



## Protokoll der Vorstandssitzung des Augennetz West

**Mittwoch, den 6. April 2016, Beginn: 16 Uhr**  
**Konferenzraum der Universitäts-Augenklinik Bonn**

**Teilnehmer aus dem Vorstand:** Dr. M.C. Dwinger, L. Weßels,  
Priv.-Doz. Dr. T.U. Krohne, Prof. Dr. F.G. Holz

**Gäste:** Dr. S. Hunt, E. Matthes

**Protokollantin:** Dr. S. Hunt

### Vorstand

Prof. Dr. F.G. Holz, Bonn

PD Dr. T.U. Krohne, Bonn

Dr. M.C. Dwinger, Königswinter

L. Weßels, Sankt Augustin

### Mitglieder

Dr. O. Alfarwi, Siegen

Dr. H. Ayertey, Hürth

Dr. I. Bechrakis, Bonn

Dr. G. Boekels-Clasen, Jülich

Dr. A. Boros, Bonn

Dr. med.Dr. phil. U. Clasen, Jülich

Dr. W. Clemens, Bad Honnef

Dr. T. Dietrich, Nümbrecht

Dr. S. Dunker, Troisdorf

Dr. U. Dunker, Bonn

Dr. I. El-Bably, Bonn

Dr. U. Engelskirchen, Troisdorf

Dr. K. Ewert, Königswinter-Oberdollendorf

Dr. Ute Faller, Bonn

Dr. H. Fuchs, Siegen

Prof. Dr. M. Göbbels, Düren

Dr. J. Haase, Rheinbach

Dr. M. Haase, Bonn

Dr. S. Hoeft, Bonn

Dr. A. Hunold, Aachen

Dr. D. Johann, Koblenz

H. Keintzel-Schön, Bonn

Dr. A. Kloock, Brühl

S. Köhler, Bonn

Dr. G. Kosch, Troisdorf

Dr. F. Kremer, Troisdorf

Dr. J. Kremer-Hepping, Troisdorf

Dr. R. Krott, Köln

Dr. S. Krohne, Bonn

Dr. M. Lauhoff, Wissen

Dr. K. C. Lê-Ruppert, Meckenheim

Dr. M. Lehnert, Sankt Augustin

Dr. S. Leuwer, Bonn

S. Linke, Brühl

Dr. A. Mattern, Brühl

Dr. C. Moritz-Bönders, Bad Honnef

Dr. R. Müller-Breitenkamp, Bonn

PD Dr. U. Müller-Breitenkamp, Bonn

Dr. J. Oldendörp, Euskirchen

Dr. K. Papakostas, Gummersbach

Dr. K. Paust, Bonn

Dr. F. Roth, Bonn

Dr. S. Roth, Bonn

Dr. Z. Sbeity, Niederkassel-Rheidt

Dr. J.J. Sock, Troisdorf

D. Stappler, Bonn

Dr. U. Stefer, Troisdorf

Dr. N. Stratmann, Köln

Dr. A. Vogel, Koblenz

Dr. M. Zewell-Alfers, Bonn

### Tagesordnungspunkte

1. Begrüßung
2. KV-Notdienst – u.a. Weiterleitung von Privatpatientendaten an die KV
3. Univ.-Augenklinik: Bildgebende Diagnostik als IGeL-Leistung
4. IVOM-Behandlungsschemata (PRN vs. T&E)
5. Fortbildungen 2016 und 2017
6. E-Health-Gesetz
7. Mögliche Kooperationen und Treffen der Augennetze Freiburg, Frankfurt und Bonn
8. Sozialprojekt
9. Umstellung von teuren Originalpräparaten auf gleichwertige Generica – was ist im Klinikalltag möglich?
10. Verschiedenes

## **Begrüßung**

Professor Holz begrüßte die Teilnehmer und übernahm die Versammlungsleitung.

## **KV-Notdienst – u.a. Weiterleitung von Privatpatientendaten an die KV**

Professor Holz berichtete, dass es Beschwerden von Ärzten der KV-Notdienstpraxis gab, dass die Daten von Privatpatienten an die KV-Nordrhein weitergeleitet würden. Auf Nachfrage bei der KV antwortete deren Rechtsabteilung: *„...dass die KV Nordrhein den in der Notfallpraxis diensthabenden Ärztinnen und Ärzten einen Muster-Einwilligungstext für die Patienten zur Verfügung stellt, auf dem die Patienten mit Ihrer Unterschrift einwilligen, dass ihre Daten durch den Arzt auf dem Server der KV Nordrhein für ein Jahr gespeichert werden.“* Da das Formular zum Zeitpunkt der Vorstandssitzung noch nicht vorlag und auch in der Notdienstpraxis an diesem Mittwoch nicht zu erhalten war, war sich der Vorstand einig, dass ein solches Formular verfasst werden müsse.

**Anmerkung:** Inzwischen wurde das Formular „Einwilligungserklärung Patient NFP Bonn Augen 15-03-16“ von der KV zur Verfügung gestellt und ist diesem Protokoll als Anhang beigefügt.

Professor Holz berichtete, dass die Notdienstpraxis sowohl bei Patienten als auch den dienstverrichtenden Ärzten gut angenommen wurde. Probleme gebe es weiterhin mit der IT und zu langsamen Telecom-Leitungen – hier soll in Kürze ein Anschluss für eine schnellere Verbindung gelegt werden.

Da die Ärzte der KV-Notdienstpraxis kein WLAN für ihre private Kommunikationselektronik zur Verfügung haben, wird zur Zeit von Herrn Matthes und der UK-IT geprüft, ob die Augenklinik den Ärzten der Notdienstpraxis einen WLAN-Gastzugang zur Verfügung stellen kann.

## **Bildgebende Diagnostik als IGeL-Leistung**

Professor Holz informierte, dass die Universitäts-Augenklinik Bonn zukünftig alle bildgebende Diagnostik als IGeL-Leistung anbieten möchte. Entsprechende Kostenübernahmeerklärungen sowie dazugehörige Patienteninformationen liegen im Entwurf bereits vor. Ausnahmen stellen Akutversorgung sowie für Studien rekrutierte Patienten und alle wissenschaftlichen Projekte dar.

Herr Wessels fand es wichtig, dass die Klinik ihre Patienten dahingehend aufklären muss, dass niedergelassene Augenärzte die bildgebende Diagnostik nicht von der Krankenkasse erstattet bekommen und diese daher den Patienten in Rechnung stellen müssen. Dr. Dwinger und Herr Wessels waren sich einig, dass bildgebende Diagnostik in ihren Praxen nicht immer eine IGeL-Leistung sei, dass es allerdings im Praxisalltag schwer sei, zwischen absolut notwendiger Diagnostik, die häufig kostenfrei gemacht würde und Diagnostik als IGeL-Leistung eine Grenze zu ziehen. So würden OCTs nach einer Operation oft nicht als IGeL-Leistung abgerechnet. Bei Diagnose einer trockenen AMD, Gliose oder RCS würde das OCT allerdings als IGeL-Leistung angeboten. Professor Holz warf ein, dass sich viele niedergelassene Augenärzte beschwert hatten, dass die Klinik OCTs nicht als IGeL-Leistung

anbiete. Diese Ärzte hatten Probleme ihren Patienten zu erklären, warum OCTs in ihrer Praxis als IGeL-Leistung gelten, wenn diese in der Klinik kostenfrei erstellt würden. Dr. Dwinger merkte an, dass er weniger Probleme mit kostenpflichtigen OCTs habe als viel mehr mit kostenpflichtiger Pachymetrie und HRT-Untersuchungen, wenn diese von der Klinik kostenfrei angeboten würden. Wichtig sei es auch, das OCT in der Galukomdiagnostik grundsätzlich als IGeL-Leistung anzubieten. In den Universitäts-Augenkliniken Heidelberg und Marburg würde die bildgebende Diagnostik bereits als IGeL-Leistung angeboten, so Professor Holz.

### **IVOM-Behandlungsschemata (PRN vs. T&E)**

Diskutiert wurden die Pros und Cons der IVOM-Behandlungsschemata PRN (Pro re nata) und T&E (treat and extend). Dr. Dwinger informierte, dass er ursprünglich mehr nach dem PRN-Schema behandelte, jetzt aber mehr zu T&E übergehe. Eine Rolle spiele auch, wie gut der Patient die Praxis erreiche. Das Problem mit dem PRN-Schema sei, dass viele Patienten ihre Spritze erst nach 5 Wochen erhielten, wenn die Medikamente nicht vorrätig, sondern erst bestellt werden müssten. Das T&E-Schema werde von den Patienten viel besser angenommen und sei auch für die Praxis einfacher, da die Injektionen besser planbar seien.

Herr Wessels berichtete, dass für ihn T&E eher die Ausnahme sei, da er mit dem PRN-Schema über viele Jahre gute Erfahrungen gemacht habe. Allerdings würden viele Patienten in der Tat erst nach 5-6 Wochen die Injektion erhalten.

Auch Professor Holz konnte bestätigen, dass seine Patienten das T&E-Schema viel besser annähmen, da die Patienten immer wüssten, wann die nächste Injektion gegeben werde.

### **Fortbildungen 2016 und 2017**

Am 16. März 2016 bot das Augennetz West wieder eine ophthalmologische Fortbildung für medizinische Fachangestellte an, die sehr gut besucht war. Im Anschluss an die Vorträge konnten die Teilnehmerinnen noch an einer Führung durch den ambulanten OP teilnehmen. Auch in diesem Jahr will das Augennetz West einen zertifizierten IVOM-Kurs anbieten. In diesem Jahr soll die vierstündige Veranstaltung jedoch auf zwei separate Fortbildungen aufgeteilt werden. Die erste Fortbildung findet am 29. Juni statt und soll den Schwerpunkt auf die OCT-Diagnostik bei der IVOM-Behandlung legen. Die zweite Fortbildung ist für den 24. August geplant und soll u.a. das Thema PRN vs. T&E behandeln.

Auch 2017 will das Augennetz West Fortbildungen anbieten. Für März ist eine Veranstaltung für MFAs geplant. Im Sommer soll es ein oder zwei augenärztliche Fortbildungen geben. Themenvorschläge sind u.a. Hornhaut, Glaukom, Lider, refraktive Chirurgieverfahren.

### **E-Health-Gesetz**

Der Vorstand des Augennetz West diskutierte das neue E-Health-Gesetz (Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen), das im Dezember 2015 verabschiedet wurde. Das Gesetz schreibt ein Zeitfenster (Mitte 2016 bis Mitte 2018) für die bundesweite Einführung der Telematik-Infrastruktur fest. In dieser Zeit sollen Arztpraxen und Krankenhäuser flächendeckend an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen sein.

**Hintergrund:** Medizinische Notfalldaten sollen ab 2018 auf Wunsch des Versicherten auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden. Menschen, die 3 oder mehr Arzneimittel anwenden haben ab Oktober 2016 Anspruch auf einen Medikationsplan. Mit der elektronischen Patientenakte und dem Patientenfach werden Patienten über ihre Diagnosen und Therapien informiert. Sie bekommen zudem die Möglichkeit, auch selbst Daten - z.B. aus Fitnesstrackern oder sog. Wearables - dem Arzt zu übermitteln.

Mit dem E-Health-Gesetz wird der Einstieg in die elektronische Patientenakte gefördert. Bis Ende 2018 muss die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Patientendaten (z.B. Arztbriefe, Notfalldaten, Daten über die Medikation) in einer elektronischen Patientenakte für die Patienten bereitgestellt werden können. Patienten sind dann in der Lage, ihre Behandler über ihre wichtigsten Gesundheitsdaten zu informieren.

Patienten haben Anspruch darauf, dass ihre mittels Gesundheitskarte gespeicherten Daten in ihr Patientenfach aufgenommen werden. Im Patientenfach können auch eigene Daten z.B. ein Patiententagebuch über Blutzuckermessungen oder Daten von Wearables und Fitnessarmbändern, abgelegt werden.

Zur Förderung der Telemedizin, wird die telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen ab April 2017 und die Online-Videosprechstunde ab Juli 2017 in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen werden.

Um sicher zu stellen, dass die verschiedenen IT-Systeme auch miteinander kommunizieren können, soll bis zum 30. Juni 2017 ein Interoperabilitätsverzeichnis erstellt werden, das die von den verschiedenen IT-Systemen im Gesundheitswesen verwendeten Standards transparent macht. Neue Anwendungen sollen nur noch dann aus den Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, wenn die im Gesetz vorgesehenen Festlegungen und Empfehlungen aus dem Interoperabilitätsverzeichnis berücksichtigt werden.

Weil immer mehr Menschen Smartphones und andere mobile Endgeräte für Gesundheitsanwendungen nutzen, soll bis Ende 2016 geprüft werden, ob die Versicherten solche Geräte etwa zur Wahrnehmung ihrer Zugriffsrechte und für die Kommunikation im Gesundheitswesen einsetzen können.

Die KBV hat mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine Infrastruktur aufgebaut, die einen schnellen Datenaustausch ermöglicht und dabei höchsten Sicherheitsanforderungen genügt: Das sichere Netz der KVen (SNK). Es funktioniert wie das Internet, ist aber vom World Wide Web getrennt. Es verbindet einzelne Arzt- und Psychotherapeutenpraxen, medizinische Einrichtungen und Krankenhäuser untereinander und mit den Rechenzentren der KVen. In Modellregionen werden sogar erste Apotheken angeschlossen.

Rund 80.000 Ärzte und Psychotherapeuten sind bereits im Netz und nutzen die zahlreichen Online-Anwendungen, die den Praxisalltag erleichtern. Mit dem Kommunikationskanal KV-Connect ist dies für bestimmte Anwendungen sogar direkt aus dem jeweiligen Praxisverwaltungssystem heraus möglich. Eine Zugangsberechtigung zum sicheren Netz bekommen nur die von der KV zugelassenen Anwender. Ein Zugriff von Unbefugten auf die Behandlungsdaten und die bereitgestellten Online-Anwendungen ist somit nicht möglich.

## **Mögliche Kooperationen und Treffen der Augennetze Freiburg, Frankfurt und Bonn**

Neben Freiburg und Bonn hat inzwischen auch Frankfurt das Augennetz RheinMain gegründet. Der Vorstand des Augennetz West war sich einig, dass ein Treffen der Vorstände dieser drei Augennetze, um Ideen auszutauschen und zukünftige Kooperationen zu erkunden, Synergieeffekte freisetzen wird. Es ist geplant, dass ein erstes Treffen auf der diesjährigen DOG stattfinden soll.

### **Sozialprojekt**

Es gab seit längerem Überlegungen, ob das Augennetz West für Flüchtlingskinder eine ehrenamtliche augenärztliche Versorgung bereitstellen soll. Inzwischen erhielten in Bonn und einigen umliegenden Gemeinden Flüchtlinge jedoch die Gesundheitskarte, die sie zu allen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen berechtigt. Ob bei Flüchtlingskindern ein Bedarf einer augenärztlichen Betreuung wirklich besteht, soll in einem ersten Schritt mit den zuständigen Behörden geklärt werden.

### **Umstellung von teuren Originalpräparaten auf gleichwertige Generica – was ist im Klinikalltag möglich?**

*Originalmedikamente und Generika:* Auf der letzten Vorstandssitzung sprach Herr Wessels an, dass die Augenklinik Patienten ausschließlich mit teuren Originalmedikamenten behandeln und diese dann im Anschluss von niedergelassenen Augenärzten aufgrund der Verschreibungsquoten nicht mehr rezeptiert werden könnten. Zudem haben Krankenkassen für die meisten Medikamente Rabattverträge mit Herstellern/Generikaherstellern, so dass Apotheker angewiesen sind, Kassenpatienten nur die von ihrer Krankenkasse spezifizierten Medikamente zu geben.

Dr. Dwinger regte, dass die Klinik Patienten zukünftig bei ihrer Entlassung ein Rezept für notwendige Medikamente mitgibt. Hier könnten auch Originalpräparate verschrieben werden, wenn die medikamentöse Einnahme voraussichtlich binnen ein bis zwei Wochen abgeschlossen ist (z.B. nach Katarakt-Operationen). Bei Dauermedikation (z.B. bei Glaukom) sollte eher auf ein Genericum ausgewichen werden.

Die Augenklinik hatte eine Liste aller in der Klinik benutzten gängigen ophthalmologischen Präparate zusammengestellt und Dr. Dwinger und Herr Wessels machten sich die Arbeit, für viele Originalpräparate Alternativ-Generica zu benennen. Diese „alternative Liste“ wird nun von der Klinikumsapotheke geprüft und wenn eine Umstellung auf ein gleichwertiges Genericum möglich ist, dann soll in Zukunft auch so verfahren werden.

### **Anmerkung: Inzwischen haben wir folgende Information erhalten:**

#### ***Entlassmedikation: Kliniken dürfen künftig Verordnungen ausstellen***

*29.03.2016 Verordnungsinfos*

*Krankenhausärzte sollen ihren Patienten künftig bei der Entlassung aus der Klinik unter bestimmten Voraussetzungen ein Rezept ausstellen dürfen. Das sieht das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vor. Der Gesetzgeber will damit die medizinische Versorgung der Patienten unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt sicherstellen. Für die praktische Umsetzung muss jedoch auf Bundesebene noch ein Rahmenvertrag geschlossen werden.*

*Verordnungen durch Krankenhausärzte sind demnach an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Beispiel: Wird der Patient unmittelbar vor dem Wochenende entlassen, muss das Krankenhaus prüfen, ob die Versorgung durch die Mitgabe von Medikamenten sichergestellt werden kann. Ansonsten dürfen Krankenhausärzte nur die kleinste Packungsgröße (N1) eines Arzneimittels verordnen.*

*Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements sind als solche zu kennzeichnen und nur begrenzt gültig. So müssen beispielsweise Arzneimittelrezepte innerhalb von drei Werktagen (einschließlich Samstag) nach der Entlassung in der Apotheke eingelöst werden. Einzelheiten hierzu hat der Gemeinsame Bundesausschuss bereits in seinen Richtlinien geregelt. Die Regelungen betreffen die Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie sowie von AU-Bescheinigungen. Der noch fehlende Rahmenvertrag soll Einzelheiten etwa zu den Formularen oder der Betriebsstättennummer regeln. Die Verhandlungen laufen noch.*

*Bei den neuen Regelungen zur Entlassmedikation handelt es sich jedoch nicht um eine Verpflichtung, sondern um eine „Kann-Vorschrift“. Das bedeutet, dass auch mit einem Rahmenvertrag offen bleibt, wie einzelne Krankenhäuser die Entlassverordnungen umsetzen werden.*

### **Verschiedenes**

Dr Wessels schlug vor, auf einer der nächsten Fortbildungen zu dem Thema „Was dürfen/müssen Kliniken ihren Patienten an Medikamenten/Rezepten mitgeben, ab wann ist der niedergelassene Augenarzt in der Pflicht“ näher zu informieren.

Die Vorstandssitzung schloss um 17:30 Uhr.

### **Anhang**