten Jahres hat sich das Antrags- und Auszahlungsverfahren der Förderpauschale deutlich vereinfacht. Jetzt hat der Landesausschuss noch einmal nachgelegt und verzichtet künftig im ersten Halbjahr der Tätigkeit auf die bisherige Verpflichtung zur Erbringung von Mindestfallzahlen. Durch das Aussetzen der Fallzahlprüfung in der Anlaufzeit der Praxen wird den neuen Ärzten eine zusätzliche Sicherheit gegeben. Auch beim Mindestumsatz wird im ersten Halbjahr der Tätigkeit auf die Erbringung von Mindestfallzahlen verzichtet.

Bereits im Herbst letzten Jahres erhöhten die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen in einigen Regionen die Förderpauschale auf 100.000 Euro. Hiervon können Regionen profitieren, in denen eine besonders kritische Versorgungssituation prognostiziert wird oder bereits besteht. Mit Überprüfung der fachärztlichen Versorgung stehen nun auch hier priorisierte Förderstellen mit 100.000 Euro bereit.

Ab 1. April 2018 stehen folgende Förderstellen im fachärztlichen Bereich zur Verfügung:

- Fachärzte für Augenheilkunde: neun Förderstellen (davon vier priorisiert in den Regionen Annaberg-Buchholz, Aue, Mittweida, Reichenbach)
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin: vier Förderstellen
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten: drei Förderstellen (davon zwei priorisiert in den Regionen Marienberg und in Löbau und Zittau)
- Fachärzte für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie: eine Förderstelle
- Psychotherapeuten: zwei Förderstellen
- Fachärzte für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie: acht Förderstellen

Darüber hinaus hat der Landesausschuss erneut die angespannte hausärztliche Versorgungssituation im Planungsbereich Hoyerswerda überprüft. Als außerplanmäßige Maßnahme wurde dort eine neue zusätzliche Förderstelle für die Bezugsregion Lauta beschlossen.

Seit Herbst letzten Jahres haben sich bereits 17 neue Hausärzte die Förderung unter erleichterten Bedingungen gesichert. Darunter konnten zwei priorisierte Förderstellen vergeben werden: Es wurden dringend gesuchte Ärzte für die Patientenversorgung in Kirchberg/Zwickau und Oelsnitz/Stollberg gefunden.

Interessenten können sich an die Ansprechpartner in den Bezirksgeschäftsstellen der KV Sachsen wenden:

- **Chemnitz:** Herr Tim Schmeiser Telefon: 0371 2789-407
- **Dresden:** Herr Frank Weinert Telefon: 0351 8828-362
- **Leipzig:** Frau Tina Nitz Telefon: 0341 2432-158

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Sachsen ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung gemäß § 90 SGB V. Er prüft quartalsweise, ob in einem Planungsbereich ärztliche Überversorgung vorliegt. Wenn dies der Fall ist, hat er Zulassungsbeschränkungen anzuordnen. Ihm obliegt des Weiteren die Feststellung, dass in bestimmten Gebieten ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht sowie die Feststellung von zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf. In diesen Fällen kann er Fördermaßnahmen beschließen.

Weitere Informationen zu den aktuellen Förderbedingungen und -regionen

www.kvsachsen.de > Aktuell > Förderung
> Fördermaßnahmen-Landesausschuss

– Werner Nicolay, Vorsitzender des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen Sachsen –

Marienberg und Weißwasser zu Projektregionen ausgewählt

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz hat durch das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung (ZI) ein Gutachten zum vertragsärztlichen Versorgungs- und Arztbedarf in Sachsen im Jahr 2030 erstellen lassen.

Die Mitglieder des Gemeinsamen Landesgremiums haben die Empfehlung ausgesprochen, in Auswertung und auf der Grundlage des ZI-Gutachtens Mittelbereiche zu identifizieren, für die mit Blick auf das Jahr 2030 ein hoher Entwicklungs- und Handlungsbedarf zu erwarten ist.

Im Ergebnis hat eine Expertengruppe die Regionen Marienberg und Weißwasser herausgearbeitet, die mit ihren unterschiedlichen Voraussetzungen besonders für die Umsetzung der Ziele des Gemeinsamen Landesgremiums geeignet sind. „Wir wollen in den ausgewählten Regionen Marienberg und Weißwasser Maßnahmen erproben, die geeignet sind, eine zukunftsfähige gute medizinische Versorgung sicherzustellen. Dazu bedarf es einer engen Abstimmung der beteiligten Akteure mit den kommunalen Vertretern“, sagte Gesundheitsministerin Klepsch.

Am 16. März 2018 hatte das Gemeinsame Landesgremium in seiner 7. Sitzung die von einer Expertengruppe weiter detaillierten Zeit-Maßnahmen-Pläne zur Kenntnis genommen und ein Lenkungsgremium eingerichtet. Dieses wird die Koordinierung

der Arbeitsgruppen in den Regionen, die Priorisierung der Projekte durchführen und das Fortschreiten des Gesamtvorhabens überwachen. Das Lenkungsgremium bestimmt zu den Zeit-Maßnahmen-Plänen der einzelnen regionalen Projekte die Meilensteine, anhand derer der Fortschritt in den Projekten festgestellt werden kann. Mit der Umsetzung kann jetzt begonnen werden.

Das Ziel der Tätigkeit des Gemeinsamen Landesgremiums ist die Optimierung der medizinischen Versorgung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Das Gemeinsame Landesgremium setzt sich zusammen aus Vertretern der Krankenkassen, der KV Sachsen, der SLÄK und Patientenvertretern. Staatsministerin Barbara Klepsch führt den Vorsitz. An dieser Beratung nahmen auch Vertreter der beiden Kommunen teil.

Informationen

www.gesunde.sachsen.de/landesgremium.html

– Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz –

Ersatzkassen schreiben den „Sächsischen Selbsthilfepreis 2018“ aus

Die moderne Medizin vermag nicht allen Menschen zu helfen. Viele bleiben über Jahre krank, haben Schmerzen, sind gelähmt oder von Depressionen geplagt. Lebenspraktische Hilfe finden Betroffene und Angehörige in Selbsthilfegruppen.

In Sachsen bestehen rund 1.000 aktive Selbsthilfegruppen für fast alle körperlichen und psychischen Erkrankungen sowie Behinderungen. Hier treffen sie Menschen, die in ähnlich schwierigen Lebenssituationen sind und sich gegenseitig unterstützen.

Die Ersatzkassen wollen die Selbsthilfe weiter befördern und schreiben in diesem Jahr zum siebenten Mal den „Sächsischen Selbsthilfepreis“ aus. Gesucht werden nachahmenswerte Projekte und Ideen von sächsischen Selbsthilfegruppen: Wie geben diese ehrenamtlichen Helfer anderen Menschen wieder Lebensmut? Wie helfen sie, den Alltag zu meistern und gewinnen Nachwuchs für ihre Gruppen? Ebenso gefragt sind Konzepte von jungen Betroffenen, die neue Wege bei der Selbsthilfe gehen.

Ein besonderes Augenmerk liegt auch auf der Selbsthilfearbeit von pflegenden Angehörigen. Silke Heinke, Leiterin der Landesvertretung Sachsen des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) sagt dazu: „Die meisten Pflegebedürftigen werden zu Hause von den Kindern, dem Partner oder den Eltern gepflegt. Das geschieht sieben Tage in der Woche, ohne Blick auf die Uhr. Diese große Leistung der Familie muss in unserer Gesellschaft mehr gewürdigt werden.“

Für die besten Ideen wird ein Preisgeld von 10.000 Euro ausgelobt. Eine Fachjury entscheidet über die Vergabe. Bewerbungen können **bis zum 30. Juni 2018** eingereicht werden.

Informationen

www.vdek.com

– Information des Verbandes der Ersatzkassen e.V. –