

PSYCHOTHERAPIE

IN DER WARTESCHLEIFE

Weil die Zahl der Therapieplätze nicht ausreicht, wird der Ruf nach einer Reform der überholten Bedarfsplanung lauter.



DIGITALISIERUNG

Die Telematik im Gesundheitswesen wird kommen und entspricht bereits heute höchsten Sicherheitsstandards. | Seite 14

ARBEITSWANDEL

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wirkt sich auch auf die Gestaltung der ärztlichen Tätigkeit aus. | Seite 18

EINWILLIGUNG

Nur in bestimmten Fällen benötigen Praxischefs von ihren Patienten eine Unterschrift. | Seite 24

INHALT

■ SCHWERPUNKT

4 Dringender Reformbedarf

Sowohl der Gemeinsame Bundesausschuss als auch die KVen und Kammern sind sich einig, dass die Kapazitäten für mehr Psychotherapeutenplätze erhöht werden müssen.

6 Therapieplatzmangel

Im Interview kritisiert die Psychologische Psychotherapeutin Sabine Maur, dass sich die Reform von 2017 bisher wenig positiv auf die Versorgungssituation ausgewirkt hat.

9 Diskriminierungsvorwürfe

KVen und psychotherapeutische Verbände befürchten, dass mit den Regierungsplänen für eine „gestufte und gesteuerte Versorgung“ neue Hürden entstehen.

■ POLITIK

10 Terminservice- und Versorgungsgesetz



Zwar sieht der Kabinettsentwurf die gesonderte Vergütung einzelner Leistungen vor, doch erfolgt der Ausstieg aus der Budgetierung nur in sehr kleinen Schritten.

12 Nachwuchsförderung

Die Delegierten der Vertreterversammlung haben auf ihrer Sitzung unter anderem beschlossen, die Famulaturförderung auf kinderärztliche Praxen auszudehnen.

13 EU-Fälschungsschutzrichtlinie



Alle verschreibungspflichtigen Medikamente müssen ab Februar 2019 zusätzliche Sicherheitsmerkmale tragen.

■ TELEMATIK

14 IT-Architektur

Noch immer zweifeln Niedergelassene an der Telematik-Infrastruktur, dabei liegen die Sicherheitsstandards weit über dem der Industrie und im Bankwesen.

16 Digitalisierungstrends

Ärzte und Psychotherapeuten stehen der Digitalisierung offen gegenüber, ergab eine Umfrage der KBV.

17 Telematik-Anbindung

Sobald die Konnektoren installiert sind, müssen Praxen den Abgleich der Versichertenstammdaten durchführen.

■ PANORAMA

18 Berufsbildwandel

Der wachsende Trend zur Anstellung sowie die zunehmenden Pendlerdistanzen zwischen Wohnort und Praxis verändern die Ausübung des Arztberufs.

20 Ärztebündnis

Das zertifizierte Ludwigshafener Praxisnetz GO-LU will die Versorgungsqualität in der Region verbessern.

22 BD-online

In Rheinland-Pfalz haben bis Ende 2018 alle Bereitschaftspraxen Zugriff auf das Online-Dienstplanbuchungssystem.

23 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen

Nach vielen Jahrzehnten stellt die AU-Sammelstelle ihren Betrieb bis Ende 2018 endgültig ein.

■ SERVICE

24 Einwilligungserklärung

Bei der Datenverarbeitung können Praxisinhaber in den meisten Fällen vom Einverständnis der Patienten ausgehen.

25 Ermächtigungen

Wenn Ärzte ihre Patienten an die Kollegen in der Klinik überweisen, müssen sie auf einige Besonderheiten achten.

26 Substitution

Dosierautomaten können den Praxen die Abgabe von Methadon an opiatabhängige Patienten erleichtern.

27 E-Learning

Die KV RLP hat neue Module zur Online-Fortbildung entwickelt, die Mitglieder ab 2019 nutzen können.

28 Filmothek | Arzneimittelausgaben

29 Flächendesinfektion

Die Reinigung der das Personal umgebenden Flächen spielt in der Infektionsprävention eine wichtige Rolle.

30 Rechtstipp | Termine

31 ASV-Broschüre | Honorarbericht 2018 | Häufige Fragen

32 Barrierefreie Praxis | Impressum

■ VORWORT

**Liebe Kolleginnen
und Kollegen,**



der arme Gesetzgeber hat es nicht leicht mit uns Ärzten. Immer wieder sorgen wir dafür, dass die Hütte brennt und er sich zum Handeln gezwungen sieht. In den Neunzigerjahren hatte er ein riesenproblem mit uns: Wir wurden immer mehr und es schien unmöglich, uns alle mit einem auskömmlichen Verdienst auszustatten. Also musste man handeln: Studienplätze streichen, Honorar budgetieren, Niederlassungsmöglichkeiten sperren.

Es hat gewirkt und – oh Wunder – jetzt werden wir immer weniger und die jungen Kolleginnen und Kollegen lassen sich nicht mehr mit unmenschlichen Arbeitszeiten ausbeuten. Was kann man da machen? Diese sperrige Ärztebande muss man doch irgendwie in den Griff kriegen! Den Ärzten zuhören, macht scheinbar keinen Sinn: Was die erzählen, wie ihr Arbeitsalltag inzwischen aussieht, ist so unglaublich, dass es einfach nicht stimmen kann! Angesichts der nun drohenden Versorgungslücken fällt dem Gesetzgeber also nichts Besseres ein, als uns wieder mit neuen Gesetzen an die Schippe zu zwingen.

Nun bekommen wir ein Terminservicegesetz. Alle Patienten, egal ob sie ihre Rechnung voll bezahlen oder aufgrund der Budgetierung nur zu 90 Prozent, sollen bei der Terminvergabe gleich behandelt werden. Gnädig wird uns in Aussicht gestellt, dass wir bei den über die TSS vereinbarten Terminen etwas besser vergütet werden. Ist es die Einsicht, dass mehr Leistung fürs gleiche Geld künftig nicht mehr zu machen ist oder eher Taktik, die Ärzte zu besänftigen und so einen Aufstand zu verhindern?

Wir als Vorstand sehen uns in der Pflicht, gemeinsam mit den Vorständen der anderen KVen auf Bundesebene dafür zu kämpfen, die übelsten Regelungen noch zu verhindern. Auch haben wir fest vor, einen Weg zu finden, die zu erwartenden Neuerungen so zu gestalten, dass es für Sie einigermaßen erträglich bleibt. Wir bleiben positiv und werden aus den neuen Strukturen neue Chancen entwickeln. Keiner von uns ist mehr entbehrlich und wir haben unseren Preis.

Beste Grüße, Ihr

Dr. Peter Heinz

Vorsitzender des Vorstands der KV RLP

IN DER WARTESCHLEIFE

Mangels ausreichenden Angebots wird für viele psychisch kranke Menschen die Suche nach einem Therapieplatz zur Odyssee.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sieht einen hohen zusätzlichen Bedarf an Kapazitäten für die Psychotherapeuten. Nach Berechnungen der KV RLP wären für Rheinland-Pfalz 160 zusätzliche Sitze nötig.

Im September hat der G-BA sein Gutachten zur „Weiterentwicklung der Bedarfsplanung“ abgeschlossen und veröffentlicht. Das mehrere Hundert Seiten umfassende Werk befasst sich unter anderem mit der aktuellen Versorgungssituation auf Basis der Verhältniszahlen, wie sie Ende der Neunzigerjahre ermittelt wurden. Diesen alten Verhältniszahlen werden neue Berechnungen gegenübergestellt, die neben demografischen Entwicklungen auch die Sozial- und Morbiditätsstruktur berücksichtigen – eine Vorgabe aus dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz, um den Bundesländern erweiterte Einwirkungsmöglichkeiten bei der flexiblen Ausgestaltung der Bedarfsplanung

an die Hand zu geben. Eine kleinräumige Planung sollte demnach insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten geprüft werden.

G-BA-Gutachten ermittelt höhere Kapazitäten auf Basis neuer Verhältniszahlen

Mit den neuen errechneten Verhältniszahlen wurde der zusätzliche Bedarf abgeschätzt. Für die Gruppe der Psychotherapeuten ergibt sich dabei folgendes Bild: Bei einem Versorgungsgrad von 100 Prozent müssten in Deutschland 1.157

zusätzliche Psychotherapeuten Patienten versorgen. Einschließlich sogenannter Mitversorgereffekte wären es demnach sogar 1.674 Psychotherapeuten. Noch höher ist der Bedarf, wenn man von einem Versorgungsgrad von 110 Prozent ausgeht: Auf Grundlage der neu berechneten Verhältniszahlen werden bundesweit 1.674 zusätzliche Psychotherapeuten benötigt, mit Mitversorgereffekten 2.413 – was heruntergerechnet auf Rheinland-Pfalz einer Zahl von etwa 120 Sitzen entsprechen würde. „Für einzelne Arztgruppen – beispielsweise die Gruppe der Psychotherapeuten – kann ein hoher zusätzlicher Bedarf an Arztkapazitäten bestehen“, lautet daher die Schlussfolgerung der Gutachter des G-BA.

Eine wichtige Rolle in der psychotherapeutischen Versorgung spielt dem Gutachten zufolge Bypassing, also das Überspringen der nächstgelegenen Versorgungsalternative. Im Mittel werden 71 Prozent der Fälle nicht beim nächstgelegenen Psychotherapeuten behandelt. Einerseits seien diese hohen Werte ein Anzeichen für lokale Verfügbarkeitsengpässe, andererseits könne dies eine gute Erreichbarkeit von alternativen Behandlungsorten bedeuten. Bezogen auf die Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiater liegen in mindestens zehn Prozent der Regionen die Bypassingquoten bei über 80 Prozent.

Psychotherapeutenkammer sieht Bedarf für 7.000 zusätzliche Sitze

Kritik an dem Gutachten äußert unter anderem die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). Nach wie vor gebe es keine Lösung, die Wartezeiten von durchschnittlich fünf Monaten auf eine Behandlung für psychisch kranke Menschen ausreichend zu verkürzen. Grundproblem sei, dass die von den heute zugelassenen Psychotherapeuten erbrachten Leistungen mit dem Bedarf gleichgesetzt werden. „Die Gutachter haben ihre eigentliche Aufgabe nicht erfüllt“, moniert der BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz. „Angesichts der langen Wartezeiten auf eine Psychotherapie reicht es nicht aus, den Status quo an psychotherapeutischer Versorgung heranzuziehen, um den Bedarf abzuschätzen. Bundesweit sind nach Berechnungen des BPTK rund 7.000 zusätzliche Psychotherapeutesitze notwendig, um die monatelangen Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung in besonders schlecht versorgten Regionen zu verkürzen. Umgerechnet auf Rheinland-Pfalz wären das bis zu 580 neue Sitze.“

Die KV RLP schließt sich der Forderung des GBA-Gutachtens an und sieht den zusätzlichen Bedarf nicht ganz so hoch wie die BPTK. Nach Berechnungen der Versorgungsforschung der KV RLP würden in Rheinland-Pfalz bis zu 160 Möglichkeiten für Niederlassungen von Vertragspsychotherapeuten außerhalb der großstädtischen Planungsbereiche entstehen. Mit dieser höheren Versorgungsdichte würde sich die Wartezeit auf Psy-



Drei von vier Patienten werden nicht beim nächstgelegenen Psychotherapeuten behandelt, so ein Ergebnis des Gutachtens des G-BA.

chotherapien erheblich verringern. Dabei sind auch Mitversorgungseffekte der Großstädte für das Land zu berücksichtigen. Derzeit betragen die Mitversorgerquoten für Patienten aus dem Umland durch Koblenz 58 Prozent, durch Ludwigshafen 51 Prozent, durch Mainz 46 Prozent und durch Trier 52 Prozent. Die langen Wartezeiten in diesen Städten werden aber nur dann verkürzt, wenn sich Patienten aus dem Umland bei einem größeren Angebot auch dort behandeln lassen.


Sachverständigenrat: Tatsächlich erbrachte Therapiestunden abbilden

Ergänzend zur Anhebung der Zahl der psychotherapeutischen Sitze schlägt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem diesjährigen Gutachten vor, auch die Auslastung zu analysieren und zu berücksichtigen. „Da möglicherweise ein wesentlicher Anteil der Psychotherapeuten nicht das volle Stundenkontingent erbringt, könnten faktische „Teil“-Sitze eine Unterversorgung kaschieren“, vermutet der SVR. „In der Bedarfsplanung müsste deswegen zunächst die Anzahl der tatsächlich erbrachten Therapiestunden abgebildet werden und dann durch Planung mit gewichteten Sitzen die Versorgung angepasst werden.“

Optimierungspotenzial sieht der SVR auch bei der Koordination der psychiatrisch psychosomatisch psychotherapeutischen Versorgung. Die Gründe liegen aus seiner Sicht unter anderem in der unübersichtlichen Leistungsanbieterstruktur, den oft komplexen Behandlungsverläufen und der nicht immer klaren Verantwortung für die Koordination vor allem im ambulanten Sektor. In einem einzelnen Krankheitsverlauf könne es passieren, dass mehrmals längere Wartezeiten auftreten.

„Es sollte erwogen werden, die Koordinationsverantwortung in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verbindlicher bei einem Leistungserbringer je Patient zu fokussieren“, lautet der Vorschlag des SVR. Als Hauptverantwortlicher käme nach den Vorstellungen des SVR zunächst der Hausarzt infrage, der in der Regel der erste Ansprechpartner sei. Er könnte diese Verantwortung dann „weitergeben“, zum Beispiel an einen Facharzt für Psychiatrie, insbesondere bei schwereren Erkrankungen oder absehbar längerem Verlauf. In

der Verantwortung des jeweiligen Leistungserbringers läge es, den leitliniengerechten Behandlungsverlauf wie Überweisung zum Facharzt und/oder wegweisende therapeutische Entscheidungen im Auge zu behalten. Außerdem erneuert der SVR seine Forderung, die Bedarfsplanung der „Nervenärzte“ in Neurologen und Psychiater zu trennen. ■

 Diskussionspapier „Psychotherapie-Reform“:
www.kv-rlp.de/628134



„Während der telefonischen Sprechzeit kann keine Therapie stattfinden; das heißt, hier fallen Therapieplätze weg.“

Sabine Maur, Psychologische Psychotherapeutin, Mainz

„DER BÜROKRATISCHE AUFWAND IST EINDEUTIG GESTIEGEN“

Mit der Psychotherapie-Richtlinie sollte der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung eigentlich erleichtert werden. Für Sabine Maur, Psychologische Psychotherapeutin in Mainz, hat sich am Grundproblem jedoch nichts geändert, nämlich dem Mangel an genügend freien Therapieplätzen.

Frau Maur, die Psychotherapie-Richtlinie ist nun seit einhalb Jahren in Kraft. Wenn Sie ein Zwischenfazit ziehen: Was sehen Sie positiv, was hat sich in der Versorgung psychisch kranker Menschen seit dieser Zeit konkret verbessert?

Sabine Maur: Positiv finde ich die Schaffung der psychotherapeutischen Sprechstunde. Die Idee ist, dass wir Psychotherapeuten die Patienten frühzeitig sehen und sie nicht monatelang warten müssen. So können wir dann auch eine erste diagnostische Einschätzung geben und beraten, ob eine Psychotherapie überhaupt notwendig ist oder andere Angebote sinnvoller wären – sei es das Aufsuchen einer Beratungsstelle, einer Selbsthilfegruppe, einer Klinik oder eines Facharztes. Diese Sprechstunde ist von fast allen Kollegen gut aufgenommen worden und wird flächendeckend von ihnen angeboten. Der Haken an dieser Regelung ist leider, dass diejenigen Praxen, in denen die Wartezeiten lang sind, deshalb immer noch keinen Therapieplatz anbieten können – selbst wenn der Erstkontakt gut war und die Chemie stimmt.

Was ich auch positiv bewerte, ist die Einführung der neuen Akutpsychotherapie. Sie ist gedacht für Menschen in Krisensituationen oder mit suizidalen Gedanken, die zeitnah behandelt werden müssen. Mit dieser Therapieform ist nicht so viel Bürokratie verbunden. Allerdings kann ich diese Akuttherapie auch nur anbieten, sofern freie Plätze zur Verfügung stehen. Oft kommt die Erkenntnis, dass die Akuttherapie nicht ausreicht und sich eine Richtlinien-therapie anschließen muss – sofern ein freier Therapieplatz vorhanden ist.

Ist der bürokratische Aufwand durch die neue Richtlinie aus Ihrer Sicht eher gestiegen oder hat dieser tendenziell abgenommen?

Der bürokratische Aufwand ist eindeutig gestiegen. Die Kurzzeittherapie dauerte früher 25 Stunden am Stück. Diese muss jetzt mit zweimal zwölf Stunden doppelt beantragt werden, was völlig sinnlos ist. Außerdem müssen wir eine telefonische Sprechzeit von drei Stunden in der Woche anbieten. In dieser



Nicht jede psychotherapeutische Praxis kann sich den Luxus einer telefonischen Sprechstundenhilfe leisten.

Zeit kann jedoch keine Therapie stattfinden, denn ich kann nicht beliebig meine Arbeitszeit ausdehnen; das heißt, hier fallen Therapieplätze weg. Ich habe das Problem so gelöst, dass ich eine Sprechstundenhilfe eingestellt habe, die diese Arbeiten für mich erledigt, aber die ich aus eigener Tasche bezahle, da es keine Vergütung der telefonischen Sprechzeit durch die Krankenkassen gibt bzw. unsere Honorare nicht ausreichen, Praxismitarbeiter zu beschäftigen. Es ist übrigens bei diesen Telefonaten sehr frustrierend für beide Seiten, den Patienten keinen freien Therapieplatz anbieten zu können. Wir können den Anrufern Hilfe anbieten, indem wir auf die Websites der KV RLP und der Psychotherapeutenkammer verweisen. Dann sind die Menschen wieder auf sich alleine gestellt. Aber telefonisch vermitteln und beraten können und dürfen wir nicht.

Laut einer aktuellen Studie der Bundespsychotherapeutenkammer haben sich die Wartezeiten auf das psychotherapeutische Erstgespräch deutlich verringert. Auf der anderen Seite hat die neue Richtlinie an den Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung jedoch so gut wie nichts geändert. Kommen anspruchsberechtigte Patienten für Richtlinien-Psychotherapie durch die Reform unter die Räder?

In der Tat warten die Patienten mit Anspruch auf eine Richtlinien-Psychotherapie mindestens genauso lange wie vorher oder auch länger. Das war für uns auch kein überraschendes Ergebnis. Denn wenn nicht mehr Therapieplätze vorhanden sind, kann ich auch mit neuen Ideen nichts anbieten. Die Richtlinien-Psychotherapie gibt es einmal als Kurzzeit-Variante mit 24 Stunden und als Langzeit-Variante. Man kann die Entschei-

dung für eine Kurz- oder Langzeittherapie nicht an einer einzelnen Diagnose festmachen. Es kommt auf den Krankheitsverlauf und auf den Patienten und seine Ressourcen an. So kann beispielsweise ein Patient unter einer einfachen Panikstörung leiden oder es handelt sich um eine Panikstörung, hinter der sich eine massive Traumatisierung verbirgt.

Der Vorwurf der Krankenkassen, wir würden uns mit Patienten zu lange beschäftigen, stimmt nicht. Etwa die Hälfte der Therapien sind Kurzzeittherapien und wir schöpfen die Kontingente nur aus, wenn es indiziert ist. Es gibt aber Patienten, die hundert oder mehr Therapiestunden benötigen, so zum Beispiel bei schweren Traumafolge- oder Persönlichkeitsstörungen. In diesem Fall sind entsprechend mehr Stunden aufzuwenden und dann reichen die Kontingente häufig nicht aus. Hier bräuchten wir deutlich mehr Flexibilität für diese Patienten.

Inwiefern können die Terminservicestellen der KVen einen Beitrag leisten?

Man muss sich zunächst einmal vor Augen führen, dass drei Viertel aller Anrufer bei den Terminservicestellen entweder zum Psychotherapeuten oder zum Nervenarzt wollen. Offenkundig ist der Bedarf nach Behandlungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen riesig. Wenn die Therapeuten aber keine Termine haben, kann die TSS auch nichts vermitteln. Das betrifft ebenso die probatorischen Sitzungen, die übrigens ein Relikt von früher sind, denn sie sind inhaltlich nichts anderes als die heutigen psychotherapeutischen Sprechstunden. Dass diese Sitzungen nicht ganz abgeschafft wurden, liegt meines Erachtens daran, dass man dafür nur etwas mehr als 60 Euro und für die Sprechstunden mehr als 80 Euro bekommt, die Krankenkassen hier also Geld sparen.

ZUR PERSON

Sabine Maur (46), geboren in Neuwied/Heimbach-Weis, ist seit 2010 mit eigener Praxis in Mainz niedergelassen. Sie studierte Psychologie in Bonn, Würzburg und Großbritannien und absolvierte in Mainz ihre Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin, ergänzend dazu die Zusatzqualifikation Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Mannheim. Seit über sechs Jahren engagiert sie sich berufspolitisch in verschiedenen Gremien der Bundespsychotherapeutenkammer sowie berufspolitisch in der Landesgruppe der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung. Im Oktober 2018 wurde Sabine Maur zur Präsidentin der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz gewählt.

REFORM PSYCHOTHERAPIE-RICHTLINIE – AUSWIRKUNGEN AUF DIE ANGEBOTE

Patienten pro Quartal	Psychotherapeut. Sprechstunde	Psychotherapeut. Akutbehandlung	Probatorik	Richtlinien-Therapie
I/2017			17.359	42.640
II/2017	18.517	1.719	8.378	41.817
III/2017	22.553	3.676	8.660	40.595
IV/2017	22.439	4.872	9.139	40.626
Änderung IV/2017 zu I/2017			-47,4 %	-4,7 %

i Eigene Berechnungen der Versorgungsforschung der KV RLP

Geschieht es auch, dass Patienten von der TSS vermittelt werden, bei denen es gar nicht passt?

Das kommt vor, aber das weitaus größere Problem ist, so die häufige Rückmeldung von Kollegen, dass Patienten die Termine gar nicht wahrnehmen. Für uns ist das schwieriger als für normale Fachärzte. Wir halten uns ja die 50 Minuten frei und haben nicht wie beim Hausarzt ein Wartezimmer, in dem noch zehn Leute sitzen. Das bedeutet für die Psychotherapeuten einen Verdienstaustausch. Und noch bitterer ist es für andere Patienten, die dringend eine Therapie brauchen und aufgrund dieser Ausfälle keine Stunden bekommen. In einer psychotherapeutischen Praxis ist man terminlich nicht so flexibel wie in einer fachärztlichen Praxis.

Viele Befragte der BPTK-Studie gaben an, dass eine Weitervermittlung in eine psychotherapeutische Akutbehandlung häufig scheitert. Wie sind Ihre Erfahrungen?

Ich muss leider wieder die gleiche Antwort geben: Wenn wir keinen freien Platz haben, spielt es letztlich keine Rolle, ob in eine Akut- oder Kurzzeit- oder Langzeittherapie vermittelt werden soll. Um ein Gespräch abrechnen zu können, muss dieses mindestens 25 Minuten, in der Regel 50 Minuten dauern. Als Psychotherapeutin muss ich meine Termine aber langfristig vorher planen und kann diese Art von zeitgebundener Leistung nicht mal eben „dazwischen einschieben“. Und delegieren dürfen wir auch nicht, es können also kein Kollege in der Praxis oder Praxismitarbeiterinnen „übernehmen“.

Seit der Psychotherapie-Richtlinie bewilligen die Krankenkassen die Anträge von Patienten auf Kostenerstattung nur noch sporadisch; die Zahl der Beschwerden ist hier deutlich angestiegen. Wie erleben Sie das in Ihrem Praxisalltag?

Die Kostenerstattung ist deutlich eingebrochen, wobei die Krankenkassen das bestreiten. Sie geben seit 2013 keine Zah-

len mehr heraus, weder vorher zum Anstieg noch jetzt zum Einbruch. Es gibt dazu aktuelle Umfragen verschiedener Psychotherapeutenkammern und Berufsverbände, die diesen Einbruch eindeutig belegen, obwohl sich an der gesetzlichen Grundlage für Kostenerstattung natürlich nichts verändert hat.

Wenn die Kostenerstattung nicht mehr funktioniert, bekomme ich noch mehr Anfragen. Die Masse an Patienten ist ja gleich geblieben und die Frage ist, wohin sie sich verteilt. Es gäbe dann nur die Möglichkeit, dass der Patient die wöchentliche Sitzung von rund 80 bis 90 Euro aus eigener Tasche zahlt. Das finde ich ungerecht,

denn schließlich handelt es sich hier grundsätzlich um eine GKV-Leistung.

Außerdem müssen die Patienten gegenüber den Kassen nachweisen, dass bei keinem der zugelassenen Therapeuten ein Platz frei war. Es gibt keine konkreten Vorgaben, wie viele Therapeuten angefragt werden müssen. Manchmal reicht es, wenn der Patient selbst dokumentiert, dass er in den jeweiligen Praxen eine Absage erhalten hat. Einige Kassen verlangen, dass der Therapeut dies selbst bescheinigt. Welche Patienten können es denn stemmen, bei zehn Praxen anzurufen und sich diese Nachweise zu besorgen, wenn sie psychisch krank sind? Ich halte das für eine Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen.

Irgendwann gibt der Patient auf zu suchen. Aber er ist ja deshalb nicht plötzlich gesund. Dann begibt er sich in den stationären Bereich – mit weitaus höheren Kosten für die Solidargemeinschaft.

Können Sie den angehenden Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten trotz der bürokratischen Schikanen empfehlen, sich nach ihrer Approbation niederzulassen?

Ja, auf jeden Fall. Es ist ein schöner und sinnvoller Beruf. Zwar sind die Rahmenbedingungen manchmal schwierig, aber das ist auch bei den anderen Heilberufen der Fall. Die Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen ist anhaltend hoch, insofern muss man sich um die Zukunft keine Gedanken machen. Und unser Berufsstand hat erfreulicherweise keinerlei Nachwuchsprobleme, obwohl die Rahmenbedingungen unserer Ausbildung dringend reformbedürftig sind.

Frau Maur, vielen Dank für das Gespräch!

PSYCHOTHERAPEUTEN WARNEN VOR ENGPÄSSEN BEI DER VERSORGUNG

Im Entwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist geplant, eine „gestufte und gesteuerte Versorgung“ in der psychotherapeutischen Behandlung einzuführen. KVen, Kammern und Verbände äußern scharfe Kritik an dem Vorstoß und befürchten neue Hürden für psychisch Kranke.



Zwar kommen seit der Reform 2017 mehr psychisch kranke Menschen in eine Akutbehandlung, doch bis zum Eintritt in die Langzeittherapie kann es dauern.

Das Urteil der psychotherapeutischen Interessensvertretungen zum TSVG ist einhellig negativ: Wie aus dem Kabinettsentwurf hervorgeht, soll die psychotherapeutische Behandlung der gesetzlich versicherten Patienten zukünftig im Rahmen einer gestuften Versorgung erfolgen. „Diese neue Versorgungsform ist im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung erforderlich, um den gerade hier festzustellenden besonderen Herausforderungen bei der Gewährleistung eines dem individuellen Behandlungsbedarf entsprechenden, zeitnahen Behandlungszugangs gerecht zu werden“, heißt es in der Gesetzesbegründung. Detaillierte Regelungen soll der G-BA treffen und dabei „die Anforderungen an die Qualifikation der (...) verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten“ konkretisieren.

KBV: „Ungeheure Diskriminierung einer Patientengruppe“

Aus Sicht der KV RLP und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden sich dadurch die psychotherapeutische Versorgung und die Wartezeit auf einen Behandlungsplatz „in keiner Weise“ verbessern – im Gegenteil. In einer von der KBV-Vertreterversammlung verabschiedeten Resolution heißt es dazu: „Die gesetzliche Vorgabe, eine gesteuerte Zuweisung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu definierten Be-

handlungsformen zu entwickeln, würde die Patienten in ihrem Recht auf eine partizipative Entscheidungsfindung hinsichtlich verschiedener Behandlungsformen unzulässig beschränken. Eine gesteuerte Zuweisung zu definierten Behandlungspfaden speziell für Menschen mit psychischen Erkrankungen stellt eine ungeheure Diskriminierung dieser Patientengruppe dar. Menschen mit einer psychischen Erkrankung wird zugemutet, dass sie längere Versorgungswege beschreiten und sich mehreren Fachleuten offenbaren müssen.“

Der Entwurf untergräbt nach übereinstimmender Meinung der psychotherapeutischen Vertreter die erfolgreichen Entwicklungen in der psychotherapeutischen Versorgung der vergangenen Jahre. Erst im April 2017 wurde mit der grundlegend reformierten Psychotherapie-Richtlinie eine Art gestufte Versorgung“ eingeführt. Mit der psychotherapeutischen Sprechstunde erhält jeder Patient einen schnellen ersten Beratungstermin und danach eine Behandlung, die sich nach dem Schweregrad seiner Erkrankung richtet.

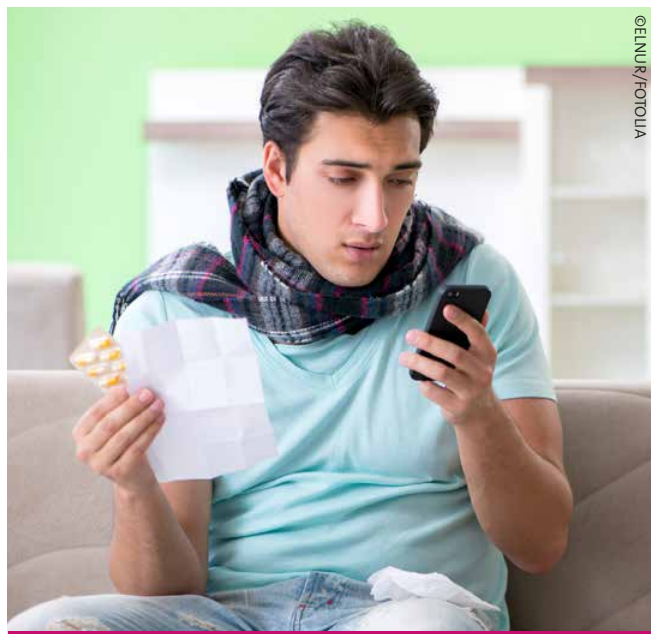
Neue Angebote gehen zulasten der Langzeittherapie

Noch können keine validen Aussagen über die Auswirkungen der Reform gemacht werden. Ein Vergleich der Abrechnungsquartale vor und nach dem 1. April 2017, die die KV RLP ausgewertet hat, geben aber erste Hinweise: So haben nach dem Inkrafttreten der Reform im zweiten Quartal 2017 bereits über 18.000 Patienten und in den beiden Folgequartalen über 22.000 Patienten in Rheinland-Pfalz die psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch genommen. Auch die psychotherapeutische Akutbehandlung findet Anklang: Waren es im zweiten Quartal 2017 noch rund 1.700 Patienten, wurden im vierten Quartal 2017 schon knapp 4.900 Patienten mit dieser Therapieform versorgt. Das Mehr an Patienten, die durch die beiden neuen Angebote psychotherapeutischen Kontakt hatten, ging jedoch zulasten eines Zugangs zur Richtlinien-therapie mittels probatorischer Sitzungen mit einem Minus von rund 47 Prozent und der zeitintensiven Richtlinien-therapie mit einem Minus von knapp fünf Prozent. Durch die Reform wurde also mehr Patienten ein Erstgespräch in Sprechstunden ermöglicht, dies aber auf Kosten von Langzeittherapien. ■

📄 Resolution der Vertreterversammlung der KBV zu Nr. 51 b) (§ 92 SGB V) in der Kabinettsvorlage für ein Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG): www.kbv.de/html/37338.php

EIN MINI-SCHRITT ZUR ENTBUDGETIERUNG

Im Kabinettsentwurf zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) konnten Vertreter der Ärzteschaft zwar noch leichte Änderungen durchsetzen. Die grundlegende Kritik am politischen Eingriff in die Praxisorganisation bleibt jedoch bestehen.



Spätestens in zwei Jahren soll es Bürgern ermöglicht werden, die elektronische Patientenakte auch über ihr Smartphone abzurufen.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn will gesetzlich Versicherern den Zugang zu niedergelassenen Ärzten erleichtern – durch „schnellere Termine, mehr Sprechstunden und bessere Angebote“. Im Fokus stehen in diesem Zusammenhang die Terminservicestellen (TSS) der KVen; ihre Aufgaben will das Ministerium „deutlich erweitern“. Neben der täglichen 24-Stunden-Erreichbarkeit der bundesweit einheitlichen Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117 sollen Versicherte auch auf ein Internet-Angebot der TSS zurückgreifen können. Dadurch wird es möglich, Termine nicht nur telefonisch, sondern auch online oder per App zu vereinbaren. Vorgesehen ist, dass die Terminvermittlung von Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens auch während der üblichen Sprechzeiten erfolgt. Dabei soll die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung maximal zwei Wochen betragen.

KVen zur Überwachung der Sprechstundenzeiten gezwungen

Gegenüber dem Referentenentwurf enthält der Kabinettsentwurf zum TSVG noch eine Reihe weiterer Änderungen und Ergänzungen. Grundsätzlich bleibt es bei der vorgesehenen Erhöhung des Mindestsprechstundenangebotes von mindestens 25 Stunden pro Woche, wobei Hausbesuchszeiten angerechnet werden.

In der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) soll außerdem festgelegt werden, dass

- die Facharztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Versorgung, zum Beispiel konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, HNO-Ärzte, mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten – mit Ausnahme der Psychotherapeuten,
- die KVen auf ihrer Website über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte informieren und
- die KVen die Einhaltung der Mindestsprechstundenzeiten nach „einheitlichen Prüfkriterien“ überwachen sowie bei Verstößen Sanktionsmaßnahmen wie Honorarkürzungen und bei wiederholter Nichteinhaltung sogar den Zulassungszug von Amts Wegen anordnen können.

Die extrabudgetäre Entlohnung für Zusatzangebote wird von der KBV und den KVen grundsätzlich positiv gesehen. Der Kabinettsentwurf präzisiert die einzelnen extrabudgetären Leistungen:

- Zuschlag von mindestens 5 Euro für die erfolgreiche Vermittlung eines dringenden Facharzttermins durch einen Hausarzt
- Zuschläge von mindestens 25 Prozent auf die Versicherten- und Grundpauschalen bei Leistungen für neue Patienten in der Praxis
- Zuschläge von mindestens 15 Prozent auf die Grundpauschalen bei Leistungen, die in den offenen Sprechstundenzeiten erbracht werden
- Leistungen für übernommene Patienten nach Terminvermittlung durch einen Hausarzt
- (Akut-)Leistungen für Patienten, die von der Terminservice-stelle vermittelt werden

Zuständigkeiten für die elektronische Patientenakte sind festgelegt

Tempo machen will das Gesundheitsministerium bei der Verfügbarkeit digitaler Versorgungsangebote. So werden die Krankenkassen spätestens ab dem Jahr 2021 verpflichtet, für ihre Versicherten eine elektronische Patientenakte anzubieten und sie darüber zu informieren. Insofern drängt das Ministerium darauf, dass alle Praxen und Krankenhäuser in den kommenden zwei Jahren an die Telematik-Infrastruktur angebunden sind, um eben diesen Austausch von Patientendaten zu ermöglichen. Optional soll der Zugriff dieser medizinischen Daten auch



KVen und Ärztenverbände befürchten durch die neuen Vorgaben des TSVG noch mehr Bürokratie in den Praxen.

über Smartphone oder Tablet angeboten werden. Geplant ist, dass ein „sicheres Authentifizierungsverfahren ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte“ zum Zuge kommt. Die bisherigen Einwilligungsverfahren der Versicherten in die Nutzung der medizinischen Anwendungen will das Ministerium „unter Beachtung des Datenschutzes“ vereinfachen.

Auf Bundesebene haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband in einem „Letter of Intent“ über die weitere technische Ausgestaltung geeinigt und die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten festgehalten. Die Krankenkassen sind laut der Vereinbarung für die grundsätzliche Struktur der ePA zuständig, die drei Bereiche umfasst. So soll die Akte je einen standardisierten Bereich für die Ablage von medizinischen Informationen sowie für die Ablage von Informationen der Krankenkassen erhalten. Bis Ende des Jahres muss die Betreibergesellschaft gematik, die auch die Telematik-Infrastruktur (TI) verantwortet, die technischen Standards und Schnittstellen für die ePA definieren.

Verbindliche Kodierrichtlinien und Begrenzung der Vorstandsgehälter

Der Kabinettsentwurf listet weitere konkrete Projekte auf. Patienten stehen beispielsweise künftig Impfstoffe aller Hersteller zur Verfügung; der Ausschluss von Herstellern durch Verträge wird vermieden. Ebenso wird der Zugang zu innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erweitert. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird damit beauftragt, bis zum 20. Juni 2020 verbindliche Diagnose- und Prozedurenschlüssel (Kodierrichtlinien) zu entwickeln. Im Visier hat die Politik auch die Vorstandsgehälter bei den Krankenkassen und KVen: Künftige Vergütungssteigerungen sollen bei den Spitzenorganisationen auf Bundesebene begrenzt werden.

KBV befürchtet höhere Bürokratie in Arztpraxen

Trotz einiger vorgenommener Verbesserungen sieht die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Gesetzentwurf insgesamt weiterhin sehr kritisch. Zwar sei grundsätzlich positiv zu beurteilen, dass sich das Prinzip „Mehr Leistung muss auch mehr Vergütung bringen“ in der Gesetzesvorlage widerspiegelt. „Es fehlt aber der Mut, den Weg der Entbudgetierung konsequenter zu beschreiten. Erschreckend ist die Kleinteiligkeit eines Wusts an Regelungen, die in die Praxisgestaltung eines freien Berufs erheblich eingreifen und zugleich ein Misstrauen gegenüber der Selbstverwaltung darstellen. Dies alles wird die Bürokratie in den Arztpraxen noch einmal deutlich erhöhen“, verdeutlicht KBV-Chef Dr. Andreas Gassen. Sein Vorstandskollege Hofmeister kritisierte, dass die Koordinierungsleistung des Hausarztes überhaupt nicht abgebildet werde. „Im Gegenteil: Im neuen Entwurf wird die Arbeitslast des Hausarztes noch einmal gesteigert, ohne auch nur die Spur einer adäquaten Kompensation einzuräumen. Der hohe und noch einmal gesteigerte Aufwand des Hausarztes wird in keiner Weise gewürdigt“, sagte Hofmeister.



Es fehlt der Mut, den Weg der Entbudgetierung konsequent zu beschreiten.

**Dr. Andreas Gassen,
Vorsitzender des Vorstands
der KBV**



Zwar gelte beim Kabinettsentwurf die alte Regel, dass kein Gesetz aus dem Bundestag so rausgehe, wie es hereingekommen ist, so Dr. Gassen. Sicher werde es noch Detailänderungen geben. Eine große oder flexiblere Lösung sei mit dem Gesetzgeber momentan jedoch nicht zu machen. „Das ist schade. Der Einstieg vom Ausstieg aus dem Budget erfolgt nun in sehr kleinen Schritten. Dass er überhaupt in einigen Punkten stattfindet, ist der positive Aspekt. Jetzt müssen wir sehen, wie man es möglichst bürokratiearm und belastungsarm für die Vertragsärzte umsetzen kann.“

Für den 28. Januar ist im Bundestagsausschuss für Gesundheit eine öffentliche Anhörung geplant. Das Gesetz soll voraussichtlich am 1. April 2019 in Kraft treten und ist im Bundesrat nicht zustimmungspflichtig. ■

ÄRZTESCHAFT FÖRdert EINSTIEG FÜR JUNGE MEDIZINER

Die Vertreterversammlung (VV) hat die Richtlinien zur Förderung durch den Strukturfonds sowie zur finanziellen Unterstützung der Famulatur angepasst. Neu beschlossen wurde die Assistenten-Richtlinie.



Die Delegierten der Vertreterversammlung haben auf ihrer Sitzung im November die drei Richtlinien einstimmig beschlossen.

Förderrichtlinie-Strukturfonds

Die KV RLP hat im Jahr 2016 erstmals einen Strukturfonds gebildet. Förderberechtigt sind alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die in einem Fördergebiet eine Praxis neu gründen oder übernehmen, eine Nebenbetriebsstätte einrichten oder andere Ärzte bzw. Psychotherapeuten einstellen. Dabei spielt es keine Rolle, ob dies im Rahmen einer Einzelpraxis oder einer Kooperation erfolgt. Die Fördergebiete werden jeweils zum 1. Januar und 1. Juli eines Jahres festgelegt.

Zum 1. Januar 2019 gibt es folgende wichtige Änderungen:

- Anders als bisher wird die Förderung vom Umfang der Zulassung abhängig gemacht. Bei Zulassungen mit einem vollen Versorgungsauftrag beträgt die Förderhöhe weiterhin 60.000 Euro. Bei einem halben Versorgungsumfang liegt die Fördersumme bei 30.000 Euro.
- Grundsätzlich wird die Fördersumme in zwei Schritten ausbezahlt, das heißt zwei Drittel erhalten Berechtigte als Anschubfinanzierung. Die Auszahlung des restlichen Drittels erfolgt zu gleichen Teilen über vier Quartale. Für die Förderung von Nebenbetriebsstätten (Summe: 20.000 Euro) gelten die gleichen Bedingungen.
- In welcher Höhe angestellte Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten gefördert werden, bemisst sich nach ihren wöchentlichen Arbeitsstunden:
 - bis 19 Stunden 250 Euro pro Monat
 - mehr als 19 Stunden 500 Euro pro Monat
 - ab 28,5 Stunden 750 Euro pro Monat
 - ab 38 Stunden 1.000 Euro pro Monat


Famulaturförderung auf Kinderärzte ausgeweitet

Eine weitere wichtige Änderung beschlossen die Delegierten bei der Richtlinie zur Förderung der Famulatur in hausärztlichen Praxen: Aufgrund der enorm positiven Resonanz profitieren jetzt auch Medizinstudierende, die ihre Famulatur in kinderärztlichen Praxen absolvieren. Bisher mussten entsprechende Anträge abgelehnt werden. Da Kinderärzte laut SGB V ebenfalls zur hausärztlichen Versorgung zählen, werden kinderärztliche Famulaturen ab 2019 unter den bereits geltenden Voraussetzungen mit monatlich 500 Euro unterstützt. Es können bis zu zwei Famulaturmonate gefördert werden. Die Famulatur muss in einer Praxis stattfinden; eine Aufteilung der 30 Kalendertage auf zwei Praxen mit jeweils 15 Tagen ist nicht möglich.

Assistenten-Richtlinie ermöglicht flexible Beschäftigung

Neu in Kraft tritt zum kommenden Jahr die sogenannte Assistenten-Richtlinie. Damit haben Praxisinhaber die Möglichkeit, Assistenten nach ihrer ärztlichen Weiterbildung und Sicherstellungsassistenten flexibel zu beschäftigen. Die neue Richtlinie regelt die Voraussetzungen im Einzelnen:

- Ist die Weiterbildung beendet, kann der ehemalige Weiterbildungsassistent im Anschluss bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses über eine Anstellung beziehungsweise Zulassung in der Weiterbildungspraxis oder in einer anderen Praxis weiterpraktizieren. Voraussetzung ist jedoch, dass er in eine rheinland-pfälzische Praxis einsteigen oder sie übernehmen möchte.
- Die Beschäftigung als Sicherstellungsassistent in einer rheinland-pfälzischen Praxis ist nun als Kennenlernphase zur späteren Übernahme, Kooperation oder Anstellung in der Praxis möglich. Die Genehmigung kann für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten erteilt werden. Umgekehrt kann auch der Praxisinhaber nach erfolgter Übergabe als Sicherstellungsassistent zur Einarbeitung aktiv sein.
- Engagiert sich ein zugelassener oder angestellter Arzt oder Psychotherapeut berufspolitisch oder wissenschaftlich, ist die Beschäftigung eines Sicherstellungsassistenten erlaubt, sofern dieses Engagement durchschnittlich mindestens 20 Stunden monatlich beträgt. Die Genehmigung wird längstens für zwei Jahre erteilt und kann auf Antrag entsprechend verlängert werden. ■

 Förderrichtlinien in der überarbeiteten Fassung:
www.kv-rlp.de/561659

REZEPTPFLICHTIGE ARZNEIMITTEL BALD FÄLSCHUNGSSICHER

Am 9. Februar 2019 muss die EU-Fälschungsschutzrichtlinie, mit der europaweit Arzneimittelfälschungen der Kampf angesagt wird, umgesetzt sein.

In der Fälschungsschutz-Richtlinie aus dem Jahr 2011 hatte die Europäische Union vorgeschrieben, dass Arzneimittel zukünftig fälschungssicher verpackt und gehandelt werden müssen. Den Mitgliedsstaaten wurde aufgetragen, innerhalb von acht Jahren einen Fälschungsschutz auszuarbeiten. In Deutschland hat die Organisation Securpharm e.V. – ihr gehören unter anderem verschiedene Herstellerverbände, Apothekengroßhandel und die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) an – die notwendige Technik entwickelt.

Die Umsetzung erfordert bei pharmazeutischen Herstellern, Großhändlern und Apotheken eine neue Geräteausstattung. Nur zertifizierte Apotheken können sich an den Securpharm-Server anschließen. Um fälschungssichere Arzneimittel abgeben zu können, müssen sie sich einem Registrierungsverfahren (Anmeldung – Legitimation – Zertifikat) unterziehen. Apotheken, die Securpharm nicht umsetzen, dürfen nach dem 9. Februar 2019 keine rezeptpflichtigen Präparate mehr abgeben.

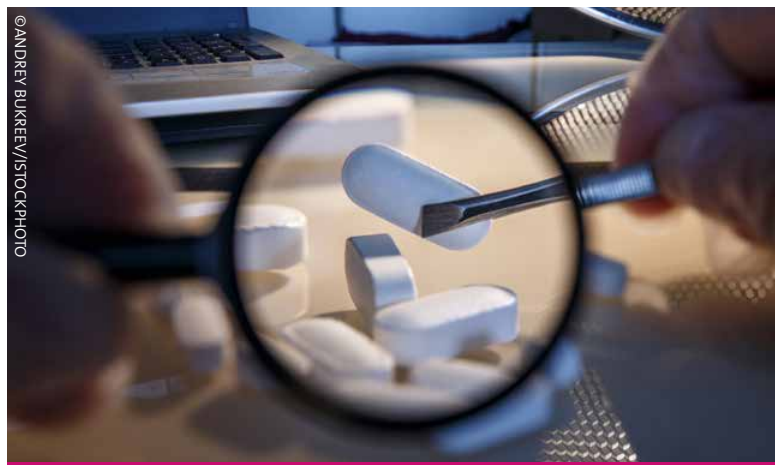
Jede Rx-Arzneipackung durchläuft mehrstufiges Verifizierungsverfahren

Zukünftig werden in Deutschland alle Packungen mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln ein Verpackungssiegel (Erstöffnungsschutz) sowie einen 2D-Data-Matrix-Code tragen. Dieser enthält zusätzlich zur Pharmazentralnummer (PZN) eine individuelle Seriennummer und einen Produktcode. Dieser Code wird bei der Anlieferung in der Apotheke und ein weiteres Mal bei der Abgabe an den Patienten eingescannt.

Über eine Abfrage beim Datenbanksystem der pharmazeutischen Industrie wird die Seriennummer jeder einzelnen Packung geprüft. Falls diese Nummer nicht existiert oder bereits einmal ausgebucht wurde, erscheint eine rote Ampel. Diese Packung darf der Apotheker dann nicht abgeben. Nach der Abgabe des rezeptpflichtigen Präparates wird die Packung als „abgegeben“ aus der Datenbank ausgebucht.

Einige Länder haben sechs Jahre länger Zeit zur Umsetzung

Weil einige europäische Länder bereits über Systeme zur Überprüfung der Echtheit von Arzneimitteln und zur Identifizierung von Einzelpackungen verfügen, lässt ihnen die EU-Fälschungsschutz-Richtlinie weitere sechs Jahre Zeit, die europäischen Vorgaben zu erfüllen. Zu diesen Ländern gehört neben Italien und Belgien auch Griechenland. Es ist anzunehmen, dass ein illegaler Handel mit gestohlenen Arzneimitteln beispielsweise




Alle verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die ein Hersteller für den Verkehr freigibt, müssen künftig zusätzliche Sicherheitsmerkmale tragen.

aus Griechenland vor dem Jahr 2025 auch mithilfe von Securpharm vermutlich nicht rechtzeitig zu entdecken wäre.

Keine Regel ohne Ausnahme:

- **Ärztemuster:** Sofern ein pharmazeutischer Unternehmer beabsichtigt, eines seiner mit Sicherheitsmerkmalen versehenen Arzneimittel als Gratismuster („Ärztemuster“) abzugeben, markiert er dieses im Datensystem als solches und stellt vor der Abgabe an verschreibungsberechtigte Ärzte sicher, dass das individuelle Erkennungsmerkmal deaktiviert ist.
- **„Weiße Liste“** befreiter Rx-Präparate: Die Liste der Arzneimittel(kategorien), die die Sicherheitsmerkmale nicht tragen dürfen, findet sich in Anhang I der EU-Verordnung. Hierzu gehören beispielsweise Radionuklide, bestimmte Kontrastmittel, medizinische Gase, bestimmte Lösungen zur parenteralen Ernährung oder zur Einleitung einer osmotischen Diurese sowie bestimmte Allergietests und Allergen-Extrakte.
- **„Schwarze Liste“** mit ausnahmsweise kennzeichnungspflichtigen OTC-Arzneimitteln: Nicht rezeptpflichtige Arzneimittel, die die Sicherheitsmerkmale tragen müssen, werden in Anhang II der EU-Verordnung aufgeführt. Dies betrifft Omeprazol in Form magensaftresistenter Hartkapseln (20 mg und 40 mg). ■

 www.securpharm.de/aboutsecurpharm.html
Hintergrundinformationen des BfArM: www.bfarm.de > Arzneimittel > Arzneimittelzulassung > Folgeverfahren > Änderung / Variations > Fälschungsschutzrichtlinie



DATENAUTOBAHN GESUNDHEITSWESEN: UNVERZICHTBAR UND SICHER

Im nächsten Jahr sollen alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zum digitalen Datenaustausch an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen sein. Viele Praxisinhaber hegen immer noch Zweifel an der Sicherheit der IT-Architektur – zu Unrecht.

Arztpraxen, Krankenhäuser, Krankenkassen und Apotheken müssen in der Kommunikation langfristig über die Telematik-Infrastruktur (TI) miteinander vernetzt werden. Das ist der feste Wille des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) und wurde in einem Schreiben an die Spitzenverbände der Selbstverwaltung nochmals bekräftigt. Dafür dient die flächendeckende Installation der Konnektoren, die das BMG nun mit Tempo vorantreiben will. „Dieses sichere Gesundheitsnetz stellt die Basis dar, welche wir in jedem Fall für alle weiteren Digitalisierungsvorhaben im Gesundheitsbereich benötigen“, heißt es in dem Schreiben.

Trotz vieler Bedenken: An der Digitalisierung im Gesundheitswesen führt langfristig kein Weg vorbei. Neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den KVen haben verschiedene Ärzteverbände dazu bereits grundsätzlich positiv Stellung bezogen. Auch der Ärztetag hatte sich 2017 ausdrücklich dazu bekannt, die Digitalisierung des Gesundheitswesens aktiv mitgestalten zu wollen. Allerdings dürfe die Möglichkeit digitaler Anwendungen nicht zu mehr Bürokratie führen. Der Vorsitzende des Telematikausschusses der Bundesärztekammer, Dr. Franz Bartmann, ist überzeugt davon, dass sich die Rolle der Ärzte hin zu einer weiteren Stärkung der Patientenposition wandeln wird. „Wenn Ärztinnen und Ärzte diese neue Rolle annehmen, werden sie trotz oder gerade wegen der zu erwartenden gravierenden technischen Veränderungen für eine gute Patientenversorgung unverzichtbar bleiben.“

Verpflichtende und freiwillige Anwendungen auf der Gesundheitskarte

Über die Telematik-Infrastruktur werden sowohl Versicherten als auch den Heilberufen langfristig verschiedene Anwendungen zur Verfügung stehen. Zu den verpflichtenden Anwendungen zählen der Online-Abgleich der Versichertenstammdaten (VSDM) auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK),

das elektronische Empfangen und Einlösen einer Verordnung (eVerordnung) mit der Karte und die Verwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) auf der Rückseite. Im Fokus der derzeit realisierbaren ersten Pflichtanwendung liegt das Versichertenstammdaten-Management. Für die uneingeschränkte Akzeptanz der TI unter den niedergelassenen KV-Mitgliedern ein „denkbar schlechter Beginn“, findet Peter Andreas Staub, Mitglied des Vorstands der KV RLP. „Die Kritik der Praxen, dass zu ihren Lasten ein nicht zu vermeidender Anfangsaufwand einherging, ist verständlich. Wir haben viel zu lange versäumt, die Vorteile dieser Technik für die Praxen und ihre Kommunikation deutlich zu machen.“

Die Vorteile werden sich vergleichen lassen mit den Vorteilen durch die vielfältigen digitalen Anwendungen in der Industrie und im Privatleben, ist der Psychotherapeut überzeugt. „Oder lassen Sie mich pathetisch werden: Sie sind vergleichbar mit dem Bau der Eisenbahn und den Vorteilen dieser Beförderungsrevolution.“ Weitere geplante medizinische Anwendungen wie das Notfalldaten-Management, der elektronische Medikationsplan, Gesundheits-Apps der Versicherten, elektronische Patientenakte und das elektronische Patientenfach werden freiwillig sein. Das heißt, Patienten entscheiden ganz allein, ob sie die Angebote auch nutzen und zum Beispiel Notfalldaten auf der eGK hinterlegen wollen. Die Betreibergesellschaft für die eGK, die gematik, betont, dass die Datenhoheit allein beim Patienten liegt.

Geschütztes IT-Kommunikationsnetzwerk übertrifft den Standard der Industrie

Überhaupt haben der Datenschutz und Datensicherheit bei der neuen IT-Architektur hohe Priorität. Bei der Telematik-Infrastruktur handelt es sich um ein eigenes hochsicheres Netzwerk, das nicht mit dem Internet gekoppelt ist. Die verschickten personenbezogenen medizinischen Daten können

in der TI ausschließlich von berechtigten Personen nach dem Zwei-Karten-Prinzip gelesen werden. Patienten und Ärzte benötigen hierzu Chipkarten wie die eGK und den Praxisausweis oder den Heilberufsausweis. Die gematik verspricht, die TI werde „das sicherste elektronische Kommunikationsnetzwerk, das es im deutschen Gesundheitswesen jemals gab“. Aktuell liegt der Sicherheitsstandard weit über dem der Industrie und sogar im Bankwesen, argumentiert Vorstandsmitglied Peter Andreas Staub. „Diese Datensicherheit ist bei der hergebrachten und bisher gepflegten Kommunikationsstruktur der einzelnen Leistungserbringer über Post und Fax bei Leibe nicht im erforderlichen Ausmaß vorhanden.“

Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Nutzung der geschützten neuen Datenautobahn ist das direkt an die TI angeschlossene Sichere Netz der KVen (SNK), das vom World Wide Web getrennt ist. Es verbindet einzelne Arzt- und Psychotherapeutenpraxen, medizinische Einrichtungen und Krankenhäuser untereinander und mit den Rechenzentren der KVen. Hier haben Nutzer Zugriff auf verschiedene Anwendungen, etwa die Online-Abrechnung. Ebenso können Befunde mit einem Klick an Kollegen übermittelt, Vordrucke bestellt oder Dokumentationsbögen papierfrei ausgefüllt werden. Sobald Praxen auf die TI und damit auch auf das SNK umsteigen, ist ein zusätzlicher KV-SafeNet*-Anschluss entbehrlich. Dieser lässt sich mit einer Frist von sechs Monaten kündigen.

KV-Connect als zusätzlicher sicherer Kommunikationsdienst nutzbar

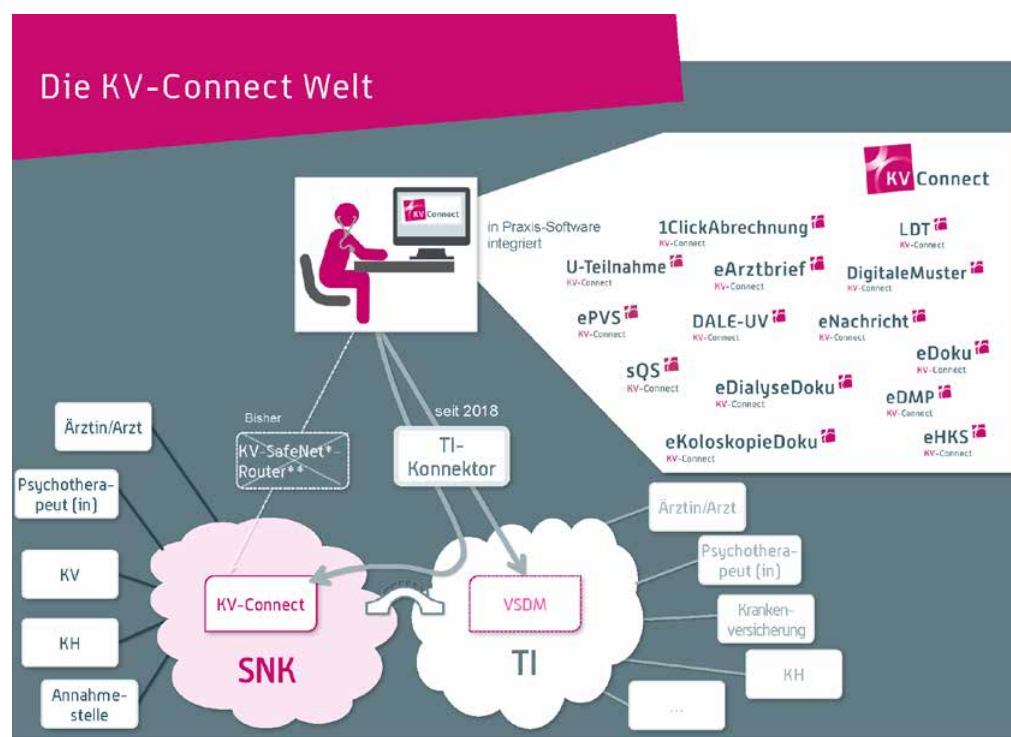
Sind Praxen an die TI ange-dockt, können sie auch auf KV-Connect zurückgreifen. KV-Connect ist ein bundesweit verfügbarer Kommunikationsdienst, den Ärzte und Krankenhäuser in ihren Softwaresystemen insbesondere für die digitale Arzt-zu-Arzt-Kommunikation und Befundversendung verwenden. Auch hier steht Datensicherheit an oberster Stelle: Der gesamte Inhalt der Nachricht wird vom Absender signiert und für den Empfänger verschlüsselt. Dadurch ist die Nachricht vor Manipulation wirksam geschützt. Der Transport von KV-Connect-Nachrichten zwischen Sender, Server und Empfänger ist zusätzlich verschlüsselt.

Digitale Kommunikation nimmt stetig zu

Die Zahl der Nutzer, Nachrichten und Anwendungen steigt kontinuierlich, weiß die KBV-Tochtergesellschaft KV Telematik. So würden Anwendungen, zum Beispiel der eArztbrief, für die Ärzte echte Mehrwerte in der Telematik-Infrastruktur bringen. Dabei können beliebige Daten wie Medikationsplan, Impfpass oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung als Anhang beigefügt werden. Inzwischen hat die KV Telematik sogar eine neue Schnittstelle für Mobilgeräte entwickelt, die in der ärztlichen Kommunikation völlig neue Dimensionen eröffnet. Von den rheinland-pfälzischen Haus- und Fachärzten wird der eArztbrief bislang selten genutzt; die Psychotherapeuten verzichten darauf völlig. „Das ist schade und wir hoffen, viel mehr Mitglieder von den Vorteilen des eArztbriefes zu überzeugen“, meint Peter Andreas Staub.

Kritiker mahnen zum Ausbau der Telematik mit Augenmaß

Auch wenn die Ärzteschaft den weiteren digitalen Ausbau im Gesundheitswesen größtenteils befürwortet, gibt es auch Stimmen, diesen mit Augenmaß zu betreiben. „Wir kritisieren, dass die Einführung der TI nur an der technischen Funktionsfähigkeit und dem Vorteil für die Krankenkassen orientiert ist und nicht an den Bedürfnissen von Patienten und Behandlern“, heißt es zum Beispiel in einer Stellungnahme der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung. Der Abgleich der Patientendaten in jedem Quartal ist eine im Verhältnis vom Aufwand und Nutzen völlig überzogene Anwendung der TI. Wir fordern den Gesetzgeber auf, hier für Entlastung zu sorgen.“ ■



* KV-SafeNet steht nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung.

DIGITALE ANWENDUNGEN SIND IN PRAXEN STANDARD

Die Digitalisierung bei der Patientendokumentation und in der Terminplanung ist in der ambulanten Versorgung weit fortgeschritten. Jedoch gestaltet sich das Aufwands-Nutzen-Verhältnis für Praxen je nach Größe und Fachrichtung unterschiedlich, ergab eine Befragung im Auftrag der KBV.



Labordaten stehen beim digitalen Austausch behandlungsrelevanter Daten laut der KBV-Befragung an der Spitze.

Bereits 73 Prozent der befragten Praxen haben die Patientendokumentation mehrheitlich oder vollständig digitalisiert. 75 Prozent der großen, meist interdisziplinär besetzten Praxen nutzen Programme für die Raumplanung und Gerätenutzung. Rund 60 Prozent der Hausärzte haben eine digitale Anwendung zur Erkennung von Arzneimittelwechselwirkungen. Auch verfügen rund drei Viertel der befragten Praxen über Geräte mit digitalen Schnittstellen zum Praxisverwaltungssystem.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat im Rahmen des „Praxisbarometers Digitalisierung“ erstmals untersucht, wie es in deutschen Praxen um die Digitalisierung bestellt ist. Dazu hat das IGES Institut bundesweit mehr als 1.750 Antworten von Ärzten und Psychotherapeuten ausgewertet. Die Erhebung soll in den kommenden Jahren regelmäßig wiederholt werden.

Schriftliche Kommunikation erfolgt überwiegend analog

Bisher konzentriert sich der digitale Datenaustausch unter den Praxen beziehungsweise mit anderen ambulanten Einrichtungen auf den Empfang von Labordaten. Diese Nutzung gab rund zwei Drittel der Befragten an. Hingegen sind der Empfang von Befunddaten, Bildmaterial zur Diagnostik oder Arztbriefen sowie der digitale Versand eigener Daten deutlich seltener (zwischen 13 und 17 Prozent). Die schriftliche Kommunikation mit anderen Ärzten beziehungsweise Psychotherapeuten oder anderen ambulanten Einrichtungen findet bei rund 86 Prozent der Praxen noch mehrheitlich oder nahezu komplett in Papierform statt. Auch die Kommunikation mit Krankenhäusern erfolgt weitestgehend analog: Rund 91 Prozent der Praxen tauschen

keine behandlungsrelevanten Inhalte mit Kliniken digital aus und 94 Prozent kommunizieren mehrheitlich oder nahezu komplett in Papierform mit ihnen.

Ein weiteres wichtiges Fazit der repräsentativen Untersuchung ist, dass sich die Digitalisierungsfortschritte bei den Vertragsärzten beziehungsweise Psychotherapeuten mehrheitlich auf größere Praxen mit spezialisiertem fachärztlichem Versorgungsangebot oder interdisziplinärer Ausrichtung konzentrieren. Generell zeigen sich jüngere Ärzte und Psychotherapeuten bei der Digitalisierung aufgeschlossener als ihre älteren Kollegen. In einigen Bereichen weichen die Ergebnisse allerdings deutlich ab. So erwiesen sich Hausarztpraxen bei einer Reihe von Digitalisierungsthemen am fortschrittlichsten – beispielsweise in der Patientendokumentation, in der Nutzung von Geräten (Ferndiagnostik), bei Anwendungen für Arzneimitteltherapiesicherheit oder beim elektronischen Medikationsplan. Hinsichtlich der digitalen Kommunikation mit Patienten sind wiederum die psychotherapeutischen Praxen führend.

Mehrheit der Hausärzte nutzt ihre Software zur Arzneimitteltherapiesicherheit

Als mögliche Hemmnisse für den Ausbau der Digitalisierung sieht die Ärzteschaft auch das Thema IT-Sicherheit (78 Prozent) und die Fehleranfälligkeit der elektronischen Datenverarbeitung (43 Prozent). „Digitalisierung ist kein Allheilmittel und kein Selbstzweck. Es kommt auf planvolle Umsetzung, sinnvolle Einbettung und Funktionalität im Praxisalltag an“, fasst der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen zusammen. Ärzte und Psychotherapeuten würden nur solche Instrumente nutzen, die echte Arbeitserleichterungen oder -verbesserungen bringen. Als positives Beispiel führt Dr. Gassen Systeme zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit an, mit denen sich unerwünschte Wechselwirkungen von Medikamenten besser vermeiden lassen. Über 60 Prozent der Hausärzte nutzen eine solche Software, obwohl deren Einsatz nicht verpflichtend ist.

Die KBV stellt im Zuge der Digitalisierung auch Forderungen an die Politik. „Bisher zahlen die Ärzte selbst für den zeitlichen und personellen Aufwand, der für Digitalisierungsmaßnahmen betrieben wird. Hier sind zusätzliche finanzielle Mittel erforderlich“, fordert KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel. Außerdem müsse der Breitbandausbau weiter vorangetrieben werden und der Gesetzgeber Normen vorgeben, um eine Interoperationalität der Systeme zu erreichen. ■



DATENABGLEICH WIRD FÜR ÄRZTE VERBINDLICH

Ab Mitte nächsten Jahres sind Ärzte und Psychotherapeuten zum Abgleich der Versichertenstammdaten verpflichtet, andernfalls drohen Sanktionen beim Honorar.

Sind die Angaben des Patienten korrekt, die auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert sind? Oder hat sich beispielsweise die Adresse oder der Versichertenstatus geändert? Sobald die neuen Konnektoren installiert wurden, müssen die Praxen die Versichertenstammdaten der gesetzlich Versicherten aktuell halten. Der Abgleich dieser Daten ist bei jedem Arzt-Patienten-Kontakt gemäß § 291 Absatz 2b Satz 1 SGB V in Verbindung mit der Anlage 4a Bundesmantelvertrag-Ärzte obligatorisch und muss gegenüber der KV RLP mit den Abrechnungsunterlagen nachgewiesen werden. Andernfalls droht ab 1. Januar 2019 eine pauschale Honorarkürzung vertragsärztlicher Leistungen um ein Prozent. Ausgenommen von der Kürzung sind in einem Krankenhaus arbeitende ermächtigte Ärzte – diese müssen mit den Krankenhäusern bis zum 31. Dezember 2019 an die TI angebunden sein.

Aufgrund der bisher schleppend verlaufenden flächendeckenden Ausstattung der Praxen mit Konnektoren hat die Bundesregierung den ursprünglich vorgesehenen Termin zur TI-Anbindung vom 31. Dezember 2018 auf den 30. Juni 2019 verlängert. Die Fristverlängerung haben die Fraktionen von Union und SPD über einen Änderungsantrag zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) auf den Weg gebracht. Voraussetzung ist allerdings, dass Praxisinhaber bis spätestens Ende März 2019 einen Anschluss bestellt und den Vertrag unterzeichnet haben müssen. Dieser Vertragsabschluss muss gegenüber der KV bis spätestens 31. März 2019 mit einer Auftragsbestätigung des Anbieters nachgewiesen werden. Andernfalls greifen die Honorarsanktionen.


Nach den Regelungen der TI-Finanzierungsvereinbarung bemisst sich die Erstattungshöhe nach dem Datum des erstmaligen Abgleichs der Versichertenstammdaten – nicht nach dem Bestelldatum. So gesehen besteht das Risiko, dass sich die Pauschalen zwischen der Bestellung und der Installation noch verringern können. Auch die Bestellung zum 31. März 2019 garantiert nicht automatisch eine Installation der Komponenten vor dem 30. Juni 2019.

Software-Update von alten mobilen Kartenterminals nur noch bis Ende dieses Jahres

Eine wichtige Änderung betrifft Praxen, die über ältere mobile Kartenterminals verfügen und diese auch später für die TI nutzen möchten: Modelle wie das ORGA 930 M oder das ZEMO VML-GK2 können noch bis zum Jahresende per Software-Update aktualisiert werden, da die Zulassungen für Software-Updates bis Ende des Jahres befristet sind. Die Aktualisierung ist notwendig, um auch zukünftig verschlüsselte Gesundheitskarten auslesen zu können. Damit alte Geräte auch zukünftig weitergenutzt werden können, um verschlüsselte Gesundheitskarten auszulesen, ist eine Aktualisierung notwendig. Nach dem Update wird für den Betrieb des mobilen Kartenterminals zwingend ein Praxisausweis oder ein elektronischer Heilberufsausweis der Generation zwei benötigt.

Ältere Gesundheitskarten verlieren ab 2019 ihre Gültigkeit

Wenn Krankenkassen ihren Versicherten die neuen G2-Gesundheitskarten zusenden, fehlt häufig der Hinweis darauf, dass die bisher verwendeten Karten gesperrt sind. Sofern Praxen bereits an die TI angebunden sind, werden ältere Varianten wie die G1+-Karten von den Konnektoren abgelehnt. Im Display des Kartenterminals erscheint dann eine entsprechende Fehlermeldung. Daher rät die KV RLP den Praxen dringend dazu, ihre Patienten darauf hinzuweisen, ab 1. Januar 2019 nur noch die neuen Karten der „Generation zwei“ (G2) beim Besuch mitzubringen. Auf Wunsch stellt die KV RLP den Praxen entsprechende Patienteninformationen und Wartezimmerplakate zum Ausdrucken zur Verfügung. ■

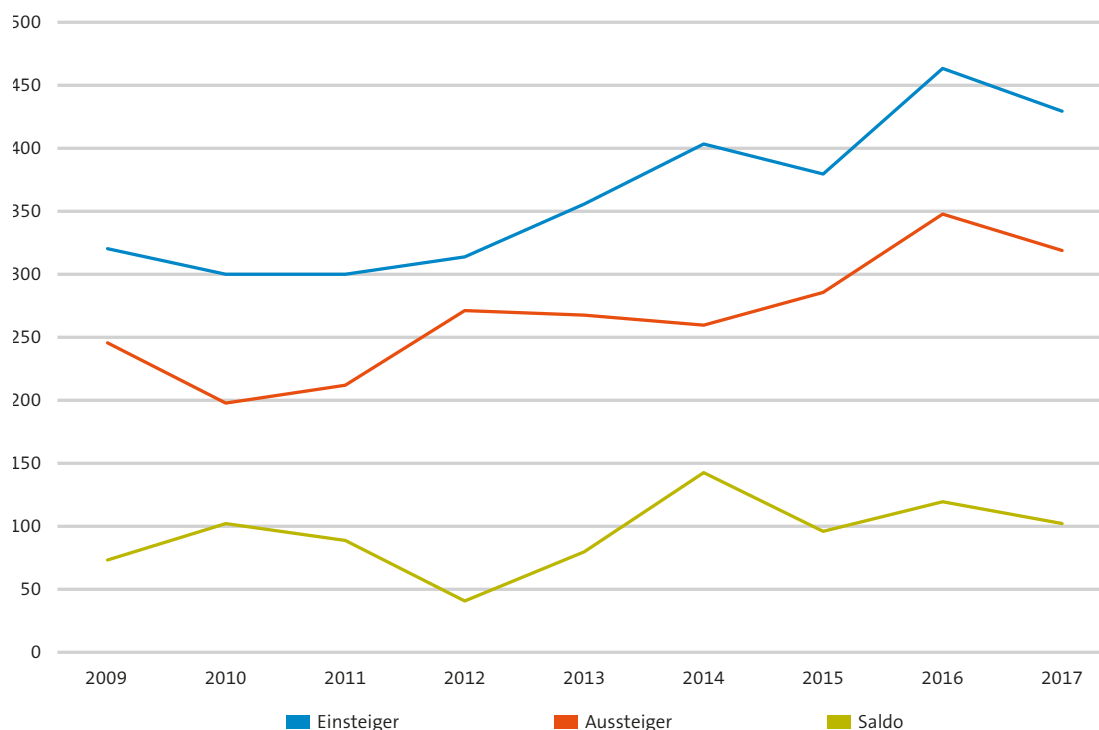
 [Wartezimmerplakat zur elektronischen Gesundheitskarte der „Generation zwei“ zum Herunterladen: www.kv-rlp.de/442612-12537](http://www.kv-rlp.de/442612-12537)

Themenseite Versichertenstammdatenmanagement der KBV: www.kbv.de/html/vsdm.php

FLEXIBILISIERUNG DES ARZTBERUFS BIRGT UNSICHERHEITEN

Lebensläufe der neuen Ärztegeneration ähneln immer öfter denen der „modernen“ Arbeitswelt – häufige Arbeitsplatz- und Wohnortwechsel inklusive. Diese Veränderungen erschweren eine langfristige Versorgungsplanung.

ANZAHL DER EIN- UND AUSSTEIGER VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG



Im Jahr 2018 die Kopfzahl der Ärzte und Psychotherapeuten um 15 Prozent von 6.489 auf 7.465 an. Dabei stieg insbesondere die Zahl derjenigen Ärzte, die bereits seit mindestens 20 Jahren als Vertragsärzte praktizieren, um 31 Prozent auf 2.311 Personen. Zurückzuführen ist dieser Trend auf den kurzfristigen Niederlassungsboom in den frühen Neunzigerjahren.

Die Altersklassen innerhalb der Ärzteschaft sind jedoch ausgesprochen ungleich verteilt. Eine hohe Zahl der Ärzte, die sich seinerzeit

Junge Ärzte und Psychotherapeuten sehen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie als hochrangigen persönlichen Wert an. Die veränderte Einstellung dieser Generation wirkt sich auch auf die Gestaltung der ärztlichen Tätigkeit aus. Der Angestelltenstatus ermöglicht heute eine flexiblere Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit, die früheren Ärztegenerationen so nicht möglich war. Ein weiterer Aspekt dieses Tätigkeitswandels sind zunehmende Pendlertätigkeiten und Pendlerdistanzen zwischen Wohnort und Praxis. Momentan wird die ambulante Versorgung mehrheitlich noch von langjährig zugelassenen Vertragsärzten getragen. Diese werden aber schon in den nächsten Jahren mehrheitlich in den Ruhestand gehen und eine große Kapazitätslücke hinterlassen.

Steigende Arztzahlen – trotzdem immer mehr offene Sitze

Ein Blick auf die vergangenen zehn Jahre zeigt zunächst, dass mehr Ärzte und Psychotherapeuten in die ambulante Versorgung ein- als ausgestiegen sind (Abbildung). Deshalb stieg nach den Arztregisterdaten der KV RLP vom 1. Januar 2009 bis zum 1. Janu-

niederließen, praktiziert nach wie vor und trägt dazu bei, dass der Anteil an sehr erfahrenen Ärzten stark gewachsen ist. Andererseits konnte im Verlauf der vergangenen Jahre eine Vielzahl an Sitzen, die altersbedingt abgegeben wurden, von nachfolgenden Ärzten wiederbesetzt werden. Auch die Änderungen der Zulassungsmöglichkeiten wie die Reformen der Bedarfsplanung und die Ausweitung des ambulanten Versorgungsgeschehens trugen zur Steigerung der Arzt- und Psychotherapeutenzahlen bei. Trotzdem ist heute schon eine Vielzahl von Arztsitzen unbesetzt. Nach der Feststellung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 7. August 2018 110,5 Sitze in der hausärztlichen und 57 Sitze in der fachärztlichen Versorgung.

Ältere Ärztegeneration gewährleistet die ambulante Versorgung

Zum Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand hatten diese Ärzte zuvor durchschnittlich 16,4 Jahre an der ambulanten Versorgung teilgenommen. Bei 1.078 dieser Ärzte betrug die vorheri-

ge Systemverweildauer sogar 20 oder mehr Jahre. Demzufolge haben diese Ärzte nach ihrer damaligen Entscheidung für die Niederlassung die Versorgung von gesetzlich Versicherten in Rheinland-Pfalz über einen langen Zeitraum gewährleistet.

Auf der anderen Seite nahm eine nicht unerhebliche Zahl an Ärzten nur über eine relativ kurze Zeitspanne, das heißt bis zu fünf Jahren, an der ambulanten Versorgung teil. Sie stellen insgesamt 27,8 Prozent der Systemabgänger, das heißt 671 Ärzte. Vor allem angestellte Ärzte (74,7 Prozent) verabschiedeten sich nach weniger als drei Jahren Tätigkeit bereits wieder aus der vertragsärztlichen Versorgung. Angesichts der Flexibilisierungen der ärztlichen Tätigkeiten mit dem damit verbundenen Anstieg an Teilzeitarbeit ist davon auszugehen, dass zur Nachbesetzung eines frei werdenden vollen Versorgungsauftrages mindestens 1,5 Ärzte benötigt werden.

Pendlerwege: Nach den Patienten wird auch der Arzt „mobiler“

Sichtbar wird die zunehmende Flexibilisierung des Arztberufs auch hinsichtlich der immer häufigeren und längeren räumlichen Distanz zwischen Arbeits- und Wohnort. Dazu beigetragen hat sicherlich die erst 2012 komplett aus der Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) gestrichene Residenzpflicht, die lange Pendlerwege von vorneherein ausschloss. So betrug die durchschnittliche PKW-Fahrdistanz der Vertragsärzte und -psycho-

therapeuten zwischen Wohnort und Praxis im Jahr 2017 14,1 Kilometer. Sechs Jahre zuvor waren es noch 11,6 Kilometer.

Die Pendlerdistanzen zwischen 2011 und 2017 haben bei fast allen Fachgruppen zugenommen: Insbesondere die „Neueinsteiger“ in die vertragsärztliche Versorgung nehmen inzwischen auch weitere Pendlerwege in Kauf. Diese „neue“ Generation arbeitet mehrheitlich als Angestellte +in kooperativen Praxisformen – sie sind somit keine klassischen Einzelpraxisinhaber mehr, die von Jahrzehnten vertragsärztlicher Tätigkeit an einem Ort ausgehen. Weil der Lebenspartner häufig ebenfalls beruflich Fuß am jetzigen Wohnort gefasst hat, kommt ein Umzug in den Praxisort für viele nicht infrage. Um ihren derzeitigen Wohnort nicht verlassen zu müssen, sind sie deshalb auch bereit, längere Anfahrtswege zu ihrem Arbeitsort in Kauf zu nehmen.

Der Wegfall der Residenzpflicht stellt nicht nur die Abschaffung eines mit den Lebensentwürfen der jungen Ärzteschaft vielfach unvereinbaren administrativen Hemmnisses dar. Er kann auch dazu beitragen, eine Fortführung existierender Praxen in einem Wohnumfeld zu erleichtern, das für Praxisinhaber möglicherweise weniger attraktiv ist. ■

📄 Versorgungsatlas 2018 „Zukunftsfähige Praxismodelle“:
www.kv-rlp.de/457902-9884 (erscheint ab Januar 2019)

DEN EIGENEN NACHWUCHS HERANZIEHEN – MIT UNTERSTÜTZUNG DURCH DIE KV RLP!

Die KV RLP fördert die Weiterbildung aller Fachgruppen mit bis zu 2.400 Euro monatlich. Für grundversorgende Facharztgruppen ist ein finanzieller Zuschuss von bis zu 4.800 Euro monatlich möglich.

www.kv-rlp.de/537937

©FZANT/ISTOCKPHOTO

ÄRZTEBÜNDNIS FÜR MEHR VERSORGUNGSQUALITÄT

Das Ludwigshafener Praxisnetz GO-LU engagiert sich im Rhein-Pfalz-Kreis in vielfacher Hinsicht – sei es in der Betreuung von Herzinsuffizienz-Patienten oder der Zusammenarbeit in der ambulanten Pflege.



Herzkranken Patienten der Mitgliedspraxen profitieren von den sogenannten Herzinsuffizienz-Nurses.

Die GO-LU ist ein Zusammenschluss von derzeit 210 Ärzten aller Fachrichtungen und Psychotherapeuten in 136 Praxen im Raum Ludwigshafen, Frankenthal, Bad Dürkheim und im angrenzenden Rhein-Pfalz-Kreis. Seit dem 1. Januar 2018 ist die GO-LU durch die KV RLP als ein besonders förderungswürdiges Praxisnetz der Basisstufe anerkannt worden. Hierzu musste die Erfüllung von Kriterien und Versorgungszielen gemäß der „Richtlinie der KV RLP zur Anerkennung von Praxisnetzen“, wie beispielsweise Patientenzentrierung, kooperative Berufsausübung und verbesserte Effizienz/Prozessoptimierung, sichergestellt sein und nachgewiesen werden.

Patienten individuell betreuen mit innovativen Versorgungsmodulen

Ein Praxisnetz ist mehr als die Summe von Einzelmitgliedern. Wieso Praxisnetz? „Oft wird uns die Frage gestellt, welche Vor- und Nachteile ein Praxisnetz mit sich bringt“, berichtet die Geschäftsführerin der GO-LU Michaela Steiert. „In einem Ärztenetz herrscht zu jeder Zeit ein reger Austausch zwischen Ärzten. Die Mitglieder werden immer über Aktuelles informiert und bekommen von der GO-LU Unterstützung in vielen Bereichen des Vertragsarztwesens. Ziel der Zusammenarbeit ist es, durch eine verstärkte Kooperation und Kommunikation zwischen den einzelnen Praxen die Versorgungsqualität, die Effizienz der Versorgung sowie die Patientenzufriedenheit in der Region nachhaltig zu erhöhen. Durch bessere Behandlungsabläufe soll eine wirtschaftlichere und qualitativ verbesserte Versorgung erfolgen.“

In den vergangenen Jahren hat die GO-LU immer mehr integrierte Versorgungsaufträge geschaffen. Dazu gehören zum Beispiel die Module „Hilfsmittelmanagement“, „Diabetes-Erkrankungen Typ II Diabetes“, „Optimierung der Versorgung von Patienten mit F2-, F3- und F4- Diagnosen“ und „Optimierung der Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz“. Über einen geschützten Mitgliederbereich im Internet können GO-LU-Mitglieder alle wichtigen Informationen über die Modulverträge sowie tagesaktuelle Informationen und Warnungen abrufen. Über Rundmails werden die Mitglieder auf Neuigkeiten hingewiesen.

Insbesondere das Modul „Optimierung der Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz“ gewinnt immer mehr an Bedeutung. Dies resultiert daraus, dass immer mehr Menschen an einer Herzinsuffizienz erkranken. Mit einer Einschreibung aus dem Kreis der derzeit beteiligten 62 Hausärzte oder der acht Kardiologen werden Patienten der BKK, LKK und IKK Südwest zusätzlich von einer examinierten Krankenschwester, einer sogenannten Herzinsuffizienz-Nurse, betreut.

Die neun Herzinsuffizienz-Nurses sind bei der GO-LU angestellt und stehen mit den derzeit 1.400 eingeschriebenen Patienten im regelmäßigen telefonischen und persönlichen Kontakt. Durch den Kontakt soll den Patienten ein besseres Gesundheitsverständnis nähergebracht und zu einem guten Gesundheitszustand verholfen werden. Durch die Umsetzung des Vertrages mittels der persönlichen Betreuung wird die Lebensqualität der chronisch Kranken verbessert und die Zufriedenheit der eingeschriebenen Patienten steigt dadurch stetig. Viele Krankenhausaufenthalte konnten und können so vermieden werden. Regelmäßige Schulungen mit unterstützenden Lehrvideos sichern einen hohen Qualifizierungsstand der Nurses. Über eine SAP-Software können die behandelnden Hausärzte und Kardiologen wie auch die Nurses gleichermaßen auf die entsprechenden elektronischen Patientenakten zugreifen.

Qualität führt zu Patientenzufriedenheit

Damit keine aufwendige und externe Zertifizierung nötig ist, hat die GO-LU das Gütesiegel „QualiNet Plus Qualitätspraxis“ eingeführt. Dieses hat das Ziel, die Vernetzung und Kooperation zwischen den GO-LU-Ärztinnen und -Ärzten zu stärken und die Qualität der erbrachten Leistung transparent zu gestalten. 70 Praxen können sich derzeit „GO-LU Qualitätspraxis“ nennen. Wesentliche Voraussetzungen zum Führen des Qualitätssiegels sind die Zertifizierung im Rahmen eines Peer-Review-Verfahrens.



Die Mitglieder werden über Aktuelles informiert und erhalten von der GO-LU Unterstützung in vielen Bereichen des Vertragsarztwesens.

**GO-LU-Geschäftsführerin
Michaela Steiert**



rens alle drei Jahre und die Teilnahme an drei Qualitätsmarktplätzen pro Jahr. Im Rahmen von Peer-Reviews erfolgt eine Begutachtung der Qualitätsabläufe der Praxen anhand von insgesamt 70 definierten Qualitätskriterien auf Augenhöhe durch speziell qualifizierte Peers, das sind Kolleginnen und Kollegen aus GO-LU-Qualitätspraxen. Die Qualitätsmarktplätze sind Nachmittagsveranstaltungen, die dem Erfahrungsaustausch zwischen den Qualitätspraxen sowie der Weiterbildung in Qualitätsfragen dienen.

Kooperation mit nichtärztlichen Leistungserbringern

Durch partnerschaftliche Zusammenarbeit mit allen am Gesundheitswesen Beteiligten optimieren diese die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in der Region Ludwigshafen und den angrenzenden Gebieten. Als Ausrichter vieler Informationsveranstaltungen bildet die GO-LU ein wichtiges Bindeglied zwischen Ärzten, Psychotherapeuten, anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen und der interessierten Bevölkerung.

ZERTIFIZIERUNG ÄRZTENETZE

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2012 fiel der Startschuss für die Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen. Die KBV entwickelte eine bundesweite Rahmenvorgabe – als Grundlage für die regionalen KV-Richtlinien. Bis heute wurden deutschlandweit insgesamt 72 Netze als Praxisnetze anerkannt, davon zwei in Rheinland-Pfalz: die Gesundheitsorganisation Ludwigshafen eG (GO-LU) sowie die Wormser Gesundheitsorganisation e.G. (WOG). KV Praxis stellt beide Praxisnetze in dieser und der folgenden Ausgabe vor.

Richtlinie der KV RLP: www.kv-rlp.de/561659-6865



Der Gesetzgeber muss uns Praxisnetzen den Leistungserbringerstatus zubilligen.

**Dr. Herbert Lutz,
Vorsitzender des Vorstands
GO-LU**



Am 13. März 2017 unterzeichnete die GO-LU eine Kooperationsvereinbarung mit der BALU, dem Bund ambulanter Pflegedienste Ludwigshafen, einem Zusammenschluss von neun ambulanten Pflegediensten verschiedener Trägerschaft. „Ziel der Kooperation ist eine verbesserte Zusammenarbeit in der pflegerischen und medizinischen Versorgung der Patienten im ambulanten Bereich. Schnittstellen sollen vereinfacht und gemeinsam ausgebaut werden. Viermal im Jahr finden Treffen der beiden Organisationen statt. Im Rahmen dieser Treffen wird besprochen, woran es krankt und was optimiert werden kann und sollte. Es folgen Informationen an Mitglieder und bei Bedarf auch Schulungen über die GO-LU Weiterbildungsakademie“, berichtet Geschäftsführerin Michaela Steiert.

„Wir können und wollen Verantwortung als Leistungserbringer übernehmen“

Der Ärztemangel macht auch vor Städten wie Ludwigshafen nicht halt. „Als Praxisnetz sehen wir uns in der Verantwortung, solche ambulanten Versorgungsstrukturen zu fördern und bei Bedarf auch zu schaffen, die dem Arbeits- und Lebensverständnis der jungen Ärztegeneration entsprechen. GO-LU steht bereit, als Leistungserbringer solche Versorgungsstrukturen aufzubauen. Dazu muss der Gesetzgeber uns Praxisnetzen allerdings den Leistungserbringerstatus zubilligen. Leider ist dies im aktuellen Gesetzesentwurf auch nur in solchen Regionen vorgesehen, in denen Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt wurde. Die präventive Schaffung von Versorgungsstrukturen bleibt uns so leider weiterhin untersagt“, kommentiert Dr. Herbert Lutz, Vorstandsvorsitzender der GO-LU, die Pläne von Gesundheitsminister Jens Spahn. ■

Weitere Informationen zum Peer-Review-Verfahren: www.kbv.de/html/10848.php

GO-LU Gesundheitsorganisation Ludwigshafen eG
Paul-Klee-Straße 1, 67061 Ludwigshafen,
E-Mail: info@go-lu.de, Telefon: 0621-66 00 300

BEREITSCHAFTSDIENSTPLANUNG: ENDE DER ZETTELWIRTSCHAFT

Auf das multifunktionale Online-Dienstplanbuchungssystem haben jetzt alle rheinland-pfälzischen Ärzte landesweit Zugriff.

The screenshot displays the 'Tabellenkalender' (table calendar) for January 2019. It shows a grid of dates from 01.01.2019 to 20.01.2019, categorized by service type: 'Sitzdienst' (seating service), 'Kombidienst' (combined service), and 'Hintergrunddienst' (background service). Most days are marked as 'Freie Dienste' (free services). On 03.01.2019, 'Mustermann, Andreas' is assigned to a 'Kombidienst'. On 08.01.2019, 'Mustermann, Andreas' is assigned to a 'Hintergrunddienst'. Below the calendar, there is a detailed view of a 'Kombidienst' for 04.01.2019, showing details like 'Kreis: Testkreis Kerstan', 'Status: Testplan 2019', and 'Inhaber: Mustermann, Andreas'. The interface includes various control buttons like 'Tausch', 'Bearbeiten', 'Info', and 'Angebotssperre'.

Der Vorteil ist, dass die Ärzte mit wenigen Klicks alle ihre aktuell noch abzuleistenden Dienste einsehen können.

Außerdem sendet BD-Online sieben Tage vor Dienstbeginn eine automatisierte E-Mail- beziehungsweise Faxnachricht, um die Ärzte an ihren anstehenden Bereitschaftsdienst zu erinnern. Somit bleibt ausreichend Zeit, um sich bei Bedarf noch einen Vertreter für den Dienst zu organisieren. Zudem können wichtige Informationen zum Bereitschaftsdienst von der KV RLP oder der Ärztlichen Leitung einer ÄBP über BD-Online an die Nutzer verschickt werden.

Einzelner Arzt wird bei der Dienstbereitschaft entlastet

Im Laufe der Zeit kamen immer wieder Fragen seitens der Ärzte über den Grund der Einteilung zum Bereitschaftsdienst auf. Die Verpflichtung zur Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst folgt aus dem Zulassungsstatus als Vertragsarzt und wird in der Bereitschaftsdienstordnung (BDO) der KV RLP näher bestimmt. Im Rahmen der Sicherstellung

obliegt der KV RLP auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten. Der einzelne Arzt wird somit durch den organisierten Bereitschaftsdienst von seiner andernfalls bestehenden Verpflichtung zur „Dienstbereitschaft rund um die Uhr“ entlastet.

Grundsätzlich sind alle Vertragsärzte sowie Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Rheinland-Pfalz zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst verpflichtet. Wenn Vertragsärzte oder MVZ angestellte Ärzte ohne Leistungsbegrenzung beschäftigen, so erweitert sich der Bereitschaftsdienstanteil des Arbeitgebers in Abhängigkeit von dem Umfang der Beschäftigung und der Zahl der angestellten Ärzte.

Faire Dienstverteilung aufgrund eines Punktwertsystems

Außerdem wird immer wieder die Frage gestellt, warum andere ärztliche Kollegen zu weniger Bereitschaftsdiensten eingeteilt sind als man selbst. Um eine faire Verteilung der Dienste zu erreichen, bedient sich BD-Online eines komplexen Punktwert-


Das Online-Dienstplanbuchungssystem für Bereitschaftsdienste (BD-Online) hat sich bewährt: Mittlerweile wird BD-Online in fast allen Ärztlichen Bereitschaftspraxen (ÄBP) der KV RLP eingesetzt. Bis zum Jahresende werden auch die restlichen Ärztlichen Bereitschaftspraxen im Land an BD-Online angeschlossen, damit alle Ärzte im Bereich der KV RLP gleichermaßen von den Vorteilen des Systems profitieren können.

Problemloser Tausch und Abgabe von Diensten

BD-Online bietet dem Nutzer komfortable Möglichkeiten zur Verwaltung und Planung der Bereitschaftsdienste. Dienste können über BD-Online problemlos getauscht, abgegeben oder übernommen werden. Hierzu haben dienstverpflichtete Ärzte beispielsweise Zugriff auf eine Vertreterliste, in welcher Ärzte hinterlegt sind, die sich freiwillig zur Übernahme von Diensten im jeweiligen Bereitschaftsdienstbereich anbieten. Ein weite-

systems. Ausschlaggebend für eine faire Dienstverteilung sind nicht nur die Anzahl der Dienste, sondern auch die den jeweiligen Diensten zugewiesenen Punktwerte. So können beispielsweise Dienste an Wochentagen einen geringeren Punktwert als Dienste an Wochenenden oder Feiertagen besitzen. Dies kann dazu führen, dass ein Arzt nur zu einem Dienst eingeteilt wird, der einen hohen Punktwert besitzt, während ein anderer Arzt mehrere niedrig bewertete Dienste zugewiesen bekommt.

Da BD-Online bei der Dienstplanberechnung auch die vorherigen Dienstpläne mit einfließen lässt, gleicht sich die Fairness bei der Dienstverteilung im Laufe der Zeit immer weiter an. ■

 Fragen zum Anmeldevorgang und zur Nutzung von BD-Online:
Christian Kempf: christian.kempf@kv-rlp.de
Silke Kerstan: silke.kerstan@kv-rlp.de

DIE AU-SAMMELSTELLE WIRD ABGESCHAFFT

Künftig müssen nun alle gesetzlich Versicherte in Rheinland-Pfalz die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei ihrer Kasse selbst einreichen.



AU-Bescheinigungen auf Papier könnten bald der Vergangenheit angehören.

In den vergangenen Jahrzehnten haben zunächst die ehemaligen Kassenärztlichen Vereinigungen in Rheinland-Pfalz und seit der Fusion im Jahre 2005 die KV RLP als deren Rechtsnachfolger eine Sammelstelle zur Entgegennahme und Weiterleitung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Muster 1a) an die Krankenkassen – mit Ausnahme der Ersatzkassen – betrieben.


Zum 1. Januar 2016 wurde die Bescheinigung für die Krankengeldzahlung (Muster 17) in die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit (Muster 1) integriert. Deshalb haben einige der teilnehmenden Krankenkassen die KV RLP gebeten, für ihren Bereich die Entgegennahme und Weiterleitung der AU-Bescheinigungen einzustellen. Lediglich für die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland (AOK RPS) und die Betriebskrankenkassen wurde die AU-Sammelstelle an den Regionalzentren in Koblenz und Neustadt übergangsweise für drei weitere Jahre fortgeführt. Dieser Vertrag läuft zum 31. Dezember 2018 aus, sodass mit diesem


Zeitpunkt die AU-Sammelstelle ihren Betrieb gänzlich für alle Krankenkassen einstellen wird. Damit entfällt ab 1. Januar 2019 der Versand des Musters 1a (AU-Bescheinigung an die Krankenkasse) für Versicherte der AOK RPS und Betriebskrankenkassen durch die ausstellenden Ärzte an die AU-Sammelstelle bei der KV RLP, sodass dann auch keine Briefumschläge mehr angefordert und kein Aufwendungsersatz je AU-Bescheinigung mit der GOP 99002 abgerechnet werden können. Noch in der Praxis vorhandene Briefumschläge können daher vernichtet werden.

Ab dem 1. Januar 2019 gilt somit für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen die gleiche Verfahrensweise:

- Sofern der Vertragsarzt für einen Versicherten einer Krankenkasse eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, erfolgt dies auf der AU-Bescheinigung (Muster 1).
- Die Ausfertigungen zur Vorlage bei der Krankenkasse (Muster 1a) und zur Vorlage beim Arbeitgeber (Muster 1b) sowie die Ausfertigung für den Versicherten (Muster 1c) sind dem Patienten auszuhändigen. Lediglich die Ausfertigung für den Arzt (Muster 1d) verbleibt bei diesem.
- Die Patienten sollten auf ihre Pflicht zur Weitergabe des Musters 1a an ihre Krankenkasse hingewiesen werden.

Für die Zukunft ist zu erwarten, dass im Rahmen der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen AU-Bescheinigungen nicht mehr auf Papier ausgefertigt, sondern direkt aus dem Arztinformationssystem in eine elektronische Patientenakte eingestellt werden. ■

 Christoph Leinz: Telefon 06131 326-265

 KBV-Themenseite zu Arbeitsunfähigkeit:
www.kbv.de/html/arbeitsunfaehigkeit.php

SCHRIFTLICHE EINWILLIGUNG NICHT IMMER NÖTIG

Die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) hat die Datenschutzvorgaben verschärft. Praxisinhaber müssen es aber deshalb mit der Bürokratie nicht übertreiben. Das betrifft beispielsweise die Einwilligungserklärung von Patienten zum Zweck der Datenverarbeitung.



©M.DÖRR & M.FROMMHERZ/FOTOLIA

Wenn Patienten an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen wollen, benötigen Praxishaber ihre Unterschrift.

Es gilt beim Umgang mit personenbezogenen Daten die Regel: Die Verarbeitung ist grundsätzlich verboten, solange sie nicht durch Gesetze und Verordnungen ausdrücklich erlaubt ist oder der Patient in die Verarbeitung seiner Daten eingewilligt hat. Im Rahmen des Behandlungsvertrages wird die Verarbeitung von Patientendaten durch die Praxisinhaber in einer Vielzahl von Fällen durch eine gesetzliche Grundlage legitimiert sein. Falls eine derartige gesetzliche Erlaubnis jedoch nicht vorhanden ist, kann die Verarbeitung von Patientendaten trotzdem zulässig sein, wenn der Patient in die Verarbeitung für festgelegte Zwecke wirksam eingewilligt hat.

Keine Einwilligung zur Datenverarbeitung, wenn Gesundheitsgefahren drohen

In vielen Fällen ist eine schriftliche Einwilligungserklärung im Praxisalltag entbehrlich. Dies betrifft, wie erwähnt, die Verarbeitung von Gesundheitsdaten in der Arztpraxis nach Art. 9 Abs. 2 in der EU-DSGVO im Rahmen der ärztlichen Behandlung. Denn das Datenschutzrecht selbst lässt bereits die Verarbeitung von Patientendaten zu diesem Zwecke zu, sodass es keiner Einwilligung mehr bedarf. Weiterhin dürfen Patientendaten im Falle bestehender gesetzlicher Mitteilungspflichten der Praxisinhaber gegenüber der KV und den Krankenkassen oder an die

Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes zum Schutz vor schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren ohne nähere Einbindung der Patienten übermittelt werden.

Darüber hinaus ist von einer Einwilligung auszugehen, wenn die Datenverarbeitung zum Schutz lebenswichtiger Interessen des Patienten erforderlich ist und die betroffene Person aus körperlichen oder rechtlichen Gründen außer Stande ist, ihre Einwilligung zu geben. Schließlich darf der Praxisinhaber zur Durchsetzung von Honorarforderungen gegenüber dem Patienten oder zur Verteidigung im Fall von Behandlungsfehlervorfällen die hierzu erforderlichen Patientendaten verarbeiten, ohne dies mit dem Patienten im Vorfeld abstimmen zu müssen.

Das Einverständnis ist beim Datenaustausch zwischen Behandlern anzunehmen

Abzusehen ist von einer Einwilligungserklärung, sofern es sich um eine rechtlich zulässige Übermittlung von Patientendaten handelt und diese bereits ausdrücklich oder konkludent durch den Patienten erteilt worden ist. Im Praxisalltag findet ein regelmäßiger Austausch zwischen Vor-, Mit- und Nachbehandlern statt und ist grundsätzlich auch für eine erfolgreiche Behandlung des Patienten erforderlich. § 9 Abs. 4 der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz bestimmt hierzu Folgendes: Wenn mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln, sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist. Konkret bedeutet dies also, dass ein Austausch zwischen den Behandlern regelmäßig auch ohne ausdrückliche Einwilligungserklärung des Patienten zulässig ist, sofern die Betroffenen – zum Beispiel durch eine Information im Sinne von Art. 30 DSGVO – hiervon Kenntnis haben und gegenüber der Praxis dagegen keine Einwände geäußert haben.

Ausgabe von Patienteninformationen nicht bestätigen lassen

Soweit der Grundsatz der Erforderlichkeit beachtet wird und sich die Ärzte an die Berufsordnung und insbesondere § 9 Abs. 4 halten, der vorsieht, dass alle Datenübermittlungen stattfinden können, wenn das Einverständnis des Patienten anzunehmen ist, so ist dies für einen Austausch von Patientendaten ausreichend. In der Praxis wird in den meisten Fällen der Zusammenarbeit zwischen den an der Behandlung beteiligten

Ärzten oder Psychotherapeuten ein Einverständnis der betroffenen Patienten anzunehmen sein.


In der Praxis ist leider immer wieder anzutreffen, dass Patienten den Erhalt von Informationen nach Art. 30 EU-DSGVO mit ihrer Unterschrift quittieren sollen. Datenschutzrechtlich gibt es jedoch keine Regelung, die dies verlangt. Es reicht vielmehr aus, wenn der Workflow zur Bereitstellung der Patienteninformationen praxisintern dokumentiert wird. Zudem haben sich die staatlichen Datenschutz-Aufsichtsbehörden in einem Beschluss vom September 2018 ausdrücklich dagegen ausgesprochen, wenn Ärzte oder andere Angehörige von Gesundheitsberufen Patienten nicht behandeln, die sich weigern, den Erhalt der Informationen schriftlich zu bestätigen. Ein solches Verhalten sei nicht mit der EU-DSGVO vereinbar.

Nur in bestimmten Fällen muss die Einwilligung des Patienten eingeholt werden

Bei der ärztlichen Abrechnung unter Einbeziehung privater Verrechnungsstellen ist regelmäßig eine schriftliche Einwilligung beim Patienten einzuholen, sofern die Dienstleister bei ihrer Tätigkeit einen eigenen Handlungs- und Entscheidungsspielraum haben. Auch bei der sogenannten hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V ist eine derartige Ein-

willigung beim Austausch von Informationen der Behandler untereinander erforderlich. Für die Weitergabe von Patientendaten im Rahmen einer Praxisveräußerung muss ebenfalls eine schriftliche Einwilligung des Versicherten vorliegen. Ist das nicht der Fall, kann der veräußernde Arzt dem künftigen Praxisinhaber die Patientenakten durch einen Verwahrungsvertrag in Obhut geben. Letzterer muss die Patientenakten unter Verschluss halten.

Die Anforderungen an die Einwilligung nach Art. 7 der EU-DSGVO entsprechen im Wesentlichen dem bislang geltenden Recht. Wichtig ist, dass die Einwilligung freiwillig ist, dass den Patienten der konkrete Zweck mitgeteilt wird und eine ausreichende Information erfolgt, die unmissverständlich sein muss. Sogenannte Pauschal-Einwilligungen, die ein Patient nicht überblicken kann, sind demzufolge unzulässig. Es besteht kein Formerfordernis für die Einwilligung, jedoch ist es wegen der Nachweis- und Rechenschaftspflichten immer empfehlenswert, dass die Einwilligung schriftlich eingeholt wird. Eine schriftliche Einwilligungserklärung muss auch den Hinweis erhalten, dass sie jederzeit ohne die Angabe von Gründen widerrufen werden kann. ■

 Weitere Informationen: www.mit-sicherheit-gut-behandelt.de > EU-Datenschutz-Grundverordnung

VORSICHT BEI DER ÜBERWEISUNG AN ERMÄCHTIGTE KLINIKÄRZTE

Einweisungen und Überweisungen ins Krankenhaus laufen zwar in der Regel problemlos ab. Dennoch kommt es in einigen Fällen immer noch zu Irritationen bei Niedergelassenen und Patienten.


Vor allem im Zusammenhang mit veranlassten Überweisungen bestehen Fragen: In welchen Fällen dürfen Ärzte eine Überweisung an ermächtigte Krankenhausärzte ausstellen? Dies ist immer dann möglich, wenn Krankenhäuser oder Krankenhausärzte zur ambulanten Behandlung von Patienten zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ermächtigt sind. Der Vertragsarzt, der Diagnosen nur mithilfe anderer Leistungserbringer stellen oder die erforderliche Behandlung nicht selbst bewirken kann, hat die Möglichkeit, durch eine Überweisung gleichfalls ermächtigte Ärzte oder ermächtigte Einrichtungen in die Leistungserbringung einzuschalten.

Inanspruchnahme nur für ein besonderes Leistungsspektrum

Die Ermächtigung ist neben der Zulassung eine weitere Form der Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Zuständig für die Erteilung von Ermächtigungen ist in der Regel der Zulassungsausschuss. Die ermächtigten Ärzte und Einrichtungen sind im Umfang ihrer Ermächtigung zur Teilnah-

me an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet. Ermächtigungen sind im Gegensatz zu den Zulassungen zeitlich, räumlich und/oder im Umfang nach definiert und begrenzt. Die vertragsärztlichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind für sie verbindlich. Eine Überweisung an einen ermächtigten Krankenhausarzt kann also dann erfolgen, wenn eine bestimmte ambulante Leistung vom Überweiser selbst nicht erbracht oder nicht im ausreichenden Maße im vertragsärztlichen Bereich angeboten wird. Hieraus folgt, dass ermächtigten Krankenhausärzten nur für ein besonderes Leistungsspektrum in Anspruch genommen werden können.

Pro Quartal und ermächtigter Krankenhauseinrichtung oder ermächtigtem Krankenhausarzt darf nur eine Überweisung ausgestellt werden. Eine Krankenhauseinweisung ist in solchen Fällen nicht auszustellen. ■

 Thema Ermächtigung: www.kv-rlp.de/444725

TECHNISCHE ALTERNATIVE ZUR METHADON-ABGABE

Dosierautomaten erleichtern den Praxen die Aushändigung und Dokumentation von Substitutionsmitteln.

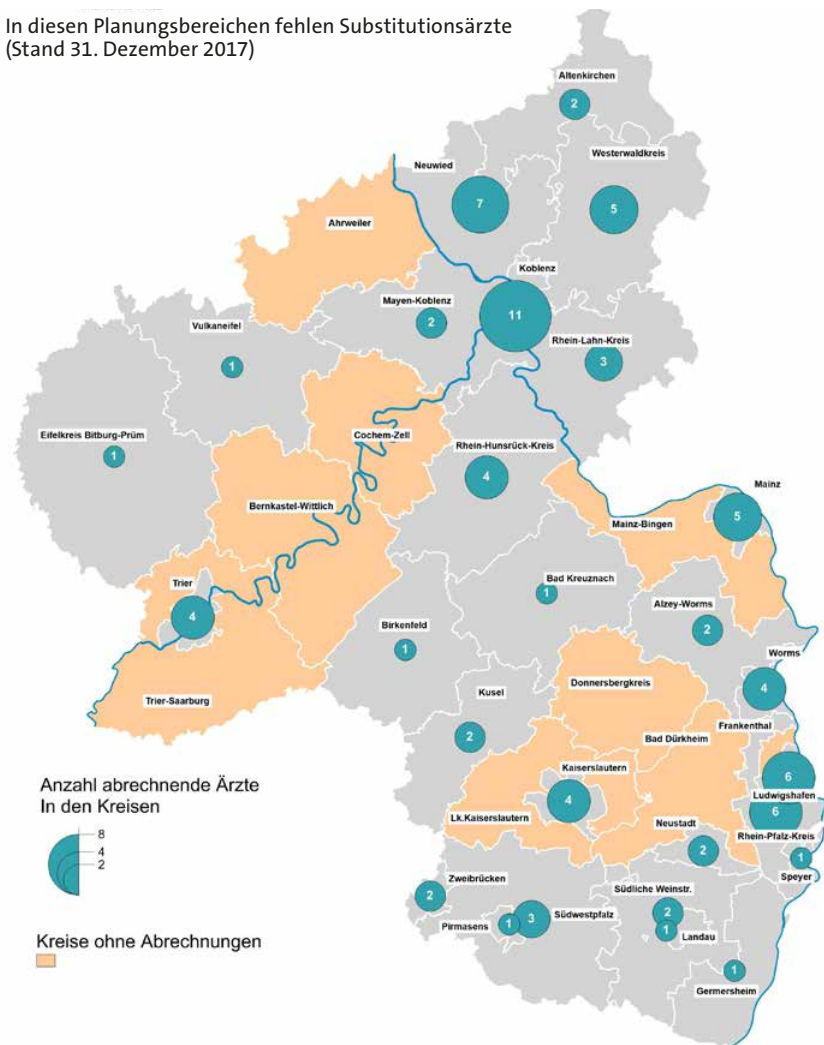
In Deutschland werden opioidabhängige Patienten seit Anfang der Neunzigerjahre mit Substitutionsmitteln behandelt. Seit 2002 müssen die Patienten an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemeldet und ihr Therapieverlauf über eine umfangreiche Dokumentation erfasst werden.

Die problematische Versorgungssituation der opiatabhängigen Patienten in einigen ländlichen Bereichen von Rheinland-Pfalz nahm in den vergangenen Jahren immer weiter zu. Während die Anzahl der zu behandelnden Patienten nahezu gleich bleibt, sind es immer weniger Ärzte, die substituieren. Überwiegend liegt dieses Problem daran, dass über die Hälfte der substituierenden Ärzte über 60 Jahre alt sind und einige Substitutionsärzte ihre vertragsärztliche Tätigkeit beendet haben beziehungsweise in den kommenden Jahren beenden werden. In Rheinland-Pfalz wurden im Jahr 2017 rund 2.570 Patienten von 84 Ärzten, einschließlich Ärzten, die im Krankheits-/Urlaubsvertreterfall substituiert haben, behandelt.

Effizienter und nachhaltiger als Einzellieferungen

Suchtpatienten können ihr Substitutionsmittel neben der Sichtvergabe in Einzeldosen auch mittels eines zertifizierten Dosierautomaten erhalten. Die individuelle Menge des Substituts wird dann pro Patient bei der Vergabe genau abgemessen. Der Dosierautomat ermöglicht es ad hoc, die verordnete Menge täglich an Opiatabhängige auszugeben. So ist eine Optimierung des Vergabeprozesses gewährleistet. Dieser entbindet jedoch nicht vom persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt. Aufgrund des Dispensierrechts wird ein solcher Automat vom Apotheker in der Arztpraxis aufgestellt, befüllt und gewartet.

In diesen Planungsbereichen fehlen Substitutionsärzte (Stand 31. Dezember 2017)



Ein Dosiersystem in der Substitution ist effizienter und auch nachhaltiger als Einzellieferungen. Auch für die Apotheke wird damit die Belieferung der Arztpraxis mit dem Substitutionsmittel häufig erleichtert, da die aufwendige Portionierung in Einzeldosen entfällt.

Durch ein Zusatzmodul werden gleichzeitig die Vergabe, die erforderliche Patientendokumentation sowie die Dokumentation zu Dosierungen, Zu- und Abgangs-, Eingangs-, Einsatz- und Vernichtungsprotokollen, Bestands- und Tagesdosierlisten in der angeschlos-

senen Praxissoftware BtMVV-gerecht dokumentiert. Abgefüllte Mengen sind so in jedem Bearbeitungsschritt nachvollziehbar. Daten zu früheren Vergaben können jederzeit abgerufen werden. Aus zuvor definierten Textbausteinen lassen sich zudem Rezepttexte erstellen und drucken. Kassen- sowie Stammdaten des Patienten können über die Gesundheitskarte eingelesen werden, wodurch Fehler bei der Datenpflege vermieden werden. Darüber hinaus können Patienten nach der ersten Dosierung für die Meldung an das BfArM und die Kassenärztliche Vereinigung registriert werden.

Dies bedeutet insgesamt eine enorme Erleichterung im Praxisalltag für alle Beteiligten.

Die Substitutionstherapie von opioidabhängigen Patienten mit Dosierautomaten und die damit verbundene exakte Datenerfassung des Therapieverlaufs über das elektronische Dokumentensystem gewährleistet somit eine signifikante Verbesserung der Patientensicherheit. Um die Vergabe mittels Dosierautomaten zu ermöglichen, werden häufig Rahmen- oder Individualverträge zwischen Krankenkasse und Apotheke geschlossen. ■

SUBSTITUTION – SO ERLANGEN ÄRZTE EINE GENEHMIGUNG

In der vertragsärztlichen Versorgung dürfen nur solche Ärzte Substitutionen durchführen, die der KV RLP ihre fachliche Befähigung (§ 5 Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 BtMVV) oder die Erfüllung der Voraussetzungen (§ 5 Abs. 3 BtMVV) nachgewiesen haben und denen die KV in der Regel eine Genehmigung von bis zu 50 Patienten zur Substitution erteilt hat. Im Rahmen der Konsiliar- und Vertretungsregelung (§ 5 Abs. 3 BtMVV) kann im Ausnahmefall eine

Substitution auch ohne eine entsprechende suchttherapeutische Qualifikation von bis zu zehn Patienten durchgeführt werden. Für diesen Fall gelten die in Kapitel 8 (Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger) aufgeführten Bedingungen. Das Curriculum zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ kann bei den Ärztekammern erworben werden.

JEDERZEIT ÜBERALL FORTBILDEN

Fachwissen örtlich flexibel aneignen und Geld sparen – das bieten die neuen E-Learning-Module.

Fortbildung ist für Praxisinhaber und ihre Angestellten ein Muss. E-Learning bietet dafür viel Potenzial. Die KV RLP hat dies erkannt und ihr Seminarkonzept angepasst. So wurden neben den Präsenzveranstaltungen die ersten E-Learning-Module entwickelt. Als Beispiel ist das Modul „Einführung eines Qualitätsmanagements“ zu nennen. Die Inhalte können zur Auffrischung von bereits bestehendem oder Aneignung von neuem Wissen genutzt werden.

Darüber hinaus gibt es Module, die für die Vorbereitung auf Qualitätsprüfungen hilfreich sind, wie zum Beispiel das Modul „Erfolgreich durch die Qualitätsprüfung Koloskopie“. Für Dr. Andreas Bartels, stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der KV RLP, bietet E-Learning für die Mitglieder auch in anderer Hinsicht Vorteile: „Die Anwendung der Module ist einfach und sie können auf allen gängigen Endgeräten mit Internetverbindung und Mobilgeräten genutzt werden. Das heißt, der zeitliche und finanzielle Aufwand für Reisen und Vor-Ort-Präsenzzeiten entfällt – ein echter Mehrwert für Ärzte.“ Alle Module sind ab 2019 buchbar. Mitglieder können diese zunächst kostenfrei nutzen.

📍 Überblick Fortbildungsprogramm: www.kv-rlp.de/485653

📄 Die ersten Module auf einen Blick:

- Einführung eines Qualitätsmanagements
 - Erfolgreich durch die Qualitätsprüfung Koloskopie
 - Datenschutz und Datensicherheit in der Praxis
 - IT-Sicherheit in der Praxis
- jeweils 2 Fortbildungspunkte



E-LEARNING – SO EINFACH GEHT'S

Ganz einfach anmelden

Haben Sie ein passendes Seminar auf unserer Webseite gefunden? Dann melden Sie sich einfach über die Online-Anmeldemaske an!

Zugangsdaten

Kurz nach Ihrer Anmeldung erhalten Sie Ihre Zugangsdaten.

In der Praxis oder unterwegs: Am PC oder Smartphone

Das Einzige, was Sie benötigen, ist eine Internetverbindung und ein Endgerät – egal ob unterwegs, in der Praxis oder zu Hause. Die Absolvierung des Moduls ist ortsunabhängig und zu jeder Zeit möglich.

Teilnahmebescheinigung

Nach erfolgreicher Selbstüberprüfung erhalten Sie Ihre Teilnahmebescheinigung zum Selbstdruck.

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Nach Abschluss des Moduls können Sie uns Ihre Meinung per Feedbackbogen mitteilen. Damit wir die Module stetig weiterentwickeln können, freuen wir uns über jede Anregung.



FILMOTHEK



5:15 Minuten

www.kv-rlp.de/451076**Der Kinder- und Jugendarzt**

Nicht nur Hausärzte werden dringend gesucht, auch bei den Fachärzten zeigt sich in einigen Facharztgruppen steigender Bedarf.



6:41 Minuten

www.kv-rlp.de/675522**Einstieg in die Praxis**

Prümer Gemeinschaftspraxis sorgt für eigenen Nachwuchs: Der Weiterbildungsassistent steigt in die Praxis ein.



1:15 Minuten

www.kv-rlp.de/575906**Zehnter Verbund in Alzey**

DRK Krankenhaus in Alzey kooperiert mit zehn Hausarztpraxen. Insgesamt gibt es jetzt in Rheinland-Pfalz zehn Weiterbildungsverbände für die Facharztweiterbildung.



2:47 Minuten

www.kv-rlp.de/310078**Dr. Sorglos & Dr. Gründlich**

Im Praxisalltag von Dr. Sorglos und Dr. Gründlich lauern viele Fallstricke, zum Beispiel in der Abrechnung medizinischer Leistungen oder in der Verordnung.

KV-TV ist das Web-TV der KV RLP für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz.

Alle Videos finden Sie online in der Filmothek unter www.kv-rlp.de/393400

**ARZNEIAUSGABEN IM RAHMEN**

In Rheinland-Pfalz entfallen für das Jahr 2017 statistische Auffälligkeitsprüfungen.



©ALVAREZ/ISTOCKPHOTO

Die endgültigen Daten liegen nun vor und bestätigen die Annahme der KV RLP: Das für das Jahr 2017 mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbarte Arzneimittel-Ausgabenvolumen wurde knapp eingehalten. Folglich wird es in Rheinland-Pfalz für das Jahr 2017 keine statistischen Auffälligkeitsprüfungen geben.

Anders sieht es hingegen für 2018 aus: Hier könnte das vereinbarte Ausgabenvolumen überschritten werden. Der Anstieg der Arzneimittelkosten in den ersten acht Monaten dieses Jahres liegt in Rheinland-Pfalz weiterhin zwischen vier und 6,6 Prozent über dem Vorjahreszeitraum.

Bei fortgesetzter Entwicklung ist im Jahr 2018 mit einer Überschreitung des zwischen der KV RLP und den Krankenkassenverbänden vereinbarten Ausgabenvolumens und infolgedessen mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen – nach Zielquoten beziehungsweise fachgruppenspezifischen Fallwerten – zu rechnen. Der Beachtung der fachgruppenspezifischen Zielquoten kommt bei der Vermeidung von Prüfungen eine verstärkte Bedeutung zu. ■

Übersicht Arzneimittel-Ausgabenvolumen:
www.kv-rlp.de/532136-233

FLÄCHENDESINFEKTION VERHINDERT KRANKHEITSÜBERTRAGUNG

Im Multibarriersystem der Infektionsprävention hat die desinfizierende Flächenreinigung einen besonderen Stellenwert.

Ziel der Flächendesinfektion ist es, die Anzahl von Mikroorganismen auf unbelebten, das heißt alle den Patienten und das Personal umgebenden Flächen zu vermindern. Die Flächendesinfektion gehört daher, ebenso wie Händehygiene und Instrumentenaufbereitung, zu einer bedeutenden Maßnahme zur Verhinderung der Krankheitsübertragung und dient als Schutz für Patienten und Praxispersonal.

Arten der Flächendesinfektion

Die routinemäßige Desinfektion hat den Zweck, die Verbreitung von Krankheitserregern während der Behandlung einzuschränken, und erstreckt sich über alle Flächen, die möglicherweise mit erregerehaltigem Material kontaminiert wurden, ohne dass dies im Einzelfall erkennbar oder sichtbar ist.

Gezielte Desinfektionsmaßnahmen sind solche bei:

- Sichtbarer Kontamination von Flächen mit Blut, Eiter, Ausscheidungen oder anderen Körperflüssigkeiten,
- Schlussdesinfektionen in Bereichen oder Räumen, die zur Behandlung eines infizierten beziehungsweise mit Erregern kolonisierten Patienten dienen,
- Ausbruchssituationen sowie Auftreten spezieller Erreger.

Nach einer routinemäßigen Desinfektion können die desinfizierten Flächen wieder benutzt werden, sobald sie sichtbar trocken sind. Bei der gezielten Desinfektion wird die angegebene Einwirkzeit vor der Wiederbenutzung abgewartet.

Festlegung der Risikobereiche

Ob eine gereinigte Fläche desinfiziert werden muss, hängt maßgeblich von dem davon ausgehenden Infektionsrisiko ab. Dabei wird unterschieden zwischen den Bereichen

- ohne Infektionsrisiko
- mit möglichem Infektionsrisiko
- mit besonderem Infektionsrisiko
- Patienten, die kritische Erreger in oder an sich tragen,
- Bereiche mit Infektionsrisiko für das Personal

und die entsprechenden Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen festgelegt.

Grundsätzliche Anforderungen der Flächendesinfektion

- Desinfektionsmittel, die zur Flächendesinfektion verwendet werden, müssen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und ihres Wirkspektrums belegt sein.

- Die Herstellerhinweise sowie Dosierung, Einwirk- und Standzeit zum verwendeten Flächendesinfektionsmittel sind zu beachten.
- Für die Zubereitung von Desinfektionsmittellösungen werden automatische dezentrale Desinfektionsmittel-Dosiergeräte empfohlen, die regelmäßig gewartet und überprüft werden müssen.
- Zur Flächendesinfektion bieten sich verschiedene Methoden und Systeme an. Im Vorfeld sollte geprüft werden, für welchen Bereich sich die Eimer-Tuch-Methode, das befüllbare Tuchspender-System oder ein gebrauchsfertiges Tuchspender-System eignet. Beim Einsatz von vorgetränkten und befüllbaren Tuchspendersystemen sind kritische Punkte zu beachten, wie zum Beispiel die Aufbereitung der Behältnisse.


Durchführung der Desinfektionsmaßnahmen

Desinfektionsmaßnahmen an Flächen und Geräten werden in der Regel als Wischdesinfektion durchgeführt. Dabei ist Folgendes zu beachten:

- Es wird geeignete Schutzausrüstung getragen.
- Stark kontaminierte und verschmutzte Oberflächen werden vorgereinigt.
- Ein Einbringen von Verschmutzungen in Desinfektionsmittellösung wird vermieden.
- Mit einem Desinfektionsmittel-getränkten Tuch wird die Fläche unter leichtem Druck vollständig benetzt; es erfolgt kein Nach- oder Trockenwischen.
- Es wird für ausreichende Belüftung gesorgt.
- Verwendete Utensilien werden nach Abschluss desinfizierend gereinigt bzw. verworfen.

Eine Sprühdesinfektion sollte wegen der inhalativen Gefährdung des Personals nur in Ausnahmefällen erfolgen, und zwar bei kleinsten Flächen, bei denen eine Wischdesinfektion nicht möglich ist.

Wichtig: Eine Umsetzung der Flächendesinfektion setzt geschultes Personal voraus. Der notwendige Umfang der Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen muss im Hygieneplan, die tägliche Anwendung sowie die verwendeten Mittel im Reinigungs- und Desinfektionsplan festgelegt werden. ■

 Krinko-Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“: www.rki.de



MELDEPFLICHT BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT LIEGT BEIM PATIENTEN

Praxen sind nicht verpflichtet, AU-Bescheinigungen an die Krankenkasse zu übermitteln.

Wenn Patienten es versäumen, ihre Bescheinigung zur Arbeitsunfähigkeit fristgerecht an die Krankenkasse zu senden, kann der behandelnde Arzt dafür nicht haftbar gemacht werden. Dies gilt auch dann, wenn die Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen bestand und die Patienten den verspäteten Zugang der Meldung nicht verschuldet haben. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) in seinem Urteil klargestellt.

Im vorliegenden Fall war der sozialversicherungspflichtige Mechaniker arbeitsunfähig erkrankt. Er bezog zunächst Leistungen nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz und anschließend Krankengeld. Mit einer Folgebescheinigung wurde die weitere Arbeitsunfähigkeit bestätigt; der Arzt hatte dem Patienten das entsprechende AU-Formular ausgehändigt. Allerdings hatte die Betriebskrankenkasse die weitere Zahlung von Krankengeld mit der Begründung ab-

gelehnt, dass das Formular nicht innerhalb der Wochenfrist bei ihr eingegangen sei. Daraufhin hatte der Versicherte auf eine Krankengeldfortzahlung geklagt: Nicht er, sondern sein behandelnder Arzt sei schließlich für die Vorlage der AU-Bescheinigung bei der Krankenkasse verantwortlich.

Die Richter am Senat sahen dies anders und wiesen die Klage als unbegründet ab: Der Versicherte sei darüber informiert worden, die AU-Bescheinigung zeitgerecht vorzulegen. Aus dem fünften Sozialgesetzbuch lasse sich jedenfalls keine Pflicht des Arztes herleiten, die erforderliche Meldung an die Krankenkasse vorzunehmen. Vorgaben im § 295 Abs.1 Satz 1 Nr. 1 SGB V betreffen lediglich die „Abrechnung ärztlicher Leistungen“ und enthalten keine Wochenfrist. ■

§ Urteil vom 25.10.2018, Az.: B 3 KR 23/17 R

TERMINE IM ÜBERBLICK



Hygienemanagement

Die Hygieneanforderungen steigen, deshalb müssen Praxen den bestmöglichen Infektionsschutz für Patienten und Personal gewährleisten. Das Seminar vermittelt die rechtlichen Grundlagen und gibt Tipps für einen Hygiene- und Hautschutzplan. ■

Mittwoch, 13. Februar 2019 | KV RLP in Mainz | 85 Euro je Teilnehmer | zertifizierte Fortbildung | Online-Anmeldung



Qualitätszirkel Moderatoretraining

Zielgruppe dieser zweitägigen Veranstaltung sind Ärzte, Psychotherapeuten und medizinische Fachangestellte, die einen Qualitätszirkel gründen beziehungsweise einen bestehenden Qualitätszirkel übernehmen möchten. ■

Freitag und Samstag, 15. und 16. März 2019 | KV RLP in Neustadt | 150 Euro je Teilnehmer | zertifizierte Fortbildung | Online-Anmeldung

Weitere Seminare	Termin	Standort	Informationen
Einführung eines Qualitätsmanagements	20. Februar 2019	Koblenz	85 Euro zertifizierte Fortbildung
Notfallmanagement	15. März 2019	Mainz	85 Euro zertifizierte Fortbildung
Medical English für medizinische Fachangestellte	27. März 2019	Koblenz	85 Euro

🔗 Online-Anmeldung und weitere Termine: www.kv-rlp.de/358728

ASV-BROSCHÜRE AKTUALISIERT

Alles Wissenswerte für Praxen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zusammengefasst.



Die KBV hat ihre Broschüre zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung überarbeitet. Das 24-seitige Heft kann ab sofort kostenlos bestellt werden.

Es wird Schritt für Schritt erläutert, wie Ärzte ein Team zur Behandlung von Patienten in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) bilden können. Die Texte wurden aktualisiert und neue Indikationen wie die rheumatologischen Erkrankungen aufgenommen.

Ein Schwerpunkt liegt auf der Abrechnung in der ASV, dieses Kapitel wurde ausgebaut und um zahlreiche Hinweise ergänzt. Neu aufgenommen wurde zudem eine Reportage über ein ASV-Team.

Das Heft ist in der Servicereihe „PraxisWissen“ erschienen. Gedruckte Exemplare können kostenlos per E-Mail bestellt werden. Die Publikation steht zudem als PDF-Dokument zum Download bereit. ■

🔗 Weitere Informationen: www.kbv.de/asv

📧 versand@kbv.de

VERSCHIEBUNGSEFFEKTE

Honorarbericht beleuchtet Psychotherapie-Reform.

Die Behandlungskapazitäten der Vertragspsychotherapeuten für probatorische und Richtlinientherapien sind 2017 im gleichen Verhältnis gesunken, wie die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung neu angeboten wurden. Durch die Reform wurde zwar mehr Patienten ein Erstgespräch ermöglicht, jedoch auf Kosten von Langzeittherapien. Mittel- und langfristig ist diese Versorgungsverschiebung sicher problematisch, so das Fazit des Honorarberichts 2018. Außer dem Schwerpunkt Psychotherapie enthält der Bericht unter anderem Informationen zur Honorarverteilung.

🔗 Honorarbericht 2018: www.kv-rlp.de/41517-5566



Können die Vordrucke „Jugendarbeitsschutzuntersuchung“ bei der KV RLP angefordert werden?

Nein, die Vordrucke für die Jugendarbeitsschutzuntersuchung erhalten Mitglieder bei der für sie jeweils zuständigen Bezirksärztekammer.

👤 BÄK Pfalz: info@bezirksaerztekammer-pfalz.de
BÄK Koblenz: info@aerztekammer-koblenz.de
BÄK Trier: info@aerztekammer-trier.de
BÄK Mainz: info@aerztekammer-mainz.de

Die Fax-Zustellung an die KV RLP ist gestört. Gibt es alternative Versandmöglichkeiten?

Zurzeit gibt es vermehrt Fehlermeldungen beim Versenden von Faxen an verschiedene Fax-Nebenstellen in der KV RLP. Die Übertragung wird abgebrochen, ist fehlerhaft oder die angewählte Fax-Nummer ist angeblich nicht erreichbar. In diesen Fällen schicken Mitglieder das Fax an die zentrale Fax-Nummer 06131 326-327 der KV RLP. Die dort eingehenden Dokumente werden zeitnah an die zuständigen Ansprechpartner weitergeleitet.

Gibt es einen Vordruck für Patienten zur EU-Datenschutz-Grundverordnung?

Um alle Patienten zu erreichen, empfiehlt sich ein Aushang in der Praxis. Auch ein Informationsblatt, das im Wartezimmer ausgelegt wird, ist möglich. Die Patienteninformation kann zusätzlich auf der Website der Praxis veröffentlicht werden. Eine persönliche Information, zum Beispiel bei der ersten Kontaktaufnahme am Telefon, ist nicht erforderlich. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt ein Muster für eine Patienteninformation bereit:

🔗 Weitere Informationen: www.kbv.de/datenschutz

👤 Service-Center
Telefon 06131 326-326
Fax 06131 326-327
service@kv-rlp.de

MO | DI | DO 8–18 Uhr
MI 8–17 Uhr
FR 8–16 Uhr

BARRIEREFREIHEIT IN PRAXEN

Die KV RLP startete eine Online-Umfrage.



©DAN RACE/FOTOLIA

Bestehen für Rollstuhlfahrer Zugangshindernisse? Nur eine von vielen Fragen zum Thema „Barrierefreie Praxis“.

Kann ich vor der Arztpraxis parken? Gibt es einen Aufzug oder nur Treppen? Sind behindertengerechte Toiletten vorhanden? Für Patientinnen und Patienten mit Behinderung spielen Informationen über barrierefreie oder barrierearme Zugangswege und Ausstattungen der Praxis eine ganz entscheidende Rolle. Die KV RLP bittet daher ihre Mitglieder, sich an der „Praxisbefragung zur Barrierefreiheit“ zu beteiligen und Angaben zu ihrer Praxis zu machen. Der auszufüllende Fragebogen ist auf der Website der KV RLP im geschützten Mitgliederbereich unter dem Menüpunkt „Barrierefreiheit“ hinterlegt. Die von den Praxen zur Verfügung gestellten Informationen werden in das Arztregister der KV RLP übertragen und auf der Website im „Arztfinder“ veröffentlicht.

Barrierefreiheit heißt zum Beispiel, dass Einrichtungen für alle Menschen gut nutzbar sind. Um eine Praxis zu besuchen, sollen Patienten mit Behinderungen möglichst nicht auf zusätzliche Hilfe angewiesen sein. Dies ist in der UN-Behindertenrechtskonvention und im Behindertengleichstellungsgesetz festgelegt: Barrieren sollen beseitigt werden. Weitere Rechtsgrundlage für die Barrierefreiheit sind Regelungen im Sozialgesetzbuch und in der Landesbauordnung. ■

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

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

REDAKTION

verantwortlich (i. S. d. P.)
Dr. Peter Heinz, Vorsitzender des Vorstandes
Dr. Andreas Bartels, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes
Peter Andreas Staub, Mitglied des Vorstandes

Dr. Rainer Saurwein (Redaktionsleitung), Stefan Holler
Fachabteilungen der KV RLP

KONTAKT

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

BILDNACHWEIS

KV RLP
© Fotolia
© G-BA
© GO-LU
© istockphoto
© KBV

AUFLAGE

7.000 Exemplare

ERSCHEINUNGSWEISE

viermal im Jahr

UMSETZUNG

NINO Druck GmbH
Im Altenschemel 21
67435 Neustadt/Wstr.
www.ninodruck.de

HINWEISE

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein. Für den – auch teilweisen – Nachdruck von Texten, Grafiken und dergleichen ist das schriftliche Einverständnis der KV RLP Voraussetzung.