



IMPFUNG GEGEN COVID-19

ÄRMEL HOCHKREMPELN!

Im Kampf gegen die Pandemie leisten die Niedergelassenen mit ihren Medizinischen Fachangestellten in den Impfbüros sowie in mobilen Teams einen herausragenden Beitrag.

Aktuelles zum Coronavirus:

www.kv-rlp.de/555444

WAHLKAMPF 2021

Zur rheinland-pfälzischen Landtagswahl setzen die Parteien auch Akzente in der Gesundheitspolitik. | Seite 14

WEITERENTWICKLUNG

Die Umsetzung der dritten Stufe der Bereitschaftsdienstreform hat sich für die Patientenversorgung bewährt. | Seite 18

FORTBILDUNG

Für das gesamte Praxisteam bietet die KV RLP auch 2021 zahlreiche Fortbildungen online an. | Seite 20

INHALT

■ SCHWERPUNKT

4 Lebendige Forschung

Ein Überblick über die zurzeit am meisten erforschten Impfstofftypen und wichtige Antworten zum Zulassungsverfahren.

7 Logistische Herausforderung



Der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft Prof. Wolf-Dieter Ludwig sieht eine große Aufgabe der Praxen beim Impfmanagement.

10 Licht am Ende des Tunnels

Zwei Ärztinnen berichten von ihren ersten Einsätzen im Impfzentrum sowie im mobilen Impfteam.

13 Leidenschaftlich diskutiert

Zwar sind COVID-19-Impfungen keine gesetzliche Pflicht, doch hält sie unser Gastautor in medizinischen Einrichtungen für angebracht.

■ POLITIK

14 Landtagswahl 2021 – und dann?

Die Parteien in Rheinland-Pfalz positionieren sich im Wahlkampf für die nächste Legislaturperiode und formulieren auch ihre gesundheitspolitischen Vorstellungen.

16 Landesausschüsse im Portrait

KV PRAXIS stellt die Arbeit zweier Ausschüsse vor, deren neue Amtsperiode am 1. Januar begonnen hat und die eine wichtige Funktion in der Versorgungsplanung innehaben.

■ PANORAMA

18 Bereitschaftsdienst im Umbruch

Über erste Erfahrungen zur Reform und wie diese in der Pilotregion Rheinessen-Nahe ankommt, informiert der leitende Koordinator Prof. Martin Seemann.

■ SERVICE

20 Fortbildungen für Praxisteam

Viele Schulungsmöglichkeiten der KV RLP werden nicht nur für Praxisinhabende angeboten, sondern richten sich auch gezielt an das gesamte Praxisteam.

22 Gerüstet für die Telematik

Der Heilberufsausweis ist auch eine wichtige Voraussetzung für den Erhalt des Praxisausweises und sollte deshalb baldmöglichst beantragt werden.

23 Änderungen für die Praxis-IT

Auf Basis der in Kraft getretenen IT-Sicherheitsrichtlinie werden schrittweise weitere Maßnahmen zur Absicherung der digitalen Arbeitsprozesse erfolgen.

24 Impressum

25 Nachrichten

26 Aktuelle Rechtsprechung | Videoformat
Talk mit Doc Bartels

27 Medizinische Handwaschplätze | Neues aus
der KV-Hotline

28 Eigenanzeige KV-TV

VORWORT

**Liebe Kolleginnen
und Kollegen,
liebe Praxismitarbeiterinnen
und Praxismitarbeiter,**



schon über ein Jahr laufen wir den großen Marathonlauf namens „COVID-19-Pandemie“ zusammen. Es war nicht immer einfach, die Kräfte so einzuteilen, dass man nicht völlig außer Atem kam. Die Option, den Lauf einfach abzubrechen, haben wir alle leider nicht. Wir müssen gemeinsam letztlich mit aller Kraft dabei mitwirken, die Pandemie zu knacken. Wenn alles gut läuft, haben wir, nach meiner persönlichen Einschätzung, etwa die Hälfte des Weges geschafft.

Waren wir in den letzten Monaten eher hilflos dieser Naturgewalt ausgesetzt, bekommen wir in absehbarer Zeit hochwirksame Impfstoffe in unsere Praxen. Die politisch Verantwortlichen haben erkannt, dass man allein mit Impfbetrieben keine schnelle Durchimpfung hinbekommt. Schnelle und massenhafte Durchimpfung gelingt nur über unser ambulantes System. Die Zeit der wegen Impfstoffknappheit notwendigen Priorisierung geht zu Ende. Wir können bald jeden, der uns sozusagen vor die Nadel läuft, impfen. Wer welchen Impfstoff bekommt, liegt dann in unserer ärztlichen Entscheidung. Es gibt Impfstoffe, die für die bis 45-jährigen Patientinnen und Patienten hervorragend geeignet sind, genauso wie andere gute Impfstoffe für die übrigen Altersgruppen. Entscheidend ist nicht der individuelle Impfschutz; dieser ist für diejenigen, die in der ersten Reihe am Patienten arbeiten, unerlässlich. Entscheidend ist eine sehr gute Impfquote. Damit ziehen wir dem Virus sozusagen den Boden unter den Füßen weg.

Wir werden uns dafür einsetzen, die Impfformalitäten in den Praxen auf das Notwendigste zu reduzieren, um eine hohe Drehzahl zu ermöglichen. Nur ein verimpfter Impfstoff ist ein guter Impfstoff. Die Spanische Grippe wütete drei Jahre. Ich hoffe, dass wir diesmal mit Unterstützung der Impfstoffe die Angelegenheit innerhalb von zwei Jahren über die Bühne bekommen.

Viel Kraft und Ausdauer bis zum Endspurt wünscht Ihnen Ihr

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dr. Heinz'.

Dr. Peter Heinz

Vorsitzender des Vorstands der KV RLP



IMPfung GEGEN COVID-19

ÄRMEL HOCHKREMPELN!

Die Forschung an Impfstoffen gegen SARS-CoV-2 ist facettenreich; die Entwicklung bzw. Zulassung neuer Impfstofftypen hat zu Jahresbeginn enorm an Dynamik und Tempo gewonnen. KV PRAXIS gibt einen Überblick über die am häufigsten erforschten Impfstofftypen und erläutert die Zulassungsverfahren.

Fast wöchentlich werden Meldungen über neue Zulassungs- und Genehmigungsverfahren von Impfstoffen verschiedener Hersteller veröffentlicht. Doch wie verläuft eigentlich die Entwicklung eines Impfstoffs gegen ein unbekanntes Virus?

Die meisten Entwickler haben Erfahrung mit einer bestimmten Impfstoffplattform und -technologie. Bei der Entwicklung eines neuen Impfstoffs auf Basis der bekannten Technologie wird zunächst geprüft, mit welchen Bestandteilen des Virus eine spezifische und potenziell schützende Immunreaktion hervorgerufen wird. Falls ein geeignetes Tiermodell zur Verfü-

gung steht, wird als Proof-of-concept die Schutzwirkung gegenüber dem Virus geprüft.

Erst nach umfangreichen Untersuchungen zu möglichen Risiken und dem Nachweis, dass der Impfstoff konsistent in guter Qualität hergestellt werden kann, kann er in klinischen Prüfungen der Phase I bis Phase III an nach Aufklärung freiwillig teilnehmenden Studienprobanden erprobt werden. Dazu sind die Genehmigung der zuständigen Arzneimittelbehörde, in Deutschland des Paul-Ehrlich-Instituts, und die positive Stellungnahme der zuständigen Ethikkommission erforderlich.

Drei wesentliche Arten von Impfstoffen

Zu den derzeit vielversprechendsten Kandidaten gegen SARS-CoV-2 gehören genbasierte Impfstoffe mit Vektorviren sowie RNA-Impfstoffe. Weitere Impfstoffkonzepte umfassen unter anderem gentechnisch hergestellte ungefährliche Erregerbestandteile oder auch Totimpfstoff aus inaktiviertem Ganzvirus. Pharmaunternehmen und Forschungsinstitute arbeiten auf unterschiedliche Impfstoffe hin. Die meisten Projekte zielen auf drei Impfstoffarten, die der Verband der forschenden Arzneimittelhersteller (vfa) auf seiner Website folgendermaßen charakterisiert:

mRNA-Impfstoffe

Diese Impfstoffe enthalten ein ausgewähltes Gen des Virus in Form von RNA, in der in allen lebenden Zellen bei Bedarf Abschriften einzelner Gene erstellt werden, die für die Proteinherstellung nötig sind: messenger-RNA (kurz mRNA). Die mRNA aus dem Impfstoff soll nach der Injektion im Körper die Bildung von (ungefährlichem) Virusprotein hervorrufen, das dann wiederum wie bei einem konventionellen Impfstoff den Aufbau des Immunschutzes bewirkt.

Impfstoffe mit Vektorviren

Bei mehreren Projekten dienen gut bekannte, harmlose Viren als Ausgangspunkt, beispielsweise das „Modifizierte Vaccinia-Virus Ankara“ (MVA), das Adenovirus Serotyp 26 oder das Virus

aus Masernimpfstoff. Nun ergänzen Forscher das Genom dieser abgeschwächten Viren um ein oder mehrere Gene für Oberflächenproteine von SARS-CoV-2. Somit dienen Vektorviren als Transportmedium, mit deren Hilfe die genetische Information in die menschliche Zelle geschleust wird. In den infizierten Zellen wird dann die Produktion der entsprechenden SARS-CoV-2-Proteine veranlasst, welche dann dem Immunsystem präsentiert werden.

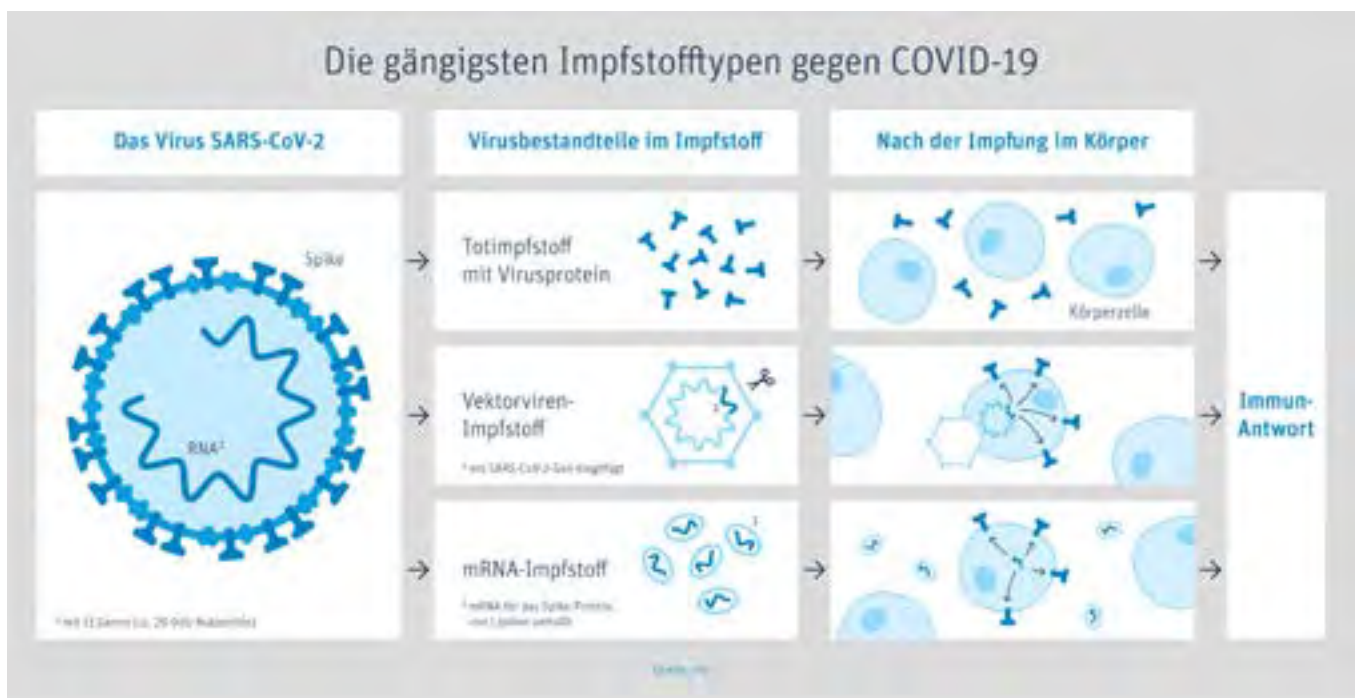
Totimpfstoffe mit Virusproteinen

Diese Impfstoffe enthalten ausgewählte Virusproteine, die gentechnisch hergestellt und anschließend gereinigt werden. Damit beruhen sie im Wesentlichen auf lang bewährter Technologie: Viele zugelassene Impfstoffe sind so zusammengesetzt; beispielsweise solche gegen Hepatitis B.

📄 Weitere Informationen: www.vfa.de > Arzneimittel & Forschung > Woran wir forschen > Impfstoffe zum Schutz vor der Coronavirus-Infektion COVID-19
Aktuelle Impfstoffprojekte gegen COVID-19: www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines

Daten zu Wirksamkeit von Impfstoffen bei Zulassungsbeginn nicht vollständig

Für Europa wird das zentralisierte Zulassungsverfahren durch die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) koordiniert. Die





Impfstoffbewertung übernehmen die Expertinnen und Experten des Paul-Ehrlich-Instituts und die anderen nationalen Arzneimittelbehörden Europas. Bei den aktuell am Markt befindlichen Impfstoffen handelt es sich um sogenannte bedingte Zulassungen. Grundvoraussetzung dafür ist, dass der jeweilige individuelle und der Public-Health-Nutzen gegenüber den Risiken überwiegen. Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit des Impfstoffs liegen zum Zulassungszeitpunkt zwar noch nicht vollständig vor, es ist aber zu erwarten, dass vollständige Daten nachgeliefert werden können. Die Zulassung ist zunächst ein Jahr gültig und anschließend jährlich verlängerbar. Bei ausreichender Datenlage kann die Zulassung auf eine Standardzulassung umgestellt werden.

„Der Begriff der Wirksamkeit wird in der Öffentlichkeit häufig missverstanden“, erläuterte dazu der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, im Gespräch mit KV PRAXIS. So wurde beim mRNA-Impfstoff des Herstellers Moderna eine relative Wirksamkeit der Impfung von 94,1 Prozent und beim BioNTech/Pfizer-Impfstoff sogar eine relative Wirksamkeit des Impfstoffs von 95 Prozent berechnet. „Um beispielhaft die BioNTech/Pfizer-Studie herauszugreifen: Die Bestätigung von COVID-19 basierte auf den Kriterien der US-Arzneimittelbehörde FDA mit Nachweis von mindestens einem der folgenden Symptome: Fieber, Husten, Atemnot, Muskelschmerzen, Verlust des Ge-

schmacks- oder Geruchssinns, Durchfall oder Erbrechen, Halsschmerzen sowie einem – vier Tage zuvor bzw. vier Tage danach – positiven PCR-Test.

Von den rund 43.000 Studienteilnehmern, die geimpft wurden bzw. ein Placebo erhalten haben, bekamen in der Placebo-Gruppe 162 Studienteilnehmer COVID-19 mit den beschriebenen Symptomen und in der geimpften Gruppe acht Studienteilnehmer COVID-19. „Das heißt 162 versus 8 bei 43.000 Studienteilnehmern macht 95 Prozent relative Wirksamkeit. Wir wissen also keinesfalls, ob mit 95-prozentiger Sicherheit nach der Impfung ein Auftreten von COVID-19 verhindert werden kann. Dieser Wert bezieht sich einzig und allein auf eine überschaubare Fallzahl mit gesicherten Erkrankungen infolge der SARS-CoV-2-Infektion“, verdeutlicht der Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie.

Noch offene Fragen aus der COVID-19-Impfstoffforschung

Nach den vorliegenden Studienergebnissen können die beiden mRNA-Impfstoffe über einen Zeitraum von zwei bis drei Monaten symptomatische Erkrankungen nach SARS-CoV-2 Infektion (COVID-19) und schwere Verläufe verhindern, auch bei älteren Menschen. Allerdings ist die Zahl der über 75-Jährigen in der Studie deutlich kleiner als in den Altersgruppen 16 bis 74 Jahre. Dadurch sei die Aussagekraft hinsichtlich der Verhinderung einer COVID-19-Erkrankung schwächer, so sein Fazit. Nicht untersucht wurden immunsupprimierte Personen, Schwangere sowie stillende Mütter und Jugendliche unter 16 Jahren.

Offene Fragen der COVID-19-Impfstoffforschung, die noch zu klären sind, betreffen vor allem die Dauer der protektiven Immunität, die Prävention asymptomatischer Infektionen und die Verhinderung einer Übertragung von SARS-CoV-2 durch Geimpfte.

Um die Sicherheit und Effektivität der eingesetzten Impfstoffe fortlaufend zu überprüfen, hat das Paul-Ehrlich-Institut seit Ende Dezember 2020 die Smartphone-App „SafeVac“ im Einsatz. Dabei werden im Rahmen einer Kohorten-Studie bei Impfungen mögliche unerwünschte Ereignisse (UE) in Echtzeit überwacht. Häufigkeit, Schweregrad, Dauer und Ausgang von UEs werden erfasst und dadurch die Wirksamkeit des Impfstoffs analysiert. Außerdem ist geplant, ab dem 2. Quartal 2021 mit retrospektiven Studien auf Basis von elektronischen Gesundheitsdaten der gesetzlichen Krankenkassen zu beginnen. ■

i Literaturhinweis: „Die beiden ersten zugelassenen mRNA-Impfstoffe gegen COVID-19“, in „Der Arzneimittelbrief“, Nr. 01 Januar 2021 und „Der erste zugelassene adenovirale Vektorimpfstoff gegen SARS-CoV-2: ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222)“, in „Der Arzneimittelbrief“, Nr. 02 Februar 2021



Die Aufklärung über die Impfung kann in einer Praxis sehr viel individueller erfolgen als in einem Impfzentrum.

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig



© AKDA

„AUF DIE PRAXEN KOMMT EINE LOGISTISCHE HERAUSFORDERUNG ZU“

Die ersten Impfstoffe gegen SARS-CoV-2 sind auf dem Markt, doch noch sind einige wichtige Fragen aus der medizinischen Wissenschaft unbeantwortet. KV PRAXIS sprach mit dem Vorsitzenden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, über die Wirksamkeit der verfügbaren Impfstoffarten und inwieweit diese einen Beitrag zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie leisten können.

KV PRAXIS: Herr Prof. Ludwig, seit Ende Dezember werden die neuen Impfstoffe verabreicht. Der Start verlief teils holprig, vielerorts mangelte es an genügend Impfdosen. Wie bewerten Sie den bisherigen Verlauf des Impfmanagements und hat die Politik bei der Impfstoffvorbestellung Versäumnisse begangen?

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig: Es ist zweifelsfrei eine enorme logistische und organisatorische Herausforderung, die Verteilung dieser Impfstoffe gegen SARS-CoV-2 auf die Beine zu stellen. Als Mediziner sollte man sich hier mit Kritik zurückhalten. Was ich und auch der Ständige Ausschuss der Ärzte der Europäischen Union jedoch deutlich kritisieren, ist die Intransparenz hinsichtlich der Bestellungen der Impfstoffe. Ich habe wiederholt betont, dass ich es für richtig halte, dass die Impfstoffbestellung auf Ebene der EU geregelt wird, um zu vermeiden, dass ein Land durch Beziehungen mehr Impfstoff erhält als ein anderes. Wir dürfen dabei nicht vergessen, dass auch die Entwicklungsländer einen fairen Zugang zu den Impfstoffen erhalten sollten. Allerdings hätten wir uns gewünscht, dass sowohl die Verhandlungen hinsichtlich der Verteilung der Impfstoffe als auch die Preisverhandlungen auf europäischer Ebene etwas transparenter gehandhabt worden wären. Dadurch hätte man sicher viele Rückfragen erspart.

Der niedergelassenen Ärzteschaft kommt beim Thema Impfen zweifellos eine herausragende Rolle zu. Langfristig sollen die Menschen in den Praxen direkt den Impfstoff verabreicht bekommen und nicht mehr in Impfzentren. Wann, schätzen Sie, könnte es so weit sein und welche Bedingungen müssten erfüllt sein?

Zunächst würde ich es grundsätzlich begrüßen, wenn die logistischen Anforderungen auch in den Praxen erfüllt werden können, was besonders bei den viralen Vektorimpfstoffen, die erst teilweise zugelassen sind, zum Beispiel von AstraZeneca, der Fall sein wird. Diese Adenovirus-basierten Vektorimpfstoffe stellen deutlich weniger Anforderungen an die Kühlung, Lagerung etc., weshalb Impfungen dann in den Praxen erfolgen können.

Den Ärzten in Praxen sind die zu impfenden Personen mit ihrer Krankheitsgeschichte natürlich besser bekannt als den Ärzten in Impfzentren. Die Aufklärung über die Impfung kann in einer Praxis deshalb sehr viel individueller erfolgen als in einem Impfzentrum. Im Augenblick ist das leider noch nicht möglich; wenn es jedoch so weit ist, kommt auch auf die Praxen sicher eine logistische Herausforderung bei der Impfstoffverteilung zu.



Wir müssen die Kommunikation über die Eigenschaften der Impfstoffe verbessern und dadurch das Vertrauen in die Impfstoffe stärken.

Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig

Bei einigen Menschen und auch in Teilen der Ärzteschaft besteht noch Skepsis gegenüber der Wirksamkeit des Wirkstoffs. Wie kann man Befürchtungen entgegentreten? Dabei wird ja auch die Transparenz möglicher Nebenwirkungen eine Rolle spielen.

Die unzureichende Kommunikation hinsichtlich der Ergebnisse der klinischen Impfstoffstudien ist in der Tat ein Defizit in den vergangenen Monaten gewesen. Man hat sich sehr konzentriert auf die Dramatisierung der gegenwärtigen Pandemie-Situation, was ja auch gerechtfertigt ist, weil diese unser soziales und berufliches Leben stark beeinflusst. Gleichzeitig hat man die jetzt erfreulicherweise so rasch verfügbaren Impfstoffe zu oberflächlich und eher zu positiv dargestellt. Dadurch wurde zumindest am Anfang der Impfkampagne der Eindruck erweckt, dass mit Verabreichung der Impfstoffe die Pandemie rasch besiegt oder zumindest eingedämmt werden würde.

Man hat sich zwar intensiv mit logistischen Fragen beschäftigt, aber dabei völlig außer Acht gelassen, der Öffentlichkeit unabhängige Informationen zu vermitteln, was diese Impfstoffe tatsächlich außerhalb klinischer Studien hinsichtlich der Wirksamkeit leisten können und welche Nebenwirkungen bzw. Risiken sie möglicherweise haben. Auch die noch offenen Fragen bezüglich Wirksamkeit und langfristiger Sicherheit wurden viel zu selten thematisiert.

Um die für die Eindämmung der Pandemie erforderliche sogenannte „Herdenimmunität“ zu erreichen, müssen zwischen 60 und 80 Prozent der Bevölkerung immun gegen SARS-CoV-2 sein. Dies setzt allerdings voraus, dass nicht nur gegen SARS-CoV-2 Geimpfte vor einer erneuten Ansteckung geschützt sind, sondern auch eine asymptomatisch verlaufende Infektion mit SARS-CoV-2 in großem Umfang verhindert werden kann. Solange wir nicht wissen, ob geimpfte Personen trotzdem asymptomatische Infektionen durchmachen, weil sie nur eine geringe Viruslast haben, so lange können wir noch nicht sicher sagen,

wann wir eine Herdenimmunität in Deutschland erreichen. Außerdem wissen wir derzeit noch nicht, wie lange die protektive Immunität nach Impfung anhält. Das sind nur einige von vielen offenen Fragen. Alle Aussagen zu den inzwischen drei zugelassenen Impfstoffen basieren auf Zwischenanalysen noch laufender klinischer Studien mit relativ kurzer Nachbeobachtung der eingeschlossenen Probanden.

Die Nebenwirkungen der Impfstoffe, auch Reaktogenität genannt, können durchaus die geimpften Personen in ihrer Leistungsfähigkeit deutlich beeinträchtigen. Menschen können nach der ersten oder zweiten Impfung Fieber bekommen, starke Müdigkeit verspüren, Kopfschmerzen haben, Symptome aufweisen wie Erbrechen oder Durchfälle. Auch Muskel- und Gelenkschmerzen können auftreten. Aus der früher begonnenen US-Impfkampagne wissen wir, dass ein kleiner Prozentsatz (ca. 3-5 Prozent) für einige Tage nach der Impfung arbeitsunfähig ist oder möglicherweise sogar ärztliche Hilfe benötigt. Es sind sicher Nebenwirkungen, wie man sie auch von anderen Impfstoffen gegen Viruserkrankungen kennt, aber die Verträglichkeit würde ich insgesamt eher als mäßig bezeichnen.

Wenn ich Sie richtig verstehe, würden Sie sich dann angesichts der geschilderten Nebenwirkungen und der noch zu klärenden offenen Fragen im Zusammenhang mit den neuen Impfstoffen dann eher gegen eine Impfpflicht auch bei Gesundheits- und Pflegefachkräften aussprechen, so wie das in der Politik derzeit diskutiert wird?

Die Ärzteschaft ist in dieser Frage ja auch geteilter Meinung. Ich persönlich bin derzeit eindeutig gegen eine Impfpflicht, da wir viele Fragen, vor allem hinsichtlich Wirksamkeit der Impfstoffe und Dauer der Immunität, noch nicht beantworten können. Ich halte es deshalb nicht für vertretbar, wenn junge Leute, die nach SARS-CoV-2-Infektion meist asymptomatisch sind oder nur an leichten Symptomen erkranken, geimpft werden sollen,

nur weil sie in ihrem Beruf viel Kontakt zu anderen Menschen haben. Auch spezielle Privilegien, zum Beispiel die Erlaubnis von Restaurantbesuchen oder kulturellen Veranstaltungen, sollten für Geimpfte nicht geschaffen werden.

Sollen Ihrer Meinung nach weiterhin alle Bürgerinnen und Bürger in ihrer Freiheit eingeschränkt werden, weil sich zu wenige impfen lassen wollen?

Eine sehr schwierige Frage. Wir werden unsere Freiheit ja erst dann wieder zurückgewinnen, wenn wir die Pandemie deutlich eingedämmt oder sogar ganz beseitigt haben. Das wird nicht in den nächsten Monaten passieren; das heißt, wir werden uns auf Freiheitseinschränkungen und strikte Beachtung der sinnvollen Hygieneregeln einrichten müssen. Man sollte auch keinesfalls dem Irrtum unterliegen, dass wir, sobald wir geimpft sind, wieder so leben können wie vorher. Diese Maßnahmen, die jenseits der Impfung existieren, werden dieses Jahr mit Sicherheit – wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung – weiter notwendig sein. Die angestrebte Herdenimmunität von 60 bis 80 Prozent werden wir auf absehbare Zeit vermutlich nicht erreichen. Daher sollten die Impfungen zunächst mit Augenmaß dort durchgeführt werden, wo die Risikogruppen sind. Für mehr steht ja aktuell auch kein Impfstoff zur Verfügung. Im Augenblick wissen wir nicht, wann genügend Impfstoff da sein wird, damit theoretisch alle geimpft werden können. Außerdem wissen wir nicht, ob sich alle impfen lassen wollen, auch wenn die Bereitschaft dazu in jüngster Zeit wieder angestiegen ist.

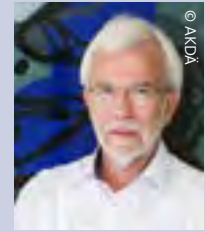
Normalerweise dauert die Entwicklung eines Impfstoffs, von Ausnahmen abgesehen, zwischen zehn und 15 Jahren. So gesehen sind die ersten mRNA-Impfstoffe geradezu in Rekordgeschwindigkeit zugelassen worden ...

Für die schnelle Zulassung gibt es mehrere Gründe. Zum ersten ist dies natürlich auch dem Druck der Pandemie geschuldet. Zweitens wurden bereits seit einigen Jahren Impfstoffe gegen virale Erkrankungen mithilfe von mRNA-Technologieplattformen entwickelt und in frühen Phasen der klinischen Prüfung untersucht. Voraussetzung hierfür ist, dass die Zielstruktur (Antigen) bekannt ist und die molekulare Struktur des Antigens sequenziert werden konnte. Bei SARS-CoV-2 war dies Anfang 2020 der Fall, da das Genom von SARS-CoV-2 sehr rasch sequenziert werden konnte und das Spike-Protein als entscheidende Struktur für das Eindringen des Virus in menschliche Zellen identifiziert wurde. Dadurch konnte der mRNA-Impfstoff, der den „Bauplan“ des Spike-Proteins enthält, auch schnell mithilfe vorhandener Technologieplattformen hergestellt werden.

Und die dritte Voraussetzung war, dass die Phasen der klinischen Prüfung verändert wurden. Das heißt, die Studienphasen wurden abgekürzt und man hat bereits mit der nächsten Stu-

ZUR PERSON

Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, geboren 1952 in München, übernahm 2006 den Vorsitz der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Der Facharzt für Innere Medizin – Hämatologie und internistische Onkologie engagiert sich seit 1988 in verschiedenen nationalen und internationalen Fachgesellschaften. Seit 2013 vertritt er als Mitglied des Management-Boards der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) die europäische Ärzteschaft.



www.akdae.de > Die AkdÄ > Organisation > Mitglieder > Ordentliche Mitglieder > Kurzbiographie

dienphase begonnen, als die vorherige noch gar nicht zu Ende war. Die Ergebnisse aus diesen Phasen wurden sofort an die Zulassungsbehörden zur Auswertung übermittelt – dieses Verfahren nennt man „Rolling Review“ –, sodass am Ende nur die Ergebnisse der Phase 3 – Wirkstoff versus Placebo – beurteilt werden mussten. In einigen Ländern wie den USA, Kanada oder Großbritannien wurde dann eine Notfallzulassung („Emergency Use Authorization“) zuerkannt, während in der EU eine bedingte Zulassung erteilt wurde. Im Fall der bedingten Zulassung wird diese jährlich überprüft und anhand neuer Erkenntnisse von der EMA entschieden, ob diese beschleunigte Zulassung in eine reguläre Zulassung umgewandelt werden kann.

Mit welchen weiteren Zulassungen von Impfstoffkandidaten ist in diesem Jahr zu rechnen und sehen Sie eine Chance, dass die Pandemie bei einer hohen Durchimpfungsquote zumindest stark eingedämmt werden kann?

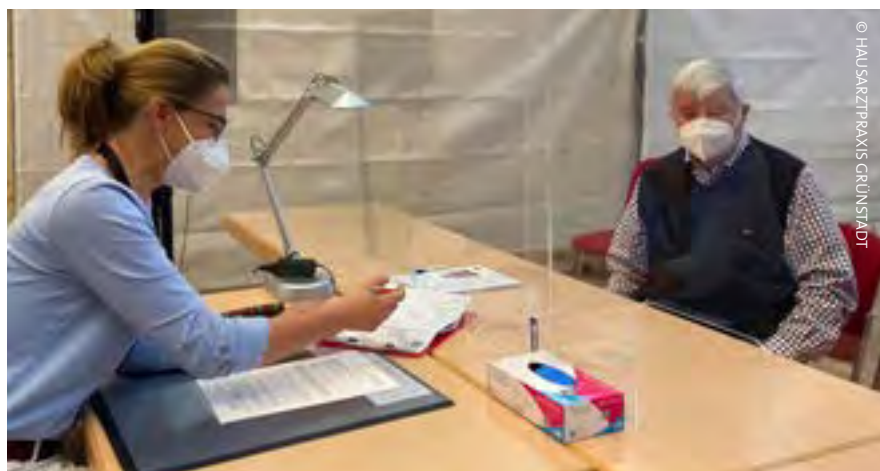
Ich glaube, wir werden in diesem Jahr auf jeden Fall weitere mRNA- und adenovirale Vektorimpfstoffe sehen. Es werden dadurch mehr Impfstoffe zur Verfügung stehen, ohne dass wir mit endgültiger Sicherheit sagen können, welche am geeignetsten für die zu impfenden Personen sind. Ob wir die gewünschte Herdenimmunität erreichen, hängt neben der Wirksamkeit der Impfstoffe auch davon ab, dass wir die Kommunikation über die Eigenschaften der Impfstoffe in der Öffentlichkeit deutlich verbessern und dadurch das Vertrauen in die Impfstoffe stärken. Letztlich werden bei den avisierten Massenimpfungen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigt werden müssen.

Herr Prof. Ludwig, vielen Dank für das Gespräch! ■

www.kv-rlp.de/812344

IM EINSATZ BEIM IMPFEN – ZWEI ÄRZTINNEN BERICHTEN

„Keine Atempause, Geschichte wird gemacht – es geht voran!“ Erinnern Sie sich noch an diese Zeile aus dem Song der Band „Fehlfarben“ von 1982? Selten waren die Worte so passend wie gerade jetzt. Denn mit dem Beginn der Impfungen ist endlich ein Licht am Ende des Corona-Tunnels in Sicht. Zwei derjenigen, die gerade „Geschichte machen“, sind die Internistin Dr. Vanessa Jürgens aus Nackenheim und die Allgemeinmedizinerin Dr. Sonja Lehnert aus Grünstadt.



Vor der Impfung nutzt Walter Wirgowirtsch die Möglichkeit, seine Fragen an Dr. Sonja Lehnert zu stellen.



Aus Veranstaltungsort wird Impfzentrum: Die Bad Dürkheimer Salierhalle hat zurzeit eine ganz spezielle Funktion.

Nicht nur für die Menschen im Mainzer Altenheim in der Altenauergasse 7 war der 27. Dezember 2020 ein besonderer Tag. Auch Dr. Vanessa Jürgens wird dieses Datum in Erinnerung bleiben. Denn an diesem Sonntag haben die 44-Jährige und ihre Medizinische Fachangestellte Sandra Schwibinger sowie ein weiterer Kollege und ein Team des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) die ersten 170 Bewohnerinnen und Bewohner sowie 80 Mitarbeitende der Einrichtung gegen COVID-19 geimpft. Gemeinsam bildeten sie an diesem Tag eines der mobilen Impfteams, die – koordiniert übers DRK – in den rheinland-pfälzischen Alten- und Pflegeeinrichtungen impfen.

Impfärztin der ersten Stunde

Als Dr. Jürgens den gemeinsamen Aufruf der KV RLP und Landesärztekammer zur Mitarbeit in den Impfzentren und mobilen Impfteams las, war für die Vierfach-

mama direkt klar: „Hier helfen wir mit!“ Bereits seit rund einem Jahr bietet die Gemeinschaftspraxis Fiedler/Jürgens im rheinhessischen Nackenheim eine spezielle Corona-Sprechstunde für Infektpatientinnen und -patienten an. „Für uns stand sofort fest, dass wir auch beim Impfen von Beginn an dabei sein möchten.“ Und so registrierten sie sich mit ihrem Praxisteam auf der Datenbank des Landes.

An Heiligabend um 16 Uhr kam dann der Anruf des DRK. „Ich wollte eigentlich in einem Impfzentrum mitarbeiten. Es wurden aber noch Ärzte für die mobilen Teams gebraucht. Da wir einen sehr guten Draht zum DRK haben, fragten sie mich, ob ich auch dort helfen kann“, erinnert sich Dr. Jürgens. Das tat sie und ist damit eine der Impf-Pionierinnen. Denn am 27. Dezember 2020 fiel in Rheinland-Pfalz der Startschuss in den Pflegeeinrichtungen.

„Kriegen wir unseren Mainzer Impfstoff?“

Obwohl es sich ja nur um Impfen handelt, war Dr. Vanessa Jürgens vorher etwas angespannt. „Ich habe drei Nächte nicht wirklich gut geschlafen. Man kennt den Impfstoff und auch die Patienten nicht. Das ist schon eine besondere Situation.“ Nachdem am Morgen des 27. Dezember alle Schnelltests negativ waren, durfte das Team im Mainzer Altenheim loslegen. Während die Apotheker den Impfstoff vorbereiteten, sichtete Dr. Jürgens die Impfunterlagen – zehn Seiten pro Impfling. Danach ging es in voller Schutzmontur in die Zimmer. „Wichtig ist es, mit den Patienten zu sprechen und sie aufzuklären. Wir impfen keinen gegen seinen Willen“, erläutert sie ihre vornehmliche Aufgabe. Die eigentlichen Impfungen übernahmen dann Sandra Schwibinger und die DRK-Mitarbeitenden. Ein Mitglied des Impfteams blieb



Kleiner Piks und große Hoffnung: Werner Fallenstein ist froh, dass die Grünstädter MFA Hanna Wenz ihn gegen COVID-19 geimpft hat.

nach dem Piks noch einige Zeit bei der oder dem Geimpften, um bei möglichen Erstreaktionen greifbar zu sein. Diese seien jedoch bis auf zwei Ausnahmen bisher ausgeblieben.

Waren die Patientinnen und Patienten vor der Impfung auch aufgeregt? „Ich würde sagen, es herrschte eine freudige Anspannung“, erinnert sich Dr. Jürgens. Eine Frage, die sie häufig zu hören bekam: „Kriegen wir denn unseren Impfstoff? Den aus Mainz?“ Da war dann schon etwas Stolz herauszuhören.

Anstrengende Tage

Mittlerweile hat Dr. Vanessa Jürgens schon mehrere Impfeinsätze hinter sich – immer sonntags, sodass der Praxisbetrieb nicht beeinträchtigt wird. „Es sind anstrengende Tage“, gibt sie zu. Auch wenn es am Anfang etwas „geruckelt“ habe und die Bürokratie auch beim Impfen einiges erschwere, sei die Organisation alles in allem sehr gut. „Hier möchte ich ein großes Lob ans DRK schicken. Der Großteil macht den Job ehrenamtlich. Das ist sehr beeindruckend.“

Für Dr. Jürgens und ihr Team war es auch klar, sich selbst impfen zu lassen. Zum einen sei es ein Schritt zurück in die Nor-

malität. Zum Zweiten könne sie gegenüber Patientinnen und Patienten, die noch etwas skeptisch seien, viel besser argumentieren.

Montags bis freitags im Impfzentrum

Auch Dr. Sonja Lehnert, die zusammen mit Dr. Karsten Bischoff eine Hausarztpraxis in Grünstadt im Landkreis Bad Dürkheim führt, hat den Piks bzw. die beiden Pikse schon hinter sich. Genau wie die weiteren Kollegen in der Praxis Dr. Heino Schneider und Dr. Pamela Bischoff-Kalb sowie das Praxisteam. Die vier Ärztinnen und Ärzte sowie fünf ihrer MFA engagieren sich im Impfzentrum Bad Dürkheim. In der Salierhalle, in der normalerweise Konzerte, Messen und Feiern stattfinden, wird seit dem 7. Januar gegen COVID-19 geimpft. Immer abwechselnd ist ein Team der Grünstädter Hausarztpraxis dort seit dem 11. Januar von Montag bis Freitag im Einsatz. Daher haben sie ihre Praxis-Sprechzeiten etwas reduziert. „Wenn jemand von uns im Impfzentrum arbeitet, fehlt er natürlich in der Praxis. Dort ist es dann recht anstrengend“, erklärt Dr. Lehnert. Trotzdem lassen es sich die Medizinerinnen und Mediziner nicht nehmen zu impfen. „Das ist für uns Ehrensache. Denn es ist der einzige Weg raus aus der Pandemie.“

In feste Schichten eingeteilt

Bereits seit Mai 2020 bietet die Praxis spezielle Corona-Sprechstunden an. Als dann der Impfaufruf kam, registrierten sich Dr. Lehnert und ihre Kollegen, ohne zu zögern. Vor dem ersten Einsatz sei sie „schon ein wenig angespannt“ gewesen, gibt die 53-Jährige zu. Doch mittlerweile hat es sich eingespielt. Es gibt einen festen Schichtplan. Sollte sich daran etwas ändern, meldet sich der Impfkoordinator des Zentrums.

In einer Schicht sind immer zwei Ärztinnen bzw. Ärzte vor Ort, zusammen mit zwei Medizinischen Fachangestellten. Jede und jeder hat einen Ausweis und einen Spint zugewiesen bekommen. Geimpft wird „in normaler Arbeitskleidung“. Der Ablauf ist genau festgelegt: Zuerst bekommt jede Patientin und jeder Patient die Impfunterlagen. Dann übernimmt eine Ärztin oder ein Arzt eine Gruppenaufklärung. „Hat jemand noch spezielle Fragen, besteht die Möglichkeit eines Einzelgesprächs“, so die Allgemeinmedizinerin. Im Anschluss gehen die Impfwilligen zur Impfstraße. In mehreren Kabinen werden dort die Impfungen vorgenommen. 15 Minuten muss man nach der Impfung in einem separaten Raum warten, um mögliche Erstreaktionen auszuschließen – bisher sind in den Schichten des Grünstädter Teams übrigens keine aufgetreten. Ist alles okay, wird man nach Hause entlassen.

Acht Unterschriften pro Impfling

„Die Patienten sind sehr dankbar und froh, dass sie die Impfung bekommen. Die Organisation läuft gut, wobei etwas weniger Bürokratie schön wäre“, sagt Dr. Sonja Lehnert. Fünfmal müssten die Impflinge in den Unterlagen unterschreiben, dreimal die Ärztinnen und Ärzte. Das koste Zeit. Wobei sie auch der Auffassung ist, dass die Menschen bei der aktuellen Besetzung enger einbestellt werden könnten. Voraussetzung ist jedoch die entsprechende Menge an



Dr. Vanessa Jürgens (r.) und ihre MFA Sandra Schwibinger waren schon mehrmals als mobiles Impfteam im Einsatz.

Impfstoff. Sollte mehr davon zur Verfügung stehen, könnte in Bad Dürkheim die zweite Impfstraße öffnen.

Sobald der geeignete Impfstoff da ist, muss das Impfgeschehen in die Praxen verlagert werden. Dieser Auffassung

sind nicht nur Dr. Jürgens und Dr. Lehnert. Letztere betont: „In den Praxen könnten wir die Schlagzahl enorm erhöhen. Außerdem kennen wir unsere Patienten persönlich. Daher wird dies eine ganz andere Situation sein.“ Dr. Jürgens gibt jedoch zu bedenken: „In den

normalen Praxisalltag werden wir die Masse an Impfungen nicht integrieren können. Wir überlegen gerade, wie wir dies handhaben werden. Voraussichtlich werden wir gesonderte Impftage anbieten.“ Genau wie die Praxis in Grünstadt: „Wir haben das mit der Grippeimpfung schon erprobt und mit zwei Ärzten und vier Helferinnen in vier Stunden 200 Personen geimpft. Dieses Vorgehen hat sich bewährt.“

Bis es so weit ist, sind die Ärztinnen und Ärzte mit ihren MFA weiter in Impfzentren und mobilen Impfteams unterwegs. Schon jetzt schreiben sie als Akteurinnen und Akteure der größten Impfkation aller Zeiten Geschichte. „Es ist ein gutes Gefühl, unseren Beitrag zu leisten“, sagt Dr. Lehnert, und Dr. Jürgens ergänzt: „Später werden meine Kinder mal sagen können: ‚Die Mama war damals eine der Ärztinnen, die am ersten Tag geimpft hat.‘“

IMPFZENTRUM UND MOBILE IMPFTEAMS – ZAHLEN UND FAKTEN*

Über 6.100

Ärztinnen und Ärzte haben sich seit dem Start der vom rheinland-pfälzischen Gesundheitsministerium betriebenen Website www.impftermin.rlp.de für Impfeinsätze registriert. Hinzu kommen rund 3.400 Medizinische Fachangestellte und medizinische Pflegekräfte, außerdem rund 20 mobile Impfteams.



32 Standorte

für Impfzentren mit mehr als 36 Impfstraßen sind seit Mitte Dezember 2020 in Rheinland-Pfalz in Betrieb. Diese sind sieben Tage in der Woche geöffnet.

Spitzenreiter



80 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner in 474 Pflegeeinrichtungen wurden bereits geimpft. Damit liegt Rheinland-Pfalz bundesweit an der Spitze.

Impfbeteiligung

Die Quote an Impfungen gegen SARS-CoV-2 in Rheinland-Pfalz betrug nach Angaben des Robert Koch-Instituts 5,0 Prozent bei den Erst- und 3,4 Prozent bei den Zweitimpfungen.

* Stand zum 28. Februar 2021 (Redaktionschluss)

COVID-19-IMPFPFLICHT FÜR PRAXISMITARBEITER IN DER DISKUSSION

Können Arbeitgeber ihre Mitarbeiter zur Corona-Impfung zwingen? Ein ganz klares „Nein“, meint unser Gastautor – auch wenn es in Praxen oder Pflegeeinrichtungen sicherlich ausgesprochen sinnvoll sein kann.

Von Dr. iur. Rudolf Ratzel, Fachanwalt für Medizinrecht, München

Anders als bei der Masern-Impfpflicht für bestimmte Arbeitnehmer, zum Beispiel in Kindergärten oder Kindertagesstätten, gibt es im Infektionsschutzgesetz (IfSG) keine gesetzliche Impfpflicht für eine Impfung gegen COVID-19. Es wäre aber denkbar, dass der Gesetzgeber eine derartige Impfpflicht durch Gesetz einführt, obwohl die Diskussion um die Masern-Impfpflicht gezeigt hat, dass dies nicht unumstritten ist.

Eine weitere Frage ist, ob Arbeitnehmer ihrem Arbeitgeber mitteilen müssen, ob sie gegen Corona geimpft sind. Der Deutsche Gewerkschaftsbund hatte dies ursprünglich verneint, Impfen sei Privatsache. Seit der Einführung eines neuen § 23a IfSG im Jahre 2020 ist dies nicht mehr richtig:

„§ 23a Personenbezogene Daten über den Impf- und Serostatus von Beschäftigten

¹Soweit es zur Erfüllung von Verpflichtungen aus § 23 Absatz 3 in Bezug auf übertragbare Krankheiten erforderlich ist, darf der Arbeitgeber personenbezogene Daten eines Beschäftigten über dessen Impf- und Serostatus verarbeiten, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden.“

Durch den Verweis auf § 23 Abs. 3 IfSG wird deutlich, dass diese Regelung auch für Arzt- und Zahnarztpraxen, MVZs, Tageskliniken, Einrichtungen für ambulantes Operieren, ambulante Pflegedienste und natürlich auch Krankenhäuser gilt.

Dürfen Leiter dieser Einrichtungen Arbeitnehmer, die keinen gültigen Impfstatus gegen Corona haben auf, andere Stellen versetzen oder sogar ihren Zutritt ganz verweigern?

Für sonstige sehr ansteckende Erkrankungen, die unter das IfSG fallen, wurde diese Frage bejaht, wenn ein entsprechendes Gefährdungspotenzial dadurch vermieden oder zumindest signifikant verringert werden konnte. Bei Corona ist nur das Problem, dass derzeit gar nicht genügend Impfstoff zur Verfügung steht, sodass der Arbeitnehmer in vielen Fällen ja gar nichts dafür kann, ungeimpft zu sein. Das mag sich im Verlauf des Jahres än-

dern. Allerdings ist derzeit noch offen, ob ein Geimpfter nicht immer noch Viren transmittieren kann. Bis das hoffentlich positiv geklärt ist, sollten auch Geimpfte die allgemein empfohlenen Schutzmaßnahmen einhalten.

Schon heute kann ein Arbeitgeber eine Neueinstellung für besonders gefährdete Bereiche ablehnen, wenn kein gültiger Impfnachweis vorliegt. Sollte in der Zukunft ein Zustand erreicht werden, dass sich alle Bürger der Bundesrepublik wirksam gegen Corona impfen lassen können, ist es zumindest theoretisch denkbar, dass ein Leiter der in § 23 Abs. 3 IfSG genannten Einrichtungen Mitarbeiter in besonders gefährdeten Bereichen in andere Abteilungen versetzen, oder wenn dies nicht möglich ist, sogar kündigen könnte. Dies kann zum Beispiel schon heute für solche Einrichtungen, u. a. Krankenhäuser, relevant werden, die – auch dies ist sicherlich nicht flächendeckend der Fall – in der Lage sind, allen ihren Mitarbeitern die entsprechende Impfung anbieten zu können.

Die Frage, ob ein Arbeitgeber Mitarbeiter, die sich freiwillig impfen lassen, gegenüber Mitarbeitern, die sich weigern, sich impfen zu lassen, bevorzugen darf oder besser ausgedrückt weniger einschränken muss, ist ebenso schwierig wie einfach zu beantworten. Zu Recht wird auf das allgemeine Benachteiligungsverbot in § 612a BGB hingewiesen, wonach kein Mitarbeiter benachteiligt werden darf, der die ihm zustehenden Rechte wahrnimmt. Solange es keine Impfpflicht gegen Corona gibt, kann sich ein Arbeitnehmer auf das ihm verfassungsrechtlich garantierte Persönlichkeitsrecht berufen.

Sollte sich die Versorgungssituation mit Corona-Impfstoffen im Verlauf des Jahres deutlich und nachhaltig verbessern, wird ein Arbeitgeber möglicherweise sogar die Pflicht haben, für geimpfte Mitarbeiter bestimmte Bereiche, zum Beispiel eine Kantine, freizuhalten, wenn aufgrund der räumlichen Situation nicht andere Hygienekonzepte greifen. Dies ist aber ein hochkontroverses Thema, weil es nicht nur darum geht, ob eine Airline nur noch geimpfte Passagiere befördert oder ein Restaurant nur noch geimpfte Gäste bedient. Beides wäre wohl zulässig, ist aber etwas völlig anderes als das besondere Pflichten- und Betreuungsverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmern gerade in Einrichtungen der Daseinsvorsorge. ■


LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

GESUNDHEITSPOLITIK IM WAHLKAMPF 2021

Die Wahlen zum rheinland-pfälzischen Landtag im März 2021 standen ganz im Zeichen der anhaltenden COVID-19-Pandemie. KV PRAXIS analysierte vor diesem Hintergrund die gesundheitspolitischen Konzepte der Landtagsparteien für die kommende Legislaturperiode.

Nicht nur angesichts von SARS-CoV-2 stand und steht das Gesundheitssystem vor gewaltigen Herausforderungen. Es ist absehbar, dass der sich abzeichnende Mangel an ärztlichem Nachwuchs in der ambulanten wie auch stationären Versorgung in den kommenden fünf Jahren deutlich zum Vorschein kommt. In den Wahlprogrammen der Parteien wird auf die bedrohliche Entwicklung des Ärztemangels eingegangen und die vorgeschlagenen Lösungsansätze liegen zum Teil nicht so weit auseinander. Einig scheinen sich die Parteien in der Frage zu sein, auch weiterhin in kleine Krankenhäuser zu investieren und deren Standorte zu erhalten – im stationären Sektor will man auch zukünftig eine „wohnnortnahe Versorgung“ garantieren.

Deutlicher werden die Unterschiede in der Frage der Zukunft des Krankenversicherungssystems – Stichwort Bürgerversicherung – oder hinsichtlich der Bedarfsplanung für die ambulante und stationäre Versorgung. KV PRAXIS hat untersucht, welche gesundheitspolitischen Akzente in der ambulanten Versorgung die Parteien in Rheinland-Pfalz vor dem Hintergrund der SARS-CoV-2-Pandemie setzen wollen. ■

 www.landtag.rlp.de/de > mitmachen > Landtagswahl 2021 > Was die Parteien wollen
Wahljahr 2021 – Kommentar von Dr. Andreas Bartels:
www.kv-rlp.de/259876

SPD

Die Sozialdemokraten haben sich in ihrem gesundheitspolitischen Kapitel unter anderem als Ziele formuliert, ambulante und stationäre Leistungserbringer in den Versorgungsregionen zu vernetzen und die „Chancen der Digitalisierung zum Wohle der Patientinnen und Patienten und zur Entlastung der Beschäftigten im Gesundheitswesen“ konsequent zu nutzen und weiter voranzutreiben. So soll das Pilotprojekt „Telemedizinische Assistenz“ (TMA) ausgewertet und mit dem Ziel flächendeckender Angebote weiterentwickelt werden.

Ebenso setzt die Partei auf regional differenzierte Ansätze und will alternative Organisations- und Versorgungskonzepte wie Gesundheitszentren oder Ärztegenossenschaften stärker fördern. „Unser Ziel: In jedem Landkreis gibt es im Jahr 2030 Versorgungszentren, die den Menschen ein umfassendes allgemeinmedizinisches Angebot sichern.“

Weiterhin sollen nach dem Willen der SPD regionale Netzwerke in Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsanbietern entstehen. Angeboten werden sollen dort „je nach Bedarf neben stationären Leistungen auch ambulante Versorgung, Pflege, Physiotherapie u.v.m.“. Beim Thema ärztliche Nachwuchsförderung wird auf den neuen Medizincampus Trier als „wegweisendes Strukturprojekt für die Ausbildung“ verwiesen. ■



© SPD RLP

SPD-Spitzenkandidatin und
Ministerpräsidentin Malu Dreyer

CDU

Ganz am Anfang des gesundheitspolitischen Teils im Wahlprogramm der CDU steht die Bekämpfung des Ärztemangels. Dafür müssen nach Meinung der Christdemokraten mehr Ärzte ausgebildet werden, wobei sich die Kosten pro Medizinstudienplatz und Jahr auf 33.400 Euro belaufen würden. „Das Land zahlt aber nur 27.500 Euro. 6.000 Euro fehlen für jeden jedes Jahr. Wir wollen diese Lücke unverzüglich schließen“, bekräftigt die Union.

„Und wir wollen schlicht mehr Ärzte fürs Land und auf dem Land“, heißt es weiter. „Wer sich nach dem Studium dafür entscheidet, Landarzt zu werden, dem helfen wir bei der Rückzahlung seiner BAföG-Schulden. Außerdem wollen wir mehr Studienbewerber über die Landarztquote zulassen und eine zweite medizinische Fakultät in Rheinland-Pfalz

einrichten.“ Nach ihren Vorstellungen sollen mindestens 200 Medizinstudienplätze an der Mainzer Universitätsmedizin „unverzüglich geschaffen“ werden. Wo Krankenhäuser fehlen, müssten medizinische Versorgungszentren und neue Konzepte wie „mobile Arztpraxen“ mithilfe des Landes entstehen. „Vorgeschaltet sollen Gesundheitszentren mit Gemeindefachärztinnen und ärztlichen Assistenten, die konkret handeln dürfen, präventiv und beratend arbeiten. Um schnell Versorgungslücken zu schließen, wollen wir zudem den Berufsstand der ärztlichen Assistenz in den Blick nehmen.“ ■



CDU-Spitzenkandidat
Christian Baldauf

AfD

Im Kapitel 6 „Gesundheit und Pflege“ ihres Wahlprogramms zur rheinland-pfälzischen Landtagswahl 2021 konstatiert die Alternative für Deutschland, dass die Hälfte der niedergelassenen Ärzte in den nächsten Jahren in den Ruhestand geht. Zugleich sei die Bereitschaft zum Führen einer eigenen Praxis nach Studium und Facharzt Ausbildung „unter den bestehenden Rahmenbedingungen“ gering. Zur Stärkung der ärztlichen Versorgung sieht die AfD einen bedeutenden Faktor in einer „ländlichen Strukturpolitik“. Darüber hinaus fordert die Partei den Ausbau von Arztpraxen bzw. Polikliniken mit angestellten Ärzten, auch in Trägerschaft der Kommunen, sowie mehr Studienplätze.

In der Pandemie-Bekämpfung steht der ambulante Sektor nicht im Fokus. „Für den Fall möglicher Epidemien und Großschadensereignisse sind ausreichend Bettenkapazitäten und Klinikinfrastruktur vorzuhalten“, heißt es. Stärken will die AfD die Geburtshilfe, indem „hebammegeleitete Kreißsäle in Rheinland-Pfalz“ gefördert werden sollen. ■



AfD-Spitzenkandidat
Michael Frisch

FDP

Es brauche eine „Anpassung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung an die Versorgungsrealität in Stadt und Land“, schreibt die FDP in Kapitel 9 „Gesundheit“ ihres Wahlprogramms. Als wichtige Maßnahme sehen die Freien Demokraten die Stärkung der Infrastrukturmaßnahmen „Hausarzt aufs Land“ und wollen die „Niederlassungsk Kooperationen aus kassenärztlichen Vereinigungen und Kommunen“ unterstützen. Ebenso bekennt sich die FDP zur Sicherung der bestehenden dualen fachärztlichen Versorgung. Außerdem sollen „überversorgte stationäre Grundversorgungen in fachärztliche ambulante, aber auch teilstationäre belegärztliche Zentren“ umgewandelt werden.

Bei der Telemedizin setzt sich die Partei für den „weiteren Ausbau digitaler Gesundheitsleistungen“ ein und drängt auf einen beschleunigten Ausbau der TI vor allem im länd-

lichen Raum. Gleichfalls unterstützt wird die Einführung der ePA, wozu der Patientendatenschutz gehöre. „Patientinnen und Patienten bestimmen über ihre Daten und wer wann wie lange und für welchen Zweck darauf zugreifen darf.“

Zustimmung kommt auch zur Einrichtung von integrierten Notfallzentren, wie es bereits im Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung angekündigt wurde. Dies könne durch Zusammenlegung der ärztlichen Bereitschaftspraxen mit den Notaufnahmen ausgewählter Krankenhäuser erfolgen. Die Federführung könne die KV übernehmen. ■



FDP-Spitzenkandidatin
Daniela Schmitt

Bündnis 90/Grüne

Als ein Fazit aus der COVID-19-Pandemie heben die Grünen die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern in Regionen und die sektorenübergreifende Kooperation mit niedergelassener Ärzteschaft und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) hervor. Um eine ausreichende Versorgung mit Schutzausrüstung zu gewährleisten, müssen nach ihrer Ansicht die Bestände in Krankenhäusern, den KVen und den Pflegeeinrichtungen beim Gesundheitsministerium zusammengeführt werden.

Hinsichtlich der Finanzierung des Gesundheitswesens plädiert die Partei für eine „grüne Bürgerversicherung“, in der alle Menschen – ohne Unterscheidung zwischen gesetzlicher und privater Versicherung – in einer Versicherung eingebunden sind. Beamten und Richtern, die sich bisher privat versichern müssen, soll landesgesetzlich ein Wahlrecht für den Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht werden.

Die „wohnortnahe Versorgung der Menschen mit Haus- und Fachärzten in allen Landesteilen“ soll ausgebaut werden. Dabei müsse die Versorgung „stärker vernetzt, barrierefrei und oft auch aufsuchend zu Hause bei den Patientinnen und Patienten“ stattfinden. Neben dem Ausbau der Förderprogramme zur Versorgung durch den Hausarzt wollen die Grünen Anreize für eine Niederlassung im ländlichen Raum und in städtischen Problemgebieten setzen. Gut ausgebildete Medizinische Fachan-

gestellte könnten nach ihren Vorstellungen die Ärzteschaft im Alltag wirkungsvoll unterstützen. Telemedizinische Angebote sollen dort unterstützen, wo sie sinnvoll seien. Ein weiterer Punkt im Kapitel „Starke Gesundheitsversorgung – verlässliche Pflege“: „In Regionen mit ärztlicher Unterversorgung müssen die Kliniken auch die ambulante Versorgung mitübernehmen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeheime besonders eng zusammenarbeiten.“

Im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung ist ein erklärtes Ziel, auf regionaler Ebene Gesundheits- oder Versorgungskonferenzen in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft einzuführen, in denen neben den Gesundheitsberufen, Hebammen und Pflegediensten auch die niedergelassene Ärzteschaft vertreten ist. Langfristig will die Partei über ein Landesgesundheitsgesetz die bisher voneinander getrennte Landeskrankenhausplanung und die Planung der KV durch eine gemeinsame Gesundheitsplanung ablösen. Zitat: „Regionale Gesundheitsbudgets sollen dann die aktuellen sektoralen Budgets für Krankenhäuser und niedergelassene Ärzt*innen ersetzen.“ ■



Grünen-Spitzenkandidatin
Anne Spiegel

GREMIENARBEIT

LANDESAUSSCHÜSSE VOR ENORMEN HERAUSFORDERUNGEN

Zum Jahresbeginn haben der neu gewählte Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sowie der Erweiterte Landesausschuss für die neue Legislaturperiode ihre Arbeit aufgenommen. Angesichts des steigenden Ärztemangels gewinnt die Arbeit in diesen Ausschüssen zusätzlich an Bedeutung.

Mit der neuen Amtsperiode gibt es auch personelle Veränderungen: Die KV RLP hat sowohl für den Landesausschuss als auch den Erweiterten Landesausschuss jeweils drei neue Mitglieder benannt. Die Ausschussarbeit steht dabei vor gewaltigen Herausforderungen, denn überdurchschnittlich viele Ärztinnen und Ärzte sowie auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gehen nach den Berechnungen der Versorgungsforschung der KV RLP in den nächsten drei Jahren in

den Ruhestand. Ende 2019 hatten zum Beispiel bereits 40 Prozent der niedergelassenen Hausärzteschaft das 60. Lebensjahr überschritten; der Nachbesetzungsbedarf bis Ende 2024 liegt in allen Versorgungsbereichen insgesamt bei durchschnittlich 59 Prozent. Bezüglich der Nachbesetzung der Sitze gelten rigide Vorgaben der vom Gesetzgeber vorgegebenen Bedarfsplanung, die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses konkretisiert sind. Dennoch müssen die

Ausschussmitglieder pragmatische Entscheidungen für Niederlassungsmöglichkeiten in den verschiedenen rheinland-pfälzischen Regionen im Sinne einer realitätsnahen Abbildung der tatsächlichen Versorgungslage treffen.

„In den vergangenen Jahren sind alle Entscheidungen bzw. alle Sitzungen des Landesausschusses sehr konstruktiv verlaufen und wirklich alle Beteiligten am runden Tisch haben gemeinsam an Lösungen gearbeitet, um letztlich immer eine flächendeckende und vor allem auch nachhaltige Versorgung der Versicherten in Rheinland-Pfalz sicherzustellen“, so der positive Rückblick des Landesausschuss-Vorsitzenden Prof. Werner Fresenius auf die zurückliegende Legislaturperiode. „Naturgemäß gibt es natürlich immer unterschiedliche Interessen und am runden Tisch kann dann versucht werden, im Sinne eines partnerschaftlichen Umgangs einen Konsens aller zu finden. Ich bin sehr zuversichtlich, dass uns das trotz der schwierigen Herausforderungen hinsichtlich der Nachbesetzung freier Arzt- und

Psychotherapeutenplätze auch in der vor uns liegenden Amtsperiode gelingt.“

Auch der Vorsitzende des Erweiterten Landesausschusses Christoph Habermann geht optimistisch in die neue Periode und hebt die besonderen Anforderungen in seiner Ausschussarbeit hervor. „Die „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung“ ist der Versuch, die noch immer viel zu starre Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung im Gesundheitswesen zu überwinden. Die Behandlung kranker Menschen sollte sich daran orientieren, was ihnen am besten hilft. Die unterschiedlichen Arbeitsweisen und Abrechnungssysteme von Hausärzten, Fachärztinnen und Krankenhäusern sollten dabei keine Rolle spielen.“ ■

 Weiterführende Informationen:

Landesausschuss: www.kv-rlp.de/879011

Erweiterter Landesausschuss: www.kv-rlp.de/627893



LEITUNG DER GESCHÄFTSSTELLE LANDESAUSSCHÜSSE

Kerstin Wagner,
Abteilung Sicherstellung der KV RLP

Telefon 06131 326-4466
kerstin.wagner@kv-rlp.de

LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN

Unparteiischer Vorsitz:
Prof. Dr. Werner Fresenius
(seit 1. Januar 2013)

Zusammensetzung: Zwei weitere unparteiische Mitglieder, neun Vertreter der Ärzteschaft sowie neun Vertreter der Krankenkassen, maximal neun Patientenvertreter und das Gesundheitsministerium (MSAGD) RLP

Entscheidungsbefugnisse: Im Landesausschuss selbst sind nur die Vertreter der Ärzteschaft und der Krankenkassen stimmberechtigt. Abgeordnete des Ministeriums, Verbraucher und Patientenvertreter haben zwar eine Beratungsfunktion, jedoch kein Beschlussrecht. Kommt kein Beschluss zustande, müssen der Vorsitzende und die Neutralen eingreifen.

Weitere Mitwirkende: Der Landesausschuss hat einen eigenen kleinen Arbeitsausschuss ins Leben gerufen. Er setzt sich mit den Themen der Bedarfsplanung auseinander und untersucht die unterschiedlichen Versorgungslagen in Rheinland-Pfalz. Das abschließende Urteil fällt der Landesausschuss.



ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN

Unparteiischer Vorsitz:
Christoph Habermann
(seit 1. Januar 2013)

Zusammensetzung: Wie der Landesausschuss. Zusätzlich sind neun Vertreter der Krankenhäuser anwesend.

Entscheidungsbefugnisse: Die Stimmen der Krankenkassen zählen in diesem Ausschuss doppelt. Im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) erfolgt die Zusammenarbeit sektorenübergreifend in interdisziplinären Teams. Dabei ist bei den onkologischen Erkrankungen eine Kooperation mit einem anderen Versorgungsbereich verpflichtend. Durch die breit aufgestellten Teams kann die Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten letztlich „aus einer Hand“ stattfinden.

Weitere Mitwirkende: Eine kleinere Arbeitsgruppe bereitet die Entscheidungen des Erweiterten Landesausschusses vor und prüft auch die Anzeigen zur Teilnahme an der ASV vorab, bevor der Ausschuss letztlich entscheidet.



MIT VIEL HERZBLUT IM BEREITSCHAFTSEINSATZ

Seit Anfang Oktober 2020 läuft nun die dritte Stufe der Bereitschaftsdienstreform der KV RLP in der Pilotregion Rheinhessen-Nahe. Wie erleben die dort arbeitenden Bereitschaftsdienstärztinnen und Bereitschaftsdienstärzte die konkreten Auswirkungen und was hat sich für sie verändert? Eine erste Einschätzung gibt Prof. Dr. Martin Seemann, leitender Koordinator des Pilotprojekts in der Region Rheinhessen-Nahe.



Martin Seemann: „Die Trennung von Sitz- und Fahrdienst wird als sehr angenehm empfunden.“

In über 20 Jahren Engagement im Ärztlichen Bereitschaftsdienst hat Martin Seemann schon einige kuriose Fälle erlebt. Zum Beispiel bei einem auswärtigen Einsatz in der hessischen Metropole Frankfurt am Main. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie staunte nicht schlecht, als er in jener Nacht zu einer 90-jährigen Patientin gerufen wurde. Auf der Kommode in der Wohnung der Seniorin stapelten sich die Notfallscheine, welche die ärztlichen Bereitschaftskollegen nach ihrem Hausbesuch zurückließen: Insgesamt 280 Stück allein innerhalb eines Jahres. „Bei mir ist fast jeden Abend jemand da!“, sagt die ältere Dame stolz, die an psychosomatischen Beschwerden litt. Sobald ein Doktor erschien und sie eine Viertelstunde plaudern konnte, sei es ihr immer besser gegangen, erzählt Seemann.

Auf der anderen Seite gibt es in Rheinland-Pfalz auch die jungen Mittzwanziger-Patientinnen und -Patienten, die auf dem Land wohnen und schon mal gerne den Hausbesuchsdienst, den Aufsuchenden Ärztlichen Bereitschaftsdienst (AÄBD) anfordern, weil sie vorgeben, so krank zu sein, dass sie das Haus nicht verlassen können. Bei der Ankunft dann das Geständnis: „Das Taxi kostet Geld, der Bereitschaftsdienst kostet nix.“ Die Qualität der Telefonabfrage entscheidet darüber, ob der Hausbesuch wirklich notwendig ist. „Daher ist es wichtig, eine objektive Vermittlung über den Patientenservice 116117 zu haben“, betont der Orthopäde.

Zentrale Disposition der Hausbesuche über die 116117

In der Pilotregion Rheinhessen-Nahe erfolgt die Disposition der Hausbesuche bereits über die 116117, die 24 Stunden täglich erreichbar ist. Alle Anrufe bzw. Einsätze werden dabei mit der Software „ELS3“ erfasst. Sogenannte „Calltalker“, die nicht zwangsläufig einen medizinischen beruflichen Hintergrund haben, erfassen im System für jeden Anrufenden die Grunddaten. Medizinische Fälle werden anschließend an die sogenannte „Medizinische Linie“ übergeben, deren Mitarbeitende über eine entsprechende berufliche Qualifikation verfügen. Durch sie erfolgt eine medizinische Ersteinschätzung des Falls über das softwaregestützte Programm SmED („Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland“).

Die Disponentinnen und Disponenten treffen dann die Entscheidung, in welcher Reihenfolge die Einsätze an die diensthabenden Hausbesuchsteams, den AÄBD, abgegeben werden. Bei der Dispositionsentscheidung werden grundsätzlich folgende Kriterien berücksichtigt:

- Dringlichkeit des Einsatzes (Priorität)
- Wartezeit (Wann wurde der Fall aufgenommen?)
- Status des Teams (frei, im Einsatz etc.)
- Entfernung/Fahrtzeit des Teams zum Einsatzort

Über eine digitale App kann das Hausbesuchsteam des AÄBD den gegenwärtigen Status eintragen. „Im Zuge der Disponierung der Hausbesuche gibt es natürlich Grenzbereiche, bei denen sich die 116117 telefonisch bei einem Bereitschaftsarzt rückversichern muss. Größtenteils wird dann für den Hausbesuch entschieden“, berichtet Seemann.

Damit sich Bereitschaftsdienstärztinnen bzw. Bereitschaftsdienstärzte und der Patientenservice 116117 enger abstimmen können, wurde in der Pilotregion eine Art Taskforce gebildet. Dort werde besprochen, welche unnötigen Fälle sich häufen und welche Optimierungen betrieben werden können, erläutert der 38-Jährige: „Zwar arbeitet in der 116117 speziell geschultes, medizinisches Personal. Es gibt jedoch Fragestellungen, die nur ein Mediziner beantworten kann“, sagt Seemann. Genau hier stoße die PC-gestützte strukturierte medizinische Ersteinschätzung an ihre Grenzen.



Der Hausbesuchsdienst habe sich in der Pilotphase bewährt, ist Martin Seemann überzeugt.

Erfolgreiche Trennung von Sitzdienst und Fahrdienst

Als positives Zwischenfazit zur bisherigen Umsetzung der Bereitschaftsdienstreform konstatiert er, dass es in der Region gelungen ist, den bisherigen Sitzdienst vom Fahrdienst zu entkoppeln. „Andere KV-Regionen wie die Hessen machen das schon seit Jahren erfolgreich. Von unseren Ärzten wird die Trennung als sehr angenehm empfunden.“ Der AÄBD wurde etabliert und umfasst die komplette Region Rheinhessen-Nahe. Insofern war die Reduzierung der Dienstzeiten von Ärztlichen Bereitschaftspraxen (ÄBP) in der Pilotregion Rheinhessen-Nahe nur logisch. Auch die Schließung der ÄBP in Bingen sei vor diesem Hintergrund ein „absolut folgerichtiger Schritt“ gewesen, ist er überzeugt. „Es ist wirtschaftlich nicht effizient, in den dortigen ÄBP noch Ärzte und MFA bereitzustellen für weniger als zwei Patienten, die noch nachts im Durchschnitt kommen.“

Martin Seemann verfügt über viel Erfahrung im Ärztlichen Bereitschaftsdienst und beobachtet die Entwicklung seit Jahrzehnten. Angefangen hatte er im Jahr 2000 zunächst als Telefonist in der damaligen Bereitschaftsdienstzentrale in Wörrstadt. Dort arbeitete er sich rasch hoch, fungierte dann als Obmann-Telefonist

(jetzt Erstkkräfte) und schließlich als selbst aktiver Bereitschaftsdienstarzt. „Ich habe viel Herzblut in den Bereitschaftsdienst reingesteckt und mache das weiterhin leidenschaftlich gerne.“ Früher habe es von seinem Einsatzort entfernt alle zehn Kilometer eine ÄBP gegeben. „Man wird den Patientenbedürfnissen in einer Bereitschaftspraxis wie in Wörrstadt ohne Anbindung an ein Krankenhaus aber nur schwer gerecht. Zwar behandeln wir keine akuten Notfälle, aber manchmal ist eine labordiagnostische Einschätzung eben doch notwendig. In solchen Fällen ist die Anbindung an ein Krankenhaus vernünftig. Die Medizin ist inzwischen so technisiert, dass eine apparative Diagnostik unverzichtbar ist. Und für immobile Kranke springt ohnehin der AÄBD ein; insofern entstehen auch für diese Patientengruppe keine Nachteile.“

Den eingeführten AÄBD sieht Martin Seemann als Verbesserung der Patientenversorgung. Motto: „Wir kommen zu Ihnen, wenn Sie das brauchen. Wir kommen nicht, wenn Sie das wollen.“ Die Bereitschaftsdienstärztin bzw. der -arzt könne durch den Fahrdienst des AÄBD mit dem Dienstwagen der KV RLP zur Patientin bzw. zum Patienten gebracht werden und somit auch immobile Kranke behandeln. „Aufgrund des AÄBD vergrößert sich natürlich der Ra-

dius der Einsatzbereiche“, erläutert der Orthopäde. „Das kann bedeuten, dass zum Beispiel ein in Mainz eingesetzter Bereitschaftsdienstarzt Hausbesuchsdienste auch bis hinter Bad Kreuznach fahren muss.“ Für einen Hausbesuchsdienst könne eine Bereitschaftsdienstärztin bzw. ein -arzt durchaus auch bis zu zwei Stunden unterwegs sein. „Auf der anderen Seite verringern wir durch weniger ÄBP auch die Einsatzstunden. Das heißt, für uns Niedergelassene bedeutet das eine Reduzierung der Anzahl der Dienste.“

Hinsichtlich der Vergütung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes gibt es seit dem 1. Februar ebenfalls eine größere Änderung. So rechnen die diensttunenden Ärztinnen und Ärzte ihre Einsätze komplett digital per Klick ab. Für bereits umstrukturierte Gebiete wie in der Pilotregion werden die diensthabenden Ärztinnen und Ärzte am Honorar beteiligt. Lobend erwähnt Seemann den leistungsbezogenen variablen Vergütungsanteil in ÄBP mit hohem Patientenandrang. „Jemand, der viel arbeitet, soll auch mehr verdienen. Ich finde das gerecht.“

Eingeführter AÄBD bringt gerade für immobile Menschen Vorteile

Obwohl der Start am 1. Oktober 2020 pandemiebedingt sicherlich ungünstig gewesen sei, hätten sich die vergangenen Monate für die Patientenversorgung gut entwickelt, so sein Resümee. „Wir müssen immer wieder der Bevölkerung klarmachen, dass durch den AÄBD keine Nachteile für die immobilen Patienten entstehen – im Gegenteil!“, hebt Martin Seemann hervor. Es werde weiterhin nach Dringlichkeit entschieden und Wartezeiten müssten immer in Kauf genommen werden – das sei auch früher nicht anders gewesen. „Wenn sich die Reformmaßnahmen erst mal eingespielt und bewährt haben, werden wir auch die vielen Kritiker überzeugen, da bin ich mir sicher.“ ■

EXTRA FÜR PRAXISTEAMS

NEUES LERNEN FÜR DEN PRAXISALLTAG.

Egal, ob Sie zum Team der medizinischen Fachangestellten, der angestellten Ärzteschaft oder der Praxisinhabenden gehören: Sie kennen die verschiedenen Herausforderungen des Praxisalltags nur zu gut – sei es der Umgang mit Patientinnen und Patienten, die Organisation der Praxis in der aktuellen Lage oder die Umsetzung von Vorgaben im Hygienebereich oder zum Datenschutz.

Damit Sie bestens für den Alltag gerüstet sind, bietet Ihnen die KV RLP passende Fortbildungen – nur für Sie oder für das gesamte Praxisteam.

Buchen in diesen unsicheren Zeiten

Corona hat einiges verändert. Das Gute ist: Sie können in diesem Jahr viele Fortbildungen auch online besuchen. So sparen Sie nicht nur Fahrtzeiten, sondern können sich darauf verlassen, dass der Kurs stattfindet, unabhängig vom Infektionsgeschehen.

Sie möchten lieber einen Workshop vor Ort besuchen?

Gerne. Es kann natürlich passieren, dass er pandemiebedingt verschoben werden muss, doch darüber informiert Sie die KV RLP zeitnah. Schauen Sie am besten regelmäßig in den Online-Terminkalender und buchen Sie frühzeitig, dann haben Sie einen Platz sicher.

Lieber auf ein persönliches Wort?

Sie können die meisten Fortbildungen online entdecken und buchen, aber natürlich ist die KV RLP auch persönlich für Sie da:

Telefon 06131 326-3700
qm@kv-rlp.de

SEMINARE, DIE SIE WEITERBRINGEN.

Patiententriage in der Praxis

Lernen Sie, wie Sie die medizinische Ersteinschätzung einsetzen können und wie die Terminkoordination bei der Triage gelingen kann – mit Praxisbeispielen statt trockener Theorie.

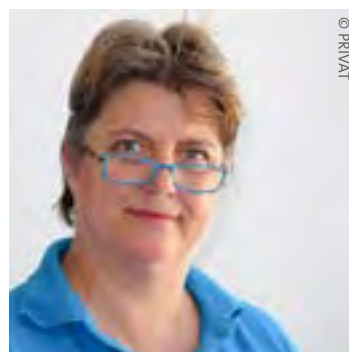
E-Learning und Workshop

Cyberkriminalität | Prävention

Kaum ein Thema ist so aktuell wie der Schutz sensibler Daten. Erfahren Sie, wie Sie Cyberattacken erkennen und die Praxis davor schützen. Hilfreiche Anlaufstellen gibt es obendrauf.

Workshop

DREI STIMMEN – DREI PERSPEKTIVEN.



„Eine Weiterbildungspflicht gibt es derzeit nur für VERAH und NÄPA, für alle anderen ist es keine Pflicht. Doch nach 28 Jahren, die ich niedergelassen bin, sehe ich, dass das Wissen und die Anforderungen in allen Bereichen der Praxis exponentiell wachsen. Deshalb wäre eine Weiterbildungspflicht für Medizinische Fachangestellte gut, auch wenn sie nicht zu streng ausgelegt werden sollte. Bei uns schreiben wir jetzt in die Stellenbeschreibungen, dass ein Kurs pro Jahr besucht werden sollte. Man merkt ja bei fast allen Fortbildungen, dass es sich lohnt und man etwas mitnimmt. Im letzten Jahr haben unsere Mitarbeiterinnen zum Beispiel gemeinsam den Kurs Impfmanagement besucht. Aus meiner Sicht ist eine stetige Fortbildung auf der einen Seite ein Privileg und auf der anderen Seite kann man tödliche Fehler vermeiden. Fortbildung rettet Leben.“

Dr. Cornelia Mohrmann

Fachärztin für Allgemeinmedizin aus Mainz

Datenschutz und -sicherheit

Eine Anfrage am Telefon, eine Auskunft am Tresen oder Unterlagen im Behandlungsraum – anhand von Praxisbeispielen lernen Sie, wie und wo Sie Daten schützen müssen.

E-Learning und Workshop

Pandemiebrochure

Haben Sie einen Pandemieplan? In 35 Minuten erfahren Sie die wichtigsten Inhalte der gleichnamigen Broschüre. Plus: Es werden die Checklisten und Mustervorlagen erläutert.

Webseminar

Praxishygiene

Nicht nur in Corona-Zeiten spielt die Praxishygiene eine große Rolle. Da es hier immer wieder Neuerungen gibt, ist es umso wichtiger, dass Sie auf dem aktuellen Stand bleiben.

E-Learning

QM in der Praxis

Ein Dauerbrenner bleibt das Qualitätsmanagement. Es funktioniert nur, wenn es die aktuellen Praxisabläufe abbildet und auch neue Mitarbeitende mit an Bord holt. Bleiben Sie dran.

Workshop

Mehr gibt es online zu entdecken.



„Für mich persönlich sind Online-Schulungen besser. Es gibt kein Gehetze, freitags 15 Uhr in der KV sein zu müssen, weil man sich einfach online einloggen kann. Super ist auch die Chat-Funktion, über die man sich direkt austauscht. Ich konnte aber auch hinterher noch mal nachfragen und habe sehr nette Hilfe bekommen. Ende letzten Jahres habe ich die Seminare Notfallmanagement und Hygiene alleine gemacht und für dieses Jahr bin ich auch schon angemeldet. Ein Telematik-Seminar habe ich in unsere WhatsApp-Gruppe in der Praxis geschickt. Da machen wir nun zu viert online mit.“

Katja Seitz

Medizinische Fachangestellte in einer hausärztlichen Praxis in Weiler bei Bingen

„Am liebsten habe ich Ärzte und Praxismitarbeiter gemeinsam in den Seminaren, weil hier ein gemeinsames Verständnis für das Thema und oft schon Ideen für die Umsetzung entstehen. Gerade Praxismitarbeiter sollten regelmäßig geschult werden, denn die Ärztezeit ist der am stärksten limitierte Faktor. Je besser Mitarbeiter geschult sind, desto mehr können sie Verantwortung übernehmen. Nehmen wir das Beispiel Triage oder nennen wir es besser medizinische Ersteinschätzung. Oft werden Termine aus dem Bauch heraus oder aus Erfahrung vergeben, was dazu führt, dass die Praxis schnell überlaufen ist. Hier braucht es eine gute Schulung, damit Mitarbeiter fundierte Entscheidungen treffen können. Das bringt Sicherheit für alle und sorgt für ein gutes Praxismanagement.“

Sigrid Rybka

Referentin der Fortbildung „Patiententriage in der Praxis“



JETZT
ENTDECKEN
UND
ANMELDEN

FORTBILDUNGEN 2021

www.kv-rlp.de/485653



TELEMATIK

HEILBERUFS- UND PRAXISAUSWEIS – ZWEI PAAR SCHUHE

© WAVEBREAKMEDIA – SHUTTERSTOCK.COM

Der elektronische Heilberufsausweis ist die unverzichtbare Eintrittskarte für die Telematik-Infrastruktur (TI) und zugleich Voraussetzung für den Praxisausweis. Nach den Vorstellungen von Politik und TI-Betreiber-gesellschaft gematik könnte das Kartensystem langfristig durch „digitale Identitäten“ ergänzt werden.

In nur wenigen Monaten steht die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) an. Anlass genug für die gematik, nochmals an die rechtzeitige Bestellung des elektronischen Heilberufsausweises eHBA (Generation 2) zu erinnern. Sicherheit in den Praxen bezieht sich auf viele Aspekte jenseits der Telematik-Infrastruktur, wie die gematik hervorhebt. Ein eHBA, der über eine sechsstellige sog. „Card Access Number“ für den kontaktlosen Einsatz verfügt, besitzt fünf Jahre Gültigkeit und bietet den zentralen Zugang zu allen Anwendungen, die eine qualifizierte elektronische Signatur (QES) benötigen.

„Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, das E-Rezept, der E-Arztbrief und die qualifizierte elektronische Signatur selbst: Für all diese Anwendungen, die in diesem Jahr starten und dann zum Versorgungsalltag gehören, wird der eHBA gebraucht. Es ist also höchste Zeit, den Ausweis baldmöglichst bei der jeweils zuständigen Landesärztekammer zu bestellen“, betonte Dr. Markus Leyck Dieken, Geschäftsführer der gematik und selbst Internist sowie Notfallmediziner.

Bestellung des ePtA derzeit noch nicht möglich

Für psychotherapeutisch Tätige wurde der elektronische Psychotherapeutenausweis (ePtA) entwickelt. Die Ausgabe des ePtA ist jedoch gegenwärtig bei keiner Landespsychotherapeutenkammer (LPK) möglich, so auch nicht in Rheinland-Pfalz. Dies liegt an Gründen, die sich der Einflussnahme der LPK Rheinland-Pfalz entziehen, die bereits seit längerer Zeit alle technischen und personellen Voraussetzungen dafür geschaffen hat. Peter Andreas Staub, Vorstandsmitglied der KV RLP, meint dazu: „Die

Bundespsychotherapeutenkammer soll hier endlich ihre Hausaufgaben machen und den Ausgabeprozess beschleunigen.“ Die LPK werde alle Mitglieder umgehend informieren, sobald eine Antragstellung möglich ist.

Finanzierungsgrundlagen für den eHBA und den ePtA

Jeder Niedergelassene bekommt von der KV RLP mit Anschluss an die TI pro Quartal eine Betriebskostenpauschale erstattet, die auch einen Betrag von 11,63 Euro für den eHBA einschließt. Allerdings deckt diese Pauschale nur etwas weniger als die Hälfte der Kosten. Über einen Zeitraum von fünf Jahren entstehen so je Ausweis Kosten von 500 Euro, denen eine Erstattung von insgesamt 232,60 Euro gegenübersteht. Durch einen frühen Anschluss hat die ein oder andere Praxis ein Plus erhalten, das diese Lücke schließt, da noch gar keine eHBA benötigt wurden. Allen anderen steht dieses Plus nicht zur Verfügung und sie müssen diese Differenz aus eigener Tasche zahlen. KV RLP-Vorstandsmitglied Peter Andreas Staub kritisiert diese Finanzierungslücke und fordert eine Nachverhandlung zur Angleichung an die aktuellen Preise der Heilberufsausweise.

Zugriff auf TI-Anwendungen auch mit dem Praxisausweis

Abzugrenzen vom eHBA ist der elektronische Praxisausweis (SMC-B-Karte), welcher die Praxis als medizinische Einrichtung gegenüber der TI identifiziert. Nur mit ihm kann der Konnektor eine Verbindung zur TI aufbauen. Neben der Hauptbetriebsstätte benötigt übrigens auch jede Nebenbetriebsstätte zur Identifikation einen eigenen Praxisausweis. Mit diesem Aus-

weis erhält die Praxis außerdem die Berechtigung, Versichertenstammdaten von elektronischen Gesundheitskarten auf Gültigkeit und Aktualität zu prüfen. Es ist damit auch möglich, auf TI-Anwendungen wie etwa das Notfalldatenmanagement und die elektronische Patientenakte zuzugreifen.

Für Haus- und Pflegeheimbesuche sind mobile Kartenlesegeräte zugelassen, die im Offline-Betrieb arbeiten. Die Aktualisierung der Versichertenstammdaten ist damit nicht möglich, für den Betrieb ist jeweils ein weiterer Praxisausweis erforderlich.


Sperrung von Praxisausweisen nach Praxisbeendigung

Da ärztliche und psychotherapeutische Praxen mit dem Praxisausweis auf Patientendaten der medizinischen TI-Anwendungen zugreifen können, ist die KV RLP aus Sicherheitsgründen verpflichtet, alle Praxisausweise solcher Betriebsstätten zu sperren, sobald diese beendet worden sind bzw. sich die Betriebsstättennummer (BSNR) geändert hat. Nach Beendigung existiert eine Übergangszeit von vier Wochen; anschließend ist die Sperrung unwiderruflich. Praxisausweise sind nur für die ursprünglich beantragte BSNR gültig. Sie dürfen nicht in einer Nachfolgepraxis weiterverwendet werden. Bei einer neuen BSNR müssen neue Praxisausweise beantragt werden. Gleiches gilt für Praxisausweise mobiler Kartenlesegeräte.

Werden Kartensysteme in den nächsten Jahren abgelöst?

Auf lange Sicht ist es das strategische Ziel der Gematik wie der Politik, statt auf kartenbasierte Systeme auf „digitale Identitäten“ zu setzen. Die Gematik formuliert in ihrem Whitepaper „Arena für die digitale Medizin“, im Jahr 2021 die „Vorgaben für ein förderiertes System elektronischer Identitäten“ festzulegen. Die Chipkarte ist dabei nicht mehr ausschließliches Authentifizierungsmittel, sondern sog. „Identity Provider“ wie Krankenkassen, Ärztekammern und KVen übernehmen die Authentifizierung der Nutzer.

Auch der vom Bundeskabinett verabschiedete Gesetzentwurf zur digitalen Modernisierung von Versorgung und Pflege geht in diese Richtung. Laut § 340 soll „spätestens ab dem 1. Januar 2024 ergänzend zu den Heilberufs- und Berufsausweisen auf Verlangen des Leistungserbringers eine digitale Identität für das Gesundheitswesen zur Verfügung“ gestellt werden, die nicht an eine Chipkarte gebunden ist. Das Gesetz soll zum 1. Juli 2021 in Kraft treten. KV PRAXIS wird in der nächsten Ausgabe über die Änderungen für Praxen berichten. ■

 Beantragung von Praxisausweisen:
www.kv-rlp.de/442612-12072

IT-SICHERHEIT – DAS MÜSSEN PRAXEN KÜNFTIG BEACHTEN

Nach langem Ringen mit den politischen Verantwortlichen hat die KBV-Vertreterversammlung im Dezember 2020 die IT-Sicherheitsrichtlinie verabschiedet. Zugleich haben die Delegierten eine Richtlinie zur Zertifizierung beschlossen.

Vertragsärztliche und -psychotherapeutische Praxen müssen sich bis zum 1. April 2021 um die ersten Schritte zur Absicherung der Praxis-IT kümmern. Nach den Vorgaben der Richtlinie sollen schrittweise weitere Maßnahmen zur digitalen Absicherung der Praxis erfolgen. Mitglieder können dies entweder selbst, in Zusammenarbeit mit einem IT-Dienstleister ihres Vertrauens oder künftig mit einem von der KBV zertifizierten Anbieter tun. Die KBV listet solche Anbieter auf ihrer Website.

KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel hatte sich zuvor zufrieden gezeigt über den mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) konsentierten Vorschlag für die IT-Sicherheitsrichtlinie: „Es ist uns mit dieser Fassung der IT-Sicherheitsrichtlinie gelungen, praktikable und realistische Vorgaben für Praxen zu erarbeiten, die aufwandsarm umzusetzen

sind. Vieles davon wird im Praxisalltag bereits angewendet, da es durch die Europäische Datenschutz-Grundverordnung vorgegeben ist. Die Richtlinie konkretisiert die Verordnung und macht sie praxistauglich“, betonte Dr. Kriedel. Darüber hinaus gebe es für die Praxen nun Rechtssicherheit.

Peter Andreas Staub, Vorstandsmitglied der KV RLP, begrüßt ebenfalls die insgesamt praktikablen und praxisfreundlichen IT-Sicherheitsrichtlinien. Dennoch kritisiert er, dass die Frage der Finanzierung der Hardware- und Dienstleistungskosten, die nach und nach auf die Praxen zukämen, noch nicht geklärt sei. „Ich fordere hier einen IT-Sicherheitszuschlag von den Krankenkassen für die Praxen analog der aktuellen gesetzgeberischen Förderung notwendiger Investitionen in die Informationssicherheit und Digitalisierung von Krankenhäusern.“

Unterschiedliche Praxisgrößen und zusätzliche IT-Sicherheitsanforderungen

Die umzusetzenden Anforderungen richten sich nach der Größe der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Praxis. So wird unterschieden, ob in einer Praxis bis zu fünf Personen, zwischen sechs und 20 Personen (mittlere Praxis) oder über 20 ständig mit der Datenverarbeitung betrauten Personen (Großpraxis) arbeiten.

Unabhängig von der Praxisgröße gibt es zusätzliche Anforderungen an die vorhandene IT-Infrastruktur, so bei medizinischen Großgeräten (zum Beispiel Computertomograph, Magnetresonanztomograph) und an dezentrale Komponenten der Telematik-Infrastruktur. Hier geht es beispielsweise um Schutz vor unberechtigtem physischem Zugriff oder um die geschützte Kommunikation mit dem Konnektor.

Verantwortlich für die Umsetzung der Sicherheitsanforderungen ist die Praxisinhaberin bzw. der Praxisinhaber. Dabei können sich Praxen von IT-Dienstleistern beraten und unterstützen lassen. Die Zertifizierung dieser Dienstleister hat die KBV in einer zweiten Richtlinie geregelt.

Erste Anforderungen gelten bereits zum 1. April 2021

Erste Schritte sollen die Praxen bereits zum 1. April dieses Jahres realisieren. Wie in Anlage 1 der Richtlinie aufgeführt, gehört dazu etwa, nur sichere Apps aus den offiziellen Stores herunterzuladen und zu nutzen. Ebenso sollen nur Internet-Anwendungen verwendet werden, die Zugänge (Passwort, Benutzerkonto etc.) strikt absichern. Weitere Anforderungen gelten erst ab Januar bzw. Juli 2022. Die einzelnen Punkte werden in der 16 Seiten umfassenden Richtlinie jeweils kurz erläutert.

Die KBV stellt als Unterstützung für ärztliche und psychotherapeutische Mitglieder auf einer Online-Plattform Begleitinforma-




© DIGITALE-FOTOGRAFIE – STOCKADOBEE.COM

Bei medizinischen Großgeräten wie dem Magnetresonanztomograph gelten nun zusätzliche Anforderungen an die IT-Infrastruktur.

mationen und Umsetzungshinweise für Praxen zu der Richtlinie bereit, die kontinuierlich ergänzt werden. Zudem stehen auf dieser Website Musterdokumente zu bestimmten Aspekten der Sicherheitsrichtlinie zum Download zur Verfügung, beispielsweise ein Muster-Netzplan oder eine Muster-Richtlinie für Mitarbeiter zur Nutzung von mobilen Geräten.

Zusätzlich bietet die KBV ab Mitte Februar über ihr Fortbildungsportal Online-Schulungen für Ärzte und Psychotherapeuten an, für die CME-Punkte erworben werden können. ■

 Online-Plattform der KBV: <https://hub.kbv.de/display/itsrl>
 Fortbildungsportal der KBV:
<https://www.kbv.de/html/7703.php>
www.mit-sicherheit-gut-behandelt.de > Digitale Praxis > Sicherer und datenschutzgerechter IT-Einsatz

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

Stefan Holler, Dr. Rainer Saurwein,
 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

UMSETZUNG

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



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.

NEUE TECHNIKPAUSCHALEN FÜR TELEMATIK-ANWENDUNGEN

Praxen bekommen die medizinischen Fachanwendungen künftig höher vergütet. Für die zusätzlichen stationären Kartenterminals, die für das Notfalldatenmanagement (NFDM) und den elektronischen Medikationsplan (eMP) in den Behandlungsräumen notwendig sind, gibt es nun 595 Euro – das sind 60 Euro mehr als bisher. Darauf haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband geeinigt.

Um die Erstattung für das NFDM und den eMP zu erhalten, müssen Sie ihre Betriebsbereitschaft erklären. Dies erfolgt auf einfache Weise über den geschützten Mitgliederbereich unter Anträge > Erstattung TI-Anwendungen. Bereits gezahlte Pauschalen werden



nachträglich um die vereinbarten 60 Euro erhöht und automatisch nachgezahlt. An dieser Stelle bittet die KV RLP die Praxen, keine Rechnungen einzureichen, da die Zuzahlung nach Erklärung der Betriebsbereitschaft erfolgt. Die TI-Finanzierungsvereinbarung berücksichtigt zudem nun kommende Anwendungen wie die elektronische Patientenakte (ePA) und das elektronische Rezept. Für die Nutzung der ePA sind ein weiteres, noch nicht am Markt erhältliches Konnektor-Update sowie ein Modul für das Praxisverwaltungssystem (PVS) notwendig. ■

IMPf-APP ZU COVID-19

Um die Datenlage nach erfolgter Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 zu verbessern, stellt das Deutsche Institut für Fachärztliche Versorgungsfor-schung (DIFA) allen Ärztinnen und Ärzten und medizinischem Fachpersonal kostenfrei die DIFA1-App zur Erfassung aller Begleitscheinungen zur Verfügung. Mit der App können laut DIFA die „Effektivität und Sicherheit der Impfung unkompliziert dokumentiert und transparent ausgewertet“ werden. ■

<https://difa-vf.de/difa1/>

KV.DOX STEHT BEREIT

Arztbriefe, Befunde oder AU-Bescheinigungen sicher und dennoch so einfach versenden wie eine E-Mail: Mit kv.dox geht das. kv.dox ist der Dienst für Kommunikation in der Medizin (KIM), den die KBV für Praxen bereitstellt. Mit kv.dox können Sie Dokumente innerhalb der Telematik-Infrastruktur direkt aus Ihrem Praxisverwaltungssystem sicher und einfach verschicken – an die ärztliche Kollegin genauso wie an den Apotheker, das Krankenhaus oder die KV RLP. kv.dox passt zu allen Praxisverwaltungssystemen und E-Health-Konnektoren. ■

www.kvdox.kbv.de

GROSSE NACHFRAGE

Die Zahl der Videosprechstunden steigt coronabedingt rasant an. Fast 1,2 Millionen Mal im zweiten Quartal 2020 wurde ein Arzt oder Psychotherapeut in Deutschland per Video konsultiert – so oft wie noch nie. Das ergab eine aktuelle Analyse der KBV. Mit Abstand am stärksten genutzt wurde die Möglichkeit der digitalen Konsultation in der Psychotherapie: Drei Viertel aller Videosprechstunden im zweiten Quartal 2020 entfallen auf diesen Bereich. ■

AUS DEM ARZTFINDER WIRD DER PRAXISFINDER

Wer in Rheinland-Pfalz eine ärztliche oder psychotherapeutische Praxis sucht, wurde bisher über den Arztfinder der KV RLP fündig. Dieser wurde nun durch den Praxisfinder ersetzt. Die KV RLP bittet Sie, Ihre Einträge zu überprüfen und eventuell zu aktualisieren.

Im neuen Praxisfinder können Nutzerinnen und Nutzer rheinland-pfälzische

Vertragsärztinnen und -ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen sowie -psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten und die Mammografie-Einheiten im Land finden. Der Praxisfinder ist der Nachfolger des Arztfinders, der seit dem Jahr 2008 als Suchinstrument bereitstand. Nun wurden vor allem die Suchfunktionen



verbessert und benutzerfreundlicher gemacht. Bitte melden Sie Änderungen stets zeitnah, sodass dieses Instrument stets auf dem neuesten Stand ist. ■

www.kv-rlp.de/93289 Praxisfindereintrag | Formular für Ergänzungen:



KEINE GKV-LEISTUNGEN OHNE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE

Gesetzlich Krankenversicherte können von ihren Krankenkassen keinen papiergebundenen Berechtigungsnachweis („Krankenschein“) verlangen, wie der 1. Senat des Bundessozialgerichts entschied.

Die Kläger hatten geltend gemacht, die elektronische Gesundheitskarte (eGK) und die dahinter stehende Telematik-Infrastruktur wiesen Sicherheitsmängel auf, sensible Daten seien nicht ausreichend vor unberechtigtem Zugriff geschützt. Das Bundessozialgericht ist dem nicht gefolgt. Um Leistungen der GKV in Anspruch nehmen zu können, müssen Versicherte ihre Berechtigung grundsätzlich mit der eGK nachweisen.

Die Vorschriften über die eGK stünden mit den Vorgaben der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DS-GVO) in Einklang, urteilten die Richter des BSG. Der Gesetzgeber wolle mit der eGK, soweit es um die Pflichtangaben geht, den Missbrauch von Sozialleistungen verhindern und die Abrechnung von Leistungen der Ärzte erleichtern. Damit würden legitime Ziele verfolgt.

Die Verarbeitung personenbezogener Daten sei auf das zwingend erforderliche Maß beschränkt und der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz gewahrt, stellte das BSG fest. Der Gesetzgeber habe ein umfangreiches Netz an Regelungen erstellt, das die Datensicherheit hinreichend gewährleiste. Er habe dort Regelungen regelmäßig nachgeschärft, wo Sicherheitsaspekte dies erforderlich gemacht haben.

Darüber hinaus seien viele Anwendungen der Telematik-Infrastruktur, zum Beispiel die elektronische Patientenakte, freiwillig. Die gesetzlichen Grundlagen zur Nutzung der eGK verletzen weder Grundrechte des Grundgesetzes noch der Europäischen Grundrechtecharta. ■

§ BSG, Urteil vom 20. Januar 2021,
Az.: B 1 KR 7/20 R; B 1 KR 15/20 R

NEUE VIDEOREIHE DER KV RLP GESTARTET

„Talk mit Doc Bartels“ – so heißt das neue Gesprächsformat der KV RLP. Auf dem namensgleichen YouTube-Kanal diskutiert der stellvertretende Vorsitzende der KV RLP Dr. Andreas Bartels in einer zwanglosen Talkrunde mit jeweils einer Persönlichkeit aus dem Gesundheitssektor aktuelle, gesundheitspolitische Themen.



Zu Gast in der ersten Folge war Tobias Henke, Bundeskoordinator für Gesundheitspolitik der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland.

Egal, ob aus der Politik, der Medizin oder dem Verbraucherschutz – Dr. Andreas Bartels heißt bei „Talk mit Doc Bartels“ Expertinnen und Experten sowie Meinungsbildnerinnen und Meinungsbildner aus allen Bereichen willkommen. Voraussetzung ist, sie haben etwas zum Thema Gesundheitsversorgung zu sagen. Im Fokus stehen dabei Möglichkeiten und Grenzen des deutschen Gesundheitswesens.

„Das Format bietet allen Beteiligten die Möglichkeit, ihre derzeitigen Erwartungen an eine möglichst optimale, patientengerechte medizinische Versorgung darzulegen – auch mit den derzeitigen Hinderungsgründen oder festzustellenden Grenzen – ohne dabei in die Rolle des Anklägers oder Verteidigers schlüpfen zu müssen“, sagt Dr. Bartels.

Gleichzeitig bietet die offene Diskussion die Möglichkeit, Lösungs- und Strategieideen miteinander auszuloten und zu

entwickeln. Ganz wichtig ist Dr. Bartels, dass auch kontroverse Themen zur Sprache kommen, die hinterfragt und diskutiert werden. Und das passiert nicht etwa hinter verschlossenen Türen. Ganz im Gegenteil: Die Talkrunde wird in regelmäßigen Abständen auf dem YouTube-Kanal „Talk mit Doc Bartels“ veröffentlicht.

Geplant ist die Plattform für den gesundheitspolitischen Austausch einmal im Monat. „Wir wenden uns damit an Ärzte sowie weitere Beteiligte im Gesundheitswesen. Aber auch für Patienten und die breite Öffentlichkeit ist das Format interessant. Unser Anspruch ist es, Themen aus dem Gesundheitssektor verständlich rüberzubringen“, so Dr. Bartels. ■

📍 Zur Sendung: <https://bit.ly/3dxgOMg>

👤 Sie möchten Talkgast sein oder einen solchen vermitteln? Schreiben Sie eine E-Mail an: redaktion@kv-tv.net

SO RICHTEN SIE MEDIZINISCHE HANDWASCHPLÄTZE EIN

Über die Hände des medizinischen Personals können Infektionskrankheiten übertragen werden. Deshalb sollte der Handwaschplatz in Ihrer Arztpraxis leicht erreichbar und fachkundig ausgestattet sein.

An Handwaschplätzen, welche von Personen mit direktem Patientenkontakt genutzt werden oder die sich in kritischen Bereichen befinden, müssen die Spender handkontaktlos zu betätigen sein. Nachfolgend die Kriterien eines Idealen Handwaschplatzes:

- Wandmontierte Spender für Händedesinfektionsmittel ohne Handkontakt, bedienbarverlängerte Hebelarmatur zur handkontaktlosen Bedienung
- Wandmontierte Spender für Handwaschpräparate ohne Handkontakt, bedienbarverlängerte Hebelarmatur zur handkontaktlosen Bedienung
- Zulauf für fließend warmes und kaltes Wasser
- Waschbecken ohne Überlauf, als Perlatoreinsatz möglichst auf Siebeinsätze verzichten
- Spender für Einmalhandtücher (idealerweise wandmontiert)
- Gegebenenfalls Spender oder Tube für Hautpflege und Hautschutzmittel
- Sammelbehälter für gebrauchte Einmalhandtücher
- Falls Arbeitsflächen für aseptische Arbeiten an den Waschplatz angrenzen, sind diese durch einen Spritzschutz so abzuschirmen, dass es nicht zu einer Kontamination der Umgebung kommen kann.

Perlatoren/Wasserstrahlregler sind aufgrund von Kalkablagerungen in regelmäßigen Abständen zu reinigen bzw. zu entkalken. Kleiner Tipp: Halten Sie die Reinigungsdaten in Ihrem Hygieneplan fest.



© FATCAMERA – ISTOCKPHOTO.COM

Vermeiden Sie außerdem die Entstehung erregerehaltiger Aerosole aus dem Siphon, indem Sie den Wasserstrahl nicht direkt in den Siphon bzw. auf den Abfluss ausrichten.

Wichtig: Stückseifen und Handtücher zum Mehrfachgebrauch sind unzulässig!

📄 Lesen Sie mehr auf www.kv-rlp.de/715503-25391
Mustervorlagen und Informationen zum Thema Hygiene:
www.kv-rlp.de/715503



IHRE KV-HOTLINE INFORMIERT

Formularbestellschein korrekt ausfüllen

Um Ihre Formularbestellung schneller bearbeiten zu können, hilft es, diese korrekt auszufüllen: Bitte füllen Sie das erste Feld oben links händisch aus. Der Arztstempel soll le-

diglich in das Feld rechts nebenan gedruckt werden. Bitte hier darauf achten, dass der Arztstempel lesbar ist.

Praxis:	Datum / Arztstempel
PLZ:	
Anspruchspartner:	
Praxisfach:	

👤 KV-Hotline
Telefon 06131 326-326, Fax 06131 326-327
kv-hotline@kv-rlp.de

MO – DO 7.30 – 17 Uhr
FR 7.30 – 15 Uhr



Egal ob aus der Politik, der Medizin oder dem Verbraucherschutz – Dr. Andreas Bartels heißt bei „**Talk mit Doc Bartels**“ Expertinnen und Experten sowie Meinungsbildnerinnen und Meinungsbildner aus allen Bereichen willkommen. Voraussetzung ist, sie haben etwas zum Thema Gesundheitsversorgung zu sagen. Im Fokus stehen dabei Möglichkeiten und Grenzen des deutschen Gesundheitswesens.

kv-rlp.de/129089

NEU AUF
 YouTube

