

KVBFORUM

05 | 23
06



WOHER NEHMEN?

Wenn Medikamente auf
einmal knapp werden

14 | **KVB INTERN:** Niedergelassene an Reformen beteiligen

20 | **WEITERBILDUNG:** Quereinstieg in Arztpraxen

24 | **VERSORGUNG FÖRDERN:** Eigeneinrichtungen lindern Unterversorgung



3 EDITORIAL

KURZMELDUNGEN

- 4 Ärztinnen und Ärzte in sozialen Medien
- 4 Umstellung der Arzt- und Psychotherapeutensuche
- 5 Zahl des Monats
- 5 Zitat des Monats
- 5 Praxisausweis: Neuer Service in „Meine KVB“ und neues Identifizierungsverfahren



TITELTHEMA

- 6 Lieferengpässe bei Arzneimitteln
Tipps für Praxen sollen Auswirkungen für Ärzte und Patienten abmildern
- 10 „Durch die Verknappung steigt unser Beratungsbedarf“
Hausärztin Dr. med. Beate Reinhardt fordert von der Politik ein Ende der Monopolstellung im Großhandel



- 11 „Unseren Patienten drohen Gesundheitsschäden“
Der Münchner Pneumologe Dr. med. Frank Powitz plädiert für mehr Liefersicherheit bei essenziellen Medikamenten
- 12 „Desaster für die Kinder“
Für den Kinderarzt Dr. med. Michael Hubmann ist die derzeitige Arzneimittelversorgung ein politischer Skandal

KVB INTERN

- 13 Breites Bündnis für mehr Hitzeschutz
Organisationen des Gesundheitswesens setzen bei Strategietreffen gemeinsames Signal
- 14 Niedergelassene an Reformen beteiligen
Die Vertreterversammlung der KVB verabschiedet mehrere Resolutionen in Richtung Bundespolitik

DIGITALISIERUNG

- 16 DiGA: Reicht die Evidenz?
Studie nimmt Evaluationen von Digitalen Gesundheitsanwendungen unter die Lupe

WEITERBILDUNG

- 20 Quereinstieg in Arztpraxen
Regensburger Ärztenetz rekrutiert Personal auf ungewöhnlichen Wegen

RECHT INTERESSANT

- 22 Ausgelagerte Praxisräume: Rechtsprechung des BSG
Entscheidung des Bundessozialgerichts konkretisiert Begriffe wie „räumliche Nähe“

VERSORGUNG FÖRDERN

- 24 Eigeneinrichtungen lindern Unterversorgung
Ziel bleibt aber nach wie vor die Übernahme der KVB-Praxis durch die dort angestellten Ärztinnen und Ärzte

SELBSTHILFE

- 26 Menschen mit Demenz zu Hause pflegen
Der Verein Desideria Care e. V. kämpft mit Aufklärung gegen Stigma und Tabu

27 KVB KONTAKTDATEN

28 IMPRESSUM



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

zu Beginn des 20. Jahrhunderts galt Deutschland als „Apotheke der Welt“ und hiesige Forscher gewannen regelmäßig Nobelpreise für Medizin und Chemie. Inzwischen ist Deutschland mehr oder weniger nur noch Entwicklungs- und kaum noch Produktionsstandort. Zu 70 Prozent kommen die Vorprodukte für Medikamente inzwischen aus Asien – unter anderem wegen geringerer Herstellungskosten. Die Folgen sind lange Lieferketten sowie die Abhängigkeit von einzelnen Produzenten. Dass diese Kombination problematisch sein kann, zeigte sich überdeutlich zu Beginn der Coronapandemie bei den Schutzmasken, ehe ein ähnliches Muster auch bei Arzneimitteln zutage trat.

Man sollte sich aber davor hüten, für das Phänomen Medikamentenengpässe einen alleinigen Schuldigen finden zu wollen. Dafür ist das Geschehen zu komplex und die Globalisierung, die Krankenkassen und die Pharmaindustrie tragen alle einen Teil an Verantwortung. Das Arbeitspapier der Task-Force Arzneimittelsicherheit des Bayerischen Gesundheitsministeriums, an dem auch wir mitgewirkt haben, ist daher keine lose Sammlung schneidiger Forderungen, sondern spiegelt die Komplexität der Materie umfassend wider. Die Arbeitsergebnisse werden nun auf politischer Ebene beim zuständigen Ministerium in Berlin eingebracht.

Im vorliegenden Heft versuchen wir, die Thematik von verschiedenen Seiten aus zu beleuchten. Die von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach forcierte Notfall- und Krankenhausreformen sind zwar wichtig, aber das Problem der Medikamentenengpässe darf dabei nicht wie bisher unter den Tisch fallen. Es muss auf Bundesebene rasch angegangen werden. Die beunruhigenden Phasen, als hierzulande plötzlich Fiebersäfte für Kinder oder blutdrucksenkende Mittel zur Mangelware wurden, sollten sich im kommenden Winter nicht wiederholen.

Ihr KVB-Vorstand

Dr. med. Pfeiffer
Vorsitzender des Vorstands

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

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

Ärztinnen und Ärzte in sozialen Medien



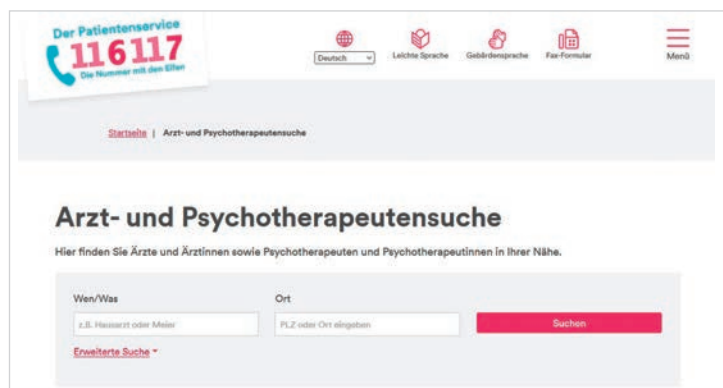
Die Nutzung sozialer Medien gehört für viele Niedergelassene, Medizinstudierende und Patienten längst zum Alltag. Soziale Medien sind eine sinnvolle Ergänzung des direkten Arzt-Patienten-Kontaktes, sofern sie unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes genutzt werden. Für den korrekten Umgang mit sozialen Medien hat die Bundesärztekammer (BÄK) ihre Handreichung „Ärztinnen und Ärzte in sozialen Medien“ aktualisiert. Anhand 14 konkreter Fallbeispiele werden Probleme im Umgang mit sozialen Medien aufgezeigt und Lösungsvorschläge angeboten. Auf diese Weise sollen Praxisinhaberinnen und -inhaber, aber auch Medizinstudierende und Patienten für die Gefahren bei der Nutzung interaktiver Plattformen im Internet sensibilisiert werden. Welche Gefahren lauern beispielsweise bei Äußerungen über medizinische Themen und Produkte? Wie lässt sich mit negativen Kommentaren – auch zur eigenen Person – umgehen? Wann können sie ignoriert werden und wann sind rechtliche Schritte zur Abwendung einer Rufschädigung unerlässlich? Diese und viele andere hilfreiche Antworten finden Sie übersichtlich gegliedert in der Handreichung der BÄK (bitte QR-Code scannen) oder als Kurzfassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter https://www.kbv.de/html/1150_62276.php.



Redaktion

Umstellung der Arzt- und Psychotherapeutensuche

Bis Ende Mai 2023 werden wir auf unserer Internetseite www.kvb.de die Arzt- und Psychotherapeutensuche umstellen und auf die Arzt- und Psychotherapeutensuche der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verlinken: <https://arztsuche.116117.de/>.



In der Bundesarztsuche werden alle zugelassenen und angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Titel, Name, Praxisadresse, Kontaktdaten zur Betriebsstätte und Sprechzeiten veröffentlicht. Mit der Arztsuche kommt die KVB dem gesetzlichen Auftrag nach, die Versicherten im Bedarfsfall einfacher darüber zu informieren, zu welchen Zeiten nächstgelegene Ärzte und Psychotherapeuten Sprechstunden (auch offene Sprechstunden) anbieten.

Bei Fragen zur Umstellung können Sie uns gerne per E-Mail kontaktieren: Arztsuche@kvb.de.

Krisztina Kulcsár (KVB)

Vertreterversammlungen 2023



Die nächsten Vertreterversammlungen (VV) der KVB finden an folgenden Terminen in der Elsenheimerstraße 39, 80687 München statt.

- Mittwoch, 21. Juni 2023
- Samstag, 25. November 2023

Informationen rund um die geplanten Vertreterversammlungen und deren Ablauf finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Über uns/Organisation/Vertreterversammlung*.

„Ich hatte in meiner Praxis noch niemanden, der eine digitale Akte wollte und kenne auch keine Kollegen, bei denen es anders ist.“

*Dr. med. Marc Metzmacher,
Hausarzt aus Gunzenhausen*

*(Quelle: Augsburgener Allgemeine
vom 4. April 2023)*

Zitat des Monats

436

offene Lieferengpassmeldungen für Arzneimittel sind aktuell verzeichnet.

(Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Stand 22. März 2023)

Zahl des Monats

Praxisausweis: Neuer Service in „Meine KVB“ und neues Identifizierungsverfahren



Seit Kurzem bietet die KVB den neuen Online-Service „Praxisausweis beantragen“ zur vereinfachten Beantragung der SMC-B Karte an. Sie finden diesen im Mitgliederportal „Meine KVB“ unter der Kategorie „Formulare & Anträge“. Zugelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie ärztliche Leiter eines Medizinischen Versorgungszentrums haben seit Februar 2023 die Möglichkeit, einen vorbefüllten Antrag zu stellen. Mit der Erweiterung des Online-Services für den Praxiszugang können seit April auch Praxis-Vertretungsberechtigte einen Praxisausweis beantragen.

Der Vorteil des neuen Online-Services liegt auf der Hand: Persönliche Daten des Antragstellers sowie

Daten der Betriebsstätte sind bereits vorgelegt und müssen nicht händisch eingegeben werden. Für die abschließende Bestellung des Praxisausweises wird der Nutzer automatisch zum Kartenanbieter (Trust Service Provider – TSP) seiner Wahl weitergeleitet.

Bei der Gelegenheit möchten wir darauf hinweisen, dass aufgrund neuer Vorgaben der gematik seit 3. April 2023 sowohl bei der Beantragung des Praxisausweises über das Online-Portal des jeweiligen TSP als auch bei Nutzung des neuen KVB Online-Services „Praxisausweis beantragen“ die sichere Identifizierung gilt. Im Rahmen des Beantragungsprozesses werden Daten des amtlichen Ausweisdokuments (Geburtsdatum und -ort sowie die Meldeadresse) zum Zwecke der sicheren Identifizierung des Antragstellers erfasst. Zur Identifizierung kann zwischen verschiedenen Verfahren wie POST-IDENT in einer Postfiliale oder der Online-Identifizierung mit der Online-Ausweisfunktion eID gewählt werden.

Weiterführende Informationen zum Praxisausweis finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Telematikinfrastruktur/Praxisausweis*.

Kathrin Walenda (KVB)

Lieferengpässe bei Arzneimitteln

Schwierigkeiten bei der Lieferung von Medikamenten sind schon länger ein Thema, wurden bisher jedoch in jedem Einzelfall von den beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen, also den Ärzten und Apothekern, gestemmt. Neu ist jedoch das mittlerweile erreichte Ausmaß, wie der folgende Artikel beleuchtet.

1. Einleitung

Eine Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) liefert Zahlen aus dem vierten Quartal 2022: Mindestens 26 Prozent der Patientinnen und Patienten waren mit Lieferengpässen bei Arzneimitteln konfrontiert. Rund 75 Prozent aller Praxen, die Arzneimittel verordnen, hatten mindestens einen betroffenen Patienten.

Die Bestimmung des Ausmaßes erfolgt dabei über die Sonder-Pharmazentralnummer 02567024 (Nicht-

verfügbarkeit eines (Rabatt-) Arzneimittels, Pharmazeutische Bedenken). Diese verwenden Apothekerinnen und Apotheker dann, wenn statt des rabattierten beziehungsweise preisgünstigsten Präparats ein wirkstoffgleiches Arzneimittel eines anderen Herstellers unter anderem aufgrund eines Lieferengpasses abgegeben werden musste. Unbeachtet und nicht quantifizierbar sind dabei die Fälle, in denen die Apotheke ein neues Rezept in der Arztpraxis anforderte, weil der verordnete Wirkstoff überhaupt nicht verfügbar war. Abbildung 1 zeigt einen deutlichen Anstieg der Abrechnungshäufigkeit der Sonder-Pharmazentralnummer (siehe auch www.zi.de in der Rubrik Service/Medien/Grafik des Monats/Februar 2023).

Welchen Stellenwert Arzneimittel in der medizinischen Versorgung einnehmen ist unbestritten. Eine Heilung oder Linderung von Beschwer-

den ist bei vielen Patienten ohne den Einsatz von Arzneimitteln nur schwerlich möglich. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert und aktualisiert daher regelmäßig eine Liste essenzieller Medikamente für den Erhalt der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Substanzen wie Ibuprofen, Paracetamol, Amoxicillin auch in Kombination mit Clavulansäure, Bisoprolol und Tamoxifen sind hier gelistet.

Für alle diese Wirkstoffe wurden in den vergangenen Monaten und Jahren Lieferprobleme und Nichtverfügbarkeiten beobachtet. Zuletzt waren in den letzten Monaten – insbesondere über Weihnachten – Ibuprofen-, Paracetamol-haltige Säfte sowie zahlreiche antibiotische Wirkstoffe und deren Zubereitungen vorwiegend zur Behandlung von Kindern nicht verfügbar. Das Resultat waren und sind weiterhin zeitraubende Gespräche zwischen den Behandlern, den Apothekern und

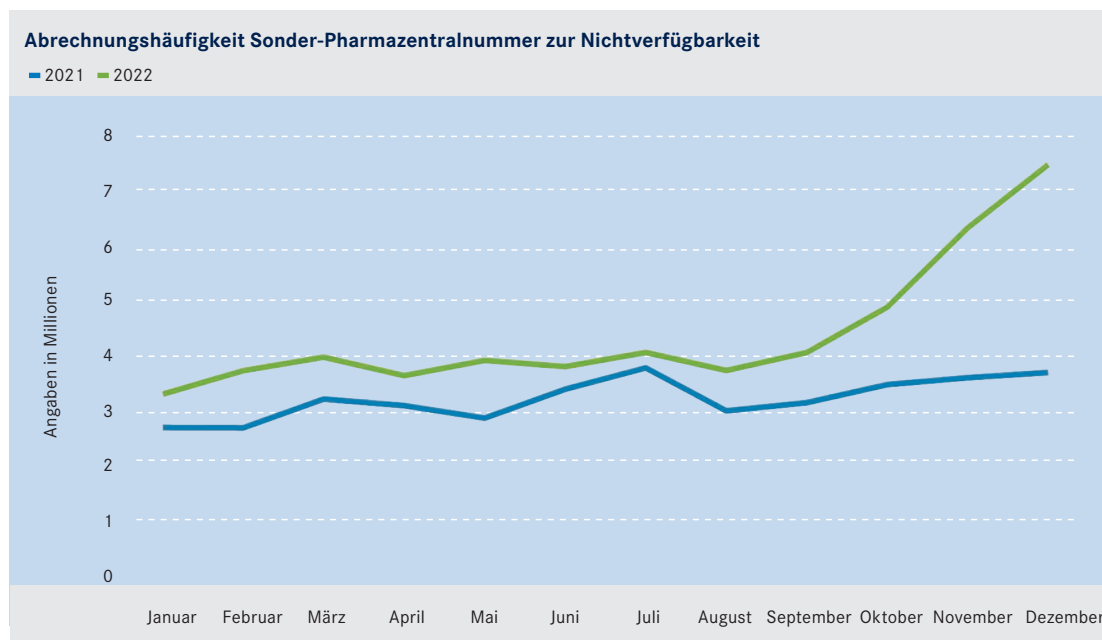


Abbildung 1

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)

den Patienten, um Möglichkeiten und Alternativen für die Behandlung zu finden.

Mehrere Gründe für die aktuelle Situation

Die Ursachen für die Nicht-Verfügbarkeit von Arzneimitteln sind dabei vielfältig. So bekommt man unterschiedliche Antworten, je nachdem welchen Akteur man im Gesundheitswesen befragt.

So sind zum Beispiel die Rabattverträge, welche die Krankenkassen mit den pharmazeutischen Herstellern abschließen, vielfach in der Diskussion. Diese Verträge tragen sicherlich erheblich zu Einsparungen bei. Allerdings wird gleichzeitig auch vom „Kaputtsparen“ der deutschen Arzneimittelversorgung geredet. Daneben erscheinen manche Festbetragsregelungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss überprüfenswert. Denn gerade den Darreichungsformen für Kinder werden sie oftmals nicht gerecht. Am Beispiel des drastischen Versorgungsmangels mit Ibuprofen- und Paracetamol-haltigen Säften und Suppositorien für Kinder zeigte sich kürzlich, wie die Preisschraube bei generischen Niedrigpreisartikeln gedreht wurde. So lag beispielsweise der Apothekenverkaufspreis inklusive aller gesetzlichen Rabatte für einen Ibuprofen-haltigen Saft (2%ig) im dritten Quartal 2022 bei zirka 3,30 Euro. Der Preis für zehn Paracetamol Suppositorien mit einem Wirkstoffgehalt von 125 mg betrug 1,20 Euro. Nicht unerwähnt sollte bleiben, dass sich bereits viele pharmazeutische Hersteller von diesem Produktsegment verabschiedet haben, was unter anderem wohl auch zu dieser Mangelversorgung geführt hat. Ein erster kleiner Schritt wurde insofern gemacht, als dass die Festbetragsregelung zumindest vorübergehend



ausgesetzt wurde. Zudem konnte die mehr oder weniger pragmatisch umgesetzte Möglichkeit zur Herstellung von Rezepturen in der Apotheke für eine gewisse Erleichterung sorgen.

Aber auch die sozialen Medien können Einfluss auf die Verfügbarkeit von Arzneimitteln nehmen. So war letztes Jahr eine deutlich erhöhte Nachfrage nach einem Durchfallmittel für Kinder als „Anti-Kater“-Mittel der Grund für einen Lieferengpass. Aktuell führt der mediale Hype um ein Diabetesmedikament im Kampf gegen Adipositas dazu, dass die Versorgung von Typ II Diabetikern gefährdet ist. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat nun Maßnahmen zur Sicherstellung veröffentlicht.

Task-Force soll helfen

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege hat mit der Etablierung einer „Task-Force Arzneimittelversorgung“ Ende 2022 unter Beteiligung der KVB und ärztlicher Berufsverbände vieler Fachrichtungen eine gemeinsame Erklärung auf den Weg gebracht. Zusammen mit anderen Akteuren im

Gesundheitswesen wie Apothekerverbänden, Großhandel und der pharmazeutischen Industrie schlägt sie Maßnahmen zu vier vereinbarten Handlungsfeldern vor, die den aktuellen Liefer- und Versorgungsproblemen kurz- und mittelfristig entgegenwirken sollen. Die Krankenkassen waren anfänglich an den Diskussionen beteiligt, haben sich dann jedoch dafür entschieden, sich dieser gemeinsamen Erklärung nicht anzuschließen.

Konkret schlägt die Task-Force zu den folgenden vier Punkten Maßnahmen vor und fordert den Bund und die EU zur raschen Umsetzung auf:

1. Rahmenbedingungen für Arzneimittelversorgung verbessern
2. Versorgung durch Vorhaltemaßnahmen für wichtige Arzneimittel sichern
3. Liefer- und Versorgungspässe durch Transparenz und wirksame Frühwarnsysteme rechtzeitig erkennen
4. bei Liefer- und Versorgungsengpässen pragmatische Verfahren ermöglichen

Bei dem ersten Punkt „Rahmenbedingungen für Arzneimittelver-

sorgung verbessern“ geht es primär um die bereits erwähnten Preisregularien der Rabattverträge und Festbeträge und damit zusammenhängende Faktoren. Zudem sollen Retaxierungs-Regelungen für die Apotheken angepasst werden.

Der zweite Aspekt fordert eine verstärkte Vorratshaltung von Arzneimitteln über die bereits bestehenden gesetzlichen Vorgaben hinaus. Nach aktuellen Vorgaben des Arzneimittelgesetzes haben pharmazeutische Hersteller und Großhändler eine angemessene und kontinuierliche Bereitstellung und Belieferung sicherzustellen, der vollversorgende Großhandel muss einen Bedarf für zwei Wochen vorhalten. Es wird eine bessere Finanzierung für den Ausbau und die Stärkung der Lagerhaltungspflicht versorgungsrelevanter Arzneimittel verlangt.

Mit dem dritten Handlungsfeld „Durch Transparenz und wirksame Frühwarnsysteme Liefer- und Versorgungsengpässe frühzeitig erkennen“ soll ein solches System beim BfArM installiert werden. Weiterhin soll unter anderem die bisher grundsätzlich freiwillige Meldung für die pharmazeutischen Unternehmen verpflichtend ohne Aufforderung durch das BfArM erfolgen und eine europäische Vernetzung bezüglich Lieferengpässen vorangetrieben werden.

Es besteht die Erkenntnis, dass die derzeitigen Vorgaben gemäß SGB V sowie Arzneimittelrecht kaum geeignet sind, pragmatisch und kurzfristig auf Versorgungsengpässe wie im Winter 2022/2023 reagieren zu können, und die Konsequenzen daraus werden unter vier-ten „Pragmatische Verfahren bei Liefer- und Versorgungsengpässen ermöglichen“ gefordert. Hierzu sind Änderungen im Arzneimittelgesetz,

der Apothekenbetriebsordnung und dem SGB V dringend erforderlich, ebenso wie angepasste Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen bei versorgungskritischen Wirkstoffen.

Die Gemeinsame Erklärung können Sie unter <https://s.bayern.de/erklarung-arzneimittelversorgung> abrufen.

Parallel hierzu hat man sich inzwischen ebenso in Berlin der dringlichen Problematik angenommen. Ein Gesetzesentwurf mit dem Namen „Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln“ ist auf den Weg gebracht, um für mehr Versorgungssicherheit zu sorgen. Das Stellungnahmeverfahren läuft und es wird kontrovers diskutiert.

2. Umgang mit Lieferengpässen – Tipps für die Praxis

Auch wenn Lieferengpässe bei Arzneimitteln demnach kein neues Phänomen darstellen, ist der Umfang in letzter Zeit deutlich gestiegen. Folglich nehmen auch Unmut und erhöhter Zeitaufwand bei allen Beteiligten zu. Bis die Bestimmungen der geplanten gesetzlichen Neuregelungen und Initiativen greifen, gilt es daher, mit den Problemen bestmöglich umzugehen.

Lieferengpass bedeutet nicht zwangsweise immer einen Versorgungsengpass. Manchmal zeigen sich Lieferverzögerungen regional unterschiedlich oder nur für wenige Tage. Die Lieferketten und Verteilungswege über die pharmazeutischen Hersteller, den pharmazeutischen Großhandel und die Apotheken sind dabei nicht immer nachvollziehbar.

Daher sollte Patienten empfohlen werden, sich rechtzeitig um Folgeverordnungen ihrer Medikamente zu kümmern. So bleibt Ärzten und Apothekern genug Zeit, sich um etwaig benötigte Alternativpräparate zu bemühen. Wichtig ist hierbei allerdings, dass Patienten ihre Arzneimittel nie in größeren Mengen horten sollen, denn das würde den Engpass zusätzlich verschärfen. Auch ist an die Möglichkeit zum Einzelimport nach Paragraph 73 Arzneimittelgesetz im Fall eines Lieferengpasses zu denken. Dieser muss vorab grundsätzlich durch die jeweilige Krankenkasse genehmigt werden.

Derzeit gelten noch die Covid-19 bedingten erleichterten Austauschmöglichkeiten in der Apotheke, die nun über den 7. April hinaus bis vorerst 31. Juli 2023 verlängert wurden. Demnach dürfen Apotheker, wenn das entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben abzugebende Arzneimittel in der Apotheke nicht vorrätig ist, **ohne ärztliche Rücksprache** ein anderes vorrätiges, **wirkstoffgleiches** Arzneimittel abgeben. Auch wenn kein wirkstoffgleiches Arzneimittel in der Apotheke vorhanden und das ansonsten abzugebende Arzneimittel ebenfalls nicht lieferbar ist, darf ein anderes lieferbares, wirkstoffgleiches Arzneimittel abgegeben werden.

Außerdem dürfen Apotheken ohne Rücksprache mit dem Arzt von der Packungsgröße, der Packungsanzahl und der Wirkstärke von der ärztlichen Verordnung abweichen, sofern dadurch die verordnete Gesamtmenge des Wirkstoffs nicht überschritten wird. Auch dürfen sie eine entsprechende Teilmenge aus größeren Packungen in diesem Rahmen entnehmen. Die Regelung findet keine Anwendung bei der Abgabe von Betäubungs-

mitteln zur Substitution (Ausnahme: Entnahme von Teilmengen ist erlaubt). Anmerkung: Im Gegensatz zu einzelnen Aussagen seitens der Apotheken, kann das entsprechende Präparat bei der Entnahme der ersten Teilmenge über Securpharm ausgebucht werden.

Nach Rücksprache mit den verordnenden Ärzten ist zudem die Abgabe eines pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Arzneimittels möglich, wenn weder das eigentlich abzugebende noch ein entsprechendes wirkstoffgleiches Arzneimittel vorrätig oder lieferbar ist. Dies gilt auch, wenn der Austausch des Arzneimittels mit dem Aut-idem-Kreuz ausgeschlossen wurde.

Im Fall, dass die Gabe von Paracetamol- oder Ibuprofen-haltigen Fiebersäften medizinisch erforderlich ist und mehrere Arzneimittel auf einem Rezept verordnet sind, ist ein neues Rezept über eine Rezeptur auszustellen. Es wird daher empfohlen, im Zeitraum der eingeschränkten Verfügbarkeit bei der Verordnung eines Paracetamol- oder Ibuprofen-haltigen Fiebersaftes jeweils ein separates Rezept auszustellen.

Weitere Informationen zu diesem Themenkomplex sind unter www.kvb.de in der Rubrik *Verordnungen* beziehungsweise *Verordnungen/Verordnung aktuell* zu finden.

Antworten auf häufig gestellte Fragen haben wir nachfolgend zusammengefasst:

Überblick über die Situation gemeldeter Lieferengpässe

Detaillierte Hintergrundinformationen und eine aktuelle Übersicht zu Lieferengpässen von Humanarzneimitteln (ohne Impfstoffe) sind

auf der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter www.bfarm.de zu finden. Die Meldungen erfolgen durch die pharmazeutischen Unternehmer. Sie sind grundsätzlich nicht verpflichtend, sondern basieren auf der im Pharmadialog erklärten Selbstverpflichtung zur Meldung von Lieferengpässen für versorgungsrelevante Arzneimittel.

Auch wenn der Wunsch bereits an die KVB herangetragen wurde, so kann diese keine „Datenbank“ zu Lieferproblemen aufbauen, weil dafür keine rechtliche Grundlage vorhanden ist und relevante und belastbaren Zahlen fehlen.

Neuausstellung eines Muster 16-Rezepts

Aufgrund der genannten Austauschregelungen sollten grundsätzlich keine neuen Rezepte ausgestellt werden. Der Apotheker kann mithilfe der Sonder-Pharmazentralnummer auf dem Rezept die Gründe für einen Austausch dokumentieren. Nur so kann die ursprüngliche Verordnung als solche erkannt werden. Lediglich in Einzelfällen, wie zum Beispiel bei Bedenken hinsichtlich patientenseitiger Handhabungsschwierigkeiten (unter anderem durch Austausch vorübergehend abgeänderter Dosierregime), kann es sinnvoll sein, in Absprache zwischen Arzt und Apotheke eine praktikable Lösung zu finden, die möglicherweise eine Neuverordnung einschließt. Eine Verpflichtung dazu besteht für die Praxen jedoch nicht.

Dokumentation von Lieferengpässen in der Praxis

Grundsätzlich fehlen für eine regelhafte Dokumentation von Rückmeldungen aus Apotheken stan-

dardisierte Vorgaben und technische Voraussetzungen. Die Therapieentscheidung für ein Medikament in der Patientenakte zu dokumentieren, kann im Einzelfall sinnvoll sein, insbesondere bei hochpreisigen Arzneimitteln, wenn die Verordnung dessen auf einem (nachweislichen, beispielsweise BfArM-gelisteten) Lieferengpass begründet ist.

Auswirkung auf die Wirkstoffvereinbarung (WSV) und Gesamtzieelerreichung

Auch wenn anhand der Verordnungsdaten der Ärzteschaft bisher keine spürbare Änderung im Verordnungsverhalten im Durchschnitt erkennbar ist, kann es durch den Austausch in der Apotheke im Einzelfall durchaus zu einer Änderung der Gesamtzieelerreichung in der Arzneimittelrendmeldung gemäß WSV kommen.

Denn diese basiert unter anderem auf der Abgabe von Arzneimitteln mit Rabattvertrag. Wie eingangs erwähnt, spielt hierbei die Sonder-Pharmazentralnummer eine große Rolle. Diese liegen uns in unserer Verordnungsdatenbank ziel- und praxisbezogen vor, sodass den Ärzten hier keine Nachteile entstehen dürften. Ein entsprechender Passus findet sich zudem im Vertragstext der WSV.

Bei Fragen stehen Ihnen die Pharmakotherapieberaterinnen und Pharmakotherapieberater der KVB gerne zur Verfügung.

*Dr. rer. biol. hum. Peter Killian,
Dr. rer. biol. hum. Larissa
Weichenberger (beide KVB)*

„Durch die Verknappung steigt unser Beratungsaufwand“



Dr. med. Beate Reinhardt ist Hausärztin aus Leidenschaft und seit vielen Jahren im ländlichen Effeltrich niedergelassen. Die Regionale Vorstandsbeauftragte für den hausärztlichen Bereich in Oberfranken beschreibt im Interview, welchen zusätzlichen Aufwand die Verknappung von Arzneimitteln in der Patientenberatung auslöst, und stellt an die Politik klare Forderungen für die Zukunft.

Frau Dr. Reinhardt, wie machen sich in Ihrer Praxis die Liefer-schwierigkeiten von Arzneimittelherstellern in den letzten Monaten bemerkbar? Um welche Art von Medikamenten handelt es sich dabei?

Wir waren und sind in unserer Hausarztpraxis von der Problematik durchaus betroffen. Wir geben den Patienten Rezepte mit und erhalten anschließend von der Apotheke den Anruf, dass das Medikament nicht lieferbar sei, und überlegen dann gemeinsam, welche Alternativen in Betracht kommen. Teilweise sind

die Patienten schon vorab in die Apotheke gegangen, um zu erfahren, ob ein bestimmtes Medikament erhältlich sei, bevor sie dann zu uns gekommen sind. Hauptsächlich handelt sich dabei um Antibiotika, Blutdruckmedikamente, Arzneien für Kinder – wie beispielsweise Hustensaft – oder aber Schmerzmittel, insbesondere auch Betäubungsmittel.

Was bedeutet dies konkret für die Patientenversorgung in Ihrer Praxis?

Wenn ich beispielsweise einen akuten Infekt behandeln muss und meine erste Wahl nicht vorrätig ist, muss ich im Praxisverwaltungssystem nach Alternativen suchen. Da kommt es dann auf das Keimspektrum und Ähnliches an. In Abstimmung mit der Apotheke finden wir dann eine Lösung, wobei oft die Änderung der Dosierung einen Aufwand bedeutet. Bei den Folge-rezepten für Dauermedikationen klären das meine Mitarbeiterinnen bei Bedarf bereits vorab mit der Apotheke ab, was zu einer erheblichen Mehrbelastung im Praxisbetrieb führt.

Wie eng ist die Abstimmung mit den Apotheken und wie ist das Feedback Ihrer Patienten?

Wir sind in der Gegend die einzige Hausarztpraxis und es gibt nur eine Apotheke, wir arbeiten also seit Langem intensiv und gut zusammen. Das hilft einem in so einer Situation natürlich enorm. Aber wenn etwas vom Großhändler nicht geliefert wird, nützt das beste Teamwork nichts. Bei den Patienten sehe

ich in der Regel keine Panik, sie vertrauen uns, wenn wir Ersatz organisieren. Allerdings verstehen sie die Situation insgesamt nicht. Wir müssen mitunter auch Wünsche nach größerer Bevorratung ablehnen, sonst gäbe es ja noch mehr Engpässe. Und auch anderweitig haben wir einen teilweise stark erhöhten Beratungsbedarf. Ich hätte unlängst eine sechsköpfige Familie mit einem bestimmten Antibiotikum behandeln wollen. Für die Alternativen mussten wir insbesondere für die vier Kinder einzeln die Dosierung nach Alter, Größe und Gewicht anpassen. Da werden schnell aus zehn Minuten eine Stunde.

Bayern hat eine „Task-Force Arzneimittelversorgung“ ins Leben gerufen, um Maßnahmen für eine stabile und verlässliche Arzneimittelversorgung zu entwickeln. Was sind Ihre Forderungen an das Gremium?

Die Monopolstellung der Großhändler muss unter die Lupe genommen und besser kontrolliert werden. Es kann nicht sein, dass Medikamente, die hier fehlen, teuer ins Ausland exportiert werden. Die Konzentration auf wenige Anbieter hat sich jetzt gerächt, das darf so nicht bleiben. Meine Generation hat ein sehr gutes Gesundheitssystem genossen und ich möchte, dass unsere Kinder ebenfalls von einer guten Versorgung profitieren.

Frau Dr. Reinhardt, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Markus Kreikle (KVB)

„Unseren Patienten drohen Gesundheitsschäden“

Bei einem ohnehin schon sehr hohen Patientenaufkommen in den Lungenarztpraxen, führt der Mehraufwand durch nicht lieferbare Präparate zu einer zusätzlichen, unnötigen Arbeitsverdichtung. Dr. med. Frank Powitz, niedergelassener Pneumologe in München, erzählt, was das für Praxen und Patienten bedeutet.

Herr Dr. Powitz, bei welchen Medikamenten machen sich in Ihrer Facharztpraxis die Liefer-schwierigkeiten in den letzten Monaten bemerkbar?

Wir sind als pneumologische Praxis deutlich häufiger als vorher von den Lieferproblemen betroffen. Es handelt sich beispielsweise um Antibiotika wie Makrolide, Tuberkulosemedikamente, inhalative Arzneien oder aber Allergiepräparate. Also eine ganze Palette.

Was bedeutet das für die Patientenversorgung?

Das ist ganz unterschiedlich. Bei Antibiotika kann man in der gleichen Wirkstoffgruppe tauschen – sofern die Alternative vorhanden ist. Beim Hustenblocker versucht die Apotheke etwas Adäquates zu finden. Bei einem Tuberkulosepatienten hingegen ergeben sich ganz andere Konsequenzen. Hier muss eine Dauermedikation gewährleistet sein, da sich sonst die Gesamtzeit der Behandlung erheblich verlängern würde. Das ist nicht zumutbar. Genauso gravierend sind für die Patienten die Engpässe bei inhalativen Medikamenten, bei denen wir den Austausch durch die

Apotheke ausdrücklich ausschließen. Unsere Patienten werden auf bestimmte inhalative Devices geschult. Da kann man nicht einfach tauschen. Im Fall des Falles müssen die Patienten von uns auf ein neues System geschult werden. Ein riesiger Aufwand für beide Seiten und ohne jegliche Zusatzvergütung. Das Gleiche gilt für die Behandlung mit Allergiepräparaten bei der spezifischen Immuntherapie, die sich teilweise über drei Jahre hinzieht. Hier finden zu Beginn der Therapie Aufdosierungen – sublingual oder subkutan – statt und in dieser Phase kann man nicht einfach mit einem Alternativpräparat weitermachen. Es entstehen dann für die Patienten Therapiepausen und im schlimmsten Fall fängt man wieder von vorne an.

Wie ist das Feedback der Apotheken und Ihrer Patienten?

Da wir als Facharztpraxis Patienten aus dem ganzen Stadtgebiet behandeln, haben wir nur mit wenigen Apotheken einen engen Kontakt. Kurz gesagt: Die Apotheken müssen in der Regel mit der Situation weitgehend allein klarkommen, wir können aufgrund der angespannten Personalsituation keine speziellen Beratungszeiten einrichten. Wenn kein telefonischer Kontakt zustande kommt, kann es sein, dass der Patient mit leeren Händen wieder bei uns in der Praxis steht. Das ist für alle Beteiligten unbefriedigend und erzeugt noch einmal zusätzlichen Aufwand. Wir spüren in dieser Situation – wie schon in der Pandemie – ganz deutlich, wie wir als Lungenärzte am Limit arbeiten.



Was sind Ihre Forderung an die bayerische „Task-Force Arzneimittelversorgung“?

Dass es in Deutschland letzten Winter einen Mangel an Paracetamol gab, kann man eigentlich gar nicht glauben. Aber man sollte sich meiner Meinung nach auch mit Präparaten beschäftigen, die für manche Patienten essenziell sind, wie bestimmte Asthma- oder Tuberkulosemedikamente. Hier können bei Lieferproblemen wirklich Gesundheitsschäden entstehen, die dann irreparabel sind. Das wäre ein inakzeptabler Rückschritt in der Versorgung. In diesem Gremium muss deshalb auf jeden Fall die Expertise der verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen vertreten sein.

Herr Dr. Powitz, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Markus Kreikle (KVB)

Frank Powitz fordert eine dauerhafte Sicherstellung mit essenziellen Medikamenten.

„Desaster für die Kinder“



Dr. med. Michael Hubmann ist in Zirndorf als Kinderarzt niedergelassen. Er ist Mitglied der Vertreterversammlung der KVB und im Fachausschuss Hausärzte tätig. Im Interview beschreibt er die Probleme in den Kinderarztpraxen und fordert Politik und Krankenkassen auf, endlich ihrer Verantwortung gerecht zu werden.

Herr Dr. Hubmann, welche Medikamente können sich Ihre Patienten nurmehr schwer besorgen?

Seit bereits einem Jahr ist es schwierig, Ibuprofen und Paracetamol in der Darreichung für Kinder, also als Saft, zu erhalten. Die Situation hat sich seit dem letzten Spätsommer noch einmal dramatisch verschärft. Genauso sind Antibiotika wie Penicillin und Amoxicillin betroffen.

Was heißt das für die Patientenversorgung?

Medizinisch gesehen ist es beispielsweise beim Einsatz von Antibiotika fatal, dass wir vom eingespielten

und gesundheitspolitisch gewollten rationellen Umgang abweichen müssen und wegen des Mangels dann unter Umständen auf breite Reserveantibiotika zurückgreifen. Nach den Erfolgen im Bereich Antibiotic Stewardship in den letzten Jahren ist das definitiv ein Schritt zurück. Ein anderes Beispiel ist die Versorgung mit Antiepileptika, von denen einige bereits seit zwei Jahren schwer lieferbar sind und vielleicht zukünftig gar nicht mehr produziert werden. Wenn bei Dauermedikationen dann Wechsel nötig werden, sind in Summe viele zusätzliche Beratungsgespräche nötig. Schlussendlich beeinflussen die Lieferengpässe unsere medizinischen Entscheidungen.

Wie eng ist die Abstimmung mit den Apotheken und wie ist das Feedback Ihrer Patienten?

Es entsteht ein hoher Zeitaufwand, was die Kommunikation mit den Apotheken angeht, vor allem im Bereitschaftsdienst. Unsere Praxis hat glücklicherweise eine Referenzapothekerin, da können wir uns leichter abstimmen, was aber sicher nicht auf alle kinderärztlichen Kolleginnen und Kollegen – vor allem in den größeren Städten – zutrifft. Am meisten hilft uns die Wirkstoffverordnung, nach der wir als Praxis nur die Menge des Medikaments für die vorgesehene Behandlungszeit in Milligramm vorgeben und die Apotheke das Präparat dann auswählt. Das sollte gesetzlich unbedingt beibehalten werden. Sehr positiv fand ich auch den Runden Tisch, der auf Initiative der Gesundheitsregion Fürth entstanden ist und an dem Ärzte und Apotheker versuchen, sich gegenseitig zu unterstützen. Bei unseren Patien-

tinnen und Patienten nehme ich seit längerem eine stärkere Verunsicherung wahr. Sie merken sehr wohl, dass die Lieferengpässe nur ein Teil einer immer problematischeren Gesundheitsversorgung sind und dass sie nun unmittelbar davon betroffen sind. Selbstverständlich erzeugt das dann zusätzliche Nachfragen.

Welche Rolle sollte Ihrer Meinung nach die „Task-Force Arzneimittelversorgung“ spielen?

Als Vertreter der Kinderärzte war ich bei allen Sitzungen der Task-Force dabei, weil ich es für wichtig halte, dass hier auch die Praktiker ihre Erfahrung miteinbringen. Grundsätzlich sehe ich es allerdings nicht als die Aufgabe der Ärzteschaft, sich um die Lieferfähigkeit von Medikamenten zu kümmern. Das ist eindeutig Aufgabe der Politik und der Krankenkassen. Für mich persönlich ist es nicht entscheidend, wo eine Arznei hergestellt wird, sie muss nur verlässlich geliefert werden können. Dass letzten Winter Penicillin als Saft in Deutschland nicht vorhanden war, ist ein politischer Skandal und ein Desaster für die betroffenen Kinder. Sehr traurig finde ich in diesem Zusammenhang die Haltung der bundesweiten Krankenkassen, die sich in der Task-Force durch eine bürokratische Mentalität und fehlende Vertrauenskultur auszeichneten. Da ist noch viel Luft nach oben.

Herr Dr. Hubmann, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Markus Kreikle (KVB)

Breites Bündnis für mehr Hitzeschutz

Am 14. Februar 2023 lud die Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) zahlreiche Akteure aus dem bayerischen Gesundheitssektor zu einer Strategietagung ins Ärztehaus Bayern ein, um Möglichkeiten zur Verbesserung des Katastrophenschutzes gegen Hitzewellen zu beraten.

Dr. med. Gerald Quitterer, Präsident der BLÄK (Foto: Fünfter von links), zeigte sich mit den ersten Ergebnissen des Treffens zufrieden: „2022 war der heißeste Sommer seit Beginn der Wetteraufzeichnungen. Aufgrund des Klimawandels sind zukünftig immer extremere Hitzeperioden zu erwarten, die der Gesundheit der Menschen in Bayern erheblich schaden können. Deshalb freue ich mich umso mehr, dass wir bei unserem Strategietreffen ein breites Bündnis für mehr Hitzeschutz im bayerischen Gesundheitssektor schließen konnten.“

Das Bündnis wolle nun voranschreiten, gemeinsam Verantwortung übernehmen und den Hitzeschutz in der Breite verankern. „An Hitzeschutzempfehlungen mangelt



es nicht, beispielweise haben wir auf unserer Internetseite Musterhitzeschutzpläne für Praxen und Krankenhäuser veröffentlicht. Es geht uns jetzt darum, dieses Wissen in die einzelnen Gesundheitseinrichtungen zu transferieren und diese zu motivieren, Schutzmaßnahmen in ihren jeweiligen Strukturen und folglich auch in der Patientenversorgung konsequent umzusetzen“, so Quitterer.

Dr. med. Martin Herrmann, Erster Vorsitzender der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG), ergänzte: „Hitzewellen sind ein großes Risiko für alle Men-

schen und wir sind bisher in Deutschland schlecht vorbereitet. Daher ist es ein wichtiges Signal der Gesundheitsakteure, Verantwortung zu übernehmen und gesundheitlichen Hitzeschutz in Bayern ganz nach vorne zu bringen.“

An der Zusammenkunft am 14. Februar im Ärztehaus Bayern nahmen neben der BLÄK und KLUG die Arbeitsgemeinschaft der Zweckverbände für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung in Bayern, die Bayerische Krankenhausgesellschaft, die Bayerische Landesärztekammer, die Bayerische Landesapothekerkammer und die Psychotherapeutenkammer Bayern teil. Ebenfalls beteiligt waren die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, die Vereinigung der Pflegenden in Bayern sowie das Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München.

Gemeinsam für das Klima: Die Akteure des Hitzeschutzbündnisses bei ihrer Strategietagung im Februar.

Redaktion



Niedergelassene an Reformen beteiligen

Nachdem Gesundheitsminister Professor Dr. med. Dr. sc. Karl Lauterbach als Mediziner mit Vorschusslorbeeren gestartet war, macht sich unter den in Bayern niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten zunehmend Ernüchterung breit. Hauptkritikpunkt bei der Vertreterversammlung (VV): zu sehr an den Kliniken orientiert und zu weit weg von der Wirklichkeit in den Praxen. Insbesondere die geplante Notfallreform und die Reform der Kliniken wurden regelrecht zerpfückt.

Die Vertreterversammlung brachte unter Leitung ihrer Vorsitzenden Petra Reiskowicz wieder viele Anträge und Resolutionen auf den Weg.

Krankenhausreform, Notfallreform und auf europäischer Ebene der geplante Aufbau eines Europäischen Gesundheitsdatenraums (EHDS) – gesundheitspolitisch hat der neu gewählte Vorstand der KVB – Dr. med. Christian Pfeiffer, Dr. med. Peter Heinz und Dr. med. Claudia Ritter-Rupp – zu Beginn der Amtszeit sofort dicke Bretter zu bohren. Gleich nach dem Start ins Amt begannen daher erste Gespräche mit den politischen Entscheidungsträgern auf Landes-

ebene sowie den Vorständen anderer bayerischer Organisationen im Gesundheitswesen. Die großen Herausforderungen im Gesundheitswesen, wie insbesondere die ambulante Versorgung einer immer älter werdenden Bevölkerung bei einer zugleich stark abnehmenden Zahl an niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzte, lassen sich aus Sicht des Vorstands der KVB nur gemeinsam lösen. Zudem braucht es zur Durchsetzung politischer Ziele belastungsfähige Allianzen, um in Berlin und in Brüssel die Anliegen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten wirkmächtig vertreten zu können.

Patienten die ungesteuert herumhüpfen, werden belohnt

Denn: Weniger positiv fällt das Urteil des Vorstands in Sachen Bundespolitik aus. So sind bei den Planungen der notwendigen Reform der Notfallversorgung die Erfahrungen der Experten aus den Praxen bislang in keiner Form berücksichtigt worden. Vielmehr habe man angesichts der Vorschläge der Reformkommission den Eindruck, so der KVB-Vorstand, „dass Patienten, die ungesteuert im System herumhüpfen, belohnt werden sollen.“ Auch zur geplanten Krankenhausreform fällt das Urteil vorwiegend negativ aus: „Die Praxen müssen bluten, damit defizitäre und für die Versorgung nicht dringend benötigte Krankenhäuser am Leben gehalten werden.“ So kritisierten die Vertreter auch, dass Krankenhäuser in Zukunft in den Bereich des ambulanten Operierens hinübergreifen dürften. Ein weiteres Bei-

spiel für eine verfehlte gesundheitspolitische Strategie des Bundes seien die geplanten Gesundheitskioske, die flächendeckend eingerichtet und durch Pflegekräfte geleitet werden sollen. Es stelle sich die Frage, wer solche teuren Parallelstrukturen zu den Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte überhaupt brauche.

Notarztvergütung muss verbessert werden

Der Vorstand der KVB kündigte ferner an, sich in den in Kürze anstehenden Verhandlungen mit den Krankenkassen für eine deutlich bessere Vergütung des hochanspruchsvollen Notarztendienstes einzusetzen und appellierte an die Krankenkassen, sich hier gemeinsam konstruktiv an der Gestaltung der Versorgung zu beteiligen, da die flächendeckende Versorgung mit Notärzten gefährdet sei. Er warb zudem dafür, den elektronischen Terminservice (eTS) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen stärker zu nutzen. Ein entsprechendes Informationspaket für die Praxen befinde sich gerade in Vorbereitung. Dies sei auch deshalb notwendig, weil die Meldung freier Termine über den eTS eine der Kompensationsmöglichkeiten für den Wegfall der an sich dringend notwendigen GKV-Neupatientenregelung darstelle.

Reform der Notfallversorgung abgelehnt

Einstimmig verabschiedete die VV unter Leitung der Vorsitzenden



Dr. med. Petra Reis-Berkowicz eine Resolution, in der die Vorschläge der Regierungskommission für eine Reform der Notfallversorgung abgelehnt werden und in der eine Mitwirkung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte eingefordert wird.

Psychotherapie: Bedarfsplanung braucht Überarbeitung

In Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung kritisierte der Vorstand der KVB Aussagen aus dem Bundesgesundheitsministerium, wonach es aufgrund steigender Zahlen an Psychotherapeuten und einer Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie im Jahr 2019 keinen akuten Handlungsbedarf gebe. Das Gegenteil sei der Fall, wie die Analyse der Abrechnungsdaten durch die KVB gezeigt habe: Im Schnitt vergehen in Bayern 97 Tage von der ersten Sprechstunde bis zum Beginn der Psychotherapie und in der Zwischenzeit finden sieben Kontakte zwischen Patient und Psychotherapeut zur weiteren Diagnostik und Indikationsstellung statt. In einzelnen, gerade ländlich geprägten Regionen Bayerns sind die Wartezeiten durchaus länger. Auch der enorme Anstieg an Nachfragen für eine psychotherapeutische Versorgung bei der Terminservicestelle der KVB deutet aus Sicht des Vorstands darauf hin, dass hier dringender Handlungsbedarf für die Politik gegeben ist. Vonseiten der KVB sollen freie Zulassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten, aber auch für Kinder- und Jugendpsychiater in den betreffenden Regionen künftig stärker beworben und eventuell im begründeten Einzelfall Sonderbedarfszulassungen geschaffen werden.

Dr. phil. Axel Heise (KVB)



Auszüge aus den Anträgen der Vertreterversammlung

■ Europäischer Gesundheitsdatenraum (EHDS)

Einstimmig verabschiedet die VV eine Resolution zu den Plänen der EU-Kommission in Bezug auf einen Europäischen Gesundheitsdatenraum. In der Resolution fordert sie unter anderem das bedingungslose Recht der Patientinnen und Patienten ein, der geplanten Registrierung ihrer intimsten Gesundheitsdaten in der EHDS, auch und vor allem gegen eine Nutzung zu Forschungszwecken, zu widersprechen. Im aktuell vorliegenden Entwurf der EU-Kommission sei dies nicht vorgesehen.

■ Antragsflut eindämmen

Die VV fordert den Gesetzgeber auf, eine Geringfügigkeitsgrenze von 100 Euro pro Krankenkasse, Quartal und Arzt einzuführen und zudem eine Aufwandspauschale für unbegründete Prüfanträge sowie eine Widerspruchsgebühr für erfolglose Widersprüche zu schaffen.

■ Neupatientenregelung im GKV-Stabilisierungsgesetz

Die VV der KVB lehnt die Neuregelung des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes ab und fordert die Abschaffung der seit 1. Januar 2023 geltenden Neuregelung, da diese sich in der täglichen Arbeit der ambulanten Versorgung als nicht geeignet erwiesen hat.

■ Entbudgetierung aller haus- und fachärztlichen Leistungen

Die VV fordert das Bundesgesundheitsministerium auf, die ineffektive und hochbürokratische Regelung der Terminvermittlung von dringenden Behandlungsfällen bei Neupatienten zu streichen und zeitnah durch eine Endbudgetierung aller haus- und fachärztlichen Leistungen zu ersetzen.

■ Abrechnung OP-Kosten

Der Vorstand der KVB wird aufgefordert, sich bei der KBV einzusetzen, dass bei der Neukalkulation des Kapitel 31. EBM zum ambulanten Operieren eigene normative Gebührenordnungspositionen für die Gesteuerung und den Betrieb eines OP-Saals/OP-Zentrums separat ausgewiesen werden. Diese sollen von denen an der Operation beteiligten Ärztinnen und Ärzten abgerechnet werden können, bei denen diese Kosten anfallen.

■ Bessere Vergütung ambulantes Operieren

Die VV fordert eine angemessene Erhöhung der Vergütung ambulanter und belegärztlicher Leistungen.

DiGA: Reicht die Evidenz?

Untersuchungen der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg unter Federführung von Professor Dr. med. Peter Kolominsky-Rabas belegen, dass die Qualität der wissenschaftlichen Evaluation von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) häufig den notwendigen Standards nicht genügt. Die Politik ist aufgefordert, den wissenschaftlichen Erkenntnissen Gehör zu schenken und bei den Aufnahmekriterien der Gesundheits-Apps in das DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nachzubessern.

Im deutschen GKV-System können seit September 2020 – weltweit erstmalig – digitale Gesundheitsanwendungen durch Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verschrieben und durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erstattet werden. Den Beleg eines „positiven Versorgungseffekts“ einer DiGA erbringen die Hersteller auf Basis von Wirksamkeitsstudien. Bis März 2023 wurden 44 digitale Gesundheitsanwendungen in das DiGA-Verzeichnis des BfArM aufgenommen (Stand März 2022 waren es 31). Zum Zeitpunkt der Untersuchung erhielten zehn dieser DiGA den Status einer dauerhaften Aufnahme, da sie diesen Nachweis erbracht haben. Fehlt ein Nachweis der Wirksamkeit, erhalten die DiGA-Hersteller auf Antrag eine vorläufige Zulassung. Das BfArM führt in diesen Fällen lediglich eine grobe Prüfung nach dem Fast-Track-Verfahren durch, in dem beispielsweise das Vorhandensein einer Erklärung des Herstellers zu Datensicherheit und Datenschutz

geprüft wird. Obwohl zu diesem Zeitpunkt noch kein positiver Versorgungseffekt wissenschaftlich nachgewiesen sein muss, ist die DiGA trotzdem bereits zulasten der GKV flächendeckend erstattungsfähig. Ihre Kosten lagen im Durchschnitt bei 476 Euro pro Patient und Quartal (Quelle: GKV-Spitzenverband, 30. September 2022), können bei einzelnen Anwendungen aber auch das Doppelte erreichen (die aktuell teuerste DiGA Levidex kostet 2.077 Euro).

DiGA enttäuschen Erwartungen

Die KVB verfolgt von Anfang an die Entwicklung der digitalen Gesundheitsanwendungen und ihre Einführung in das deutsche ambulante Versorgungssystem. Bereits vor fünf Jahren hat der Vorstand der KVB eine eigene, aus Psychotherapeu-

ten und Ärzten zusammengestellte Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, die sich insbesondere mit DiGA im Bereich der Psychotherapie aktiv befasste. Es fanden zahlreiche Sitzungen und begleitende Gespräche mit DiGA-Herstellern und mit verschiedenen Vertretern aus der Wissenschaft statt. Studien wurden gesichtet und diskutiert und viele DiGA wurden sogar im Selbstversuch durch die Praktiker getestet, um vorurteilsfrei eine eigene Meinung zu diesen Ansätzen zu finden.

Die anfänglichen Erwartungen an diese neue Form der medizinischen Versorgung konnten in vielen der beobachteten Fälle allerdings nicht erfüllt werden. Es mehrten sich die zurückhaltenden und vorsichtig kritischen Stimmen, auch bei weiteren Vertretern des Gesund-

Sechs DiGA wurden in der aktuellen Studie näher untersucht:

- **HelloBetter Vaginismus Plus**
Verbesserung der vaginalen Penetrationsfähigkeit beim Geschlechtsverkehr
- **vorvida**
Unterstützung der Patienten beim Management ihres gesundheitsschädlichen Trinkverhaltens und Reduzierung der Trinkmenge
- **deprexis**
Therapieunterstützung von Patienten mit Depressionen und depressiven Verstimmungen
- **elevida**
Reduzierung der Fatigue
- **somnio**
Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen (Insomnie)
- **velibra**
Unterstützung von Patienten beim Management einer generalisierten Angststörung, einer Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie oder einer Sozialen Angststörung

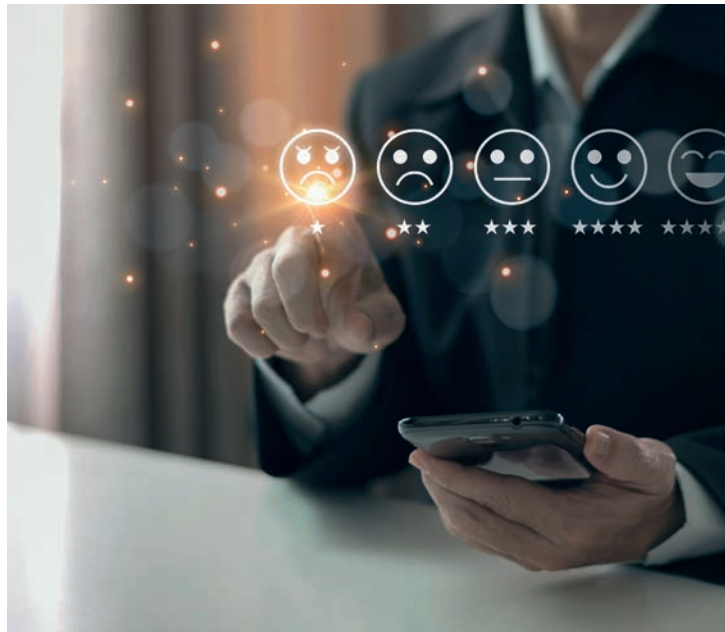
Infokasten 1

heitswesens. So kritisierte der GKV-Spitzenverband in einem Bericht zu den DiGA die mangelnde Wirtschaftlichkeit, dass trotz unklarer Evidenz Hersteller hohe Preise aufrufen oder bei Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis häufig der Nachweis eines medizinischen Nutzens fehlt. (Quelle: DiGA-Bericht des GKV-Spitzenverbands, Berichtszeitraum: 1. September 2020 bis 30. September 2022).

Verordnung auf Verdacht

Ein zentraler Kritikpunkt bestand und besteht darin, dass der medizinische Nutzen der DiGA nicht regelmäßig und nicht verlässlich nachgewiesen wird. Während der Erprobungsphase fehlt er zumeist sogar ganz, sodass eine Verordnung der DiGA gewissermaßen nur auf Verdacht beziehungsweise nach dem Prinzip Hoffnung erfolgen kann. Gleichzeitig gelten jedoch verschiedene haftungsrechtliche Grundsätze, nach denen ein Verordner weitgehende Verantwortung für seine Verordnung zu tragen hat. Mindestens bei den probenhaft zugelassenen digitalen Anwendungen, bei denen jeder Nachweis eines medizinischen Nutzens fehlt, dürfte eine solche Verantwortungsübernahme mit schwer überschaubaren Risiken verbunden sein.

Aber nicht nur die probenhaft zugelassenen DiGA erscheinen in dieser Hinsicht per se problematisch. Auch diejenigen, die den Zulassungsprozess ordnungsgemäß durchlaufen haben, müssen nicht zwingend einen medizinischen Nutzen nachweisen, sondern es reicht beispielsweise auch der Nachweis von „Verfahrens- und Strukturverbesserungen“, ohne dass ein medizinischer Nutzen hier weitere Beachtung findet. Falls aber der medizinische Nutznachweis explizit erfolgen soll, so geschieht dies



Die Qualität der Evaluation von DiGA genügt oft nicht den gängigen Standards.

häufig mit ganz verschiedenen wissenschaftlichen Methoden und Studiendesigns. Nicht immer werden hier die Regeln der evidenz-

basierten Medizin zugrunde gelegt und tatsächlich existieren auch keine exakten, verbindlichen Vorgaben, wie genau der wissenschaft-

Die einzelnen Bewertungen des RoB 2 zeigen folgende Mängel auf:

- Bias durch den Randomisierungsprozess: Bei den meisten Studien wurde ein geringes Verzerrungsrisiko festgestellt. Eine verdeckte Randomisierung wurde bei den meisten Studien durchgeführt.
- Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen: Keine der Studien war verblindet. Die meisten Studien weisen hohe Drop-Out-Raten auf, wobei die Gründe dafür nicht systematisch erfasst werden. Es fehlen auch Angaben, ob es aufgrund dieser methodischen Probleme zu Abweichungen von der geplanten Intervention kam.
- Bias durch fehlende Ergebnisdaten: Durch den Einsatz von Sensitivitätsanalysen konnte dieses Verzerrungsrisiko geringgehalten werden.
- Bias durch die Ergebnismessung: Die Studienteilnehmenden wurden nicht verblindet. Die entsprechenden Endpunkte wurden in Form eines Selbstberichts erhoben.
- Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses: In den klinischen Registern finden sich keine Angaben zur statistischen Auswertung. Da ein Studienprotokoll meistens nicht veröffentlicht wurde, kann eine selektive Auswahl der Auswertungsmethodik nicht ausgeschlossen werden.

Infokasten 2

liche Nachweis eines medizinischen Nutzens der DiGA zu erfohlen hat. Zur Wahrung der Patientensicherheit und ebenso der Verantwortbarkeit der DiGA-Verordnung eines Arztes oder Psychotherapeuten ist aber genau die Verlässlichkeit und Validität der Wirksamkeits- beziehungsweise Nutzen- nachweise von außerordentlicher Bedeutung.

Mindeststandards werden unterschritten

In einer aktuellen Arbeit des Interdisziplinären Zentrums für Health Technology Assessment and Public Health (IZPH) der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg wurde jetzt erstmals überprüft, welche Qualität die wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweise der DiGA-Hersteller haben und inwie-

weit hier die wissenschaftlichen Mindeststandards überhaupt eingehalten werden. Die Studie untersuchte Nachweise positiver Versorgungseffekte der dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommenen Anwendungen aus den Kategorien „Nervensystem“ und „Psyche“. Die Qualität der Nutznachweise wurde nun in der Studie mit dem Titel „Wie belastbar sind Studien der aktuell dauerhaft aufgenommenen digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA)? Methodische Qualität der Studien zum Nachweis positiver Versorgungseffekte von DiGA“ mit dem Revised Cochrane Risk-of-Bias Tool for Randomized Trials (RoB 2) bewertet. Beurteilt wurde darin das Verzerrungsrisiko der jeweiligen Studien. Dadurch ist evaluierbar, wie belastbar die Studien der aktuell dauerhaft aufgenommenen DiGA sind.

Im Rahmen der Studie wurden alle sechs DiGA (siehe Infokasten 1) aus den Kategorien Nervensystem und Psyche untersucht, die zu diesem Zeitpunkt dauerhaft gelistet wurden und mindestens einen Wirksamkeitsnachweis erbracht haben. Diese zwei Kategorien machen zirka 60 Prozent der aktuell dauerhaft zugelassenen DiGA aus. Zehn weitere DiGA dieser beiden Kategorien mit dem Status „vorläufige Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis“ konnten nicht untersucht werden, da hier keine Studien vorlagen beziehungsweise bisher nicht veröffentlicht wurden.

Fazit der Studie: Alle Studien der sechs untersuchten DiGA zeigen in der Gesamtbewertung ein hohes Verzerrungspotenzial. Die einzelnen Dimensionen des RoB 2 sind im zweiten Infokasten erläutert.

Bewertung der DiGA						
	D1	D2	D3	D4	D5	Overall
HelloBetter: Feiler et al. 2021	+	-	+	x	+	x
Vorvida: Zill et al. 2019	+	-	+	x	+	x
Deprexis: Klein et al. 2016	+	-	+	x	+	x
Deprexis: Meyer et al. 2015	+	-	x	x	-	x
Deprexis: Moritz et. al. 2012	-	-	+	x	-	x
Deprexis: Berger et al. 2011	+	-	+	x	-	x
Elevida: Pöttgen et al. 2018	+	-	+	x	-	x
Somnio: Lorenz et al. 2019	-	x	+	x	-	x
Velibra: Berger et al. 2017	+	-	x	x	-	x

D1 = Bias durch den Randomisierungsprozess
 D2 = Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen
 D3 = Bias durch fehlende Ergebnisdaten
 D4 = Bias durch die Ergebnismessung
 D5 = Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses
 Overall = Gesamtbewertung des Biasrisikos

x = hohes Biasrisiko
 - = einige Bedenken
 + = niedriges Biasrisiko

Im Bias durch den Randomisierungsprozess zeigen die Studien ein geringes Verzerrungsrisiko. Eine verdeckte Randomisierung ist fast immer vorhanden. Signifikante Gruppenunterschiede nach Randomisierung existieren nicht. Anders sieht es bei dem Bias durch Abweichungen von den vorgesehenen Interventionen aus. Bei allen Studien gibt es Bedenken, da keine Studie verblindet war. Auch fallen die Drop-Out-Raten in den Interventionsgruppen deutlich höher aus als in Kontrollgruppen. Trotz der hohen Drop-Out-Raten fällt das Verzerrungsrisiko im Bias durch fehlende Ergebnisdaten nicht negativ aus. Dies liegt am Einsatz von Sensitivitätsanalysen. Bei dem Bias durch die Ergebnismessung weisen alle untersuchten Studien ein hohes Verzerrungsrisiko auf, da die Studienteilnehmer nicht verblindet waren und Selbstberichte zur Endpunktmessung genutzt wurden. Dies kann zu Überschätzung der Effekte führen. In der letzten untersuchten Domäne, also Bias durch Selektion des berichteten Ergebnisses, bestehen bei den meisten Studien Bedenken. In den klinischen Registern fehlen Angaben zur statistischen Auswertung, wodurch eine selektive Auswahl der Auswertungsmethodik nicht ausgeschlossen ist.

Die Ergebnisse sind aus unserer Sicht ernüchternd und zeigen deutlich, dass es einen hohen Reformbedarf beim Zulassungsverfahren der digitalen Gesundheitsanwendungen gibt. Bei allen sechs auf ihre methodische Qualität hin untersuchten DiGA wurden zwar randomisierte, kontrollierte Studien zur Untersuchung von Nutzenendpunkten durchgeführt. Es ist jedoch festzustellen, dass sich insgesamt ein hohes Verzerrungspotenzial zeigte, was insbesondere in einer fehlenden Verblindung der Studien

begründet lag. Dies zeigt auch Grafik 1, die das Verzerrungsrisiko der einzelnen randomisierten kontrollierten Studien (RCT) bewertet. Die Drop-out-Raten waren darüber hinaus in der Interventionsgruppe in der Mehrzahl der vorliegenden Studien deutlich höher als in der Kontrollgruppe. Eine Überprüfung einer möglichen selektiven Auswahl der Auswertungsmethodik war nicht möglich, da für die meisten DiGA vorab kein Studienprotokoll veröffentlicht wurde.

Fazit

Insgesamt zeigt sich, dass die untersuchten DiGA in der Gesamtbewertung ein hohes Verzerrungspotenzial aufweisen. Im Sinne der Transparenz, Überprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Studienergebnisse sollten die Registrierung in einem Studienregister sowie insbesondere die Veröffentlichung von Studienprotokollen vor Beginn der Studien verpflichtend erfolgen. Um das hohe Verzerrungsrisiko zu verringern, sollte in den Studien eine Verblindung vorgenommen werden, indem die DiGA mit einer sogenannten Sham-Anwendung verglichen wird. Eine fehlende Verblindung birgt die Gefahr, die gemessene Wirksamkeit durch einen Placebo-Effekt zu erreichen. Unterschiedlich hohe Drop-out-Raten der untersuchten Studien könnten auf eine fehlende Wirksamkeit der Behandlung in der Interventionsgruppe, (technische) Probleme bei der Anwendung der DiGA oder eine mangelnde Motivation der Teilnehmenden hindeuten. Die verringerte Adhärenz wäre auch im Hinblick auf eine flächendeckende Anwendung dieser DiGA ein großes Problem.

Die Autoren der Studie sehen die Gefahr bestätigt, dass sich aktuell unzureichend wissenschaftlich

evaluierte DiGA in der Versorgung etablieren können. Nach unserer Auffassung muss das BfArM in die Lage versetzt werden, die Herstellerangaben zum medizinischen Nutzen und zu Verfahrens- und Strukturverbesserungen bei der Beantragung einer DiGA selbst deutlich weitreichender zu prüfen, als dies zurzeit der Fall ist. Dazu zählt auch die Verpflichtung zur Durchführung von randomisierten Kontrollstudien und Einhaltung der methodischen Standards, wie zum Beispiel die Einhaltung von Transparenzregeln wie der Registrierung in einem Studienregister, Veröffentlichung des Studienprotokolls vor Beginn der Datenerhebung und Einhaltung von Qualitätsstandards bei der Studienprotokollerstellung. Nicht zuletzt obliegt es dem Gesetzgeber, die DiGA-Hersteller dazu zu verpflichten, den medizinischen Nutzen ihrer Anwendungen durch randomisierte Kontrollstudien nachzuweisen.

*Dr. rer. biol. hum. Roman Gerlach,
Dr. rer. biol. hum. Martin Tauscher
(beide KVB)*

Die aktuelle wissenschaftliche Veröffentlichung sowie ein diesen Untersuchungen zugrundeliegendes Gutachten finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/IT in der Praxis/Digitale Gesundheitsanwendungen*.

Quereinstieg in Arztpraxen

Das Regensburger Ärztenetz (RAEN), ein Zusammenschluss von knapp 200 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, hat einen innovativen Lösungsansatz für die Rekrutierung nichtärztlicher Mitarbeiter auf den Weg gebracht: die Anpassungsqualifizierung von Quereinsteigerinnen und Quereinsteigern in Arztpraxen. Durchgeführt wird die zertifizierte Weiterbildung durch das Bildungswerk der Bayerischen Wirtschaft (bbw).

Was tun, wenn Medizinische Fachangestellte (MFA) für einen längeren Zeitraum oder sogar ganz ausfallen? Der Fachkräftemangel bei Medizinischen Fachangestellten und die damit einhergehende Suche nach qualifiziertem, nichtärztlichem Praxispersonal stellt viele Arztpraxen vor große Herausforderungen. Quereinsteiger/innen sind hier kaum mehr wegzudenken und können die Praxen beispielsweise durch Empfangstätigkeiten oder durch Übernahme von Verwaltungsaufgaben deutlich entlasten. Vorausgesetzt, es erfolgt eine gute Einarbeitung.

Das Regensburger Ärztenetz RAEN hat genau damit bereits 2019 begonnen. Die Netzleitung unter Geschäftsstellenleiterin Daniela Hoxhold entwickelte ein Konzept zum Thema „niederschwellige Qualifizierungsmaßnahmen für Quereinsteiger/innen in Arztpraxen“. „Es gibt viele Aufgaben“, so Hoxhold, „die keine medizinische Ausbildung voraussetzen, aber natürlich eine entsprechende Einarbeitung erfordern. So sind wir auf die Idee gekommen, fachfremdes Personal in einer überschau-



baren Zeit zu schulen und anschließend zur Unterstützung in Arztpraxen einzusetzen.“

Mit der Agentur für Arbeit Regensburg, der Taskforce Fachkräftesi-

cherung der Bayerischen Wirtschaft (FKS+) und dem bbw hat sich das Netz kompetente Partner an die Seite geholt. Mit etwas Verzögerung aufgrund der Corona-Pandemie startete im Juni 2022 die erste

Anschlussqualifizierung von Quereinsteigern in Arztpraxen durch das Bildungswerk der bayerischen Wirtschaft

Format	Seminar – online oder in Präsenz
Dauer	121 Unterrichtseinheiten: in der Regel zwei Tage pro Woche über einen Zeitraum von zwei bis drei Monaten
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Patienten empfangen und begleiten ■ Betriebsorganisations- und Verwaltungsprozess ■ Praxishygiene und Schutz vor Infektionskrankheiten ■ Zwischenfälle vorbeugen und in Notfallsituationen Hilfe leisten ■ bei Diagnostik und Therapie von Erkrankungen assistieren ■ medizinische Terminologie
Seminargebühr	1.028,50 Euro
Abschluss	bbw-Zertifikat
Internet	www.bbww-seminare.de/seminarinfos/eca/22347/anpassungsqualifizierung-fuer-quereinsteigerinnen-in-arztpraxen/

Ausbildung von Praxisassistentinnen und -assistenten beim bbw. Hoxhold: „Wir sind mit elf Absolventinnen und Absolventen gestartet. Davon waren acht bereits im Vorfeld in Arztpraxen angestellt, zwei dann mit Ausbildungsbeginn und eine Teilnehmerin war zu dieser Zeit noch arbeitssuchend.“

Die RAEN-Geschäftsstellenleiterin erklärt, dass die Weiterbildung den Quereinsteigern schnell und gezielt das notwendige berufsrelevante Fachwissen vermitteln soll, damit diese – vorwiegend am Empfang sowie in der Verwaltung von Arztpraxen – das medizinische Personal entlasten können. Die Qualifizierungsmaßnahme kann für Fachkräfte aus anderen Branchen, in denen der Kontakt mit Menschen im Mittelpunkt steht, interessant sein – auch als Wiedereinstieg nach der Elternzeit. „Die Teilnahme setzt in erster Linie ein Interesse an einer Weiterbildung im Fachbereich Medizin voraus, hierfür sind gute Deutschkenntnisse unabdinglich.“

Im Idealfall, so Hoxhold, arbeite der Neuzugang bereits parallel zur Weiterbildung in der anstellenden Praxis und werde für zwei Tage pro Woche für die Weiterbildungsmaßnahme freigestellt. Bewährt habe sich hierfür auch das Online-

Format, in der die Weiterbildung digital absolviert werden könne. Der Bildungsträger biete aber auch reine Präsenzseminare an. Das Feedback der bisherigen Teilnehmer/innen sei durchweg positiv: Geschätzt wurde zum Beispiel, dass Fragen, die in der Praxis auftauchen, direkt in der Gruppe geklärt werden können. Auch erfahre man durch die Berufsbezeichnung „Praxisassistent“ deutlich mehr Wertschätzung für die eigene Tätigkeit.

Kostenübernahme

Im Rahmen des Qualifizierungschancengesetzes kann die Bundesagentur für Arbeit einen Großteil der Weiterbildungskosten für Beschäftigte übernehmen, vor allem Lehrgangskosten und Teile der Lohnkosten. Je nach Betriebsgröße sind bis zu hundert Prozent Förderung möglich.

Praxisnetze mobilisieren – Start der zweiten Ausbildungsrunde

Dem Beispiel von RAEN folgend unterstützen auch andere, von der KVB anerkannte Praxisnetze wie die „Unternehmung Gesundheit Franken (UGeF)“, das „Gesundheitsnetz Region Bamberg (GeReBa)“, „DonauMed“ und das „Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz (QuE)“



Daniela Hoxhold, Geschäftsstellenleiterin des RAEN, entwickelte zusammen mit ihrem Team ein Konzept für niederschwellige Qualifizierungsmaßnahmen zum Quereinstieg in Arztpraxen.

die Initiative, zum Beispiel bei der Suche nach geeigneten Quereinsteiger/innen. Mit deren Engagement, verbunden mit dem großen Interesse konnte Ende Februar dieses Jahres die zweite Ausbildungsrunde mit über 30 Teilnehmer/innen starten, weitere sind in Planung.

In einer gemeinsamen Pressekonferenz im Januar dieses Jahres bekräftigten alle Partner der Weiterbildungsoffensive, dieses zukunfts-trächtige Modell bayernweit vorantreiben zu wollen, um dem medizinischen Fachkräftemangel entgegenzutreten. Daniela Hoxhold betont, dass „Praxisassistent“ ein Begriff werden sollte, mit dem man den Quereinstieg in eine Arztpraxis verbindet und der fachfremdem Personal die Scheu vor der Arbeit in einer Arztpraxis nimmt.

Niedergelassene, die Interesse an Erfahrungsberichten derjenigen Praxen haben, die Quereinsteiger/innen nach absolvierter Weiterbildung bereits erfolgreich in ihren Praxisbetrieb integriert haben, können sich gerne direkt per E-Mail an hoxhold@gesundplus.de oder telefonisch unter Telefon 09 41 / 56 95 96 – 0 an die Geschäftsstelle des Regensburger Ärztenetzes wenden.

Anja von Olnhäusen (KVB)

Förderung der Anschlussqualifizierung durch die Bundesagentur für Arbeit

Fördergrundlage	Qualifizierungschancengesetz
Form	Bildungsgutschein
Voraussetzung	unter anderem Anstellung in der Praxis
Informationen	www.arbeitsagentur.de/unternehmen/finanziell/foerderung-von-weiterbildung

Ausgelagerte Praxisräume: Rechtsprechung des BSG



Damit niedergelassene Ärztinnen/Ärzte beziehungsweise Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten in ausgelagerten Praxisräumen tätig werden dürfen, muss sich deren Standort „in räumlicher Nähe“ zum Vertragsarztsitz befinden.[1] Was genau darunter zu verstehen ist, dazu gingen die Rechtsansichten bislang weit auseinander. Das Bundessozialgericht (BSG) hat nun den zur Beurteilung heranzuziehenden Maßstab konkretisiert und sich zu weiteren Voraussetzungen für ausgelagerte Praxisräume geäußert – darunter auch zum Begriff der „speziellen Untersuchungs- und Behandlungsleistungen“ und dem sogenannten Überwiegsgebot.[2]

Hintergrund

Die vertragsärztliche beziehungsweise psychotherapeutische Tätigkeit muss grundsätzlich am Vertragsarztsitz ausgeübt werden, das heißt am Ort der Niederlassung.[3] Dieser ist durch die konkrete Praxisanschrift gekennzeichnet.[4] Ist eine Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes in ausgelagerten Praxisräumen beabsichtigt, muss sich deren Standort gemäß § 24 Abs. 5 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz befinden und es dürfen dort nur spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen erbracht werden. Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) unverzüglich anzuzeigen. Unter diesen Voraussetzungen können insbesondere Leistungen, die aus technischen, baulichen oder organisatorischen Gründen in der Praxis am Vertragsarztsitz nicht erbracht werden (können), ausgegliedert werden (zum Beispiel medizintechnische Spezial- oder Großgeräte wie Kernspintomographen oder MRT-Geräte, ambulantes Operieren in Operationszentren, Untersuchung und Beprobung von Material in Laboreinrichtungen).[5] Von nicht genehmigungsbedürftigen, aber anzeigepflichtigen ausgelagerten Praxisräumen zu unterscheiden sind genehmigungspflichtige Zweigpraxen (Filialen), für die wiederum andere Voraussetzungen gelten.[6]

Der konkrete Fall

In dem vom BSG zu entscheidenden Fall von **ausgelagerten Praxisräumen in neun Kilometer Entfernung mit einer Fahrtzeit von 19 Minuten** hatte ein MVZ, das zytologische Laborleistungen für niedergelassene Gynäkologen anbietet, gegenüber der zuständigen KV angezeigt, in neuen Räumlichkeiten eine ausgelagerte Praxisstätte betreiben zu wollen, in der ausschließlich zytologische Leistungen ohne Patientenkontakt erbracht werden sollten. Die KV teilte dem MVZ daraufhin mit, dass vertragsärztliche Leistungen nicht in den angezeigten neuen Praxisräumen erbracht beziehungsweise abgerechnet werden könnten, weil sich der auszulagernde Praxisteil nicht mehr in räumlicher Nähe zum Standort des betreffenden MVZ befinde. Die hiergegen erhobene Klage hat das Landesozialgericht (LSG) abgewiesen. Mit einer Entfernung von neun Kilometern zwischen Vertragsarztsitz und ausgelagerten Praxisräumen sowie einer Fahrtzeit mit dem privaten Kraftfahrzeug von 17 Minuten in verkehrsschwachen und 19 Minuten in verkehrsstarken Zeiten liege jedenfalls kein räumlicher Nahbereich mehr vor.

Entscheidung des BSG

Das BSG folgte der vom LSG getroffenen Auslegung nicht. Eine **Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten sei ausreichend**. Wesentlicher Sinn und Zweck des Erfordernisses der räumlichen Nähe zum Vertragsarztsitz sei es demnach, die **persönliche Präsenz am Vertragsarztsitz** trotz der Tätigkeit in ausgelagerten Praxisräumen zu **gewährleisten**. Der oder die Niedergelassene müsse daher in einem angemessenen Zeitraum für Versicherte am Vertragsarztsitz persönlich erreichbar sein. Dies gelte insbesondere

auch in Notfällen.[7] Vor diesem Hintergrund hält es das BSG für ausreichend, aber auch erforderlich, dass der Vertragsarztsitz von den ausgelagerten Praxisräumen aus innerhalb von maximal 30 Minuten erreichbar ist. Dadurch könne sowohl der Präsenzpflicht am Vertragsarztsitz [8] als auch der gebotenen persönlichen Leistungserbringung und der daraus resultierenden Pflicht zum Abhalten der Sprechstunden am Vertragsarztsitz noch hinreichend Rechnung getragen werden.[9]

Leistungsspektrum im Vergleich zur Hauptpraxis

Das BSG weist in seiner Entscheidung auch darauf hin, dass für eine zulässige Tätigkeit in ausgelagerten Praxisräumen neben der räumlichen Nähe noch weitere Voraussetzungen erfüllt sein müssen. So hat die Tätigkeit am Vertragsarztsitz zeitlich insgesamt zu überwiegen [10] und Patienten müssen jedenfalls vor einer Behandlung in den ausgelagerten Praxisräumen die oder den Niedergelassenen am Vertragsarztsitz selbst in Anspruch genommen haben.[11] Außerdem dürfen in ausgelagerten Praxisräumen nur spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen erbracht werden. Laut BSG ist dabei nicht allein auf das von der jeweiligen Fachgruppe erbrachte gesamte Leistungsspektrum abzustellen, sondern auf die vom einzelnen Niedergelassenen beziehungsweise vom MVZ am Vertragsarztsitz erbrachten Leistungen. **Das in der ausgelagerten Praxisstätte angebotene Leistungsspektrum darf nicht im Wesentlichen dasselbe wie am Vertragsarztsitz sein.** Das bedeutet nicht, dass in ausgelagerten Praxisstätten keine Leistungen erbracht werden dürfen, die auch in der Hauptpraxis erbracht werden. Soweit aber das gesamte Behandlungs- und Leistungsspektrum in nahezu gleicher Qualität wie am Vertragsarztsitz angeboten wird, handelt es sich jedenfalls nicht mehr um die Tätigkeit in ausgelagerten Praxisräumen, sondern gegebenenfalls um den Betrieb einer Zweigpraxis, der genehmigungsbedürftig ist.[12]

Bedeutung der Entscheidung

Der Zeitraum von 30 Minuten entspricht jener Grenze, die das BSG auch für die Erreichbarkeit von Belegärztinnen und -ärzten [13] zur Sicherstellung der erforderlichen Nähe zwischen Wohnung und Praxis und Krankenhaus fordert.[14] Dieser Maßstab kann gleichermaßen sowohl in dicht besiedelten städtischen Wohngebieten als auch in ländlich strukturierten Gebieten herangezogen werden und dient damit dem Interesse einer vorhersehbaren und möglichst gleich-



mäßigen Rechtsanwendung.[15] Aufgrund der vom BSG vorgenommenen Abgrenzung hinsichtlich der Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsleistungen sollten Praxisinhaberinnen und -inhaber bei der Planung und Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen darauf achten, dass die Schnittmenge derjenigen Leistungen, die dort angeboten werden, sowie derjenigen Leistungen, die am Vertragsitz erbracht werden, nicht zu groß ist. Ansonsten bestünde das Risiko, dass die Praxisräume als Filiale zu qualifizieren wären und vor der Tätigkeitsaufnahme dort eine entsprechende Genehmigung bei der zuständigen KV beantragt werden müsste, die von weiteren Voraussetzungen abhängig ist. Ferner ist zu beachten, dass der Tätigkeitsumfang am Vertragsarztsitz den zeitlichen Umfang der Leistungserbringung in den ausgelagerten Praxisräumen überwiegen muss.

Anja Popp, Assessorin, Rechtsabteilung der KVB

- [1] § 24 Abs. 5 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)
- [2] BSG, Urteil vom 6. April 2022, Aktenzeichen: B 6 KA 12/21 R
- [3] § 95 Abs. 1 Satz 5 SGB V und § 24 Abs. 1 und Abs. 2 Ärzte-ZV
- [4] BSG, Urteil vom 13. Mai 2015, Aktenzeichen: B 6 KA 25/14 R, Randnummer 34BR-Drs. 256/1/22, vom 5. September 2022
- [5] BSG, Urteil vom 6. April 2022, Aktenzeichen: B 6 KA 12/21 R, Randnummer 30
- [6] § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV; insbesondere ist der Betrieb einer Zweigpraxis/Filiale nur dann zulässig, wenn dieser vor Ort eine Verbesserung der Versorgung bewirkt
- [7] BSG, Urteil vom 6. April 2022, Aktenzeichen: B 6 KA 12/21 R, Randnummer 30
- [8] § 24 Abs. 1 u. 2 Ärzte-ZV, §§ 1a Nr. 26, 17 BMV-Ä
- [9] BSG, Urteil vom 6. April 2022, Aktenzeichen: B 6 KA 12/21 R, Randnummern 22, 30
- [10] § 17 Abs. 1a Satz 5 BMV-Ä
- [11] BSG Urteil vom 6. April 2022, Aktenzeichen: B 6 KA 12/21 R, Randnummern 31, 32
- [12] BSG, Urteil vom 6. April 2022, Aktenzeichen: B 6 KA 12/21 R, Randnummer 43
- [13] § 39 Abs. 5 Nr. 3 iVm § 40 Abs. 1 BMV-Ä
- [14] BSG, Urteil vom 17. März 2021, Aktenzeichen: B 6 KA 6/20 R
- [15] BSG, Urteil vom 6. April 2022, Aktenzeichen: B 6 KA 12/21 R, Randnummer 27

Eigeneinrichtungen lindern Unterversorgung

Mit sogenannten Eigeneinrichtungen sichert die KVB die Versorgung, wenn es in einem Planungsbereich zu wenig Ärzte oder Psychotherapeuten gibt. Das übergeordnete Ziel bleibt dabei aber, die ambulante medizinische Versorgung dauerhaft in vertragsärztlicher Hand sicherzustellen.

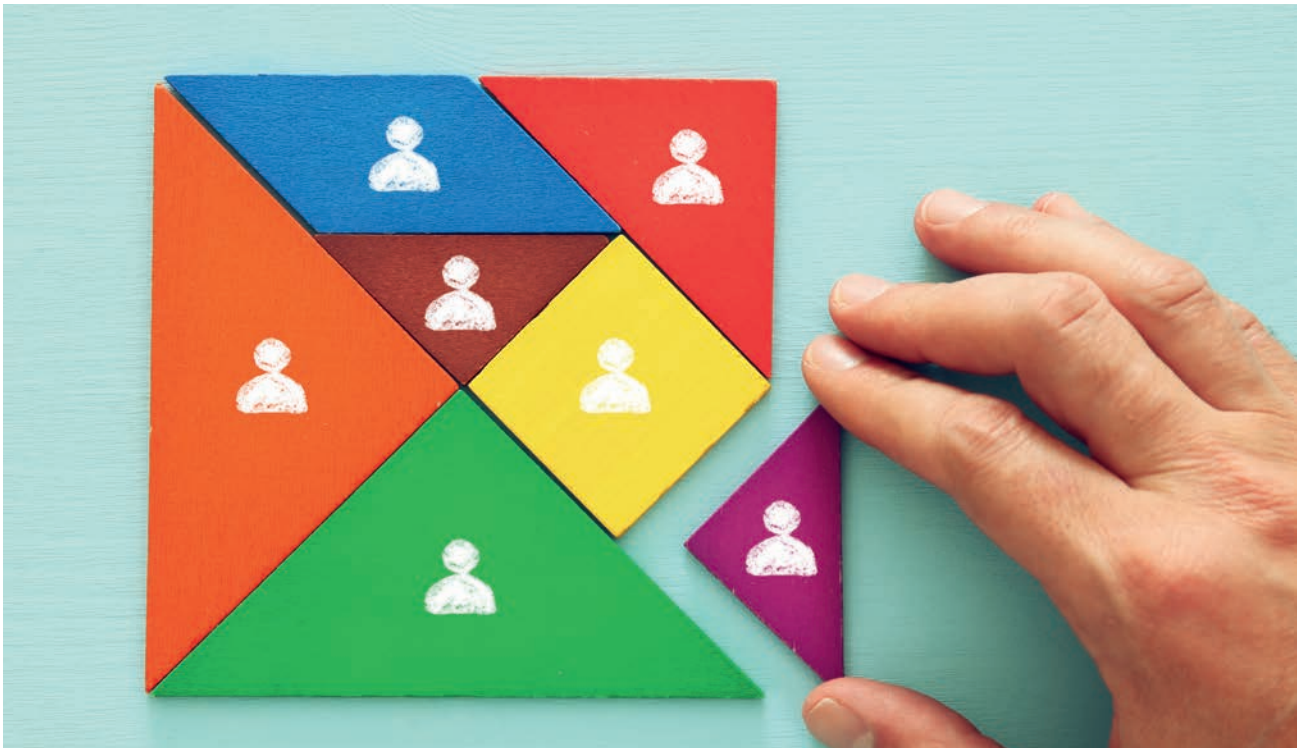
In immer mehr Regionen Bayerns schließen Arztpraxen und finden keine Nachfolger für die Versorgung der Patienten. Die Gründe für den Strukturwandel sind vielfältig und auch die Gegenmaßnahmen von Politik, Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Berufsverbänden sind zahlreich. Die KVen haben allerdings per Gesetz eine besondere Verantwortung zur Sicherstellung der Versorgung und stehen gleichzeitig für das Modell der Freiberuflichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung. Genau hier setzt die KVB mit ihren Eigeneinrichtungen an.

Eigene Einrichtungen der KVB können die Versorgung vor Ort ergänzen.

Deren Konzept sieht vor, Ärztinnen und Ärzten mit einer übergangsweise von der KV geführten Praxis in

die eigene Niederlassung zu bringen. Das bedeutet, dass sie während der Praxisaufbauphase bei der KVB angestellt sind. Die Einrichtungen sichern so die Versorgung, wenn nicht mehr genügend Ärzte im Planungsbereich tätig sind und keine Tendenzen erkennbar sind, dass Niederlassungswillige dort selbstständig tätig werden wollen. Die Praxen bieten somit einen Einstieg in die ambulante Versorgung über ein Anstellungsverhältnis, das im Idealfall nach zwei Jahren in der Übernahme der Praxis durch den bis dato angestellten Arzt mündet.

Damit werden die Einstiegshürden in die freiberufliche Tätigkeit minimiert und gleichzeitig eine nachhaltige Sicherstellungsmaßnahme in den jeweiligen Regionen mit festgestellter (drohender) Unterversorgung etabliert. Finanziert wird die Aufbauphase einer Eigeneinrichtung aus dem Strukturfonds, der zu gleichen Teilen von der KVB und den Krankenkassen gespeist wird.



Pilotprojekt in Marktredwitz

Die erste Eigeneinrichtung der KVB ist im vergangenen Sommer als dermatologische Praxis im Landkreis Wunsiedel an den Start gegangen (siehe KVB FORUM, Ausgabe 11-12/2022). Nach mittlerweile drei Quartalen zeigt sich, dass das Versorgungsangebot der KVB in der Bevölkerung gut angenommen wird und sich ein stabiler Praxisalltag entwickelt hat. Mit großen Schritten geht es in Richtung Übergabe an den angestellten Arzt voran.

Für welche Regionen sucht die KVB?

Für die Planungsbereiche der HNO-Ärzte in Tirschenreuth sowie der Hausärzte in Donauwörth-Nord, Wassertrüdingen und Simbach am Inn hat die KVB bereits entsprechende Einrichtungen ausgeschrieben. Ziel bleibt es auch da, die ambulante medizinische Versorgung in einer Region dauerhaft in vertragsärztlicher Hand sicherzustellen.

Weitere Förderungen

Eine Niederlassung oder die Eröffnung einer Zweigpraxis ganz ohne die vorhergehende Anstellung bei der KVB wird in den betroffenen Regionen ebenfalls gefördert. Gemeinsam mit dem Beschluss zur Errichtung einer Eigeneinrichtung werden in den jeweiligen Planungsbereichen auch einige Fördersummen der finanziellen Fördermaßnahmen der Sicherstellungsrichtlinie um 25 Prozent erhöht im Vergleich zu den Förderungen in unterversorgten Planungsbereichen. Die Niederlassung eines Arztes oder die Sicherstellung der Versorgung durch eine Filialgründung haben stets Vorrang vor einem Eingriff in die Versorgungssituation durch die KVB.

Einen Überblick über die Fördermaßnahmen sowie Informationen zu allen Förderprogrammen und Anträge finden Sie in der Tabelle oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/finanzielle Fördermaßnahmen/Regionale finanzielle Förderungen*.

Janina Bär (KVB)

Finanzielle Fördermaßnahmen der Sicherstellungsrichtlinie der KVB in unterversorgten Gebieten bei gleichzeitig ausgeschriebener Eigeneinrichtung

Zuschuss zu den Investitionskosten für eine vertragsärztliche Niederlassung einmalig bis zu 112.500 Euro

Finanzielle Förderung des Aufbaus einer Vertragsarztpraxis (nur bei Unterversorgung) bis zu 85 Prozent des durchschnittlichen Honorars der Fachgruppe

Zuschuss zu den Investitionskosten für die Errichtung einer Zweigpraxis einmalig bis zu 28.125 Euro

Zuschuss zu den Beschäftigungskosten von angestellten Ärzten bis zu 5.000 Euro pro Quartal

Zuschuss zu den Investitionskosten einer Anstellung eines Arztes/ Psychotherapeuten einmalig für die nachgewiesenen Kosten bis zu 18.750 Euro

Zuschuss zur Beschäftigung von hausärztlichen Versorgungsassistenten, Präventionsassistenten in der Kinder- und Jugendmedizin oder nichtärztlichen Praxisassistenten einmalig bis zu 1.500 Euro

Finanzielle Förderung der Fortführung einer Vertragsarztpraxis über das 63. Lebensjahr hinaus bis zu 4.500 Euro pro Quartal

Zuschuss zu den Beschäftigungskosten von Weiterbildungsassistenten in Ausbildung bis zu 2.700 Euro pro Monat

Von der Anstellung zur eigenen Praxis

Sie möchten Ihre eigene Praxis aufbauen und sich zunächst gemeinsam mit der KVB auf diesen Weg machen?

Ausführliche Informationen zu den aktuell ausgeschriebenen Stellen für KVB-Praxen finden Sie unter jobs.kvb.de oder unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Niederlassung/KVB-Eigeneinrichtung*. Unsere Berater vor Ort unterstützen Sie bei Fragen gerne.



Menschen mit Demenz zu Hause pflegen



Desideria Care e.V.
Demenz Menschlich Begleiten

Die Belastung für Angehörige von Menschen mit Demenz ist groß, die Grenze des Möglichen irgendwann erreicht: Die Diagnose Demenz ändert nicht nur das Leben der Erkrankten, sondern auch das ihrer Familien, Partner und Freunde. Während es für Demenzpatienten immer besser entwickelte Versorgungsangebote gibt, rutschen viele pflegenden Angehörige in eine dauerhafte Belastungssituation. Der gemeinnützige Verein Desideria Care will Abhilfe schaffen.

Rund 1,8 Millionen Menschen leben aktuell in Deutschland mit einer Demenzerkrankung. Tendenz steigend. Bei der Diagnose sind Hausärztinnen und Hausärzte meist die erste Anlaufstelle. Sie sind es, die mit den Ängsten und Nöten der Betroffenen konfrontiert werden und sie oftmals über viele Jahre begleiten. Auch mit der Hilflosigkeit und den vielen Fragen der Angehörigen müssen sie sich auseinandersetzen. Das erfordert eine besondere Zuwendung und vor allem viel Zeit. Doch genau die ist es, die den Hausärztinnen und -ärzten im Rahmen ihrer umfangreichen Praxistätigkeiten für Angehörige von Demenzpatienten oft fehlt. Dabei ist eine frühzeitige Unterstützung eine wichtige Weichenstellung, um die Lebensqualität der betroffenen Familien zu erhalten. Genau hier

setzt Desideria Care an. Als Partner der Angehörigen bietet der Verein bundesweit frühzeitige Unterstützungsmöglichkeiten, vermittelt Know-how und bietet Hilfe zur Selbstfürsorge, damit Lebensqualität und Zukunftsperspektiven nicht verloren gehen.

Denn was oftmals in den Hintergrund rückt: Hinter jedem Menschen mit Demenz stehen mindestens drei Angehörige. Das sind allein in Deutschland rund 5,4 Millionen. Dreiviertel von ihnen übernimmt die Pflege in der Regel selbst. Obwohl es auch hier Anlaufstellen und Netzwerke gibt, holt sich nur ein Bruchteil Hilfe und Unterstützung. Gründe sind unter anderem eine hohe Hemmschwelle, Scham, Unwissenheit oder die Überschätzung der eigenen Fähigkeiten. Nach dem Motto „ich schaffe das schon“ kümmern sich Angehörige oftmals über Jahre hinweg bis zur eigenen körperlichen und seelischen Erschöpfung.

In den Online-Angehörigen-Seminaren von Desideria Care haben Familien bundesweit die Möglichkeit, sich in einem geschützten Raum, moderiert von einem Therapeuten, über ihre täglichen Herausforderungen auszutauschen. Die Teilnehmer lernen Nützliches im Umgang mit der Erkrankung und bekommen Impulse, ihr eigenes Handeln zu reflektieren.

Die „Demenz-Buddies“, ein weiteres Online-Angebot von Desideria Care, richten sich speziell an junge Menschen im Alter zwischen 16 und 25 Jahren, die im direkten familiären Umfeld von Demenz

betroffen sind. Ziel ist es, ihnen einen sicheren Ort für Vernetzung und den Austausch mit Gleichaltrigen sowie lebenspraktische Hilfe zu einem Leben mit Demenz zu geben, mit Raum für Emotionen ganz ohne Wertung.

Mit den kostenlosen und zertifizierten Seminaren nach bewährter Methode verfolgt der Verein kein wirtschaftliches Interesse. Das Ziel von Desideria Care ist es, aufzuklären und für Demenz zu sensibilisieren, damit die Erkrankung kein Stigma und Tabu mehr ist. Dafür stellt der Verein auch Konzerte und Events auf die Beine, in denen Menschen mit Demenz und ihre Familien besonders willkommen sind – immer unter der Prämisse, ein Umdenken in der Gesellschaft zu bewirken und mehr Teilhabe und Lebensqualität für betroffene Familien zu ermöglichen.

Bei Interesse erreichen Sie uns telefonisch unter 089 / 59 99 74 33 oder per E-Mail an info@desideriacare.de.

Nelli Hennig (Desideria Care e. V.)



Für Termine zu Online-Angehörigen-Seminaren bitte QR-Code scannen.



KVB Servicetelefonie – Ihre Erste Wahl

Sie wünschen eine Telefonberatung zu einer konkreten Frage aus dem Praxisalltag? Wir sind für Sie da!

Servicezeiten

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

Abrechnung 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10
Seminare 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20
Verordnung 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30
Technik 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40



KVB Beratungscenter – Ihr Kontakt vor Ort

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

Servicezeiten

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

Bayreuth (Oberfranken)

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

Nürnberg (Mittelfranken)

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

Oberbayern

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

Würzburg (Unterfranken)

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

Regensburg (Oberpfalz)

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

München

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

Straubing (Niederbayern)

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

Augsburg (Schwaben)

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



Dienstplanänderungen im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

(Diensttausch, Vertretung und Erreichbarkeit)

Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz und Schwaben

Telefon 0 89 / 57 95 70 – 8 50 10
Fax 0 89 / 57 95 70 – 8 50 11
E-Mail Dienstaenderung.vbzm@kvb.de

Unter-, Mittel- und Oberfranken

Telefon 09 21 / 8 80 99 – 6 50 10
Fax 09 21 / 8 80 99 – 6 50 11
E-Mail Dienstaenderung.vbzn@kvb.de



Dienstplanung DPP-online

(finden Sie auch in „Meine KVB“)

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

Servicezeiten

Montag bis Freitag
9.00 bis 15.00 Uhr



Notarzt-Abrechnung – emDoc

(finden Sie auch in „Meine KVB“)

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



KVB Selfservice – 24/7 für Sie verfügbar

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

Impressum für KVB FORUM und KVB INFOS

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

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

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

Redaktion:

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

Kontakt zur Redaktion: KVBFORUM@kvb.de

Satz und Layout:

KVB Stabsstelle Kommunikation

Druck:

BluePrint AG
Gedruckt auf FSC®-zertifiziertem Papier

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

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

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

Bildnachweis:

Bayerische Landesärztekammer (Seite 13), Douglas Production (Seite 11), stock.adobe.com/White bear studio (Titelseite), stock.adobe.com/Celt Studio (Seite 2), stock.adobe.com/kostas (Seite 2), stock.adobe.com/Alexander Raths (Seite 2), stock.adobe.com/Di Studio (Seite 4), stock.adobe.com/kebox (Seite 4), stock.adobe.com/Ideenkoch (Seite 5), stock.adobe.com/tanoy1412 (Seite 5), stock.adobe.com/Coloures-Pic (Seite 7), stock.adobe.com/Biewer_Jürgen (Seite 13), stock.adobe.com/Chanyanuch (Seite 17), stock.adobe.com/Jo Panuwat D (Seite 20), stock.adobe.com/Pixel Embargo (Seite 23), stock.adobe.com/tomertu (Seite 24), Privat (Seite 21), KVB/Nadine Stegemann (Seite 3), KVB (alle weiteren)