

## Bericht zur Lage Dr. Schrage VV 14.6.2024

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

vor einer guten Stunde haben wir das neue Parkhaus der KVWL eingeweiht. Wie Sie bei der Hinfahrt gemerkt haben und hinter mir sehen, wurde damit ein echter Hingucker geschaffen. Das Parkhaus ist ab jetzt betriebsbereit und wird in den nächsten Wochen durch die Fassadenbegrünung noch ansehnlicher.

Ich finde, es ist gut gelungen. Überzeugen Sie sich gerne bei einem Ihrer nächsten Besuche von der Funktionalität und der Architektur. Im Namen des Vorstandes bedanke ich mich ganz herzlich bei dem Bauausschuss und den beteiligten Mitarbeitern um Kai van Nuis für die viele Arbeit, das Herzblut und die Detailverliebtheit, die in den letzten Monaten und Jahren in dieses Projekt gesteckt wurden. Das Ergebnis kann sich sehen lassen.

Doch nun zu den weiteren Themen meines Vorstandsberichtes.

### **Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie**

„Die Bürokratie ist es, an der wir alle kranken“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Dieses vielsagende Zitat stammt von Otto von Bismarck und ist bereits über ein Jahrhundert alt. An Aktualität hat dieser Ausspruch allerdings nicht eingebüßt. Alle gesellschaftspolitischen Teilbereiche in der Bundesrepublik ersticken nahezu an Bürokratie. Nun ist allerdings ein Licht am Ende des Tunnels zu sehen – zumindest im Gesundheitswesen. Der amtierende Gesundheitsminister Lauterbach wirbt zurzeit mit einer großangelegten Kampagne für einen spürbaren Bürokratieabbau. Ob es ihm im kommenden Jahr gelingen wird, bleibt abzuwarten. Denn in der Realität zeichnet sich ein völlig anderes Bild ab – Stichwort: Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie (QS AmbPT)

Am 18. Januar 2024 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Einführung eines datengestützten Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Versicherter beschlossen. Den Auftrag, ein solches Verfahren für die vertragspsychotherapeutische Versorgung zu etablieren, hatte die Politik bereits mit dem am 1. September 2020 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung erteilt.

Die Änderung der G-BA-Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) soll zur Datengewinnung in der ambulanten Psychotherapie beitragen. Das neue Verfahren startet zum 1. Januar 2025 zunächst mit einer sechsjährigen, regionalen Erprobungsphase in NRW und betrifft somit Psychotherapeuten der KV-Bereiche Nordrhein und Westfalen-Lippe. Eine bundesweite Einführung ist für das Jahr 2031 geplant. Zunächst sollten die neuen Regelungen zum 1.1.2025 ohne Erprobungsphase im gesamten Bundesgebiet starten. Durch politische Interventionen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV sowie der Berufsverbände konnte dieser Kaltstart verhindert werden, zumindest für alle Psychotherapeutinnen und -therapeuten außerhalb von NRW.

Ohne die Möglichkeit einer Erprobungsphase wäre – wie vom Gesetzgeber vorgesehen – ab 2025 das QS-Verfahren bundesweit ausgerollt worden, mit sofortiger Scharfstellung der Sanktionen, dem Wegfall des Antrags- und Gutachterverfahrens und damit der Kontingente, nachgelagerten Wirtschaftlichkeitsprüfungen mit der Gefahr der Rückforderung von Honoraren bei „unwirtschaftlicher“ Behandlung, der Gefahr des Wegfalls des Mindestpunktwertes für Psychotherapie-Leistungen und der Aufhebung der extrabudgetären Vergütung der Richtlinienpsychotherapie mit erheblichen Honorareinbußen.

Dass nun ausgerechnet NRW vom G-BA ausgewählt wurde, ist auf die Größe und Struktur unseres Bundeslandes zurückzuführen. Es hätte allerdings auch jedes andere größere Bundesland treffen können.

Was heißt das jetzt konkret?

Alle Leistungserbringer in Westfalen-Lippe (und Nordrhein), die Leistungen der ambulanten Richtlinienpsychotherapie bei Erwachsenen als Kurz- und Langzeittherapie in der

Anwendungsform Einzeltherapie erbringen, müssen ab 1. Januar 2025 quartalsweise Daten an die Datenannahmestelle übermitteln. Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten sind grundsätzlich von diesem Verfahren nicht betroffen.

Für alle Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die ihre Psychotherapie regulär beendet haben, müssen Praxen also künftig eine softwarebasierte Falldokumentation mit insgesamt 101 Datenfeldern ausfüllen – bei jeder abgeschlossenen Einzeltherapie eines Erwachsenen.

Zusätzlich müssen alle Patientinnen und Patienten ab Inkrafttreten des Richtlinien textes durch den behandelnden Psychotherapeuten darüber informiert werden, dass deren Daten ab dem Jahr 2025 in das neue QS-Verfahren einfließen.

Neben der Befragung der Kolleginnen und Kollegen wird eine zweite Säule implementiert. So sollen auch die Patientinnen und Patienten einen Fragebogen mit 43 Fragen erhalten, den sie zeitnah nach Abschluss ihrer ambulanten Psychotherapie beantworten sollen.

Mit der Erprobung wird vor allem das Ziel verfolgt, das außergewöhnlich umfassende Verfahren sowie dessen Umsetzbarkeit zu untersuchen. Darüber hinaus soll geprüft werden, ob die vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) definierten Qualitätsindikatoren geeignet sind, valide und vergleichbare Erkenntnisse über die Versorgungsqualität zu gewinnen, Verbesserungspotenziale zu identifizieren und einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu fördern.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Gesetzgeber schafft mit diesen neuen Regelungen für die Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie ein neues Bürokratie-Monster! Bereits heute sind die zeitlichen und personellen Ressourcen in der psychotherapeutischen Versorgung begrenzt. Die zusätzlichen Dokumentationsaufwände, die künftig auf die Kolleginnen und Kollegen zukommen, werden die Netto-Behandlungszeit weiter verkürzen. Ein sinnvoller Bürokratieabbau muss angesichts dieser neuen Regelungen kritisch hinterfragt werden!

Nun stehen unsere psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen vor einem Haufen zusätzlicher Arbeit, der mit einer hohen Wahrscheinlichkeit nicht zu einer besseren Qualität in der Versorgung beitragen wird. Inhaltlich gibt es an dem neuen Verfahren nämlich erhebliche Zweifel. So werden die Selbstauskünfte der Patientinnen und Patienten nicht in Beziehung gesetzt zu den Angaben aus den Praxen. Aus Qualitätssicherungsperspektive ist das ein erheblicher Makel, da sich so keine belastbaren Aussagen über das patientenseits subjektiv erlebte Behandlungsergebnis mit den seitens der Praxen erfassten Qualitätsmerkmalen der Behandlung treffen lassen.

Auch wird die Datenerhebung in den Praxen erst mit Ende der Behandlung ausgelöst. Die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhalten die vorgesehenen Rückmeldeberichte also auch erst, wenn die Behandlung längst beendet ist. Zur Verbesserung in laufenden Behandlungen kann diese Qualitätssicherung also grundsätzlich nicht beitragen.

Darüber hinaus wird hier der gesamte Behandlungsverlauf für alle Patientinnen und Patienten sowie alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfasst. Das ist im Rahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung ein Novum. In allen anderen Verfahren der DeQS-Richtlinie wird für die Kolleginnen und Kollegen der jeweiligen Fachgruppe ein i. d. R. begrenzter Ausschnitt ihres Behandlungsspektrums qualitätsgesichert.

Am Ende stehen wir vor einem großen Problem: Mit dem im Juni 2021 beschlossenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung wurde der Auftrag an den G-BA zur Entwicklung eines Qualitätsportals für die einrichtungsvergleichende Darstellung der Qualität in den Krankenhäusern um den vertragsärztlichen / vertragspsychotherapeutischen Bereich ergänzt. In diesem Qualitätsportal sollen grundsätzlich die Ergebnisse der datengestützten QS-Verfahren des G-BA einrichtungsvergleichend veröffentlicht werden. Das bedeutet, dass die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren auch für jede psychotherapeutische Praxis gesondert dargestellt werden sollen. Damit könnten mit dem vorgelegten Ansatz - auf dürftigem quantitativem Fundament – sehr fragwürdige Vergleiche ermöglicht werden. Das hilft den Patienten jedoch nicht. Im Gegenteil, es könnte sogar sein, dass komplexere Behandlungen aus Angst vor Sanktionen nicht erst angeboten werden, was für die Situation von Menschen mit größerem psychotherapeutischen Versorgungsbedarf fatal wäre.

Die Aussichten sind nicht rosig, meine Damen und Herren. Nun in Resignation zu verfallen, hilft uns allen nicht weiter! Lassen Sie uns stattdessen das Modellprojekt in NRW und die anberaumte Evaluation nutzen, um die kritischen Punkte klar anzusprechen.

Ich möchte die psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen in Westfalen-Lippe aufrufen, sich am Verfahren QS AmbPT zu beteiligen. In den kommenden Monaten werden verschiedene neue Gremien eingerichtet. Diese beinhalten eine Fachkommission auf Landesebene, einen technischen Fachausschuss sowie ein Erprobungsexpertengremium. Für diese Gremien werden unter anderem engagierte Psychotherapeuten benötigt. Sollten Sie Interesse an der Mitwirkung in einem dieser Gremien haben, zögern Sie nicht uns anzusprechen.

Vor dem Start des Verfahrens findet im September 2024 erstmalig eine Regionalkonferenz statt. Alle Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind eingeladen, an der Online-Veranstaltung teilzunehmen. Die Termine finden Sie auf unserer Homepage.

In den vergangenen Monaten ist mir eines bewusst geworden: Wir können nicht immer eine Verweigerungshaltung einnehmen. Wir müssen die Prozesse konstruktiv begleiten, aber auch zielgerichtet kritisieren. Ich hoffe sehr, dass unsere Kolleginnen und Kollegen aus Westfalen-Lippe diesen Weg beschreiten und sinnvolle Vorschläge erarbeiten.

### **Entbürokratisierung**

Das gilt auch im Dauerthema der Entbürokratisierung. Hier ist es notwendig, dicke Bretter zu bohren und einen langen Atem zu beweisen. Die KVWL ist hier nach wie vor sehr aktiv:

Bürokratieabbau ist kein einmaliges Projekt mit festem Anfang und definierten Ende. Es ist vielmehr ein langwieriger Prozess. Bereits in der VV im September vergangenen Jahres haben wir Forderungen ausgesprochen. Sie sehen sie hinter mir eingeblendet. Es handelt sich dabei um konkrete Maßnahmen im Prozess Bürokratieabbau, die teilweise zu schnellen Erfolgen und Vereinfachungen in den Praxen führen würden.

Es bewegt sich etwas! Die aktuelle Gesetzgebung zeigt, dass wir uns Gehör verschaffen.

Ein Ergebnis des GVSG ist unter anderem die Streichung des Konsiliarberichts vor Beginn einer Psychotherapie bei Überweisung durch Vertragsärzte.

Zusätzlich wurde dem GBA aufgetragen das Antragsverfahren von einem zweistufigen auf ein einstufiges Verfahren umzustellen.

Ein Anfang ist gemacht, aber es gibt noch viel zu tun!

Weiterhin ein leidiges Thema in allen Praxen sind die formfreien Anfragen!

Nach vielen Aufforderungen an die Politik gehen wir dieses ressourcenfressende Thema gemeinsam mit der KBV im Formularlabor an. Im Formularlabor Westfalen-Lippe engagieren sich neben der KVWL auch der Medizinische Dienst, die Barmer und viele Kolleginnen und Kollegen aus der Praxis. Gemeinsam haben alle Beteiligten seit Dezember mühselig knapp 25 Meter formfreie Anfragen durchgearbeitet und auf den Prüfstand gestellt. Eine echte Sisyphusarbeit. Anfragen von bis zu 18 Seiten wurden geprüft. Und diese Anfragen kommen aus den unterschiedlichsten Richtungen.

Doch die **Haupttreiber** sind eindeutig die allseits ungeliebten Hilfsmittelanfragen! Ein ewiges Ärgernis mit viel Aufwand!

Durch den Prüfbericht werden Maßnahmen zur spürbaren Reduzierung aufgezeigt.

Erste Ausarbeitungen in Arbeitsgruppen auf der Bundesebene sind in Vorbereitung. Wir brauchen endlich echte Entlastung in den Praxen und wieder mehr freie Kapazitäten für die Behandlung der Patienten. Das ist das Mantra, welches über all unseren Aktivitäten steht.

### **GVSG – Bagatellgrenze und normativer Schaden**

Dirk und ich haben bereits über das GVSG gesprochen. Ein erster Erfolg, auch im Hinblick auf eine Entbürokratisierung, vor allen Dingen aber in Bezug auf die Entlastung der Praxen ist die Einführung einer Bagatellgrenze bei gewissen Regressen. Mit der Festlegung dieser Bagatellgrenze für Krankenkassenanträge bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Verordnungen auf Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln auf 300 Euro ist ein erster wichtiger Schritt getan.

Damit es in den Arztpraxen aber zu spürbaren Entlastungen kommt, braucht es noch weitere Schritte. Neben den Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln muss unbedingt auch für die Abrechnungsprüfungen gemäß §106d SGB V eine Bagatellgrenze eingeführt werden.

Diese Prüfverfahren sind oft fehlerhaft, erzeugen hohe bürokratische Aufwände in den Praxen, halten junge Mediziner von einer Niederlassung ab und klauen wertvolle Arzt Zeit, die in der Patientenversorgung fehlt und in den nächsten Jahren noch dringender gebraucht wird.

Prüfungen der Krankenkassen müssen wieder auf ihr ursprüngliches Ziel reduziert werden: Relevante Unstimmigkeiten in der Abrechnung aufzudecken. Nicht aber, die Praxen mit fehlerhaften, medizinisch unsinnigen und bagatellhaften Prüfanträgen zu belasten. In Zeiten des Ärztemangels können wir uns derartig unnötige Belastungen schlicht und einfach nicht mehr leisten.

Ein weiterer notwendiger Schritt wäre die Einführung einer Antragsgebühr in Höhe von 100 Euro für die Anträge, die sich im Nachhinein als unberechtigt herausstellen. Dadurch entstünde ein Kostenbewusstsein bei den Krankenkassen und sie würden ihre Prüfungen mit der notwendigen Sorgfalt durchführen. Im stationären Sektor gibt es derartige Regelungen bereits.

Welche Blüten das aktuelle Prüfverhalten der Krankenkassen treibt, möchte ich an einem Beispiel festmachen.

Im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung eines Patienten mit stark fortgeschrittener Lungenfibrose konnte durch den Einsatz einer Fentanyl-Buccaltablette ein kostspieliger Hospizaufenthalt vermieden werden. Ein Sterben im häuslichen Umfeld wurde ermöglicht. Andere Opiattherapien kamen aufgrund der Situation des Patienten nicht in Frage.

Als Folge bekam der Arzt einen Prüfantrag, da das Medikament nur für die Behandlung von tumorbedingten Durchbruchschmerzen zugelassen ist. Nun soll der behandelnde Arzt, der den Patienten häufig, auch zu Unzeiten, zu Hause besucht hat, für eine Bedarfsmedikation, die gut geholfen und unter dem Strich Kosten gespart hat, 900 Euro aus eigener Tasche bezahlen.

Es wurden nicht die Differenzkosten zur wirtschaftlicheren Therapie berechnet, sondern die Gesamtkosten des Medikaments- eben der normative Schaden. Das ist kein Schadensersatz, sondern eine Bestrafung.

Das meine Damen und Herren sind die Absurditäten des Deutschen Gesundheitssystems. Damit muss endlich Schluss sein. Wir brauchen dringend eine konsequente Umsetzung der Differenzkostenmethode anstelle der Anwendung der normativen Schadensmethode. Leider hat das BSG eine entsprechende Klage der KBV kürzlich zurückgewiesen und bestätigt, dass unzulässige Verordnungen von der Differenzkostenberechnung ausgenommen sind. Eine Lösung sieht das BSG nur in einer entsprechenden Gesetzesänderung. Diese müssen wir gemeinsam mit der KBV nun einfordern, sonst laufen die an sich guten Regelungen aus dem GVSG ins Leere.

### **KVAI Pro Neo**

Ein weiterer Dauerthema ist die Kooperation KVAI pro Neo. Ich habe Ihnen schon häufig darüber berichtet und möchte Ihnen gerne auch heute wieder einen aktuellen Stand geben.

Nach etlichen Abstimmungsschleifen mit den anderen KVen konnten wir nun Anfang Mai endlich den Konsortialvertrag mit der KV Niedersachsen und der KV Sachsen abschließen. Durch den kurzfristigen Ausstieg der KV Berlins hatte sich eine Verzögerung ergeben, die aufgrund von unterschiedlichen Bewertungen und der erhöhten Umverteilungsnotwendigkeit der Finanzmittel ausgelöst wurde.

Nun haben wir unter den verbliebenen Kooperationspartnern ein positives, einheitliches Verständnis über die Entwicklung von KVAi Pro Neo gewinnen können. Die Entwicklung eines gemeinsamen Betriebskonzept und der Aufbau einer Betreibergesellschaft sind nun die nächsten konkreten Schritte. Darüber hinaus wird eine kurzfristige Zusammenarbeit bei der Abrechnung von Hybrid-DRG angestrebt. Zunächst als Dienstleistungsangebot der KVWL. Zukünftig aber als gemeinsame Entwicklung im Rahmen der Kooperation.

Der aktuelle Arbeitsstand der Entwicklung in KVAI Pro Neo ist folgendermaßen:



- Die laufenden zwei agilen Teams konnten die geplanten Meilensteine vorzeitig erreichen!
- Zusammenarbeit und methodisches Vorgehen innerhalb der Teams sind effizient und zielorientiert.
- Die Entwicklung wird erweitert auf vier agile Teams nach Vertragsunterschrift im Mai 2024.
- Die Rechte an allen KVAi Pro Neo Produkten liegen nun vollständig bei den drei Partner-KVen.
- Wir konnten verbesserte Konditionen nach Abschluss des neuen Rahmenvertrags mit ahs/adesso (Mai 2024) aushandeln.

Die angesprochene Verzögerung aufgrund der verspäteten Vertragsunterschrift (Mai 2024 statt November 2023) betrifft vor allen Dingen die Themenfelder Stammdatenprodukte und Abrechnungsprodukte. Darin haben wir einen Entwicklungsverzug von etwa 14 Wochen.

### Hybrid DRG

Auf die Abrechnung der Hybrid-DRG möchte ich noch einmal gesondert eingehen, da einige von Ihnen auch direkt betroffen sind. Über die grundsätzliche Ausgestaltung der Hybrid-DRG und die Abrechnungsmodalitäten haben wir in den vergangenen Vertreterversammlungen ja bereits gesprochen.

Für den Beginn ist der Leistungskatalog deutlich eingeschränkt auf 12 DRG und 244 OPS-Codes, wird aber in naher Zukunft rasant erweitert.

Im ersten Quartal 2024 haben die Hybrid-DRG den nachfolgenden Umfang in der Abrechnung der KVWL eingenommen.

- 74 unterschriebene Verträge mit Leistungserbringern und 29 noch offene Unterschriftenverfahren
- 36 Leistungserbringer haben Hybrid DRGs abgerechnet
  - 903 Eingriffe
  - Gesamtvergütung: 950.000 €

Das ist zu Beginn noch ein geringer Umfang. Damit war jedoch zu rechnen. Für die Folgequartale erwarten wir eine deutliche Steigerung. Da ist es sinnvoll, dass wir uns im Rahmen der KVAi Pro Neo Kooperation aber auch in der Überprüfung unserer eigenen Abrechnungsprozesse mit diesem Thema intensiv beschäftigen.

Die ersten Neuerungen werden wir ab 2025 umsetzen. Dann gibt es ein KVWL-Abrechnungsportal für Hybrid-DRGs. Die Vorteile für unsere Mitglieder sind:

- Datenerfassung in einem Online-Portal mit integriertem Grouper
- Keine zusätzliche Software in der Praxis erforderlich
- Unterstützung bei der Aufteilung der Pauschale
- Transparente Abrechnungsverfolgung
- Konkurrenzfähiger Preis
- Dienstleistung auch für Nicht-Mitglieder

Wir bauen damit unsere Stellung als Full-Service Dienstleister in der Abrechnung aus. Die Ziele sind ein guter Service für die Leistungserbringer und natürlich auch, dass wir die Honorarvolumina, die mit den Hybrid-DRG erbracht werden, in der KVWL halten.

Es ist uns besonders wichtig, hier ein passgenaues Angebot für unsere Mitglieder zu machen. Das kommt Ihnen zugute, selbstverständlich aber auch unserem Haus. Bitte informieren Sie die Kolleginnen und Kollegen in Ihrem Berufsverband über das Abrechnungsangebot der KVWL und wenden sich mit Verbesserungsvorschlägen direkt an uns. Gerade in so einer frühen Phase der Gestaltung des Abrechnungsprozesses, kann man viele Abläufe genau auf Ihre Bedürfnisse anpassen.

IT und Digital Health

**BzL – Digitalisierung und eHealth**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum Abschluss meines Vorstandsberichtes möchte ich Sie noch in die Welt der Digitalisierung entführen. Ein Bereich, der in der jüngeren Vergangenheit immer mal wieder für kollektives Kopfschütteln sorgte, aber in naher Zukunft unumgänglich für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung ist.

Digitalisierung sinnvoll nutzen – diese Maxime haben wir uns bereits vor langer Zeit auf die KVWL-Fahne geschrieben. Seit Jahren entwickeln wir in diesem Haus großartige Projekte, die Nachahmer in ganz Deutschland finden.

Eines dieser Vorzeigeprojekte ist die Ausbildung zur Digi-Managerin. Seit Mitte 2023 bietet die KVWL die Fortbildung zur Digi-Managerin für die Etablierung von Digitalisierungsbeauftragten in Arztpraxen und psychotherapeutischen Praxen an. Sogar das BMG erkannte das Potenzial dieses Projektes und beteiligte sich mit einer Förderung.

Nun läuft die Pilot-Phase ab und natürlich fragen Sie sich berechtigterweise, wie es mit der Fortbildung zur Digi-Managerin weitergeht. Derzeit beschäftigt sich der Geschäftsbereich IT mit genau dieser Frage. Aus dem bisherigen Durchgang konnten wir erste Erfahrungen sammeln, die uns bei der Verstetigung dieses Projektes weiterhelfen. So wurde in dem vergangenen Projektjahr deutlich, dass der zeitliche Aufwand der Fortbildung und die damit verbundene Ausfallzeit der MFA in der Praxis nur schwer aufzufangen sind.

Diese Erkenntnis und viele weitere Eindrücke und Erfahrungen wurden aufgegriffen, um eine Weiterentwicklung bzw. Fortsetzung der Digi-Managerin-Fortbildung zu verwirklichen. Ziel unseres weiteren Vorgehens ist es, ein verschlanktes Konzept mit gleichbleibender Qualität zu etablieren.

Neben bereits bekannten Fortbildungsinhalten ist es sinnvoll, auch die Praxisinhaberinnen und -inhaber einzubeziehen. Mittels dreistündiger virtueller Veranstaltung wollen wir Basisinhalte vermitteln, die dem Praxisteam insgesamt zugutekommen. Gerne würden wir dieses Modul

noch mit Fortbildungspunkten versehen, um die Attraktivität für die Kolleginnen und Kollegen zu erhöhen.

Gleichzeitig streben wir an, die Präsenzzeiten zu reduzieren, um somit personelle Ressourcen in den Praxen zu schonen. Ein möglicher Fortbildungsumfang beträgt nach neuen Überlegungen insgesamt 5,5 Tage, wobei 3,5 Tage in Präsenz gelehrt werden. Die gesamte Fortbildung soll innerhalb von 7 Wochen absolviert werden. Mit einem zusätzlichen dreistündigen Selbststudium und der Erhebung des Reifegrades sind wir der Auffassung, dass eine vollumfängliche Fortbildung zur Digi-Managerin gewährleistet werden kann.

Grundsätzlich streben wir eine Fortsetzung dieses einzigartigen Projektes an. Die weitergebildeten MFA können mit ihrer dazugewonnenen Expertise eine bedeutende Rolle in der Praxis einnehmen und die teils sperrige Digitalisierung im Praxisalltag vereinfachen.

Mir ist es seit jeher ein Anliegen, den Ärztinnen und Ärzten die notwendige Zeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu verschaffen. Nebengeräusche, wie eine dysfunktionale Digitalisierung, können am Ende nicht dazu führen, dass der ausgebildete Mediziner als ITler fungiert und somit äußerst wertvolle Arztzeit verloren geht.

#### Kürzung der TI-Pauschale und ePA

Zur Digitalisierungspolitik des BMG gehören leider auch immer Sanktionsandrohungen und selten Anreize. Die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sollen sich an die TI anschließen und TI-Anwendungen nutzen. Tun sie das nicht, haben sie mit Sanktionen zu rechnen. Hier sieht der Gesetzgeber keine Ausnahmen vor und gibt den KVen keinerlei Ermessensspielraum.

Wir kämpfen allerdings für den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz als Ermessensspielraum. Punkte wie die Verfügbarkeit von Komponenten und Anwendungen, technische Störungen oder das bevorstehende Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit müssen eine Rolle spielen.

Aktuell gibt es drei Sanktionierungen:

1. 2,5 % - wegen Nichtdurchführung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) nach § 291b Abs. 2 SGB V

2. 1 % - wegen Nichtverfügbarkeit der Komponenten und Dienste für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA) nach § 341 Abs. 6 SGB V
3. 1 % - wegen Nichtübermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen (eRezept) nach § 360 Abs. 17 SGB V ab Quartal 2/2024

Aus den Sanktionierungsstufen addieren sich die Beträge folgendermaßen bei verschiedenen Verstößen.

1. VSDM = 2,5 %
2. VSDM + ePA = 2,5 % (ePA wird nicht addiert!)
3. ePA + eRezept = 2 %
4. VSDM + eRezept = 3,5 %
5. VSDM + ePA + eRezept = 3,5 %

Die Kürzung der TI-Pauschale erfolgt zusätzlich!

- Voraussetzung für den Erhalt der TI-Pauschale ist der Nachweis durch die Vertragsarztpraxis, dass sie die folgenden Anwendungen in der jeweils aktuellen Version unterstützt.
- 50 % Kürzung, wenn eine TI-Anwendung fehlt, keine Auszahlung, wenn zwei TI-Anwendungen fehlen
- 100 % Kürzung, wenn eine TI-Komponente nicht nachgewiesen wird

Hinter mir sehen Sie noch einmal die Staffelung der TI-Pauschalen, Übergangsregelungen und Kürzungen. Sie erhalten die Präsentation im Nachgang zur Sitzung, deswegen gehe ich auf die Details an dieser Stelle nicht weiter ein.

### AmbuQS

Ein weiterer zentraler Baustein für eine nutzenstiftende Digitalisierung ist die Software zur Verwaltung und Durchführung von Dokumentationsprüfungen in der ambulanten Qualitätssicherung, kurz AmbuQS. Die Verknüpfung verschiedener Systeme hin zu komplett digital bearbeitbaren Prozessen ist ein unschätzbare Mehrwert für die Arbeit auf Verwaltungsebene, der sich vielfach auswirkt.

Mit diesem Tool wird bundesweit erstmalig die Möglichkeit geschaffen, QS-Daten aus Stichprobenprüfungen zu erheben, zu analysieren und zur Qualitätsförderung zu nutzen. Vor dem gesetzlichen Hintergrund, hier insbesondere §135 SGB V zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung, leisten wir mit diesem innovativen Verfahren Pionierarbeit!

Nach dem Projektstart in den Jahren 2021 und 2022 wurden erste Verfahren, wie die Sonographie & Radiologie, IVOM, Kernspintomographie im Jahresverlauf 2022/2023, umgesetzt. In diesem Jahr steht ein Dienstleisterwechsel an; gleichzeitig aber auch die Fertigstellung der Verfahren zur Koloskopie und zur Konstanzprüfung Sonographie. Zudem planen wir derzeit eine automatisierte Erstellung von Ergebnismitteilungen. Im kommenden Jahr werden wir weitere Verfahren implementieren.

Natürlich muss ein solches Projekt auch einer Wirtschaftlichkeitsbetrachtung unterworfen werden. Insgesamt zeigt sich, dass das Einsparpotenzial die benötigten Entwicklungskosten übersteigen wird. Darüber hinaus wird AmbuQS zu erheblichen Zeiteinsparungen bei den 18 Kommissionen mit etwa 2.500 zu prüfenden Ärzten bei mehr als 5.000 Vorgängen pro Jahr beitragen. Die Fertigstellung dieses Vorzeigeprojektes ist für 2026 geplant.

Wir bleiben hier am Ball und werden Ihnen über den Fortschritt selbstverständlich Bericht erstatten. Diese innovativen Projekte verdeutlichen einmal mehr, welche hervorragende Arbeit hier im Haus geleistet wird. Ich erwähne das ganz bewusst, da die vergangenen Monate weniger über die hauseigenen Themen berichtet wurde, die eigentlich im Vordergrund der Vorstandsberichte stehen sollten.

Neben den hauseigenen Projekten, die in der Umsetzung voranschreiten, ist auch Tausendsassa Lauterbach mal wieder gesetzgeberisch aktiv geworden. Am 15. Mai erblickte der Referentenentwurf zur Schaffung einer Digitalagentur (GDAG) das Licht der Welt. Und Sie mögen es angesichts der letzten zweieinhalb kaum für möglich halten – der Entwurf ist insgesamt positiv zu bewerten!

Die aktuell für die Digitalisierung im Gesundheitswesen zuständige Gematik soll künftig zur „Digitalagentur Gesundheit“ ausgebaut werden. Nach mehrmaligen Ankündigungen wird Lauterbach nun konkret. So soll die zentrale Verantwortlichkeit bei der neuen Digitalagentur

liegen, die mit klaren und stringenten Zuständigkeiten für die digitale Transformation im Gesundheitswesen ausgestattet wird. In der Vergangenheit wurde stets kritisiert, dass niemand bei Störungen der TI verantwortlich ist – etwa beim eRezept. Mit dem angestrebten Umbau soll auch die Verantwortung für die Komponenten und Dienste rund um die TI künftig bei der Digitalagentur liegen. Dazu erhält die neue Digitalagentur die Möglichkeit, TI-Anbietern gewisse Fristen zu setzen und Verstöße mit Bußgeldern zu ahnden.

Auch die PVS-Hersteller werden in dem neuen Gesetzesentwurf bedacht und mit neuen Pflichten versehen. Auf Verlangen der Ärzte müssen sie demnächst einen schnellen Wechsel des PVS in die Wege leiten. Konkret bedeutet dies, dass die alten PVS-Hersteller den neuen PVS-Anbietern beim Umzug helfen. Vor dem Hintergrund der elektronischen Patientenakte, die einen Wechsel für einige Praxen unumgänglich macht, ist diese Regelung positiv zu bewerten.

Zudem soll innerhalb der Digitalagentur ein „Kompetenzzentrum für Interoperabilität im Gesundheitswesen“ (KIG) etabliert werden. Sichergestellt werden soll somit, dass informationstechnische Systeme im Gesundheitswesen nicht nur technisch, semantisch und syntaktisch miteinander kommunizieren können, sondern auch in der Praxis nutzbar sind. Künftig soll sie nicht nur sanktionieren dürfen, sondern auch darüber entscheiden, wer bestimmte Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur entwickeln und betreiben darf.

Gespannt sind wir natürlich, inwieweit sich dieser Entwurf noch durch das parlamentarische Verfahren verändert. Die grundsätzliche Zielrichtung ist unserer Meinung nach begrüßenswert. Ein Lichtblick bei all den Gesetzesinitiativen, die derzeit im BMG kursieren und uns auf die Probe stellen. Der Entwurf soll noch vor der Sommerpause ins Kabinett. Über den weiteren Verlauf werde ich Ihnen natürlich berichten.

### Cybersicherheit in Arztpraxen

Immer wieder sind Arztpraxen direkt von Cyberattacken betroffen. Leider wird diese Bedrohung in naher Zukunft eher zunehmen als abnehmen. Wir haben verschiedene Studien

begleiten, die sich mit der Bedrohungslage und den notwendigen Abwehrmaßnahmen in Arztpraxen beschäftigen.

Das Fazit ist:

- BMG hat mit DigiG erste Anpassungen vorgenommen
- Richtlinie §390 wird überarbeitet
  - Vereinfachung (+)
  - Vereinheitlichung (+)
  - Streichungen (+)
  - Ergänzung nach DigiG (-)

Für uns ist klar, es ist eine Unterstützung der Praxen notwendig. Das machen wir mit folgenden Maßnahmen:

- Digi-ManagerInnen ausbilden
- Bekanntheit Beratungsangebot steigern
- Beratungsangebot ausbauen

Mehr zum Beratungsangebot berichte ich Ihnen auf der nächsten Sitzung der Vertreterversammlung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.