



© RRP
stockadobe.com

Kapitalbeteiligung in der Versorgung

Nicht um jeden Preis!

Ein Investment fachfremder Private-Equity-Gesellschaften in Praxen und MVZ bietet Vorteile, aber zugleich auch Risiken – nämlich dann, wenn es zulasten der Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen geht.

NEUE AMTSPERIODE

Die neu gewählten VV-Vorsitzenden wollen die verschiedenen Partikularinteressen in der Vertreterversammlung einen.

| Seite 12

NEUBEGINN

KV RLP-Mitglieder schildern, wie die Nachwirkungen der Flutkatastrophe ihren Praxisalltag nach wie vor prägen.

| Seite 14



INHALT

■ SCHWERPUNKT

4 Um jeden Preis?

Ausländische Private Equity-Gesellschaften engagieren sich deutschlandweit zunehmend in der ambulanten Versorgung, was durchaus für Kritik in der Ärzteschaft sorgt.

7 Stoppschild für Marktmonopole

Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein haben im Bundesrat einen Entschließungsantrag zur Regulierung von Medizinischen Versorgungszentren eingebracht.

8 Schwieriger Balanceakt

Der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin Heinz Peter Dilly beschreibt am Beispiel seines MVZ, unter welchen Bedingungen eine Investorenbeteiligung sinnvoll sein kann.



10 Gesetzlicher Handlungsbedarf

KBV und die Bundesärztekammer machen Vorschläge, wie sich Konzentrationsprozesse bei einer Kapitalbeteiligung fachfremder Investmentunternehmen verhindern lassen.

11 TALK MIT DOC BARTELS

Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jonas Schreyögg von der Universität Hamburg stellt die traditionelle Rollenverteilung in der medizinischen Versorgung infrage.

■ POLITIK

12 Ausblick auf die neue Legislatur

Die frisch gewählten VV-Vorsitzenden Dr. Siegfried Stephan und Dr. Anja von Buch (Stellvertreterin) sprechen über ihre Erwartungen und Herausforderungen.

■ PANORAMA

14 Neuanfang für Praxen

Vier Mitglieder der KV RLP erzählen, wie sehr sich ihr Alltag und der ihrer Patientinnen und Patienten nach der Flutkatastrophe im Juli 2021 verändert hat.

■ SERVICE

18 Im Trippelschritt zur Entbudgetierung

Für die Fachärzteschaft in der Kinder- und Jugendmedizin sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden Leistungen ohne Quotierung des Punktwertes vergütet.

19 Aussterbende Spezies

Ulrich Frankenberger, einer der wenigen Substitutionsärztinnen und -ärzte in Rheinland-Pfalz, wirbt um Engagement für dieses wichtige medizinische Fachgebiet.

20 Nachrichtenseite „GUT ZU WISSEN“

Umstellung Finanzierung Telematik | Dringlichkeitscodes | Impfinventur

21 Korrekte Dosierungsanweisung

Die Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz gibt Tipps, was Arztpraxen bei der Verordnung von verschreibungspflichtigen Medikamenten beachten sollten.

22 Haus- und Heimbefuche

Wenn Praxen im häuslichen Umfeld Patientinnen und Patienten behandeln, treffen sie häufig auf bestimmte Situationen, die ein hohes Maß an Hygiene erforderlich machen.

23 Sommerkongress der KV RLP

24 Eigenanzeige Corona-Broschüre

■ IMPRESSUM

HERAUSGEBERIN

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 Vorstands
Dr. Andreas Bartels, Stellvertretender
Vorsitzender des Vorstands
Peter Andreas Staub,
Mitglied des Vorstands

UMSETZUNG

ColorDruck Solutions
eine Marke der Print Media Group GmbH
Niederlassung Leimen
Gutenbergstraße 4 | 69181 Leimen
www.colordruck.com

LAYOUT

Denise Klahold

HINWEISE

Die in dieser Publikation erstellten Inhalte unterliegen dem Urheberrecht. Sämtliche Beiträge Dritter sind als solche gekennzeichnet. Die Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und jede Art der Verwertung bedürfen der schriftlichen Zustimmung der KV RLP.

Die KV RLP ist für die Inhalte von externen Websites, die über einen Hyperlink erreicht werden, nicht verantwortlich und macht sich diese ausdrücklich nicht zu eigen.

Stefan Holler, Julia Lampferhoff
Fachabteilungen der KV RLP

KONTAKT

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

AUFLAGE

7.000 Exemplare

ERSCHEINUNGSWEISE

viermal im Jahr



Vorwort

Liebe Kolleginnen
und Kollegen,



die Diskussion über investorengeführte Medizinische Versorgungszentren (iMVZ) ist längst in der Öffentlichkeit angekommen. Und das mit Recht. Jedoch wird eines dabei ausgeblendet: Die Debatte erweckt den Anschein, es brauche nur einen Investor, der in ein beliebiges MVZ einsteigt, und schon werden exorbitante Gewinne generiert. Doch so ist es nicht.

Was uns die aktuelle Situation zeigt, ist die verpasste Reglementierung durch die gemeinsame Selbstverwaltung. Bestehende und bekannte Probleme innerhalb des Vergütungssystems wurden nicht behoben, sodass die berechtigterweise diskutierte „Rosinenpickerei“ in einzelnen Fachgruppen nach wie vor möglich ist. Infolgedessen bestehen für wenige Fachdisziplinen monetäre Anreize, sich auf einzelne, ertragreiche Leistungen zu fokussieren, was wiederum Finanzinvestoren auf den Plan ruft. Hierbei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass dies zulasten der Grundversorgung geschieht. Auch wenn das Geschäftsmodell nicht auf alle iMVZ zutrifft, sollte das als reelle Gefahr eingestuft werden.

Unterm Strich sollte uns bewusst sein, dass es weder das Geschäftskonzept der meisten sogenannten „Heuschrecken“ ist, die ambulante Versorgung vor Ort langfristig zu sichern, noch dem ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräftemangel zu begegnen, sondern den Unternehmenswert möglichst zügig zu steigern, um dieses dann mit hoher Wertsteigerung weiterveräußern zu können. Und genau dieser Gefahr muss ins Auge gesehen werden. Bilden sich in einer großen Region Monopole, die dann keine Grundversorgung mehr übernehmen oder aber ihre Praxen schließen, dann ist ein großer Bereich nicht mehr versorgt.

Wir brauchen nachhaltig funktionierende Systeme, um den bestehenden Problemen zu begegnen, sowie eine angemessene Skepsis gegenüber iMVZ, die durchaus einen Teil zur Lösungsfindung beitragen können. Was wir aber auch brauchen, sind gesetzgeberische Regularien, die die Gefahren der Monopolisierung bannen, und vor allem den Mut der gemeinsamen Selbstverwaltung, die auf dem Weg liegenden Rosinen zugunsten umfassender medizinischer Versorgung zu räumen.

Beste Grüße aus Mainz, Ihr

Dr. Peter Heinz

Vorsitzender des Vorstands der KV RLP



Versorgung um jeden Preis?

Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) geraten zunehmend ins Visier von Private-Equity-Gesellschaften (PEG). Zugleich ist die finanzielle Beteiligung in der Ärzteschaft wie auch in der Öffentlichkeit umstritten. Zur Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgung kann ein privates Investment unter bestimmten Konstellationen ein Vorteil sein – sofern medizinische Entscheidungen weiterhin ausschließlich in ärztlicher Hand bleiben.

An Kaufangeboten mangelt es derzeit nicht: Wie eine deutschlandweite Online-Erhebung der Stiftung Gesundheit unter rund 1.600 Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im März dieses Jahres ergab, haben 11,7 Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bereits ein Kaufangebot erhalten. „Und mehr als ein Drittel aller Ärztinnen und Ärzte würde ein solches Angebot in Erwägung ziehen, sofern die Konditionen stimmen“, berichtet der Forschungsleiter Prof. Konrad Obermann.





Für Kapitalgeberinnen und Kapitalgeber ist das Gesundheitswesen schon seit Langem ein begehrter Markt. Konzerne fokussieren sich vor allem auf die Gesundheitsbereiche, in denen sie den größtmöglichen Gewinn erzielen können – zum Beispiel in der Augenheilkunde, in der Zahnheilkunde und in der Radiologie. Ein weiterer finanziell attraktiver Bereich für Unternehmen aus der Medizintechnik-Branche ist die Dialyse. In Schleswig-Holstein befinden sich fast alle Dialysepraxen mittlerweile in der Hand des Unternehmens Fresenius, die Spülungen und Geräte für die Dialyse herstellen. Somit lassen sich auch über die eigenen Produkte zusätzlich Gewinne erzielen.

MVZ: Ärztliche und wirtschaftliche Leitung im Widerstreit

PEG bietet sich in den MVZ ein besserer Einstieg als in inhabergeführten Arztpraxen. Denn in den MVZ ist die Trennung von wirtschaftlicher und ärztlicher Leitung ein charakteristisches Merkmal. Dieses besondere Konstrukt kann jedoch dazu führen, dass Vorgaben der kaufmännischen Geschäftsführerin bzw. des kaufmännischen Geschäftsführers im Widerspruch zu ärztlichem Behandlungsbedarf stehen können. Der GKV-Spitzenverband spricht sich deshalb

dafür aus, die Position der ärztlichen Leitung gegenüber der Geschäftsführung zu stärken, sodass ökonomische Interessen die medizinischen Entscheidungen nicht überlagern.

Investorengeführte MVZ (iMVZ) verzeichnen vor allem im zahnmedizinischen Bereich überdurchschnittliche Zuwächse. Insgesamt gibt es nach Angaben der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung 427 zahnärztlich geführte MVZ mit Investorenbeteiligung (Stand Ende 2022). Der Anteil der iMVZ an allen MVZ beläuft sich dort Ende 2022 mittlerweile auf 29 Prozent. Für ärztlich geführte MVZ liegen hingegen keine konkreten Zahlen vor. Das Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) München schätzt den bundesweiten Anteil der Arztstellen in iMVZ an der Gesamtzahl der Arztstellen in der ambulanten Versorgung grob auf maximal 1,4 bis 2 Prozent. Eine erhebliche Marktkonzentration findet nur in der Labormedizin statt. Dieser Sonderbereich ist etwa zur Hälfte auf fünf Laborketten aufgeteilt.

Eine bundesweite Auswertung zur regionalen Ansiedlung von iMVZ existiert aktuell noch nicht. In Bayern hat eine Auswertung anhand der Abrechnungsdaten der KV Bayerns gezeigt, dass mehr als jedes zweite MVZ im großstädtischen

Umfeld ansässig ist – unabhängig von einer Investorenbeteiligung.

Vor- und Nachteile von investorengeführten MVZ

Aus Sicht der KV RLP ist die kapitalbasierte Beteiligung ausländischer PEG an Praxen bzw. MVZ ein zweischneidiges Schwert. „Ein wesentlicher Vorteil ist, dass es eine Investorin bzw. einen Investor gibt, die bzw. der Geld in die Hand nimmt und auch dort eventuell Praxen betreibt, wo sonst keine mehr hätten betrieben werden können, weil sich niemand für die Übernahme einer Praxis gefunden hätte“, erläutert der stellvertretende Vorsitzende des Vorstands der KV RLP, Dr. Andreas Bartels. „Der Nachteil liegt darin, dass mit derartigen Beteiligungen eine ganz neue Gesundheitsversorgung entsteht. Die Praxen wandeln sich zu regelrechten Gesundheitsmaschinen. Es gibt eine Monopolisierung. Inhabergeführte Praxen werden verdrängt, weil sie bei einer Übernahme gar nicht die Preise zahlen können, wie es etwa ein Hedgefonds kann.“

Vor diesem Hintergrund halten die Bundesärztekammer und KVen wie auch die KV RLP zusätzliche gesetzliche Regelungen für unerlässlich. Ein Gesetzesentwurf ist derzeit auf Bundesebene geplant. ■

ZAHLEN UND FAKTEN

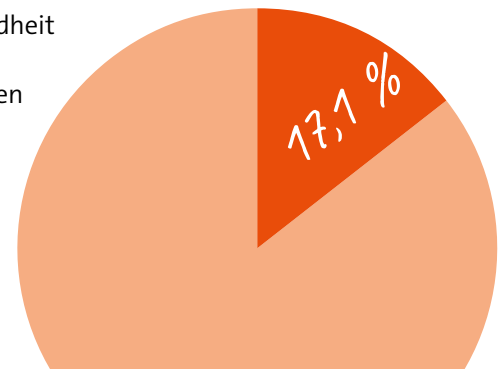
215 MVZ sind in ganz Rheinland-Pfalz registriert.

Davon sind **86** MVZ in vertragsärztlicher Hand und

59 MVZ stehen unter der Leitung von Krankenhäusern.

Jeder neunte Arzt bzw. jede Ärztin

hat nach einer Umfrage der Stiftung Gesundheit bereits ein Kaufangebot bekommen. Etwa 17,1 Prozent der befragten Arztpraxen wurden schon von Investorinnen und Investoren wegen einer Übernahme angesprochen.



Bei maximal
2 Prozent
liegt der Anteil der iMVZ in Deutschland in der ärztlichen ambulanten Versorgung (Quelle: IfG München).

POLITIK WILL KAPITALEINFLUSS IN DEN MVZ RIEGEL VORSCHIEBEN

Fremdinvestoren mit ausschließlichen Kapitalinteressen sollen nach dem Willen der Politik von der Gründung und dem Betrieb ärztlicher und zahnärztlicher MVZ ausgeschlossen werden. Die Länder Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein haben im Mai im Bundesrat einen Entschließungsantrag eingebracht.

Im Vorfeld hatte die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) die drei Länder damit beauftragt, dafür eine entsprechende Gesetzesinitiative vorzubereiten. Die GMK vertritt die Auffassung, dass von investorengeführten Medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) Risiken für eine flächendeckende Gesundheitsversorgung ausgehen, weshalb eine Regulierung der Gründung und des Betriebs von MVZ erforderlich sei. Der Vorstand der KV RLP begrüßt die Pläne für ein „MVZ-Regulierungsgesetz“, das voraussichtlich nach der parlamentarischen Sommerpause ab September vorliegen soll. „Häufig kommen Investoren aus Steueroasen wie Luxemburg oder Irland. Hier ist zu prüfen, ob diese dadurch nicht große Vorteile gegenüber inhabergeführten Praxen haben. Und es ist mehr Transparenz notwendig, damit auch Patientinnen und Patienten nachvollziehen können, welche Gesundheitseinrichtung sie aufsuchen“, so der stellvertretende KV RLP-Vorsitzende Dr. Andreas Bartels.

Das sind die wichtigsten Punkte des Entschließungsantrags:

- Träger und Betreiber von MVZ müssen auf dem Praxisschild ausgewiesen sein, einschließlich der Angabe der Rechtsform (MVZ-Schilderpflicht).
- Es wird ein gesondertes MVZ-Register eingeführt, in dem die Inhaberstrukturen offenzulegen sind. MVZ müssen sich dann als Zulassungsvoraussetzung verpflichtend in das Register eintragen. Die KVen werden als registerführende Stellen bestimmt.
- Von Krankenhäusern geführte MVZ werden regional beschränkt. Ausgangspunkt für die räumliche Begrenzung sind die jeweiligen arztgruppenbezogenen Planungs-



Im Rahmen der Bundesratsinitiative fordern die Länder Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein die Bundesregierung auf, ein MVZ-Regulierungsgesetz zu schaffen.

bereiche, die ganz oder teilweise in einem Radius von bis 50 Kilometer zum Sitz des Krankenhauses entfernt liegen. Für unterversorgte und drohend unterversorgte Planungsbereiche sieht der Entschließungsantrag jeweils Ausnahmen vor.

- Um unerwünschten Monopolstellungen entgegenzutreten, legt der Antrag für neue, von einem Träger gegründete, ärztliche MVZ im jeweiligen arztgruppenbezogenen Planungsbereich Höchstversorgungsanteile fest. Diese sind bei Hausärztinnen und Hausärzten auf maximal 25 Prozent, bei der allgemeinen und speziellen fachärztlichen Versorgung auf maximal 50 Prozent pro Facharztgruppe begrenzt.
- KVen, die Eigeneinrichtungen nach § 105 SGB V betreiben, sollen Zulassungen erhalten, um diese an die dortigen ärztlichen Angestellten zur selbstständigen Niederlassung übertragen zu können.
- Für die ärztliche Leitung ist ein besonderer Abberufungs- und Kündigungsschutz vorgesehen. Außerdem

müssen die MVZ Verträge mit der ärztlichen Leitung der jeweiligen KV vorlegen. Der Zulassungsausschuss prüft, ob die Vertragsinhalte die ärztliche Entscheidungsfreiheit einschränken.

- Weiterhin ist geplant, Disziplinarmaßnahmen künftig auch gegen MVZ zu verhängen. Bislang ist das nur gegen KV-Mitglieder möglich.

„Uns ist wichtig, eine dominierende Marktmacht von bestimmten MVZ-Trägern durch regulierende Vorgaben zu verhindern. Es ist daher absolut notwendig, dass mit diesem Antrag eine gesetzliche Regulierung von investorengestützten MVZ endlich in greifbare Nähe rückt“, sagte der rheinland-pfälzische Gesundheitsminister Clemens Hoch.

Die Beschlussempfehlung der drei Bundesländer wurde zur weiteren Beratung federführend dem Gesundheitsausschuss sowie mitberatend dem Ausschuss für Innere Angelegenheiten und dem Ausschuss für Kulturfragen zugewiesen. ■

BALANCEAKT ZWISCHEN KAPITAL UND ÄRZTLICHER UNABHÄNGIGKEIT

Aus Sicht vieler Niedergelassener wäre der Einstieg eines ausländischen Finanzinvestors in die Praxisstruktur ein Schreckensszenario. Nicht so für den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin Heinz Peter Dilly. Er ist überzeugt, dass ärztliche Autonomie und externe Kapitalbeteiligung keine Gegensätze sind – sofern die Rahmenbedingungen stimmen.



Zunächst fing auch Heinz Peter Dilly mit einer kleinen Praxis in Gutenberg im Landkreis Bad Kreuznach an. Bis der Allgemeinarzt irgendwann erkannte, dass der verfügbare Platz für die wachsende Zahl an Patientinnen und Patienten langfristig nicht ausreichen würde. In der rund 3.000 Einwohner großen Ortsgemeinde Hargesheim wurde Dilly schließlich fündig und erwarb dort zusammen mit einem anderen Interessenten ein 8.000 Quadratmeter großes Grundstück, um ein Medizinisches Versorgungszentrum aufzubauen – das heutige MVZ Forum Valentinum (siehe Infokasten).

Als der Einzug in die neuen Praxisräume an der Arthur-Rauner-Straße 4 in Hargesheim im Jahr 2013 erfolgte, wurde das MVZ noch als GbR (Gesellschaft des bürgerlichen Rechts) geführt. Mit der wachsenden Anzahl an ärztlichen Angestellten erwies sich diese Rechtsform als ungeeignet, weshalb es im Jahr 2017 zur Umwandlung in eine GmbH kam. „Das war ein ganz wichtiger Schritt, weil nicht ich als Inhaber mehr im Vordergrund stehe, sondern die medizinische Einrichtung als solche“, erklärt er. „Wenn ich das MVZ eines Tages an einen Nachfolger übergebe, ist das mit einer GmbH einfacher durchzuführen. Der neue Eigentümer ist dann Gesellschafter, aber das MVZ-Konstrukt bleibt bestehen. Hier habe ich Gestaltungsspielraum und eine Einflussnahme von außen ist kaum möglich.“

„Die Stellung des ärztlichen Leiters ist in der GmbH völlig autark“

Noch bis Ende vergangenen Jahres bestand das MVZ Forum Valentinum als Ein-Mann-GmbH in der Person von Heinz-Peter Dilly – bis zum Einstieg des irischen Gesundheitsunternehmens Centric Health als neuem Gesellschafter am 31. Dezember 2022. In der Ärzteschaft sowie in der Lokalpolitik wird das Investment des irischen Konzerns, das in Rheinland-Pfalz bereits drei weitere Hausarzt-

Noch bis Ende 2022 hat sich Heinz Peter Dilly alleine um die wirtschaftliche Führung des MVZ gekümmert. Seit dem Verkauf an Centric Health kann er sich ausschließlich der medizinischen Versorgung widmen.

„Ich war anfangs mit meiner kleinen Praxis über viele Jahre Einzelkämpfer. Aber man muss mit der Zeit gehen und auf politische Veränderungen reagieren. Dank meiner Netzwerkarbeit gelang es mir, eine große Praxis mit vielen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sowie Kunden aufzubauen.“

Heinz Peter Dilly, Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin



MVZ übernommen hat, durchaus kritisch gesehen. Hinter Centric Health steht der Private-Equity-Investor Five Arrows der Rothschild-Bank als Financier. Ohne deren Renditeerwartung würde sich ein Investment nicht lohnen, heißt es in verschiedenen Medienberichten. Befürchtet wird außerdem, dass Patientinnen und Patienten vermehrt unnötige Behandlungen verkauft werden, um den Gewinn zu steigern. Heinz-Peter Dilly hält dagegen: „Entscheidend ist: Der ärztliche Leiter, der ja immer noch ich bin, darf in seinen medizinischen Entscheidungen nicht beeinflusst werden von den Gesellschaftern! Seine Stellung ist in einer GmbH völlig autark.“ Nur unter diesen Bedingungen konnte der notariell beglaubigte Vertrag vom Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen genehmigt werden.

Heinz Peter Dilly schildert, wie er zunächst versucht habe, Kommunen und auch Krankenhäuser für eine finanzielle Beteiligung zu gewinnen, jedoch ohne Erfolg. „Nachdem ich gelesen hatte, dass Centric Health bei der Loreley Klinik in Oberwesel eingestiegen ist, bin ich aktiv geworden und habe den Kontakt zum irischen Unternehmen aufgenommen“, berichtet Dilly. Über ein dreiviertel Jahr haben sich die Verhandlungen hingezogen. „Für mich stellte sich die Frage: Wer kann

das MVZ übernehmen? Ein einzelner Arzt oder eine einzelne Ärztin kann das wirtschaftlich nicht stemmen, geschweige denn organisieren.“

Investment nur bei wirtschaftlich guter Praxisführung

Natürlich wolle ein Unternehmen, das sich an einer medizinischen Einrichtung finanziell beteilige, einen Gewinn erwirtschaften. „Centric Health ist schon seit vielen Jahren im Gesundheitswesen engagiert und hat in Irland rund 500.000 Patienten, die über ihre Praxen behandelt werden. Sie sind neben Holland jetzt auch in Deutschland aktiv und haben bereits einige Praxen übernommen“, begründet Dilly seine Entscheidung für Centric Health.

Damit überhaupt ein Investment zustande komme, sei es Voraussetzung, dass das MVZ wirtschaftlich geführt werde und schwarze Zahlen schreibe. Die Gesellschafter würden sich Einnahmen und Ausgaben genau anschauen. Denn nur wenn die Zahlen stimmen, seien auch einmal größere Investitionen wie die Anschaffung eines hochwertigen EKG-Gerätes für rund 8.000 Euro zu rechtfertigen. „Hier muss ich als Arzt engagiert sein und den qualitativen medizinischen Nutzen

für eine solche Investition herausstellen“, verdeutlicht der 59-Jährige.

Für die kommenden zehn Jahre sei durch den neuen irischen Gesellschafter erst einmal Versorgungssicherheit für die Region gewährleistet. Damit sei auch das MVZ in seinem Bestand erhalten. „Wenn ich es alleine weitermachen würde und mir passiert gesundheitlich etwas, dann wäre auch das MVZ gefährdet. Mit einem soliden Unternehmen an der Seite wird die Existenz des MVZ nicht infrage gestellt und das ist ein großer Vorteil“, ist Dilly überzeugt. Das Investment ziele nicht darauf ab, das MVZ in einigen Jahren wieder zu verkaufen. Vielmehr wähle Centric Health einen länderübergreifenden Ansatz, um Strukturen in der medizinischen Versorgung zu verbessern. „Ob ich Strukturen aus anderen Ländern für meine Praxis übernehme, kann ich letztlich immer noch selbst entscheiden“, betont Dilly.

In einigen Jahren will sich Heinz Peter Dilly schrittweise vom Tagesgeschäft zurückziehen. „Wenn ich eines Tages die ärztliche Leitung abgebe, werde ich mich jedoch, solange es die Gesundheit zulässt, weiterhin für meine schwerkranke Patienten in der Palliativversorgung engagieren.“ ■

MVZ FORUM VALENTINUM GMBH

In Hargesheim befindet sich das Hauptgebäude, zu dem ein weiterer Gebäudekomplex mit einem Sanitätshaus und einer Praxis für Physiotherapie gehört. Daneben gibt es noch zwei weitere Nebenbetriebsstätten in den nahegelegenen Ortschaften Waldböckelheim und Obermoschel. Insgesamt arbeiten im MVZ über 20 Angestellte, darunter 11

Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen in Voll- und Teilzeit. Darüber hinaus verfügt das MVZ über mehrere Kooperationspartner aus unterschiedlichen medizinischen und therapeutischen Bereichen wie der psychosomatischen Medizin, der Osteopathie, der Ergotherapie und der psychosozialen Beratung. ■

GROSSKONGLOMERATE IN DER VERSORGUNG VERHINDERN

KBV

 KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

Im Positionspapier „Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung“ benennt die KBV das Risiko von klinikgeführten Medizinischen Versorgungszentren. In privater Trägerschaft zugelassene Krankenhäuser können ein „Einfallstor für Hedgefonds und andere Investoren in die vertragsärztliche Versorgung“ darstellen. Es seien „Konzentrationsprozesse bemerkbar insbesondere im spezialisierten und hochspezialisierten Bereich, die aus MVZs in der Trägerschaft von Vertragsärzten hervorgegangen sind und deren Größe eine Fortführung in traditioneller vertragsärztlicher, individueller Trägerschaft nahezu ausschließen.“ Der Begriff „Investor“ sei daher nicht scharf abgrenzbar und erschwere eine klare Zuordnung der MVZ.

Aufgrund der Größe von MVZ haben es investorengeführte MVZ generell leichter, Vertragsarztsitze zu erwerben, als dies niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzten möglich ist. Ebenso wie die Ärztekammer warnt auch die KBV vor einer Monopolbildung für einzelne Fachgebiete in einzelnen Regionen. Um zu verhindern, dass weite Teile der vertragsärztlichen Versorgung in Großkonglomerate mit ausschließlich abhängig beschäftigten Ärztinnen und Ärzten überführt werden, macht die KBV folgende Vorschläge:

- Das Leistungsspektrum von Dialyse-MVZ ist auf Dialyseleistungen zu begrenzen.
- Das Leistungsspektrum von Krankenhaus-MVZ muss auf das Leistungsspektrum des gründenden Krankenhauses beschränkt sein.

- Die Betriebsstätte des MVZ muss sich im Einzugsgebiet des Krankenhauses befinden.

Kritisch merkt die KBV an, dass mit der Einführung anderer Formen der Trägerschaft als der des persönlich haftenden Arztes schwer umkehrbare Entwicklungen in Gang gesetzt worden seien. „Die KBV unterstützt in dieser Frage grundsätzlich alle Versuche, durch mehr Transparenz der Versorgungsformen und durch Schaffung gleichberechtigter Voraussetzungen für die Leistungserbringung durch selbstständige Vertragsärzte die individuelle, persönliche Prägung der vertragsärztlichen Versorgung konsequent zu erhalten.“ ■

 **Positionspapier der KBV:**
www.kbv.de/html/44536.php

UNABHÄNGIGKEIT ÄRZTLICHER ENTSCHEIDUNGEN WAHREN




Im Zuge der zunehmenden Übernahme durch fachfremde Finanzinvestoren hält auch die Bundesärztekammer (BÄK) Gesetzesänderungen des SGB V für erforderlich. Im Kern müssten die Maßnahmen darauf hinwirken, dass die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gegenüber finanziellen Interessen gewahrt und strukturell abgesichert sei. Ärztinnen und Ärzte dürften sich nicht einem Spannungsfeld wirtschaftlicher Interessen und ihrer medizinisch-ethischen Bindung zu Patientinnen und Patienten ausgesetzt sehen, so die BÄK in ihrem Positionspapier. Dieses Argument deckt sich mit der Haltung der KBV.

Nach Meinung der BÄK müssten Träger, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen wollen, auch die Kontrollmechanismen der Solidargemein-

schaft für sich gelten lassen. Ferner solle durch die Begrenzung des Marktanteils eines MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses eine Monopolisierung großer MVZ-Strukturen verhindert werden. In ihrem Positionspapier fordert die BÄK daher die ausschließliche Zulassung fachübergreifender Einrichtungen, um die einseitige Fokussierung auf lukrative Leistungen zu unterbinden. Darauf aufbauend solle die MVZ-Gründung durch Krankenhäuser an einen räumlichen und fachlichen Bezug zum Krankenhaus geknüpft sein. Dies sei ein zentraler Baustein für eine nachhaltige Eindämmung des Einflusses von Fremdinvestoren in der ambulanten Versorgung, die auch den Patientinnen und Patienten sichtbar gemacht werden müsse. Für diese ist es „im konkreten Einzelfall wichtig, dass sie unkompliziert erkennen können,

wer hinter einem MVZ steht, in das sie sich zur Behandlung begeben wollen“, schreibt die BÄK.

Die Vorschläge der BÄK zielten weder gegen medizinische Versorgungszentren (MVZ) als solche noch gegen sinnvolle Investitionen in die Strukturen der ambulanten Versorgung ab. „Stattdessen geht es darum, das Primat des Patientenwohls in der ambulanten Versorgung zu sichern, indem kritischen Entwicklungen in Richtung einer Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung durch geeignete Gegenmaßnahmen begegnet wird“, konstatiert die BÄK in ihrem Positionspapier. ■

 www.bundes-aerztekammer.de >
Themen > Ärzte > Gesundheitsversorgung > MVZ



TALK MIT DOC BARTELS

GESUNDHEITZENTRUM STATT KRANKENHAUS

Dr. Andreas Bartels (l.) besuchte seinen Talk-Gast Prof. Dr. Jonas Schreyögg in Hamburg.

„Talk mit Doc Bartels“ in Hamburg: Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV RLP, Dr. Andreas Bartels, besuchte den Inhaber der Professur Management im Gesundheitswesen an der Universität Hamburg und wissenschaftlichen Direktor des Hamburg Center for Health Economics in der Hansestadt.

Muss es immer und überall ein Krankenhaus sein oder reicht in manchen Fällen auch ein sogenanntes Gesundheitszentrum aus? Diese und andere Fragen diskutierten Dr. Bartels und Prof. Dr. Schreyögg im aktuellen Talk. „Bestimmte Krankenhäuser machen nicht das, was sie machen sollten. Sie erbringen Leistungen, die eigentlich eher in spezialisierten Häusern angesiedelt sind“, so Schreyögg. „Das ist ein Grund, warum wir eine sehr heterogene Qualität in der stationären Versorgung haben.“ In der ambulanten Versorgung besteht laut dem Gesundheitsökonom, der Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist, hingegen ein Koordinierungsproblem, das sehr viele Ressourcen kostet. „Viele gehen, obwohl sie zum Internisten müssten, direkt zum Neurologen. Hier muss eine Steuerungsfunktion her“, fordert er.

Arbeiten mit multiprofessionellen Teams

Dr. Andreas Bartels sieht das skeptisch: „Die Hausärzte sind jetzt schon überlastet. Über 20.000 Hausarztpraxen wer-

den demnächst altersbedingt schließen und kaum noch Nachfolger finden. Wenn sie nun auch noch diese Koordination übernehmen sollen, weiß ich gar nicht, wie das funktionieren soll“, gibt er zu bedenken. Prof. Dr. Schreyögg bringt hier multiprofessionelle Teams ins Spiel: „Ich bin selbst Patient in einer Praxis in Hamburg, wo ich kaum die Hausärztin

sehe, sondern die MFA enorm viel machen.“ Hoch qualifizierte Angestellte könnten viele Aufgaben übernehmen. Im Gespräch wird klar: Die strikte Trennung des ambulanten und stationären Bereichs wird es künftig so nicht mehr geben. Doch für alle strukturellen Veränderungen muss die Selbstverwaltung mit ins Boot geholt werden: Planung, Anpassung von Qualitätsstandards, sektorengleiche Finanzierung – hier sind noch einige Bretter zu bohren. ■

[www.youtube.com > Talk mit Doc Bartels](https://www.youtube.com/watch?v=...)

Im Gespräch mit dem Orthopäden und Leiter der Ärztlichen Bereitschaftspraxen in Bad Kreuznach und Mainz, Dr. Martin Seemann

KÖNNEN WIR UNS DEN ÄBD LEISTEN?



[www.youtube.com > Talk mit Doc Bartels](https://www.youtube.com/watch?v=...)



Im Gespräch mit dem Augenarzt, Leitenden Direktor und Mitbegründer der ARTEMIS-Klinik-Gruppe, Dr. Kaweh Schayan-Araghi

INVESTORENGEFÜHRTE ARZTPRAXEN



[www.youtube.com > Talk mit Doc Bartels](https://www.youtube.com/watch?v=...)



INTERVIEW

EINHEIT IN DER VIELFALT VERKÖRPERN

Auf der konstituierenden Sitzung der Vertreterversammlung im Dezember 2022 gab es einen Wechsel an der Spitze des Gremiums. KV PRAXIS sprach mit Dr. Siegfried Stephan, VV-Vorsitzender, und Dr. Anja von Buch, stellvertretende VV-Vorsitzende, über ihre Erwartungen und Herausforderungen in der neuen Legislaturperiode.



Dr. Siegfried Stephan und Dr. Anja von Buch wollen, dass die hausärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Gruppen in der neu gewählten VV an einem Strang ziehen.

an einem Strang zu ziehen. Ich denke, wir können wirklich keine Zeit mehr damit vergeuden, dass sich die hausärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Gruppen gegenseitig das Wasser abgraben. Stattdessen müssen wir gemeinsam dafür kämpfen, die ambulante Versorgung auf einem hohen Niveau zu halten.

Frau Dr. von Buch, erstmals ist mit Ihnen eine Frau im VV-Vorsitz vertreten.

KV PRAXIS: Herr Dr. Stephan, Frau Dr. von Buch, Sie sind auf berufspolitischer Ebene und im KV-Geschäft bereits alte „Hasen“. Wie haben Sie sich seit Ihrer Wahl in Ihr neues Amt eingelebt und welche Ziele haben Sie sich für diese Legislatur gesetzt?

Dr. Siegfried Stephan: Natürlich ist es meine Aufgabe als VV-Vorsitzender, die Interessen aller Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu vertreten. Da möchte ich gar keine Gruppe besonders herausgreifen. In meiner Vorstellungsrede kurz nach der Wahl habe ich gesagt, dass es mir um die Einheit in der Vielfalt bei der Ärzteschaft geht. Nur als Einheit haben wir überhaupt eine Chance, uns auch gegenüber der Politik klar zu positionieren. Sobald wir uns aufsplitten, sind wir zu schwach, um überhaupt noch gehört zu werden. Auf der anderen Seite bin ich auch für die Vielfalt unserer Spezifitäten in der Einheit, und das halte ich für einen ganz wichtigen Punkt.

Dr. Anja von Buch: Als stellvertretende VV-Vorsitzende liegt der Reiz für mich darin, mit den verschiedenen Fraktionen in der VV konstruktiv nach außen hin arbeiten zu können – beispielsweise, wenn es um die Themen Ärzte- und Fachkräftemangel im Land geht. Dabei kommt es darauf an, mit den Fraktionen

Der Verein Spitzenfrauen Gesundheit kritisiert die aktuelle Unterrepräsentanz von Frauen im Vorstand der KVen trotz Einführung der Frauenquote im Gesundheitswesen. Was hindert aus Ihrer Sicht Frauen aktuell, im Gesundheitswesen in Führungspositionen zu gelangen?

Dr. Anja von Buch: Es ist sicherlich so, dass Männer lieb gewordene Führungspositionen in der Berufspolitik ungern aufgeben. Eine Führungsposition muss sich eine Frau hart erkämpfen. Leider trauen sich Frauen zu wenig zu. Das ist schade und muss sich unbedingt ändern. Bei der Wahl zur VV letztes Jahr gab es drei paritätisch zusammengesetzte Listen, nämlich die Liste des Hausärztesverbandes, die Liste der Psychotherapeutischen Vereinigung und die Pädiatrie-Liste. Es wäre für die Berufspolitik gut, wenn mehr Frauen repräsentiert wären, denn Frauen haben einen anderen Blick auf bestimmte Sachverhalte. Im Hinblick auf eine angemessene Repräsentanz von Frauen in Führungspositionen im Gesundheitswesen ist noch viel zu tun!

Als VV-Vorsitzender und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie vertreten Sie, Herr Dr. Stephan, den psychotherapeutischen Bereich. Inwieweit beeinflusst das Ihre Arbeit in der Vertreterversammlung?

Dr. Siegfried Stephan: Als Vorsitzender der VV sehe ich mich zuständig für alle in der KV vertretenen Bereiche, wobei ein besonderes Augenmerk für mich auf die Gruppe aller Fachärzte gerichtet ist. Insofern würde ich mich sehr eingeengt fühlen, wenn ich sagen würde, ich sei für die Psychotherapie zuständig. Als Psychiater, Psychosomatiker und Psychotherapeut geht es mir immer auch darum, den psychischen und psychosomatischen Aspekt in die Behandlungen miteinzubeziehen. Wir behandeln Menschen und nicht nur Krankheiten!

Als junger Arzt habe ich früher selbst eine Zeit lang Hausarztvertretungen in Urlaubszeiten gemacht und dabei erlebt, welche Rolle die Psychosomatik auch dort spielt. Man kann sagen, dass 50 Prozent der Erkrankung auch psychisch beeinflusst werden. Insofern ist es mein Ziel, die Psychotherapie nicht nur im engen Sinne zu vertreten.

Die Ereignisse der vergangenen Jahre – sei es die Corona-Pandemie oder die Flutkatastrophe im Ahrtal – haben den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen viel abverlangt. Aktuelle Entwicklungen wie die geplante Reform der Notfall- und Akutversorgung, der Ruf nach Entbudgetierung bzw. leistungsgerechter Honorierung und die weiter voranschreitende Digitalisierung sind zusätzliche Herausforderungen. Welchen Einfluss kann eine KV darauf nehmen?

Dr. Siegfried Stephan: Als Körperschaft des öffentlichen Rechts hat die Kassenärztliche Vereinigung immer nur einen begrenzten Rahmen, in dem sie aktiv sein kann. Daher sind vor allem die verschiedenen Berufsverbände gefragt, die dezidiert und pointierter bestimmte Dinge vertreten können als die KV. Im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten ist es ganz wichtig, dass die KV als gemeinsames Gremium auftritt und der Politik gegenüber den notwendigen Sachverstand einbringt. Die Politik weiß viel, aber wenn es um die Medizin geht, sind die Ärzte und Psychotherapeuten einfach Fachleute, die gefragt werden müssen. Schließlich hat der Gesetzgeber uns den Auftrag erteilt, als Körperschaft selbstverwaltend zu wirken. Damit hat man ja auch gesagt, dass die KVen die Kompetenz haben. Diese Aufgabe sollten wir weiterhin deutlich wahrnehmen.

Dr. Anja von Buch: Wichtig finde ich persönlich, dass wir nah an den Bedürfnissen unserer Mitglieder bleiben und auf die Probleme achten, die ihnen am meisten zu schaffen machen. Neben der nach wie vor unbefriedigenden Honorarsituation spielt dabei auch der steigende Fachkräftemangel in den Praxen eine wichtige Rolle.

Wie kann sich die rheinland-pfälzische Ärzte- und Psychotherapeutenchaft auf politischer Ebene mehr Gehör verschaffen – Stichwort Protestaktion „Wir sehen schwarz“ am 12. Oktober 2022 in Ingelheim?

Dr. Anja von Buch: Wir müssen auf jeden Fall dranbleiben. Dazu ist es entscheidend, dass wir regelmäßig mit Vertretern aus Politik und Medien, aber auch mit der Universität und anderen Institutionen im Gespräch bleiben. Nur so werden wir gehört werden. Während der Corona-Pandemie sind wir alle mehr gehört worden. Da hat sich viel getan. Das Problem ist im Bewusstsein, aber es darf aus dem Bewusstsein nicht wieder verschwinden, denn die Lage spitzt sich überall zu.

Dr. Siegfried Stephan: Die Protestaktion im vergangenen Jahr kann sicher nur ein Anfang gewesen sein. Abgewandelte, ähnliche Veranstaltungen sind auch zukünftig sinnvoll, denn letzten Endes geht es ja darum, dass wir uns nicht nur für die ärztlichen und psychotherapeutischen Interessen einsetzen, sondern auch für die Interessen unserer Patienten. Sie sollten uns am Herzen liegen und tun das auch. Insofern machen wir diese Aktionen auch für unsere Patienten.

Das Ergebnis der Honorarverhandlungen war wieder einmal niederschmetternd. Inflation und steigende Energiekosten bringen die Praxen an ihre Existenzgrenze. Arztpraxen mit besonders hohem Energieverbrauch können für das Jahr 2023 zusätzliche Stromkosten geltend machen. Auf diese Sonderregelung hat sich die KBV mit den Krankenkassen verständigt. Reicht das oder ist dies nur ein Tropfen auf den heißen Stein?

Dr. Anja von Buch: Diese Sonderregelung bezieht sich ja ausschließlich auf die radiologischen und operierenden Praxen. Für die anderen Praxen ist der Energieverbrauch nicht wesentlich. Hauptfaktor der meisten Praxen sind die Personalkosten. Als Praxisinhaber bekommt man angesichts der steigenden Lebenshaltungskosten gar keine Mitarbeiterinnen mehr zum Tariflohn. Die medizinischen Fachkräfte sind einfach nicht mehr bereit, für diese Gehälter zu arbeiten. Wenn hier nichts passiert, wird das den Tod vieler Praxen bedeuten.

Dr. Siegfried Stephan: Ich denke, es ist besser als gar nichts. Und dennoch können wir unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht zwei Prozent als Lohnsteigerung anbieten. Das ist zu wenig. Um unsere Praxen nach gutem Standard zu führen, benötigen wir mindestens einen Inflationsausgleich. Es geht nicht darum, den Gewinn der Ärzte zu vergrößern, sondern einen gewissen Ausgleich für das inflationsbedingte Gehaltsminus zu schaffen. Zwei Prozent liegen deutlich unter der Inflationsrate und es ist keine Lösung, die Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Arzthelfer/-innen mit zwei Prozent abzuspeisen, während andere Berufsgruppen berechtigterweise mehr bekommen. ■

Vielen Dank für das Gespräch!

 Ausführliches Interview: www.kv-rlp.de/531311

DIE FLUT IST NOCH NICHT VORBEI.

Fast zwei Jahre sind seit der Flutkatastrophe vergangen. Zunächst mussten die Menschen begreifen, was geschehen war, und all ihre Energie in den Wiederaufbau stecken. Welche Themen beschäftigen sie heute? Vier Mitglieder der KV RLP erzählen, wie ihr Alltag und der ihrer Patientinnen und Patienten aussieht.



alle Bilder: © KV RLP



„Ich klebe
Trostpflaster.“

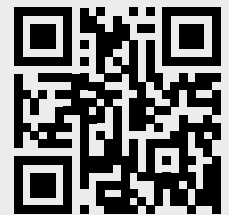
Sie vermischt in ihren Träumen den 14. Juli 2021 mit der lange zurückliegenden Vergewaltigung durch ihren Stiefvater. Die Flut hat das Ereignis aus der Vergangenheit nach oben gespült. Er ist so antriebslos, sieht keinen Sinn mehr in dem, was er tut, da gefühlt nichts vorangeht. Sie kann nicht mehr auf die Ahr schauen, geschweige denn über eine Brücke gehen. Wasser macht ihr Angst. Es sind Patientinnen und Patienten wie diese, die Psychotherapeut **Christian Falkenstein** aus Dernau behandelt. Menschen mit bisher unterdrückten Traumata, posttraumatischen Belastungsstörungen und Angstzuständen kommen zu ihm in den Container in Kalenborn im Ahrtal. Dort praktiziert er seit März 2022. Vorher war der 52-Jährige leitender Psychologe an den Median-Kliniken in Daun und arbeitete 2018 ein Jahr lang für „Ärzte ohne Grenzen“ in Belarus. „Nun mache ich ‚Ärzte ohne Grenzen‘ zu Hause. Für mich war klar, dass ich in meiner Heimat helfen muss. Der Bedarf ist riesig, die Wartelisten sind lang.“

Seinen Patientinnen und Patienten kann Falkenstein auf Augenhöhe begegnen. Für manche ist das Erlebte so schlimm, dass sie nicht darüber sprechen können. Das müssen sie bei ihm auch nicht. Christian Falkenstein ist einer von ihnen. Er teilt ihr Schicksal. Auch er und seine Familie sind stark von der Flut betroffen. „Ich klebe momentan Trostpflaster, helfe den Menschen, auf die Beine zu kommen. Dann müssen sie erst mal alleine laufen. Mehr geht momentan nicht. In drei, vier Jahren können wir das Ganze noch einmal aufarbeiten.“ Und wie geht es ihm selbst? „Ich lebe“, sagt er.



Bewegende Bilder

KV-TV war erneut in der Flutregion unterwegs und hat die Situation vor Ort festgehalten.



www.kv-rlp.de/641728

„Nichts ist mehr, wie es war.“



Astrid Näkel ist oft die erste Anlaufstelle für die Betroffenen, obwohl oder gerade weil sie auch selbst betroffen ist. Die hausärztlich aktive Internistin praktiziert im Erdgeschoss ihres Hauses in Dernau. Ihre angemieteten Praxisräume sind zerstört, das Haus der Vermieterin ist abbruchreif. Bereits zwei Tage nach der Flut richtete Näkel in ihrem Wohnhaus, das auf dem Berg liegt, eine Notfallpraxis ein. Diese hat sie weiter ausgebaut und den Praxissitz komplett dorthin verlegt. Dafür musste ihr 18-jähriger Sohn ins neun Quadratmeter große Büro im ersten Stock ziehen „Das hat ihm nicht gefallen, doch es gab keine andere Möglichkeit.“ Was Näkel enorm belastet, ist die finanzielle Situation. Auf gut 150.000 Euro wurde der Schaden geschätzt.

Eine Versicherung bestand nicht, die Wiederaufbauhilfe deckt nur einen Bruchteil ab. „Ich dachte immer, dass ich ab 60 ein bisschen kürzertreten könnte. Aber nach der Flut ist ein Ruhestand für mich noch lange nicht in Sicht.“ Auch der Verlust ihrer alten Heimat macht ihr zu schaffen: „Nichts ist mehr, wie es war. Straßen, Geschäfte, Menschen – ein großes Stück meiner Erinnerungen und meiner Lebensgeschichte sind von heute auf morgen weg. Einfach so, ohne, dass ich mich verabschieden konnte.“ Doch Astrid Näkel ist eine Macherin. Die Arbeit hilft ihr. Die Patientinnen und Patienten geben ihr viel zurück.



„Die Kosten machen mir zu schaffen.“

In Jünkerath in der Vulkaneifel praktiziert **Dr. Michael Jüngt**. Dort trat die Kyll über die Ufer und zerstörte seine Praxis. Neun Monate arbeiteten der Allgemeinmediziner und sein Team in einem Provisorium im Jünkerather Rathaus. „Das war ein Segen für uns und unsere Patienten.“ Eine hausärztliche Grundversorgung war genauso möglich wie eine Vielzahl an COVID-19-Impfungen. Eine harte Zeit – auch weil zeitgleich die neue Praxis aufgebaut wurde. In ehemaligen Geschäftsräumen einer Firma für Röntgentechnik ist ein Schmuckstück entstanden. „Die Patienten sagen, es sei die schönste Praxis an der oberen Kyll“, verrät Dr. Jüngt nicht ohne Stolz. Die größeren Räumlichkeiten und Veränderungen im Praxisteam machten es nötig, die Arbeitsabläufe anzupassen, und führen in Kombination mit den generell hohen Preisen zu viel höheren Kosten als vorher. „Damit habe ich zu kämpfen. Das macht mir zu schaffen. Die Versicherung hat zwar gezahlt. Außerdem habe ich Spenden erhalten, für die ich sehr dankbar bin. Aber das deckt die Kosten bei Weitem nicht.“

Im Vergleich zum Ahrtal haben die meisten die Flut hier gut verkräftet. Denn das Ausmaß der Zerstörung war bei Weitem nicht so hoch wie dort. Die materiellen Schäden sind zum größten Teil wieder beseitigt, die Katastrophe ist nicht mehr täglich vor Augen. Und doch wird die Flut wohl für immer Teil des Lebens der Betroffenen bleiben. Auch des Lebens von Dr. Michael Jüngt: „Ich fand es früher romantisch, bei Regen ein Buch zu lesen und ein gutes Glas Wein zu trinken. Wenn heute die Tropfen auf mein Praxisdach fallen, habe ich oft ein ungutes Gefühl.“



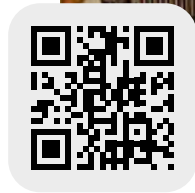
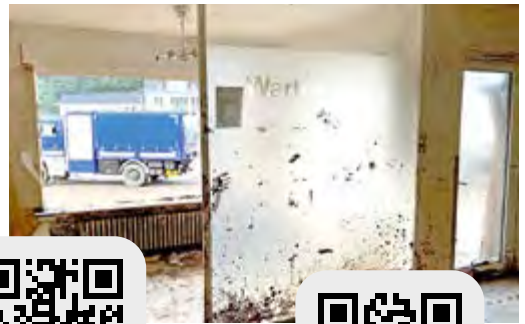
„Es muss ja weitergehen.“

Den Container, in dem Christian Falkenstein praktiziert, kennt **Dr. Stefanie Nacke** nur allzu gut. Für rund ein halbes Jahr war er das Zuhause ihrer Praxis. Im Juni 2022 zog die Allgemeinmedizinerin wieder in ihre ursprünglichen Praxisräume in Altenahr. Sowohl diese als auch das Wohnhaus der Nackes hatte die Flut komplett zerstört. Wie so viele Dinge aktuell war auch der Umzug extrem kräftezehrend. Trotzdem sind Dr. Nacke und ihr Team froh, zurück in den alten Räumen zu sein.

Der Routinebetrieb läuft wieder, aber die Flut ist allgegenwärtig – sei es in Gesprächen mit den Patientinnen und Patienten oder beim Blick aus dem Praxisfenster. Nach einer ersten akuten Welle mit psychischen Erkrankungen direkt nach der Katastrophe und einer zweiten im ersten Winter ohne Heizung ist seit Anfang dieses Jahres eine dritte Welle da. „Jetzt kommt raus, wie erschöpft man eigentlich ist. Man hat die ganze Zeit funktioniert. Doch nun sind die Reserven in vielerlei Hinsicht erschöpft“, erzählt die Allgemeinmedizinerin. Auch bei ihr selbst. Am Wochenende hat sie am liebsten ihre Ruhe, ist noch nicht wieder bereit für neue Eindrücke, versucht, raus aus dem Hamsterrad zu kommen. Finanziell hat Familie Nacke bisher alles alleine gestemmt. Noch immer ist das Praxisgutachten nicht da – die Voraussetzung für den Antrag auf Wiederaufbauhilfe. „Aber es muss ja weitergehen.“ Aufgeben sei keine Option. Eine große Hilfe in der Praxis ist für Dr. Nacke Barbara Keuler. Sie unterstützt die 53-Jährige seit Oktober 2022 als Ärztin in Weiterbildung. „Ohne sie hätte ich es nicht geschafft!“

BILDER, DIE FÜR IMMER BLEIBEN.

KV-TV war auch 2021 und 2022 in der Flutregion unterwegs.



www.kv-rlp.de/940748



www.kv-rlp.de/741012

7 NEUE ZULASSUNGEN IN DER PSYCHOTHERAPIE

Auch fast zwei Jahre nach der Flut im Ahrtal haben viele Menschen mit den psychischen Auswirkungen zu kämpfen. Um den akuten Versorgungsbedarf langfristig zu decken, hat der Zulassungsausschuss kürzlich per Sonderbedarf fünf weiteren Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einem Umfang von 2,75 Versorgungsaufträgen sowie einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einem Umfang von eineinhalb Versorgungsaufträgen eine Zulassung erteilt. Auch Christian Falkenstein darf auf Basis einer Sonderbedarfszulassung praktizieren. Mit anderen Kolleginnen und Kollegen macht er sich für weitere Zulassungen stark.

„Wir begrüßen die Entscheidung des Zulassungsausschusses ausdrücklich. Durch die zusätzlichen Sitze kann etwas Abhilfe geschaffen werden. Es dürften jedoch nicht die letzten Genehmigungen gewesen sein. In dieser Ausnahmesituation müssen weitere folgen. Der Bedarf ist weiterhin riesig. Deshalb muss die Bedarfsplanung durch eine Reform flexibler gestaltet werden und sich an den tatsächlichen Versorgungsbedarfen orientieren. Nur so kann die Versorgungslage langfristig stabilisiert werden.“

Peter Andreas Staub | Vorstandsmitglied der
KV RLP und Psychotherapeut

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

EIN ERSTER SCHRITT IN DER ENTBUDGETIERUNG

Leistungen der Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin aus Kapitel 4 EBM werden ab dem 2. Quartal 2023 mit dem Orientierungswert und damit ohne Quotierung des Punktwertes vergütet. Ebenso werden Leistungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie entbudgetiert.

Die Leistungen des Kapitels 4 EBM umfassen sowohl allgemeinpädiatrische Leistungen wie Vorsorgeuntersuchungen und Impfberatung als auch die fachärztliche Pädiatrie wie Ultraschalluntersuchungen und damit rund 95 Prozent aller kurativen pädiatrischen Leistungen. Die gesetzgebende Instanz hat jedoch für diese Leistungen nicht – wie sonst üblich – eine extrabudgetäre Vergütung beschlossen, sondern eine unquotierte Vergütung innerhalb der budgetären Gesamtvergütung mit Nachschusspflicht der Krankenkassen gegenüber dem Basisquartal 2/2022.

Unquotierte Vergütung nur bei Kapitel 4 EBM

Liegt das unquotierte Honorar der Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin in Rheinland-Pfalz auf Basis des Leistungsbedarfs im aktuellen Quartal über dem Honorar im Basisquartal 2/2022, müssen die Krankenkassen den Differenzbetrag nachzahlen. Falls das unquotierte Honorar dieser ärztlichen Fachgruppe auf Basis des Leistungsbedarfs im aktuellen Quartal unter dem Honorar im Basisquartal 2/2022 liegt, müssen mit den Krankenkassen Zuschläge vereinbart werden, sodass die Kinderärztinnen und Kinderärzte mindestens den Umsatz des Basisquartals erreichen. Damit werden im Gegensatz zu einer extrabudgetären Vergütung Umsatzverluste der Pädiaterinnen und Pädiater bei rückläufiger Patientenzahl vermieden.

Für die pädiatrischen Leistungen außerhalb des Kapitels 4 EBM wie Sonografie, Hyposensibilisierung und Psychosomatik gilt die garantierte Vergütung mit dem Orientierungswert jedoch

nicht. Wie diese Leistungen vergütet werden, muss weiterhin im HVM der KV RLP geregelt werden. Ebenso wenig gilt die garantierte Vergütung mit dem Orientierungswert nach den gesetzlichen Vorgaben für Patientinnen und Patienten über 18 Jahre. Diese machen rund 0,6 Prozent aller pädiatrischen GKV-Versicherten aus.

Neben der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmedizin wurde auch eine extrabudgetäre Vergütung der Grundleistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschlossen. Sie gilt für den EBM-Abschnitt 14.2 sowie die GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314. Dies macht rund 60 Prozent aller kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen aus.

Fazit und Ausblick

Die Entbudgetierung fast aller pädiatrischen Leistungen ist positiv zu bewerten, da für die Pädiaterinnen und Pädiater sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater die Vergütung dann besser kalkulierbar ist und die Krankenkassen die Finanzierung für die Zunahme an pädiatrischen Fällen übernehmen. Die Politik überlegt, bis Ende dieses Jahres auch für den allgemeinärztlichen Bereich die Entbudgetierung in ein Gesetzgebungsverfahren zu bringen. Da die Probleme in der fachärztlichen Grundversorgung ähnlich liegen wie im pädiatrischen Bereich, besteht auch hier Handlungsbedarf, bestehende Begrenzungs- und Budgetierungsmaßnahmen aufzuheben.

Insgesamt könnte die Entbudgetierung sowohl im pädiatrischen als auch im allgemeinärztlichen Bereich dazu führen, dass die Patientenversorgung besser gewährleistet wird und die Fachärzteschaft eine gerechtere Vergütung für ihre Leistungen erhält. Die Übernahme der Finanzierung durch die Krankenkassen bei steigender Patientenzahl könnte zudem dazu beitragen, dass sich mehr Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit in der Kinder- und Jugendmedizin oder in der allgemeinärztlichen Versorgung entscheiden – was wiederum der gesamten Gesundheitsversorgung zugutekommen würde. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Gesetzesänderungen in der Praxis auswirken und ob weitere Schritte zur Verbesserung der medizinischen Versorgung notwendig sind. ■



Die Entbudgetierung im pädiatrischen und im allgemeinärztlichen Bereich könnte dazu führen, dass die Patientenversorgung besser gewährleistet wird.

PATIENTENENGAGEMENT FÜR EIN GEREGETES LEBEN

Ein Weg um Opiatabhängige zu stabilisieren, ist die Substitutionstherapie, bei der sie Ersatzmittel verabreicht bekommen. Doch es gibt immer weniger Substitutionsärztinnen und -ärzte – gerade in ländlichen Gebieten. Ulrich Frankenberger macht den Job seit rund 25 Jahren. Er hat seine Entscheidung nie bereut.

Es ist 6:45 Uhr, wenn Ulrich Frankenberger seine Praxisräume in Kaiserslautern öffnet. Kaum haben er und sein Praxisteam die Computer hochgefahren, treffen schon die ersten Patientinnen und Patienten ein. „Wenn das Licht angeht, wissen sie, dass sie hereinkommen dürfen“, schildert Frankenberger die morgendliche Routine. Die frühe Uhrzeit mache ihm, so erzählt er, überhaupt nichts aus. „Ich mache meinen Job gerne“, sagt der Facharzt für Allgemeinmedizin. Neben der üblichen Patientenschaft seiner Hausarztpraxis kümmert sich der 70-Jährige um eine ganz spezielle Klientel: Substitutionspatientinnen und -patienten.

Zu wenig Nachwuchs bei steigendem Bedarf

Substitutionsärztinnen und -ärzte wie Ulrich Frankenberger gibt es in Rheinland-Pfalz immer weniger. Viele der substituierenden Ärztinnen und Ärzte befinden sich jenseits des 60. Lebensjahres und werden in naher Zukunft aus der vertragsärztlichen Versorgung, und damit auch aus der Substitutionsmedizin, ausscheiden. „Die, die es machen“,

erzählt Frankenberger, „sterben langsam aus.“

Und die Nachwuchsgewinnung entpuppt sich als schwierig. Der Dokumentationsaufwand und die besondere Klientel schrecken viele davon ab, die Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ zu absolvieren, vermutet der Allgemeinmediziner. Dabei werden die Leistungen der Substitutionsmedizin extrabudgetär vergütet und vertragsärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte aller Fachgruppen für die Erlangung der Zusatzbezeichnung, die die Absolvierung eines Kurses von 50 Stunden bedeutet, einmalig mit 500 Euro von der KV RLP gefördert.

Unentschlossene können das Konsiliarverfahren nutzen, das es Ärztinnen und Ärzten ermöglicht, auch ohne Zusatzweiterbildung bis zu zehn Patientinnen und Patienten zu substituieren. Hierfür müssen sie die Behandlung jedoch eng mit einer Substitutionsmedizinerin oder einem Substitutionsmediziner abstimmen, die bzw. der die Patientin oder den Patienten zu Behandlungsbeginn und mindestens einmal im Quartal sieht. „In der Hoffnung, dass sich mehr Ärztinnen und Ärzte an der Ver-

sorgung von Suchtpatientinnen und -patienten beteiligen, haben wir dieses Verfahren eingeführt“, erläutert Frankenberger, seines Zeichens Mitglied der Qualitätssicherungskommission für Substitution.

Mit Empathie und Verstand

Seit 1998 ist Ulrich Frankenberger nun in der Substitutionsmedizin tätig. Es war ein Anruf der KV RLP, der dazu führte. „In Kaiserslautern wurden verzweifelt Substitutionsärztinnen und -ärzte gesucht, also machte ich die Zusatzweiterbildung“, erinnert sich der Allgemeinmediziner. Bereut hat er seine Entscheidung bis heute nicht. „Die Arbeit ist kein Hexenwerk. Jeder kann damit etwas Gutes tun. Außerdem sind die Patientinnen und Patienten einem sehr dankbar. Es ist immer wieder schön zu sehen, wenn Menschen den Weg in ein geregelteres und stabiles Leben finden“, so Ulrich Frankenberger.

Die Vergabezeiten sind übrigens räumlich und zeitlich vom Alltagsbetrieb der Praxis getrennt. Das sei wie in der Küche, erzählt der leidenschaftliche Koch: „Organisation ist alles.“ Wichtig sei es, ein Verständnis für die Situation zu schaffen und Vorurteile abzubauen. Denn: „Die Opiatabhängigkeit ist eine Krankheit und keine Charakterschwäche.“ ■

INTERESSE AN DER ZUSATZWEITERBILDUNG SUCHTMEDIZIN?

Der Kurs kann bei verschiedenen Anbietern absolviert werden und nach erfolgreich abgeschlossener Prüfung, die von der Ärztekammer abgenommen wird, erhalten Sie einmalig 500 Euro Förderbeitrag von der KV RLP. Den Förderantrag finden Sie auf unserer Homepage. Für Fachfragen und Erfahrungsberichte nehmen Sie gerne Kontakt mit Ulrich Frankenberger auf: praxisfrankenberger@gmx.de.



Arbeitet mit Leidenschaft für das Wohl seiner Patientinnen und Patienten: Ulrich Frankenberger

+++ NEWS +++ GUT ZU WISSEN

Dringlichkeitscodes können beim Service-Center angefordert werden



Mit einem Dringlichkeitscode auf dem Überweisungsschein können Patientinnen und Patienten über die Terminservicestelle (TSS) schneller einen Facharzttermin bekommen. Die dafür notwendigen Code-Aufkleber können

Praxen selbst generieren. Ab sofort übernimmt die KV RLP dies bei Bedarf für die Praxen.

Bisweilen gibt es in den Praxen Schwierigkeiten, die Code-Aufkleber in Eigenregie zu erstellen. Die KV RLP bietet daher in solchen Fällen an, die gewünschte Anzahl kostenfrei auszudrucken und zuzusenden. Bei Bedarf können sich Praxen telefonisch oder per E-Mail wenden an:



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

Selbstverständlich haben Praxen weiterhin die Möglichkeit, die Dringlichkeitscodes selbst auszudrucken. Dies funktioniert entweder über das eigene Praxisverwaltungssystem oder über die WebArzt-Funktion des eTerminservices. Die Etiketten müssen dafür selbst besorgt werden. Die Code-Aufkleber sind unbegrenzt gültig.

Gut zu wissen: Ein Dringlichkeitscode wird ausschließlich im Vermittlungsfall durch die Terminservicestelle benötigt. Im Hausarztvermittlungsfall ist er nicht erforderlich.

Telematik: Künftig monatliche Pauschalen

Zum 30. Juni endet die derzeitige Finanzierungsvereinbarung von KBV und GKV-Spitzenverband und damit auch der Anspruch auf die Konnektor-Pauschale in Höhe von 2.300 Euro. Ab dem 1. Juli 2023 sollen Praxen eine monatliche TI-Pauschale erhalten, die auch die Kosten für den Konnektortausch umfassen soll. Zum Redaktionsschluss der KV PRAXIS waren weder die Höhe, die genaue Ausgestaltung noch die Abrechnung der neuen Pauschale bekannt. Aufgrund der gescheiterten Verhandlungen zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband muss das Bundesgesundheitsministerium die Details festlegen. Falls ein Konnektortausch durch Ablauf der Zertifikate im zweiten Halbjahr erforderlich wird, wird die aktuelle Pauschale Ende Juni automatisch ausgezahlt.

i Weitere Informationen zum Thema Konnektortausch in KV KOMPAKT, Seite 1 f.



Impfstoffbestand bis 30. Juni melden

Für viele Arztpraxen ist es eine lästige, aber doch notwendige Pflicht: Bis zum 30. Juni 2023 müssen sie die vorhandenen Impfstoffe prüfen und bis spätestens zum 15. Juli 2023 an die KV RLP melden. Wie Praxen ihr Inventurergebnis an die KV RLP melden, ist in KV KOMPAKT erläutert. Darüber hinaus wird erklärt, falls Mitarbeitende die Inventurliste ausfüllen oder die Praxis am 30. Juni geschlossen sein sollte. Um die Zahlen der Inventurliste nicht zu verfälschen, empfiehlt die KV RLP, am 30. Juni 2023 keine Impfstoffe zu verordnen.

i Details zum Vorgehen bei der Impfstoffinventur in KV KOMPAKT, Seite 9

DOSIERUNGSANWEISUNG AUF DEM REZEPT ANGEBEN

Seit dem 1. November 2020 müssen Verordnungen über verschreibungspflichtige Medikamente eine Dosierungsanweisung enthalten. Die Landesapothekerkammer (LAK) Rheinland-Pfalz gibt Tipps, worauf Praxen im Verordnungsalltag achten sollten.

In der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) (§ 2 Satz 1 Nr. 7) ist geregelt, dass bei der Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eine Dosierung auf dem Rezept anzugeben ist. Bei patientenbezogenen Verordnungen kann auf die Dosierungsangabe nur dann verzichtet werden, wenn:

- die Patientin bzw. der Patient einen Medikationsplan erhält, der das verschriebene Medikament umfasst, oder
- eine entsprechende schriftliche Dosierungsanweisung einer verschreibenden Person vorliegt und wenn die verschreibende Person dies in der Verschreibung kenntlich gemacht hat.

In diesen beiden Fällen muss das Kürzel »Dj« („Ja, eine Dosierungsanweisung ist vorhanden“) auf dem Rezept angegeben

werden. Hier bietet die Praxissoftware eine gute Hilfe bei der Umsetzung. Nicht notwendig hingegen ist die Dosierungsangabe bei Verordnungen, die direkt an die verordnende Person abgegeben werden, wie beispielsweise bei Sprechstundenbedarfsverordnungen.

Angewendet wird die verpflichtende Regel nicht nur in der Akutversorgung, sondern auch bei Folge- oder Dauerverordnungen. „Wichtig ist, dass die Angaben jeweils aktuell sind und sich keine Differenzen zwischen den Angaben auf dem Rezept und dem etwaigen Medikationsplan oder mündlichen Anweisungen an die Patienten ergeben“, betont Peter Stahl, Präsident der Landesapothekerkammer.

Im Sinne der sicheren Arzneimittelverordnung sei auch bei der Verordnung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, zum Beispiel Ibuprofensaft

Praxisbeispiel

Dosierungsangaben auf dem Rezept

- Angabe der Dosierung auf dem Rezept (hier 1x täglich abends):
Ramipril-xyz-Pharma 2,5 mg 20 Tabletten N1 PZN01234567 »0-0-1«
- Vorliegen einer schriftlichen Dosierungsanweisung oder eines Medikationsplans:
Ramipril-xyz-Pharma 2,5 mg 20 Tabletten N1 PZN01234567 »Dj«
- Bedarfsmedikation:
Ibuprofen xyz-Pharma 600 mg 10 Tabletten N1 PZN98765432
»Bei Schmerzen bis zu 3x1«

Die Angabe „bei Bedarf“ oder „wie besprochen“ ist nicht ausreichend!

für Kinder, die Angabe einer Dosierung auf dem Rezept sinnvoll, so der Kammerpräsident. „Eine Verpflichtung dazu gibt es allerdings nicht.“

Je genauer die Angaben auf dem Rezept sind, desto problemloser und sicherer werden die Patientinnen und Patienten in der Apotheke versorgt. Zugleich gibt es weniger Anlass für Rückfragen, die einen reibungslosen Praxisablauf unter Umständen beeinträchtigen könnten. Und umso sicherer ist die Apotheke vor Beanstandungen der Krankenkassen. Denn für die Apotheken, so Peter Stahl, ergebe sich das Problem, dass sich „die Prüfstellen der Krankenkassen auf solche Formalia wie das Fehlen von Dosierungsanweisungen eingeschossen“ hätten. Werden die fehlenden Angaben durch die Apotheke nicht ergänzt, kann die Krankenkasse die Erstattung ganz oder teilweise verweigern. ■



Je präziser die Angaben auf dem Rezept sind, desto problemloser und sicherer werden die Patientinnen und Patienten in der Apotheke versorgt.

HYGIENE

IM HÄUSLICHEN UMFELD IST BESONDERE VORSICHT GEBOTEN

Ärztinnen und Ärzte sowie nichtärztlich Mitarbeitende, die Patientinnen und Patienten in Heimen oder in ihrem häuslichen Umfeld behandeln, können nur bedingt auf die in der eigenen Praxis etablierten Hygienestandards zurückgreifen. Dabei treffen sie gerade in diesen Fällen auf Situationen, die ein hohes Maß an Hygiene erfordern.

Um die Hygieneanforderungen erfüllen zu können, muss die Hausbesuchstasche entsprechend ausgestattet sein, zum Beispiel mit:

- Händedesinfektionsmitteln,
- Flächendesinfektionsmitteln,
- Haut- und Schleimhautantiseptika,
- Persönlicher Schutzausrüstung,
- kleinen durchstichsicheren Kanülenabwurfbehältern.

Die medizinische Versorgung wird zunehmend aus Krankenhäusern in den ambulanten Bereich oder in die stationäre Pflege verlagert. Aufgrund dieser Entwicklung hat die KRINKO eine Empfehlung „Infektionsprävention in Heimen“ erstellt. Diese Empfehlung gilt

primär für Einrichtungen, in denen medizinische und pflegerische Maßnahmen außerhalb von Krankenhäusern stattfinden. Aber auch für andere Betreuungsformen ist die Empfehlung anwendbar, zum Beispiel in der Hauskrankenpflege.

Guter Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten wichtig

Unabhängig davon, wo Patientinnen und Patienten behandelt werden, sind die grundlegenden Hygienemaßnahmen einzuhalten. Diese sind dem praxisindividuellen Hygieneplan zu entnehmen. Wer in einem Pflegeheim arbeitet, kann dort Einsicht nehmen in den Hygieneplan, der zusätzliche Informationen enthalten kann – zum Beispiel über den



Es empfiehlt sich, im Patientengespräch bzw. den Angehörigen oder den Pflegenden notwendige Hygienemaßnahmen anzusprechen.

Umgang mit PEG-Sonde, Tracheostoma, Urostoma oder Enterostoma, die gegebenenfalls zu berücksichtigen sind. Ein guter Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten ist daher wertvoll und wichtig. In der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, (versorgenden) Angehörigen oder Pflegenden sind notwendige Hygienemaßnahmen anzusprechen. Hygienebezogene Informationen sollten wechselseitig ausgetauscht werden. ■

📌 Hygiene in der Arztpraxis – ein Leitfaden www.kv-rlp.de/715503-13042

RKI: Infektionsprävention in Heimen: www.rki.de > Infektionsschutz > Infektions- und Krankenhaushygiene > Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

Praktische Hinweise	Ziel
<p>Hausbesuch</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hände vor der Patientenbehandlung und nach dem Patientenkontakt, nach Ablegen der Handschuhe desinfizieren ■ Kontamination der Privatkleidung vermeiden ■ Nicht auf das Bett setzen ■ PSA bei bestehender Indikation anlegen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eigener Schutz vor Infektion und Kolonisation ■ Erregereintrag in die Praxis verhindern <p>Wichtigste Voraussetzung: Hygienische Händedesinfektion</p>
<p>Heimbesuch</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Wie Hausbesuch, zusätzlich einrichtungseigene Hygienestandards einhalten ■ Kommunikation mit dem Pflegepersonal, zum Beispiel: <ul style="list-style-type: none"> ■ Feste Visitenzeiten vereinbaren ■ Wechselseitig Diagnosen abgleichen und weitergeben, zum Beispiel neu bekannt gewordene MRSA-Besiedlung im Rahmen eines Klinikaufenthalts, Verdacht auf Norovirus-Erkrankung ■ Gemeinsam erforderliche Maßnahmen festlegen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eigener Schutz vor Infektion und Kolonisation ■ Weiterverbreitung von Erregern auf andere Bewohner verhindern ■ Infektionsübertragung in den Einrichtungen verhindern, zum Beispiel Norovirus, MRSA <p>Wichtigste Voraussetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hygienische Händedesinfektion ■ Datenschutz beachten: keine Diagnosen an Dritte weitergeben ohne Einwilligung der betroffenen Patientinnen und Patienten

1. SOMMERKONGRESS

9. September – Mainz

**WORKSHOPS
IMPULSE
SPRECHSTUNDEN
AUSSTELLUNG
BÖRSE & CO.**

JETZT ABONNIEREN

Highlights,
Programm und
Anmeldestart –
immer informiert
bleiben mit dem
Newsletter KV INFO:



www.kv-rlp.de/918610

**EXTRAS
FÜR MFA**

DER KONGRESS FÜR DAS GANZE PRAXISTEAM

AUF EINEN BLICK

Praxiswissen Abrechnungstipps | Web Arzt 2.0: Live-Demonstration |
Praxisleitfaden SSB | QS Diabetologie | Sono-Update | Kardiologie/
Angiologie | Hygienemanagement | Substitutionstherapie | BD-Online



CORONA

Damit die Leistungen und der Anpackgeist der Praxen und aller Beteiligten in Rheinland-Pfalz nicht in Vergessenheit geraten, dokumentieren Zahlen, Fakten und Geschichten die Pandemie in einem **Zeitdokument**.



www.kv-rlp.de/202022