

TELEMATIK-DIENSTE

MODERN KOMMUNIZIEREN

Durch die digitale Vernetzung entstehen vielfältige Möglichkeiten des Datenaustauschs und der Informationsgewinnung, welche die Kooperation unter den Leistungserbringern erleichtern werden.



Aktuelles zum Coronavirus:

www.kv-rlp.de/555444

AMBITIONIERTE ZIELE

Der neue Gesundheitsminister Clemens Hoch will die Grundlagenforschung im Gesundheitswesen stärken. | Seite 12

FLUTKATASTROPHE

Eine Ärztin und eine Psychotherapeutin berichten über die schwierige Situation für die ambulante Versorgung. | Seite 15

PATIENTENTRANSPORT

Das müssen ärztlich Niedergelassene bei der Verordnung eines Rettungs- oder Krankenwagens beachten. | Seite 22

INHALT

■ SCHWERPUNKT

4 Ausbaupotenzial

Auf der elektronischen Patientenakte (ePA) können bald mehr Datensätze gespeichert werden und es kommen neue Nutzergruppen hinzu.

6 Austausch



Die gematik entwickelt Standards für TI-Messengerdienste, die eine schnelle und anbieterübergreifende Kommunikation erlauben.

7 Anwendungsvielfalt

Medizinische Informationsobjekte sind universell verwendbar und dienen dazu, Daten in der ePA lesbar zu machen.

8 Arbeitsunfähigkeit

Die Bescheinigung im Papierformat hat bald ausgedient und der elektronische Versand an die Kassen wird verpflichtend.

10 Aufwandsarm

Das elektronische Rezept wird den Verordnungsalltag der ärztlichen Praxen nicht nur verändern, sondern vor allem vereinfachen.

■ POLITIK

12 Clemens Hoch im Gespräch

Der neue Wissenschafts- und Gesundheitsminister strebt an, die Gesundheitsforschung auszubauen und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte zu fördern.

■ PANORAMA

15 Folgen der Flutkatastrophe

Nach den verheerenden Hochwasserschäden im Ahrtal hat die KV RLP Kontakt zu betroffenen Praxen aufgenommen, um die ambulante Versorgung zu gewährleisten.

19 Schutz vor Datenverlust

Durch die Lagerung von Datensicherung außerhalb der Praxisräume können Niedergelassene mögliche Schäden bei Hochwasser oder Hackerangriffe in Grenzen halten.

20 Ärztliche Stelle im Portrait

Auch in Pandemie-Zeiten kam das Team in der KV RLP ihrer Mittlerfunktion zwischen den Strahlenschutzverantwortlichen und der zuständigen Aufsichtsbehörde nach.

■ SERVICE

22 Rettungs- oder Krankenfahrt?

KV PRAXIS klärt über die Unterschiede auf und was die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bei der Verordnung beachten müssen.

- 24** Nachrichten

- 25** Berufshaftpflichtversicherung

- 25** Impressum

- 26** Aktuelle Rechtsprechung |
Qualitätsbericht 2021 der KV RLP

- 27** Online-Umfrage Mediennutzung |
Neues aus der KV-Hotline

- 28** KV-Konferenz 2021

VORWORT



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

in einigen Tagen wird wieder ein neuer Bundestag gewählt. Die neue Regierung, in welcher politischen Konstellation sie auch zusammengesetzt sein mag, wird sich daran messen lassen müssen, ob sie die notwendigen Reformen im Gesundheitswesen mit Realismus und Augenmaß anpackt. Vieles wurde in der Vergangenheit nicht immer im Sinne der ärztlich und psychotherapeutisch Niedergelassenen umgesetzt.

Deutlich wird das am Ausbau der Telematik-Infrastruktur (TI). Die fortschreitende Digitalisierung in der ambulanten Versorgung mit ihren vielfältigen Kommunikationsmöglichkeiten und elektronischen Diensten wie eRezept, ePatientenakte oder die eAU wird den Praxisalltag zweifellos erleichtern und zahlreiche Vorteile bringen. Das führen die Beiträge im Schwerpunkt dieser Ausgabe nochmals deutlich vor Augen. Leider müssen wir erleben, dass TI-Anwendungen nicht ausreichend erprobt sind und daher unausgereift auf den Markt kommen. Häufig liegen in den Praxen die technischen Voraussetzungen noch gar nicht vor. Dennoch droht der Gesetzgeber den Leistungserbringern Sanktionen an, wenn sie eine TI-Anwendung nicht bis zu einer bestimmten Frist verfügbar haben – siehe elektronische Patientenakte. Wir müssen die Akzeptanz für diese notwendigen technischen Veränderungen fördern. Finanzielle Strafen sind hier eindeutig der falsche Weg! Zumal wenn Fragen zum Datenschutz und zur Datensicherheit noch nicht zufriedenstellend beantwortet sind.

Apropos Datensicherheit: Jüngste Hackerangriffe und nicht zuletzt die Hochwasserkatastrophe zeigen die Risiken, die Praxen immer wieder ausgesetzt sind. Durch regelmäßiges Einspielen von Updates und externe Datenaufbewahrung können die Praxen ihren eigenen Beitrag zum Schutz von Patientendaten leisten. Es wird auch auf uns ankommen, ob sich der Digitalisierungsprozess in die richtige Richtung bewegt.

Herzliche Grüße aus Mainz, Ihr

Peter Andreas Staub

Mitglied des Vorstands der KV RLP



TELEMATIK-DIENSTE

MODERN KOMMUNIZIEREN

© WHITEWAY – ISTOCKPHOTO.COM

Seit Juli 2021 müssen die technischen Voraussetzungen für den Betrieb der elektronischen Patientenakte (ePA) in den Praxen vorhanden sein, die Erprobungsphase läuft bereits. Doch wie geht es weiter? Die gematik stellte auf ihrer digitalen Veranstaltungsreihe Ende Juli die nächsten Ausbaustufen vor.

„Es wird bei der ePA noch vieles passieren in den nächsten Jahren, sowohl auf funktionaler Ebene als auch hinsichtlich des Wirkungskreises, der in Form neuer Nutzergruppen wächst“, prognostizierte Philipp Mähl, Strategischer Produktmanager ePA bei der Betreibergesellschaft gematik GmbH. Neben ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Praxen sind auch Apotheken an die ePA angebunden. Sukzessive kommen Kliniken und darin tätige Belegärztinnen und -ärzte bis Ende dieses Jahres hinzu. Hintergrund ist die komplexere technische Infrastruktur, welche die Anbindung zeitaufwendiger macht.

Zunächst stehen der Notfalldatensatz und der elektronische Medikationsplan als Datensätze in der ePA zur Verfügung. Diese Datensätze sind auf der elektronischen Gesundheitskarte des Versicherten nicht sichtbar, können dafür aber in der Akte eingesehen werden. Patientinnen und Patienten können diese Daten dort bereits eintragen und aktualisieren und es kann ein Austausch darüber mit den Ärztinnen und Ärzten stattfinden. Hierzu muss der Praxis zuvor vom Versicherten die Berechtigung zur Einsichtnahme erteilt werden. Darüber hinaus ist es möglich, den elektronischen Arztbrief sowie den Datensatz

persönlicher Erklärungen in die ePA einzustellen. Versicherte können für den Behandlungskontext weitere wichtige Dokumente einstellen.

Berechtigungen können ab dem nächsten Jahr gezielter vergeben werden

Im nächsten Jahr kommen neue Nutzergruppen bei der ePA-Anbindung hinzu, beispielsweise Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Arbeitsmediziner und Rehakliniken. Auch Privatversicherte bekommen 2022 eine ePA angeboten. Weitere Änderungen betreffen den Funktionsumfang: So wird das bisherige grobe Berechtigungskonzept durch ein verfeinertes Berechtigungskonzept ersetzt. „Das hat zur Folge, dass der Patient im Rahmen seiner Berechtigungsvergabe gezielter Berechtigungen vergeben kann“, erläutert der ePA-Experte der gematik. „Er kann gezielt Behandlungsdokumente freigeben, die für eine bestimmte medizinische Berufsgruppe von Relevanz sind, oder bestimmte Dokumente gar nicht freigeben.“ Möglich wird die Rechteübertragung auch an die Partnerin bzw. den Partner oder pflegende Angehörige.

Auch ein Kassenwechsel stellt mit der ePA kein Problem dar. Die Krankenkasse kann Abrechnungsdaten über die Behandlung zur Einsicht in die Akte stellen. Ab 2022 ist die ePA nicht nur per App auf dem Smartphone, sondern auch auf einem PC oder Laptop nutzbar. „Ein wesentlich neues und spannendes Feature ist die Unterstützung standardisierter und strukturierter Dokumente. Das betrifft ab nächstem Jahr den Impfpass, den Mutterpass, das Zahnbonusheft und das Kinderuntersuchungsheft“, beschreibt Philipp Mähl die weitere Entwicklung.

„Für diese Dokumente werden Sie als Ärztin bzw. Arzt den elektronischen Heilberufsausweis funktional benötigen, um zum Beispiel Eintragungen vorzunehmen.“

Künftig auch Freigabe pseudonymisierter Daten für die Forschung möglich

Einen weiteren Ausblick gab der Produktmanager auch schon auf 2023. In dem darauffolgenden Jahr würden bei den Nutzergruppen auch noch die Forschung und die Hersteller von Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) in die ePA eingebunden. Ab diesem Zeitpunkt können Nutzende der ePA strukturierte Daten aus den vier zuvor genannten Pasddokumenten für die Forschung freigeben. „Darüber hinaus wird es möglich sein, dass ein Versicherter, der bereits eine DiGA nutzt, Daten daraus in der ePA abspeichert und diese Daten unterschiedlichen Ärzten und Therapeuten freigibt, um die Daten zu besprechen.“ Weiterhin optional vorgesehen sind die Einbindung von TI-Messengern, das heißt speziellen Kurznachrichtendiensten (siehe Artikel Seite 6), die Abgabe einer Organspendeerklärung und das automatisierte Einstellen von Verordnungs- und Dispensierdaten aus dem eRezept-Fachdienst. An strukturierten Daten und Dokumenten können im übernächsten Jahr dann auch ein Krankenhaus-Entlassbrief, die eAU oder Laborwerte abgelegt werden.

„Wir sehen die ePA als Gemeinschaftsleistung von Ihnen, den Ärztinnen und Ärzten, der Industrie und weiteren Beteiligten im Gesundheitswesen“, so der gematik-Produktmanager abschließend. „Daher können wir diese auch nur mit Ihnen gemeinsam zum Erfolg bringen.“ ■

ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE

Eine digitale Anwendung für Versicherte, die als App auf dem Smartphone oder Tablet heruntergeladen werden kann. Die ePA ist für gesetzlich Krankenversicherte freiwillig. Sie haben jederzeit Zugriff auf ihre Akte und können selbst bestimmen, welche Daten – zum Beispiel Befunde, Diagnosen, Arztbriefe – sie darin ablegen (lassen) möchten und welche Arztpraxis, welche Apotheke, welches Krankenhaus darauf zugreifen darf. Krankenkassen haben keinen Zugriff auf die ePA. Deshalb ersetzt die ePA nicht die Primärdokumentation der Praxis oder des Krankenhauses! Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollten aufgrund der Patientenrechte über die ePA auch nicht von der Vollständigkeit der medizinischen Informationen ausgehen.



In Rheinland-Pfalz ist die ePA bereits in 29 Erprobungspraxen und 328 weiteren Praxen im Einsatz (Stand Abrechnung 2. Quartal 2021). Die anderen Praxen werden im Laufe des 3. Quartals 2021 von ihren Software-Häusern an die technische Infrastruktur angebunden. ■

GEMATIK ENTWICKELT SPIELREGELN FÜR TI-MESSENGERDIENSTE

Ab Sommer 2022 soll im Gesundheitswesen eine schnelle, ortsungebundene und sichere Kommunikation mithilfe sogenannter Telematik-Infrastruktur-Messenger (TI-Messenger) möglich werden. Dazu entwickelt die gematik bis Oktober einheitliche Standards für interoperable Messenger-Anwendungen.



Ab dem Jahr 2023 können Praxen über einen TI-Messengerdienst dann auch mit Patientinnen und Patienten kommunizieren.

Sichere Messengerdienste für das deutsche Gesundheitswesen werden den digitalen Austausch unter den Leistungserbringern einen bedeutenden Schritt voranbringen. Es geht um Kommunikation in Echtzeit – beispielsweise für Ärztinnen und Ärzte, Apotheker, Pflegepersonal und Rettungsdienst – auf Basis eines sicheren Übermittlungsverfahrens, mit dem Sofortnachrichten schnell und vor allem über Anbietergrenzen hinweg verschickt werden können. Damit ergänzen TI-Messenger-Dienste die Kommunikation im Medizinwesen, kurz: KIM.

Gesetzliche Grundlage ist das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPfMG), mit der Entwicklung der Spezifikation ist die TI-Betreiber-Gesellschaft gematik beauftragt. Sie hat angekündigt, dass erste Lösungen ab Sommer 2022 auf dem Markt sein könnten. Per Kurznachrichte können dann medizinisch relevante Informationen zunächst zwischen Leistungserbringern ausgetauscht werden. Rückfragen können somit kurzfristig geklärt, organisatorische Hürden schnell genommen und Patienten optimal behandelt werden.

Interoperabilität zwischen Messengerdiensten soll gewährleistet werden

Die bisherigen Kommunikationswege kosten viel Zeit, vor allem die Organisation der Kontaktdaten ist häufig aufwendig. Darüber hinaus sind viele bereits bestehende Kurznachrichtendienste aus Datenschutz- und Sicherheitsgründen nicht für die Kommunikation von Patientendaten geeignet. Ebenso fehlt

es an einer einheitlichen Zertifizierung sowie einem anbieterübergreifenden Austausch. Mit dem von der gematik entwickelten TI-Messengerstandard soll die hundertprozentige Interoperabilität zwischen den einzelnen TI-Messengerdiensten über Anbietergrenzen hinweg erreicht werden. Dafür dient die Verwendung des frei verfügbaren Messengerprotokolls der Matrix.org Foundation, das bereits in vielen öffentlichen Bereichen zum Einsatz kommt. Matrix ist ein bestehender Standard, der Kommunikation in Echtzeit gewährleistet. Für den TI-Messenger wird der Matrix-Standard lediglich erweitert, um eine abgeschirmte Kommunikation im Gesundheitswesen zu ermöglichen. Matrix bietet eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung und damit auch einen sicheren Versand von Dokumenten oder Text-, Bild- und Audiodateien.

Im TI-Messenger sind die Kontakte der an einem TI-Messengerdienst teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, die sich mit einem HBA authentifizieren können, bereits hinterlegt. Dadurch ist es möglich, schnell und unkompliziert in Kontakt zu treten, um sie damit bei einer effizienten Behandlung zu unterstützen. Auch Rückfragen zum Beispiel an den ärztlichen Kollegen im Krankenhaus lassen sich über den Messengerdienst per PC oder Smartphone schnell beantworten. In einer weiteren Ausbaustufe ab 2023 wird dann auch die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten möglich sein. „Durch den Austausch von Informationen können Therapieentscheidungen sinnvoll getroffen werden“, so Eric Grey, Produktmanager bei der gematik GmbH. „Diese Kommunikation muss deshalb einfach und schnell funktionieren.“

Konzeptpapier der gematik beschreibt drei Ausbaustufen

In Zusammenarbeit mit potenziell Nutzenden und Vertretern der Industrie hat die gematik das Konzept zum TI-Messenger erarbeitet. Mit der Spezifikation für TI-Messengeranwendungen im Gesundheitswesen würden zugleich die Spielregeln geschaffen, erläutert Eric Grey weiter. „Das bedeutet, mit der Spezifikation können Hersteller eigene Anwendungen bauen, die nutzerzentriert entwickelt sind, und diese dann nach der Test- und Zertifizierungsphase durch die gematik am Markt anbieten. Diese Anwendungen werden interoperabel sein. Der Nutzer kann also darauf vertrauen, dass alle Ärzte, die einen TI-Messenger nutzen, über einen zentralen Verzeichnisdienst erreichbar sind.“

Im Juli hat die gematik ein Konzeptpapier veröffentlicht, um einen Ausblick auf die weitere Umsetzung des TI-Messengerstandards zu geben. Der Ausbau soll demnach in drei Stufen erfolgen. Zunächst umfasse der Sofortnachrichtendienst die „Kommunikation zwischen Leistungserbringern“, die über einen elektronischen Heilberufsausweis und Institutionen, die über eine SMC-B verfügen. Ein zusätzliches Feature ist die Einrichtung einer Gruppenchat-Funktionalität. Hier ist zum Beispiel der Austausch von Bilddateien denkbar. In einem zweiten Schritt werden die Nutzergruppen erweitert: Ab 2023 soll der TI-Messengerdienst auch zur Kommunikation zwischen

Versicherten und zum Beispiel der behandelnden Praxis bzw. Versicherten und Krankenkassen genutzt werden können. Im dritten Schritt ab Oktober 2023 wird der Funktionsumfang um eine Möglichkeit zur Videotelefonie ausgebaut.

Zugleich hebt die gematik in ihrem Konzeptpapier hervor: „Für die Nutzung des Messengerdienstes der Versicherten darf kein neues Verzeichnis der Versicherten aufgebaut werden. Stattdessen kann beispielsweise ein Pseudonym der Krankenversicherungsnummer verwendet werden.“ Die Nutzung eines TI-Messengers ist für Leistungserbringer freiwillig. ■

MIO – NEUE STANDARDS FÜR DEN DATENAUSTAUSCH IN DER EPA

Um die ePA sektorenübergreifend nutzen zu können, muss diese mit medizinischen Daten befüllt werden. Dazu werden medizinische Informationsobjekte (MIO) als digitale Informationsbausteine angewendet, um standardisierend diese Daten lesbar und bearbeitbar zu machen und damit die digitale Kommunikation im Gesundheitswesen zu verbessern.

Elektronische Patientenakte und MIO funktionieren Hand in Hand. In der ePA werden die medizinischen Daten einer Patientin oder eines Patienten gespeichert. Über ePA-Funktionalitäten können Zugriffsrechte auf Daten vergeben sowie Daten hinzugefügt, aktualisiert oder entfernt werden. Die MIO dienen dazu, die medizinischen Daten – etwa in Form einer ePA – standardisiert zu dokumentieren. Sie können als kleine Informationsbausteine verstanden werden, die universell verwendbar und kombinierbar sind. Ziel ist es, dass MIO im Sinne der Interoperabilität für jedes System lesbar und bearbeitbar sind. Informationen sollen so deutlich leichter zwischen den einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen ausgetauscht werden können.

Das Konzept der MIO stammt von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Sie folgt damit dem Auftrag aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG, § 291b Absatz 1 Satz 7 SGB V), die semantische und syntaktische Interoperabilität für Inhalte der ePA in Zusammenarbeit mit weiteren Institutionen und Organisationen zu erarbeiten und festzulegen.

Jedes MIO und auch jede neue Version eines MIO durchläuft denselben Prozess: Nach der Erstellung – in der zahlreiche Fachgespräche und Reviews erfolgen – folgt eine öffentliche Kommentierungsphase auf der Online-Plattform



© MIO42

Vier MIO sind bereits definiert, etwa der digitale Impfpass oder das zahnärztliche Bonusheft. Zwei weitere MIO wie der Krankenhaus-Entlassbrief oder die Patientkurzakte sind in der Entwicklung.

www.mio.kbv.de. An der Kommentierung können sich interessierte Personen und Organisationen beteiligen, bevor dann im Anschluss die Benehmenserstellung in gesetzlich vorgesehenem Kreis erfolgt. Erst nach Sichtung und Beantwortung aller eingegangenen Kommentare aus beiden Phasen wird das MIO schlussendlich vom Vorstand der KBV festgelegt.

Vier MIO bereits entwickelt und ab 2022 einsatzbereit

Bereits im vergangenen Jahr hat die KBV einige MIO definiert, die ab 2022 innerhalb der ePA Stufe 2 in der Versorgung einsetzbar sind. Dazu zählen der digitale Impfpass, der Mutterpass, das zahnärztliche Bonusheft und das Kinder-Untersuchungsheft. Für die zweite Jahreshälfte ist das MIO „Krankenhaus-Entlassbrief“ vorgesehen, in enger Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft. Ebenfalls in der Entwicklungsphase befindet sich aktuell die MIO Patientkurzakte, die den Notfalldatensatz und den Datensatz der persönlichen Erklärungen der versicherten Person umfassten. Ursprünglich waren diese beiden Datensätze für die Speicherung in der elektronischen Gesundheitskarte vorgesehen und sollen nun in eine eigene Online-Anwendung überführt werden. Weitere MIO, etwa für Laborbefunde, die rund 90 Prozent aller Laborleistungen abdecken sollen, sind in Arbeit. ■

AU-BESCHEINIGUNGEN BALD NUR NOCH DIGITAL

Ab 1. Oktober ist die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) nur noch elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln. Für Praxen, die bis dahin noch nicht über die nötigen technischen Voraussetzungen verfügen, gilt bis zum Jahresende eine Übergangsregelung.

Die Digitalisierung der AU-Bescheinigung gehört zu den neuen digitalen medizinischen Anwendungen, welche papiergebundene Prozesse nach und nach ablösen sollen. Mit der Umstellung müssen die Versicherten künftig nicht mehr selbst ihre Krankenkasse oder ihren Arbeitgeber informieren. Stattdessen übermitteln die Ärztinnen und Ärzte die AU-Daten an die Krankenkasse. Diese leitet wiederum die für die Arbeitgeber bestimmten Daten weiter.

Folgende zwei Schritte sind gesetzlich vorgesehen:

1. Schritt ab Oktober 2021: Elektronischer Versand an die Krankenkassen

Die Übermittlung der AU-Daten an die Krankenkassen erfolgt mithilfe des E-Mail-Dienstes Kommunikation in der Medizin (KIM), der nur innerhalb der Telematik-Infrastruktur (TI) verfügbar ist.

Versicherte bekommen weiterhin einen Papierausdruck, sowohl für sich als auch ihren Arbeitgeber – allerdings nicht mehr auf dem Muster 1. Das Papier- und auch das Blankoformular werden durch einfache Ausdrücke aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) auf Basis sogenannter Stylesheets ersetzt. Die gedruckten Ausfertigungen gelten noch bis Mitte nächsten Jahres. Das bedeutet für die Versicherten, dass sie bis zu diesem Zeitpunkt auch die Ausfertigung an den Arbeitgeber weiterhin selbst und in Papierform übersenden müssen.

2. Schritt ab 1. Juli 2022: Elektronischer Versand an den Arbeitgeber

Die Weiterleitung der AU-Daten an die Arbeitgeber erfolgt nur noch digital. Dafür zuständig sind dann allerdings nicht mehr die Versicherten selbst, sondern die Krankenkassen. Diese übermitteln die Informationen der eAU auf digitalem Weg.

Vertragsärztinnen und -ärzte sind weiterhin verpflichtet, ihren Patienten eine AU-Bescheinigung auf Papier auszudrucken. Auf Wunsch der Patienten wird auch ein unterschriebener Ausdruck für den Arbeitgeber ausgestellt.

So setzen Sie Unterschrift und Signatur korrekt ein

Die Unterschrift auf der Papier-Bescheinigung läuft allmählich aus. Ab Juli 2022 müssen Sie den verbliebenen Papier-Ausdruck

nur noch unterschreiben, wenn Ihre Patientin bzw. Ihr Patient dies ausdrücklich wünscht.

Hingegen erfordert der digitale Vordruck in jedem Fall eine elektronische Signatur – ein Verfahren mit einem sehr hohen Sicherheitsniveau. Da dieses Verfahren sehr zeitaufwendig ist, gibt es in der Praxis die beiden folgenden praxistauglichen Lösungen:

Komfortsignatur

Analog zum E-Rezept können Sie ab Konnektor-Version PTV4+ (ePA-Konnektor) mit Ihrem elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) und Ihrer PIN jeweils bis zu 250 Signaturen für einen bestimmten Zeitraum freigeben. Die Signatur kann dann einfach per Mausclick durchgeführt werden. Die KBV empfiehlt für die eAU die Komfortsignatur, da die Daten sofort unterschrieben und versandt werden können. Mögliche Probleme bei der Datenübermittlung werden sofort erkannt und der Arzt kann dem Versicherten die Ausdrücke mitgeben.

Stapelsignatur

Ab der Konnektor-Version PTV3 (E-Health-Konnektor) können Sie mehrere Dokumente gleichzeitig qualifiziert elektronisch unterschreiben. Sie signieren dabei einmal mit Ihrem eHBA und der dazugehörigen PIN den gesamten vorbereiteten elektronischen Dokumentenstapel, zum Beispiel am Ende eines Praxistages. Bei der eAU wäre das möglich, da es ausreicht, alle an einem Tag gesammelten AU-Bescheinigungen einmal täglich an die Krankenkassen zu senden. Sollte jedoch bei einer Störung der TI das Ersatzverfahren notwendig werden, wäre das für die Praxis aufwendiger.

Bei einer Störung des Versands ist das Ersatzverfahren notwendig

Auch wenn ein Netzwerk wie die TI mehrfach vor Ausfällen abgesichert ist, sind technische Störungen nie ganz auszuschließen. In diesem Fall gelten folgende Regeln:

- Wenn der Versand der eAU aus der Praxis an die Krankenkasse nicht möglich ist, speichert das PVS die AU-Daten und versendet die eAU erneut, sobald dies wieder möglich ist.
- Wenn bereits beim Ausstellen oder beim Versand klar ist, dass die eAU nicht elektronisch verschickt werden kann,



händigen Sie Ihrem Patienten neben den Ausfertigungen für den Patienten und den Arbeitgeber einen weiteren unterschriebenen Ausdruck aus, den dieser an seine Kasse schickt.

- Stellen Sie erst später fest, dass eine Störung der TI vorliegt und die eAU auch am nächsten Werktag nicht an die Krankenkassen übertragen werden kann, versendet die Praxis selbst die Papierbescheinigung an die zuständige Krankenkasse. Mittels Komfortsignatur lassen sich die meisten Störungen unmittelbar erkennen.

Verwendung des Papierausdrucks nach Muster 1 in Einzelfällen

Auch nach dem 1. Oktober wird es bundesweit wie auch in Rheinland-Pfalz noch Praxen geben, die nicht an die TI angebunden sind. Ebenso ist davon auszugehen, dass bis Ende des 3. Quartals 2021 noch eine Reihe von Praxen keine KIM-Adresse besitzen wird, die für den sicheren Versand der eAU erforderlich ist. Nach einer Analyse der KV Nordrhein verfügten am 13. August 2021 in Deutschland insgesamt erst 11.751 Praxen über eine KIM-Adresse. Möglich ist auch, dass bis zum 1. Oktober die Zertifizierungsverfahren noch nicht bei allen PVS abgeschlossen sind.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung teilte dazu mit, dass für Ärztinnen und Ärzte, die an diesem Stichtag noch kein zertifiziertes PVS besitzen, übergangsweise eine auf Muster 1 bzw. mittels Blankoformularbedruckung erstellte AU für die Entgeltfortzahlung der Versicherten weiterhin rechtsgültig ist. Eine ersatzweise Verwendung der alten Formulare ist laut KBV also „in Einzelfällen“ möglich. Im Fall einer fehlenden KIM-Adresse greift wie bei einer Störung des Versands das Ersatzverfahren. Dieses gilt auch bei einer fehlenden TI-Anbindung.

Übergangsfrist bei fehlenden technischen Voraussetzungen vereinbart

Für Praxen, die noch nicht über die technischen Voraussetzungen verfügen, konnte die KBV mit dem GKV-Spitzenverband eine Übergangsregelung vereinbaren. Diese sieht vor, dass

Ärztinnen und Ärzte übergangsweise bis Ende dieses Jahres das alte Verfahren anwenden können. Bis dahin ist auch die Nutzung des „gelben Scheins“ (Muster 1) noch möglich. Trotz Übergangsregelung rät die KBV den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, sich zügig auf die Umstellung vorzubereiten.

eAU bei Hausbesuchen

Bei einem Hausbesuch ist zum Start der eAU noch keine Verbindung zur TI möglich. Sie können deshalb zuvor unbefüllte Ausdrucke des AU-Formulars aus dem PVS erstellen, die Sie beim Hausbesuch ausfüllen und unterschreiben. Die Daten übertragen Sie später in der Praxis in das PVS, signieren sie und senden Sie via TI an die Krankenkasse. Alternativ können Sie die eAU erst nach dem Hausbesuch vollständig in der Praxis erstellen und die beiden Papierausfertigungen dem Patienten per Post zuschicken. Bei eAUs, die im Rahmen von Hausbesuchen ausgestellt werden, ist die digitale Übermittlung bis zum Ende des nachfolgenden Werktages möglich. Wird also am Freitagabend bei einem Hausbesuch eine eAU ausgestellt, muss diese bis Montagabend digital an die Krankenkasse übermittelt werden.

Vorteile der eAU

Die Umstellung auf die elektronische Variante der AU bietet für Versicherte, Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen und Arbeitgeber einige Vorteile. So wird die AU-Meldung sicherer und schneller an den Arbeitgeber bzw. die Krankenkasse übermittelt. Die eAU erhält der Arbeitgeber unmittelbar nach der Ausstellung, sodass der Krankenstand schneller in der Arbeitsplanung berücksichtigt werden kann. Ebenso verringert die eAU die Kosten im Vergleich zur Übermittlung auf dem Postweg. Zudem ermöglicht die eAU eine lückenlose Dokumentation der Krankheitszeiten bei den Krankenkassen. Dadurch kann das Krankengeld immer korrekt und pünktlich ausgezahlt werden.

Und nicht zuletzt ist die eAU auch gut für die Umwelt, denn angesichts von jährlich rund 77 Millionen festgestellten Arbeitsunfähigkeiten und entsprechenden Bescheinigungen, die in vierfacher Ausführung ausgestellt werden, wird viel Papier eingespart. ■

DAS EREZEPT REVOLUTIONIERT DIE VERORDNUNG

Der gesetzlich festgelegte Start des elektronischen Rezepts (eRezept) zum 1. Januar 2022 wird den Verordnungsalltag der ärztlichen Praxen nicht nur verändern, sondern vor allem vereinfachen. In den nächsten Jahren soll die digitale Variante auf verschiedene Anwendungsgebiete ausgebaut werden und damit Papierrezepte überflüssig machen.



Mit dem elektronischen Rezept, das ab dem nächsten Jahr verbindlich für alle Praxen eingeführt wird, fällt das händische Unterschriften der Rezepte künftig weg.

Noch ist das eRezept nicht flächendeckend im Einsatz, doch die technischen Voraussetzungen stehen und auch die Erprobungsphase läuft schon seit dem 1. Juli – zunächst in der Modellregion Berlin-Brandenburg. Ziel dieser Testphase ist es, in einer eng begrenzten Region wichtige praktische Erkenntnisse über das Zusammenspiel aller Komponenten zu sammeln, bevor die bundesweite Einführung des eRezepts im vierten Quartal vorbereitet wird. Die für die technische Konzeption zuständige gematik begleitet den Verordnungs- und Einlöse-Prozess bei den am Test beteiligten Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern.

Technische Voraussetzungen und weitere Komponenten

Auf freiwilliger Basis können Praxen bereits ab dem 1. Oktober 2021 das eRezept nutzen, sofern die technischen

Voraussetzungen vorliegen. Für alle anderen Praxen gilt der gesetzlich festgelegte Starttermin 1. Januar 2022. In Rheinland-Pfalz sind mittlerweile weit über 90 Prozent an die Telematik-Infrastruktur (TI) über einen E-Health-Konnektor angeschlossen und erfüllen somit die Grundvoraussetzung. Hinzu kommen folgende weitere technische Komponenten:

- Software-Update zum ePA-Konnektor mit Komfortsignatur (PTV4+-Konnektor): Die Zulassungen wurden bereits für alle drei Hersteller erteilt.
- PVS-Update für das eRezept gemäß den Vorgaben der gematik und den Anlagen des BMVÄ: Praxen wenden sich dazu direkt an ihren PVS-Hersteller.
- Elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) der Generation 2.0/2.1 für die qualifizierte elektronische Signatur

- Drucker: Für den Token-Ausdruck ist ein Drucker mit einer Mindestauflösung von 300 dpi erforderlich, wozu die meisten modernen Drucker in der Lage sind. Verwendet wird hierfür normales Druckerpapier im Format A5 oder A4.

Erstellen des eRezepts in wenigen Schritten

Grundgedanke des eRezepts ist es, dass Arztpraxen mithilfe ihrer jeweiligen Verordnungssoftware eRezepte genauso komfortabel ausstellen können wie mit der papiernen Variante. Wie gut die Umsetzung gelingt, hängt von den einzelnen Software-Anbietern ab. Details können sich deshalb von System zu System unterscheiden.

Ein eRezept zu erstellen, ist denkbar einfach und in drei bis maximal vier Schritten realisierbar:

1) Komfortsignatur aktivieren

Stecken Sie Ihren eHBA in das Kartenterminal und geben Sie die PIN ein. Die sogenannte Komfortsignatur wird aktiviert, mit der Sie bis zu 250 Dokumente innerhalb von 24 Stunden signieren können. Solange der eHBA im Kartenterminal steckt, ist eine erneute PIN-Eingabe nicht erforderlich. Daher empfiehlt es sich, das Kartenterminal in einem trittsgeschützten Raum aufzustellen.

2) eRezept erstellen

Das eRezept wird wie gewohnt im Praxisverwaltungssystem (PVS) ausgefüllt. Dabei wird es auf Vollständigkeit überprüft. Übrigens: Dies können Sie durch Ihr Praxispersonal erledigen lassen.

3) eRezept signieren

Durch einen Klick in Ihrem PVS lösen Sie die qualifizierte elektronische Signatur aus und das eRezept wird sicher in der TI gespeichert.

4) Optional: eRezept dem Patienten übergeben

Wenn Ihr Patient es wünscht, können Sie ihm nun den Ausdruck des eRezeptes aushändigen. Eine gesonderte Unterschrift ist nicht notwendig. Übrigens: Sofern Ihr Patient sein eRezept über die eRezept-App verwaltet, entfällt dieser Schritt. Mithilfe der App kann sie oder er die Inhalte der Verordnung abrufen oder den Code zur Einlösung in der Apotheke übergeben.

Vorteile für Arztpraxen

Mit dem eRezept fällt das händische Unterzeichnen der Rezepte künftig weg. Auch die Komfortsignatur trägt dazu bei, den bürokratischen Aufwand im Praxisalltag zu reduzieren. Außerdem werden durch das eRezept bestimmte Arbeitsschritte entbehrlich, beispielsweise die Bestellung von Rezeptformularen.

Ein weiterer, nicht zu unterschätzender Vorteil ist der Sicherheitsaspekt: Die ge-

matik hatte mehrere externe Gutachten zur Prüfung der Anwendungen sowohl für das eRezept als auch die eRezept-App in Auftrag gegeben; das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik musste der Auswahl der Gutachter zustimmen. Aus Sicht der Gutachter steht „einer kontrollierten Inbetriebnahme in den Produktionsbetrieb (...) nichts im Wege.“ Und weiter: „Es konnte kein Sicherheitsmangel in Bezug auf die von der gematik definierten Anforderungen festgestellt werden.“

Muster 16 wird in mehreren Stufen digitalisiert

Die digitale Übersetzung des Musters 16 für unterschiedliche Verordnungsarten und verschiedene Kostenträger erfolgt nicht auf einmal, sondern in Stufen. Verpflichtend ist die Nutzung des eRezeptes ab Januar nächsten Jahres zunächst nur für Verordnungen apotheken- und rezeptpflichtiger Arzneimittel, die von der GKV bezahlt werden. Möglich ist dann auch das Ausstellen entsprechender eRezepte für gesetzlich versicherte Selbstzahler (entspricht dem „blauen“ Privatzept). Bei Haus- und Heimbereitschaften sowie in bestimmten Ausnahmefällen können Praxen weiterhin das Papierrezept Muster 16 verwenden.

Derzeit wird der Vertrag mit den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen angepasst, sodass zukünftig auch apothekenpflichtige Arzneimittel zulasten von BG/UV verpflichtend über das eRezept verordnet werden.

Derzeit sind folgende Verordnungen bis zur Schaffung der entsprechenden Voraussetzungen durch die gematik per eRezept ausgeschlossen:

- BTM-Rezepte
- T-Rezepte
- Digitale Gesundheitsanwendungen (DIGA)
- Hilfsmittel-Verordnungen
- Verordnungen von sonstigen nach § 31 SGB V in die Arzneimittelversor-

gung einbezogenen Produkten (beispielsweise: Verbandmittel, Teststreifen)

- Verordnungen zulasten Sonstiger Kostenträger (bis zur Einführung der eGK)
- Verordnungen für GKV-Versicherte im Ersatzverfahren ohne Versicherungsnummer


Folgende Kategorien werden vom eRezept aktuell noch nicht erfasst und sind erst zukünftig vorgesehen (solange gilt weiterhin Muster 16):

- Verordnung von Sprechstundenbedarf
- Empfehlungen des Arztes nicht verschreibungspflichtiger, nicht zulasten der GKV verordnungsfähiger Arzneimittel (entspricht dem „grünen“ Rezept)
- Mehrfachverordnungen sobald der eRezept-Server in der Lage ist, diese zu verarbeiten – voraussichtlich Anfang 2022

Ab dem Jahr 2022 soll das eRezept auch für Verordnungen für PKV-Versicherte eingeführt werden.

Weiterentwicklung – das eRezept als digitaler Türöffner

Das eRezept als zunächst überschaubare Anwendung bietet als Türöffner Potenzial für weitere digitale Anwendungen. Zum Beispiel bei der Videosprechstunde, die im vergangenen Jahr einen unvergleichlichen Aufschwung erfahren hat: Im Anschluss an eine Videosprechstunde können Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen und Patienten das eRezept kontaktlos übermitteln. Dieses kann zugleich in die elektronische Patientenakte eingepflegt werden. Denkbar ist eine Vernetzung mit weiteren digitalen Komponenten, zum Beispiel dem eMedikationsplan. ■

 Weitere Hintergrundinformationen: www.kbv.de/html/erezept.php

INTERVIEW



Es ist absehbar, dass es in Zukunft mehr Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren geben wird, weil es für junge Ärztinnen und Ärzte attraktiv ist, dort zu arbeiten.

Clemens Hoch,
Minister für Wissenschaft und Gesundheit
Rheinland-Pfalz



© MMG – HERBERT PIEL

„VERSORGUNG AUS EINEM GUSS FÜR DIE MENSCHEN“

In ihrem Koalitionsvertrag nach der Landtagswahl im Frühjahr haben sich SPD, FDP und Bündnis 90/ Die Grünen darauf verständigt, den Masterplan zur Stärkung der ambulanten Versorgung in Rheinland-Pfalz auszubauen. KV PRAXIS sprach mit dem neuen Gesundheitsminister Clemens Hoch (SPD) über die anstehenden Herausforderungen im Gesundheitswesen in der begonnenen Legislaturperiode.

KV PRAXIS: Herr Minister Hoch, zunächst herzlichen Glückwunsch zu Ihrem neuen Amt. Infolge der Umstrukturierung der Ministerien wurde nun das Gesundheitsministerium mit dem Wissenschaftsministerium zusammengelegt. Was war der Hintergedanke und welchen Nutzen versprechen Sie sich von dieser neuen Verbindung?

Clemens Hoch: Den neuen Ressortzuschnitt finde ich bestens. Dass nun beides in einer Hand ist, bietet gute Chancen, Wissenschaft und Gesundheitsversorgung mehr zu verbinden. Beide gehören zusammen. Die enge und wichtige Verknüpfung von Wissenschaft und Gesundheit dürfte spätestens seit der Pandemie jedem klargeworden sein. Um nur zwei Leuchttürme zu nennen: Biotechnologie und künstliche Intelligenz. Wir wollen den aktuellen Moment der weltweiten Sichtbarkeit des Wissenschafts- und Biotechnologiestandortes Mainz insbesondere durch die Erfolge der Firma BioNTech nutzen, um schnell und zielgerichtet die gesamte Wertschöpfungskette am Standort dauerhaft zu sichern und zu erweitern. Rheinland-Pfalz soll zum führenden Standort für Biotechnologie ausgebaut werden. Ein Ziel ist es, die Grundlagenforschung zu stärken. Dazu gehören beispielsweise die Bereiche der Erforschung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der psychischen Gesundheit sowie der Krebsforschung im Schulterschluss zwischen Hochschulen

und außeruniversitären Forschungseinrichtungen (wie u. a. TRON, HI-TRON, IMB). Ein weiteres Ziel ist es, die Forschung für gesundes Altern zu einem Schwerpunkt der Gesundheitsforschung in Rheinland-Pfalz auszubauen.

Sie waren bereits als Chef der Staatskanzlei in die Pandemiebekämpfung eingebunden. Welche Erfahrungen aus Ihrer früheren Tätigkeit nehmen Sie für Ihre neue Aufgabe mit?

Als Chef der Staatskanzlei war ich in der Tat tief in die Pandemiebekämpfung eingebunden – vom Mitwirken an der Impfstrategie bis zum Vorbereiten der Konferenzen der Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten mit der Kanzlerin in der Runde der Chefs der Staatskanzleien. Aber auch deutlich darüber hinaus hat es die vorherige Rolle mit sich gebracht, an den Themen des neuen Ministeriums mitzuwirken. Nehmen wir die Herausforderungen für die kleinen Krankenhäuser durch die in Berlin gesetzten Rahmenbedingungen, unser Engagement gegen den drohenden Ärztemangel gerade im ländlichen Raum, die Fortschritte und Projekte im Bereich Telemedizin oder nicht zuletzt unsere sehr guten Kontakte zu Unternehmen wie BioNTech. Selbstverständlich erfordert die neue Rolle eine andere thematische Tiefe, aber die Themen sind kein Neuland für mich. Hinzu kommt, dass ich auf die sehr gute Arbeit aufbauen kann,

die meine Vorgängerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler sowie der ehemalige Staatssekretär Dr. Alexander Wilhelm geleistet haben. Und dass im Hintergrund ja weiter das tolle Team aktiv ist, das unter anderem in der Pandemiebekämpfung zuvor schon extrem gute Arbeit geleistet hat.

Wie bewerten Sie speziell den Stellenwert der niedergelassenen Haus- und Fachärzteschaft beim Management der COVID-19-Behandlungen und Impfaktionen?

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben bereits bei der Pandemiebekämpfung und im Rahmen der Corona-Impfungen der Bevölkerung beste Arbeit geleistet. Ohne sie wäre eine gute medizinische Versorgung undenkbar. Die rheinland-pfälzische Ärzteschaft hat wesentlich dazu beigetragen, dass zu Beginn der Pandemie und seither Patientinnen und Patienten wenn möglich im ambulanten Bereich betreut werden konnten und nicht stationär aufgenommen werden mussten. Damit konnten die Notfallstrukturen im Krankenhaus entlastet werden und standen für die Patientinnen und Patienten im kritischen Zustand zur Verfügung.

Auch die bisher erlangten Fortschritte beim Impfen wären ohne die tatkräftige Unterstützung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nicht möglich gewesen. Wir gehen jetzt in eine neue Phase der Pandemiebekämpfung über. Die Impfwilligen haben nahezu alle ihr Impfangebot erhalten. Nun müssen wir auch die Personen überzeugen, die noch nicht bereit dazu sind, sich impfen zu lassen, und noch mehr niedrigschwellige und dezentrale Angebote machen.

Der Herbst wird zeigen, wie weit der Impfschutz auch in Rheinland-Pfalz bei ggf. steigenden Corona-Inzidenzen wirkt. Auf welche möglichen Herausforderungen sehen Sie das Gesundheitssystem zukommen? Werden wir bis Ende dieses Jahres die Impfungen komplett in die Praxen verlagern können?

Alles entscheidend wird die Impfquote sein. Schaffen wir es in einem gemeinsamen Kraftakt, die Impfquote über die 80 Prozent zu heben, können wir zuversichtlich in den Herbst gehen. Bleibt die leichte Ermattung des Sommers nach den Ferien noch bestehen, müssen wir davon ausgehen, dass wir im Herbst wieder mit deutlich steigenden Infektionszahlen rechnen müssen. Aktuell verbinden sich die erhöhten Inzidenzen nicht mit einem Anstieg in der Krankenhausbelegung. Das ist zunächst gut. An dieser Stelle möchte ich auch betonen, wie wichtig es ist, dass wir den Leitindikator Inzidenz um die Hospitalisierungsquote ergänzen. Hierdurch erhalten wir einen besseren Überblick über die Pandemie-Situation, gerade jetzt, wo sich aufgrund der steigenden Impfquote das Geschehen eher auf Jüngere verlagert und wir vermehrt mildere Verläufe bei Erkrankungen zu verzeichnen haben.

ZUR PERSON

Clemens Hoch (SPD), geboren am 5. Januar 1978 in Andernach, ist seit Mai 2021 Minister für Wissenschaft und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz. Der Volljurist gehörte dem Landtag seit 2006 an und arbeitete bis 2013 parallel als Rechtsanwalt in einer Kanzlei. Zwischen 2014 und 2021 fungierte er als Chef der Staatskanzlei. Von 1999 bis 2015 war er zudem Mitglied des Stadtrates in Andernach und des Aufsichtsrates der Stadtwerke Andernach.



© MWG – HERBERT PIEL

Die Impfzentren haben sich in einer Phase massenhafter und Prioritätsvorgaben folgender Impfungen als wichtige und stabile Säule der nationalen Impfstrategie erwiesen. Diese Phase ist nun vorbei. Deshalb wird das Land die Impfzentren grundsätzlich zum 30. September schließen; ein Teil bleibt zunächst im Bereitschaftsbetrieb. Jetzt geht es um aufsuchende und niedrigschwellige Angebote, wie diese die ärztlichen Praxen darstellen. Aber auch mobile Impfteams des Landes stehen dazu weiterhin unverändert zur Verfügung.

Ministerpräsidentin Malu Dreyer hat in ihrer Regierungserklärung davon gesprochen, dass der Schlüssel für eine hochwertige ambulante Gesundheitsversorgung das gute Zusammenwirken von Hausärztinnen und -ärzten, Fachärztinnen und -ärzten sowie Krankenhäusern ist. Wie sollte dieses Zusammenwirken im Idealfall aussehen? Können Sie das an einem Beispiel festmachen?

Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte werden zukünftig immer wichtiger werden, um überall im Land die Versorgung zu gewährleisten. Der Verzahnung von Schnittstellen und der Förderung von Kooperation und Koordination im Gesundheitswesen misst das Gesundheitsministerium eine hohe Bedeutung bei. Die Landesregierung begrüßt deshalb Modelle für Gesundheitsnetzwerke, in denen ambulante, stationäre und pflegerische Angebote kooperieren und sich ergänzen. Es geht darum, ausgehend von den Gegebenheiten vor Ort, tragfähige Netzwerke zu bilden und kooperativ eine Versorgung „aus einem Guss“ für die Menschen zu organisieren. Deshalb haben wir unser Projekt „Zukunft Gesundheitsnetzwerke“ in Rheinland-Pfalz modular als Bündel von Handlungsoptionen gestaltet. Dabei ist maßgeblich, dass an den jeweiligen Standorten weiterhin eine hochwertige Versorgung für die Bevölkerung angeboten wird. Es geht uns zum einen darum, die vor Ort verfügbaren Ressourcen und Potenziale für die Versorgung zu nutzen; vor allem aber sollen die Abläufe im Netzwerk eng verzahnt werden im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung.

Die Koalitionsparteien haben sich auch darauf verständigt, psychisch erkrankten Menschen schneller psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung zukommen zu lassen. Sowohl die erhöhte Nachfrage durch Corona-Folgen als auch der riesige Bedarf bei psychisch Erkrankten durch Traumatisierungen von Flüchtlingen setzt das System bei den bisher Zugelassenen unter Druck. Würde sich die Landesregierung dafür engagieren, dass die Bedarfsplanung auch hier dem tatsächlichen Bedarf bzw. an der Versorgungsrealität angepasst wird?

Die aktuelle Hochwasserkatastrophe, die bei den Menschen in den betroffenen Regionen mit einer unglaublichen psychischen Belastung verbunden ist, erhöht den Bedarf an akuter und sicher auch längerfristiger psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung zusätzlich.

Auch die Selbstverwaltung auf Landesebene kann mit Sonderbedarfszulassungen zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen. Mit den Sonderbedarfszulassungen hat der Gesetzgeber KV und Kassen ein wirksames Mittel an die Hand gegeben, um bei regionalen Defiziten schnell und flexibel reagieren zu können und in gesperrten Planungsbereichen weitere Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zuzulassen. Ich würde mich freuen, wenn dieses Instrument noch intensiver genutzt würde als bisher. In der Hochwasserregion könnte das ein Instrument sein, das kurzfristig Hilfe bringt. Wir sind dazu und zu weiteren Möglichkeiten im Austausch mit den Partnern in der Versorgung.

Aufgrund des zunehmenden Ärztemangels kommen in den nächsten Jahren enorme Herausforderungen auf die Ärzteschaft zu. Inwiefern wird sich der Arztberuf weiter verändern?

Wer heutzutage ein Medizinstudium abschließt, will Familie und Beruf vereinbaren, zumindest zum Einstieg eher in Anstellung arbeiten, anstatt sich direkt niederzulassen – und im Team mit anderen Ärztinnen und Ärzten zusammenarbeiten. Wer Ärztinnen und Ärzte aufs Land bekommen will, muss ihnen auch in dieser Hinsicht etwas bieten. Es ist absehbar, dass es in Zukunft mehr Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren geben wird, weil es für junge Ärztinnen und Ärzte attraktiv ist, dort zu arbeiten.

Auch die Zusammenarbeit der Ärzteschaft im Team mit anderen Gesundheitsberufen verändert sich bereits jetzt – zum einen, weil die Delegation Ärztinnen und Ärzte entlasten kann, zum anderen, weil eine Weiterentwicklung der Arbeit von Assistenzkräften auch diese Berufe aufwertet und attraktiver macht. Einen spannenden Ausblick bietet etwa unser Projekt Telemedizin-Assistenz: Hier führen NÄPA bei delegierten Hausbesuchen ein Telemedizin-Paket mit sich, mit dem sie u.a. Messwerte (bis hin zum EKG) an die Praxis übermitteln oder den Arzt per Video zuschalten können. Natürlich bleiben die Interpretation eines EKG oder einer digitalen Stethoskop-Aufzeichnung sowie die Ableitung von Diagnosen und Maßnahmen auch hier dem Arzt vorbehalten. Dennoch entlasten wir mit diesem Ansatz die Ärztinnen und Ärzte und stärken die NÄPA.

Wir sind sehr dankbar, dass KV und Hausärzteverband, aber auch die Kassen so aktiv bei diesem Projekt mitarbeiten. Gemeinsam zeigen wir damit auf, wie sich die Arbeit in der Versorgung künftig entwickeln könnte. Ich freue mich auf weitere gemeinsame Initiativen, um die Zukunft der Versorgung im Land zu gestalten.

Vielen Dank für das Gespräch! ■

 Ausführliches Interview unter: www.kv-rlp.de/388215

Klare Worte auch vor der Kamera

Clemens Hoch ist Fan einer freien und niedergelassenen Ärzteschaft.



Das ganze Gespräch:
<https://bit.ly/3A1RsP4>



In den vergangenen Jahren sind durch mehrere Reformen der Bedarfsplanung bereits zahlreiche neue Kassensitze für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entstanden. Gleichzeitig wurde das Angebot der psychiatrischen Institutsambulanzen weiter ausgebaut, um auch schwerer erkrankten Patientinnen und Patienten ambulant helfen zu können. Wir arbeiten weiter daran, die Versorgung zum Beispiel durch krankenhauersetzende Angebote zu optimieren, um noch mehr Menschen ambulant zu helfen, die bisher stationär behandelt werden mussten. Zugleich ist aber auch die Nachfrage seit längerem gestiegen, was unter anderem auf eine erfreuliche Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen zurückzuführen ist.

Die gesetzlichen Regelungen zur Bedarfsplanung werden auf der Bundesebene getroffen, sodass wir die Entwicklungen nach der Bundestagswahl abwarten müssen, um abschätzen zu können, ob es möglich sein wird, hier Veränderungen im Sinne der Versicherten zu erreichen. Aber auch der Gemeinsame Bundesausschuss spielt eine wichtige Rolle, denn er ist für die laufende Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie zuständig. Im Gemeinsamen Bundesausschuss ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung eines der stimmberechtigten Mitglieder. Die KV RLP hat hier direkte Einflussmöglichkeiten.



HOCHWASSERKATASTROPHE

SOFORTHILFEN LINDERN ERSTE NOT

Die Hochwasserschäden nach den verheerenden Überschwemmungen in Rheinland-Pfalz gingen natürlich auch an den Praxen nicht spurlos vorbei. Rund 34 Praxen waren komplett zerstört und mussten ihren Betrieb vorläufig schließen. Die eingeleiteten Sofortmaßnahmen der KV RLP trugen dazu bei, die ambulante Versorgung weiterhin aufrechtzuerhalten.

Astrid Näkel steht im wahrsten Sinne des Wortes vor den Trümmern ihrer Existenz. An jenem 14. Juli 2021 hatten die Fluten sämtliches Inventar der hausärztlich-internistischen Praxis in dem 1.700 Einwohner-Ort Dernau im Ahrtal hinweggespült. Die Praxis ist direkt an der Ahr gelegen. „Noch am Morgen des 14. Juli lag der Pegelstand bei 70 Zentimetern, normal sind es 50 Zentimeter. Es gab hier keine Warnungen – weder per Sirene oder Megafon – noch per SMS. Abends gegen halb 10 Uhr haben wir in der Praxis noch mal nach dem Rechten gesehen. Das Wasser auf der Straße stand erst zwei Zentimeter hoch. Wir haben noch vorsichtshalber die Computer hochgestellt, damit diese bei eindringendem Wasser keinen Schaden erleiden“, erzählt Astrid Näkel. Dann sei es schnell gegangen, das Wasser kam ihr im Schwall entgegen. „Wir haben uns über eine Feuerleiter am Haus in die oberen Wohnräume retten können. Auf dem Flachdach waren wir dann nur noch von Wasser umgeben. Man sah nur noch Dächer und Giebel. Das war surreal“, schildert sie eindrücklich die sich überschlagenden Ereignisse.

2008 hatte Astrid Näkel ihre Einzelpraxis in Dernau eröffnet und bis zu 140.000 Euro in die Praxisausstattung investiert. In nur wenigen Minuten hatten die Fluten ihre gesamte technische Ausrüstung zerstört. Auch noch aufgefundene Festplatten seien aufgrund von eingesickertem Heizöl im Wasser nicht mehr zu retten gewesen. Aufgeben war ihre Sache jedoch nicht. In ihrem unbeschädigten, höher gelegenen Wohnhaus hat sie in ihren Gästezimmern zwei provisorische Behandlungsräume eingerichtet. „Ich werde hier mit großer Wahrscheinlichkeit meine Praxis weiterführen“, bekräftigt sie. Es müssen noch Umbauten stattfinden und ein separater Eingang errichtet

werden. Doch die ambulante Versorgung kann sie vorerst weiterführen. Dazu tragen auch die vielen Sachspenden des Roten Kreuzes und Medikamentenlieferungen der Apotheken bei.

Spendenaufruf der KV RLP trägt erste Früchte

Wie die meisten anderen Menschen im Weindorf verfügt die hausärztlich tätige Internistin über keine Elementarversicherung, sondern nur über eine Inventarversicherung. Insofern ist auch sie wie viele andere völlig zerstörte Praxen in den Kreisen Ahrweiler, Trier und Vulkaneifel auf finanzielle Hilfen angewiesen. Neben den Hilfen von der Landesärztekammer profitiert die 57-Jährige auch von der 10.000 Euro-Soforthilfe, die es pro zerstörter Praxis gibt. Die KV RLP hatte wenige Tage nach der Hochwasserkatastrophe einen Spendenaufruf für die in Not geratenen Praxen gestartet. Die ersten Gelder sind schon ausgezahlt.

Parallel zum Spendenaufruf hatten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KV RLP Kontakt zu Praxen in den betroffenen Regionen aufgenommen, um deren Funktionsfähigkeit zu ermitteln und die Übernahme von Patientinnen und Patienten zu regeln. Genügend Erfahrungen im Krisenmanagement hatte die niedergelassene Ärzteschaft bereits im Pandemie-Jahr 2020 gesammelt. Nun war die KV RLP und ihrer Mitglieder im Juli 2021 erneut gefordert, auf kurzfristige Extremereignisse wie die Hochwasserkatastrophe schnell und professionell zu reagieren. Vor allem im Landkreis Ahrweiler richteten die Fluten eine Schneise der Verwüstungen an, die auch die Mitgliedspraxen in Mitleidenschaft zogen.

KV RLP-SPENDENAKTION „KOLLEG:INNEN FÜR KOLLEG:INNEN“

Einige unserer Mitgliedspraxen hat die Flutkatastrophe hart getroffen. Daher hat die KV RLP die Spendenaktion „Kolleg:innen für Kolleg:innen“ ins Leben gerufen. Denn in diesen Zeiten gilt es, zusammenzuhalten und Solidarität zu zeigen. Wir rufen alle unsere Mitglieder auf, sich an unserer Spendenaktion zu beteiligen und die betroffenen Kolleginnen und Kollegen zu unterstützen. Dazu haben wir ein Spendenkonto bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank eingerichtet. Geben Sie bei Ihrer Spende bitte folgende Daten an:

Empfänger: KV RLP

IBAN: DE83 3006 0601 0042 1510 81

Verwendungszweck: Spende Flutkatastrophe

Im Namen aller betroffenen Kolleginnen und Kollegen danken wir Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung. ■

Die vorläufige Schadensbilanz kann aufgrund der subjektiven Eindrücke ohne Gewähr und Vollständigkeit angegeben werden (Stand vom 16. August 2021):

- Insgesamt wurden 34 Praxen durch die Flutkatastrophe komplett funktionsunfähig, davon 26 im Kreis Ahrweiler, 2 im Kreis Vulkaneifel und 4 im Kreis Trier.
- Weitere 18 Praxen wurden durch die Hochwasserschäden teilweise funktionsunfähig, beispielsweise aufgrund von Wasser- und Stromausfall: Auch dominiert der Kreis Ahrweiler mit 15 beschädigten Praxen. Der Kreis Trier ist mit einer und der Kreis Trier-Saarburg mit zwei beschädigten Praxen vertreten.

„Das Leid, das diese Katastrophe in den Familien verursacht hat, und die vielen Todesfälle sind in Bildern gar nicht transportierbar“, äußerte sich der Vorstandsvorsitzende der KV RLP Dr. Peter Heinz, der die zerstörten Gegenden mehrfach aufsuchte, tief betroffen. „Unsere Aufgabe war es zunächst, die vielen Praxen zu unterstützen, um die ambulante Versorgung in der Region wieder in Gang zu bekommen.“

Flexible Niederlassung für betroffene Praxen auch an anderen Standorten

In einem ersten Krisenprogramm hat die KV RLP mehrere Sofortmaßnahmen ergriffen, um die größte Not zu lindern und Hilfe unter erschwerten Bedingungen zu ermöglichen. Um einen Überblick zu gewinnen, hat sich die KV RLP frühzeitig mit dem Ärztenetz Kreis Ahrweiler in Verbindung gesetzt. In Zu-


sammenarbeit mit dem Netzwerk hat die KV RLP Aggregate zur Wiederherstellung der Stromversorgung beschafft und auch bei der Wiederherstellung der Telefon-Festnetzanschlüsse geholfen.

Beispielsweise hat die KV RLP die Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber, die ihre Räumlichkeiten nicht mehr nutzen konnten, erfolgreich bei der Suche nach neuen bzw. vorübergehenden Praxisräumen unterstützt. Die gemeinsamen Hilfsmaßnahmen für die betroffenen Praxen hat die KV RLP im engen Kontakt mit dem Krisenstab des Landes koordiniert. Darüber hinaus hat der Vorstand der KV RLP per Allgemeinverfügung erlassen, dass alle betroffenen Praxen vorübergehend – zunächst bis zum 30. September 2021 – ihre am Praxisstandort genehmigte Tätigkeit auch an anderen Orten im Katastrophengebiet aufnehmen können.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst auch tagsüber geöffnet – Einsatz des Medibusses

Auch für die weitere finanzielle Unterstützung der Praxen hat die KV RLP die ersten Weichen gestellt. So werden die Abschlagszahlungen weiterlaufen, damit die betroffenen Praxen nicht mit weiteren Problemen wie Liquiditätsengpässen belastet werden. Kann eine Praxis ihre Abrechnung nicht erstellen, ist eine Honorarermittlung auch als Schätzung möglich. Außerdem werden die Praxen unterstützt, die in dieser Situation Patientinnen und Patienten von betroffenen Praxen übergangsweise mitzuversorgen. Durch ihren Mehraufwand sollen ihnen keine Nachteile entstehen, zum Beispiel durch die sogenannte Mengensteuerung. Und: Um schnellstmöglich die medizinische Versorgung vor Ort wiederherzustellen, steht auf unserer Agenda, Praxen bei der Suche nach neuen oder vorübergehenden Räumlichkeiten zu unterstützen.

Um die Patientenversorgung weiter auf gutem Niveau zu gewährleisten, wurden die Sprechzeiten der Ärztlichen Bereitschaftspraxis Bad Neuenahr-Ahrweiler am Krankenhaus Maria Hilf zur Behandlung und Rezept-Ausstellung erweitert: Bis zum 1. September war die ÄBP zusätzlich auch montags bis freitags tagsüber zwischen 10 und 16 Uhr besetzt. Zusätzlich wurden Patientinnen und Patienten am Parkplatz am Bahnhof Bad Neuenahr mit dem Medibus versorgt, der als mobile Arztpraxis der Ärztlichen Bereitschaftspraxis Bad Neuenahr-Ahrweiler genutzt wurde. ■

 Für betroffene Praxen wurden die Hotline 06131 326-4571 und die E-Mail-Adresse kvhilft@kv-rlp.de eingerichtet.

KV-TV

„Notfallpraxis in Dernau“ vom 16. August 2021:
www.kv-rlp.de/567874



Die hausärztliche Internistin Astrid Näkel organisiert die ambulante Versorgung nach den enormen Schäden an ihrer Praxis von ihrem privaten Wohngebäude aus.

Das unbeschädigte Praxisgebäude (links) vor der Flutkatastrophe und das Ausmaß der Zerstörungen danach. Erste Spenden sind angekommen, werden vorerst aber nur einen Bruchteil der hohen Schadenssumme abdecken.



Mit dem DB Medibus haben die Deutsche Bahn und die KV RLP ein Angebot geschaffen, um die ambulante Versorgung vor Ort zu unterstützen. Seit dem 25. Juli öffnet die mobile Arztpraxis am Bahnhof Bad Neuenahr täglich ihre Türen.



Die Ortsgemeinde Altenahr in der Zeit vor der Hochwasserkatastrophe ... und die enormen Schäden nach der Flut am 14. Juli 2021

„VIELE JUGENDLICHE STEHEN VOR DEM NICHTS“

Die Flutkatastrophe im Kreis Ahrweiler hinterlässt nicht nur materielle und physische, sondern teils auch enorme psychische Schäden mit drohenden Langzeitfolgen. Über die Situation in dem 11.000-Einwohner-Ort Altenahr berichtet die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin Bettina Gotthardt.

— „ — Ich bin sehr froh, dass bisher alle meine Patienten und ihre Familien das Unglück überstanden haben. Offenkundig ist die schwierige Erreichbarkeit der bisherigen Psychotherapie, weil man das Haus verloren hat, die Wohngruppe überflutet wurde, kein Auto, kein ÖPNV vorhanden sind oder weil man an den Ort des Schreckens schwer zurückkehren kann.

Es kommen bei mir weniger Patienten an. Da die Telekommunikation teilweise noch nicht lange wieder in Betrieb ist, besteht anscheinend eine große Verunsicherung darüber, ob die bisherigen Fachärzte vor Ort noch vorhanden sind. So wurde ich über einen sozialen Dienst angerufen, weil sich dort eine Patientin an die Soforthilfe gewandt hatte. Ich denke, die Gefahr der Soforthilfen ist, dass wir diese nicht dauerhaft nutzen können und Patienten dann wieder neue Angebote suchen müssen oder diese vor Ort nicht frühzeitig finden. Als erste Anlaufstelle für Traumafokus und Erstintervention mit Notversorgung und sozialen Beratungen sind sie wichtig. Langfristig müssen wir dauerhafte Angebote vor Ort anbieten. Die stationären Unterbringungsmöglichkeiten sind zu gering angesichts der Traumatisierung einzelner Jugendlicher – aber auch zu gering für diejenigen, die vorher bereits auf einen Klinikplatz warteten.

Bisher sind noch keine neuen Patienten zu mir gekommen, doch sind bei mir geschätzt 80 Prozent in irgendeiner Form vom Hochwasser betroffen. Ich erlebe eine große Unsicherheit der Eltern und direkten Bezugspersonen im Umgang mit ihren Kindern und Jugendlichen. Um sie vor den Folgen zu schützen,



Bettina Gotthardt (53) ist als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin seit April 2021 in Altenahr niedergelassen. Davor arbeitete sie viele Jahre im stationären Bereich u. a. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ihre Praxis blieb nach der Flut weitgehend unzerstört.

wird der Kontakt zur Außenwelt teilweise abgeblockt. Eltern benutzen ihre Kinder aufgrund von Verlustängsten als Selbstobjekte oder die Kinder übernehmen die Fürsorge über ihre traumatisierten Eltern.

Mehrere meiner jungen Patienten haben ihr Heim verloren. Teilweise steht hier erst einmal die Grundsicherung im Mittelpunkt, sodass momentan nicht jeder Patient kommt. Auch fehlt den Jugendlichen ihr soziales Umfeld, zum Beispiel, nachdem sie aus dem Ortsteil Altenburg evakuiert wurden und Unterschlupf in einer Nachbarstadt in NRW fanden. Viele Jugendliche haben zudem ihre Schulen verloren und stehen nach ersten Schulabschlüssen vor dem Nichts, da weiterführende Berufsschulen nicht in Betrieb sind. Ohnehin anderweitig traumatisierte Kinder und Jugendliche können ihre Therapie nicht fortsetzen, weil sie anderweitig untergebracht sind und keine Wohngruppe mehr haben.

Die Tragweite des Geschehens wird, schätze ich, erst nach dem ersten Aufräumen und Umziehen über uns einbrechen. ■

IT-SICHERHEIT

DATENSICHERUNG AUF MEDIEN AUSSERHALB DER PRAXIS SINNVOLL

Die Hochwasserkatastrophe, die auch einige Mitglieder in Rheinland-Pfalz schwer getroffen hat, zeigt, dass Daten verloren gehen können, wenn die Sicherung nur auf Medien erfolgt, die in der Praxis bleiben. Nach der Richtlinie für IT-Sicherheit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sind Praxen spätestens ab dem 1. Januar 2022 zur Datensicherung verpflichtet.

Durch die Hochwasserkatastrophe wird deutlich, wie wichtig eine regelmäßige Datensicherung ist und dass die gesicherten Daten vor Elementarschäden geschützt werden müssen. Dazu ist es notwendig, die Backup-Medien unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften an einem sicheren Ort aufzubewahren.

Für die Aufbewahrung innerhalb der Praxisräume gibt es spezielle Safes, die in gewissem Rahmen gegen Feuer und auch Hochwasser schützen. Wer auf Nummer sicher gehen will, legt die Datensicherung regelmäßig – vor Zugriff geschützt – außerhalb der Praxisräume ab.

Datenverlust durch Hackerangriff

Wie notwendig eine Datensicherung sein kann, stellt das jüngste Beispiel eines Hackerangriffs auf eine Praxis an der Mosel dar. Im Juni wurden durch einen Trojaner (Ransomware) die kompletten Daten verschlüsselt und dadurch für die Praxis unzugänglich. Die Polizei wurde eingeschaltet. Wie die Praxis selbst beschreibt, seien die aktuellen und auch die Abrechnungsdaten der vergangenen zwei Jahre nicht wiederherzustellen – und das nur aufgrund einer fehlerhaften Datensicherung. Die Hacker verlangten von dem Geschädigten eine Geldüber-

weisung, um die Daten wieder verfügbar zu machen. Die Praxis ließ sich auf die Erpressung ein und zahlte die Summe, da keine Datensicherung existierte und um den Aufwand einer kostspieligen Datenrekonstruktion zu meiden.

In diesem Fall hatte die Praxis Glück im Unglück und konnte mit der Zahlung wieder Zugriff auf die eigenen Daten erlangen – was nicht immer üblich ist. In vielen Fällen bleiben die Daten trotz Lösegeldzahlung weiter verschlüsselt oder der Geschädigte wird erneut erpresst.

IT-Sicherheitsrichtlinie für die Praxen verpflichtend

Neben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gibt die Richtlinie für IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und -zahnärztlichen Versorgung nach § 75b SGB V weitere verpflichtende Maßnahmen zum Datenschutz und der Informationssicherheit vor. Die Richtlinie bildet das Mindestmaß an Maßnahmen ab, die Praxen zu ergreifen haben, um IT-Sicherheit zu gewährleisten. Unter anderem muss ab 1. Januar 2022 eine regelmäßige Datensicherung durchgeführt werden. Die KBV, die für die Erstellung und Aktualisierung der Richtlinie gesetzlich verantwortlich ist, gibt in Form von Pra-

xishinweisen Tipps, wie und bis wann sämtliche Anforderungen verbindlich umzusetzen sind.

Schutz der Datensicherung durch externe Aufbewahrung

Die Wahrscheinlichkeit eines Datenverlusts ist nicht zu unterschätzen. Durch die regelhafte Lagerung von Datensicherungen außerhalb der Praxisräume kann das Risiko vermieden werden. Es gibt verschiedene Möglichkeiten einer sicheren Aufbewahrung wie beispielsweise über ein Bankschließfach, in dem wöchentlich die aktuellen Sicherungen abgelegt werden. Auch eine Speicherung in einem externen Rechenzentrum ist unter Berücksichtigung der erforderlichen Datenschutzmaßnahmen grundsätzlich möglich. Welche Variante für Ihre Praxis die praktikabelste und sicherste Lösung darstellt, besprechen Sie am besten mit Ihrem PVS-Anbieter bzw. Ihrer Systembetreuerin oder Ihrem Systembetreuer.

Schutz vor Erpresser-Trojaner

Grundlegend müssen Virenschutz und Betriebssysteme sämtlicher PC-Arbeitsplätze und mobiler Endgeräte durch zeitnahes Einspielen von Updates aktu-


ell gehalten werden. Einsatz und Umgang mit Wechseldatenträgern sollten überlegt und geregelt sein sowie allen Mitarbeitenden kommuniziert werden. Jeder Mitarbeitende sollte bestenfalls ein eigenes, komplexes Passwort verwenden. Je länger ein Passwort ist, umso schwerer kann es geknackt werden.

Passwörter sind vertraulich zu behandeln und sollten daher auch nicht per Postit am Monitor aufbewahrt werden. Der unbesetzte PC-Arbeitsplatz sollte

immer umgehend vor unbefugtem Zugriff geschützt werden. Bei Windows können Sie die Sperre einfach durch die Tastenkombination „Windows + L“ aktivieren.

Die größte Gefahr geht jedoch, wenn auch ungewollt, von Mitarbeitenden aus. Daher sensibilisieren Sie diese auch im Umgang mit Anhängen und Links, die sie per E-Mail erhalten. Ist der Absender der E-Mail plausibel oder erwarten Sie einen Anhang? Sendet mir Amazon

und Co. wirklich eine Mahnung oder die Androhung eines Inkassoverfahrens an die Praxis-E-Mail? Im Zweifel sollte der Anhang besser nicht geöffnet, sondern direkt gelöscht werden. ■

 Richtlinie für IT-Sicherheit:
<https://hub.kbv.de/display/itsrl/Praxisinweise>

Wie sicher ist Ihr Passwort? Zum Test: <https://checkdeinpasswort.de/>
(bitte kein echtes Passwort!)

ÄRZTLICHE STELLE

EFFEKTIVE SCHARNIERFUNKTION IM STRAHLENSCHUTZ

Das Pandemie-Jahr 2020 ging an der Ärztlichen Stelle der KV RLP relativ geräuschlos vorüber. Auch in Krisenzeiten kam das Team seiner Mittlerfunktion zwischen den Strahlenschutzverantwortlichen und der zuständigen Aufsichtsbehörde nach und agierte großzügig bei der Gewährung von Fristen.



Das Team der Ärztlichen Stelle (v.l.n.r.): Kathrin Porn, Katja Weidert, Tanja Rebellius, Elke Franke, Birgit Mona, Bärbel Kaschenbach, Rita Schmitz
Nicht abgebildet: Marina Benoev, Anja May, Nicole Müller, Marita Stuckart

Die Ärztlichen Stellen zur Sicherung der Qualität der medizinischen Strahlenanwendung sind bei der KV RLP im Bereich Qualitätssicherung angesiedelt. Ihre Hauptaufgabe ist es zu überprüfen, ob Institutionen, die berechtigt sind,

ionisierende Strahlen oder radioaktive Stoffe am Menschen anzuwenden, die jeweils notwendigen Qualitätsstandards gemäß der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) einhalten. Alle Einrichtungen mit Strahlenanwendung

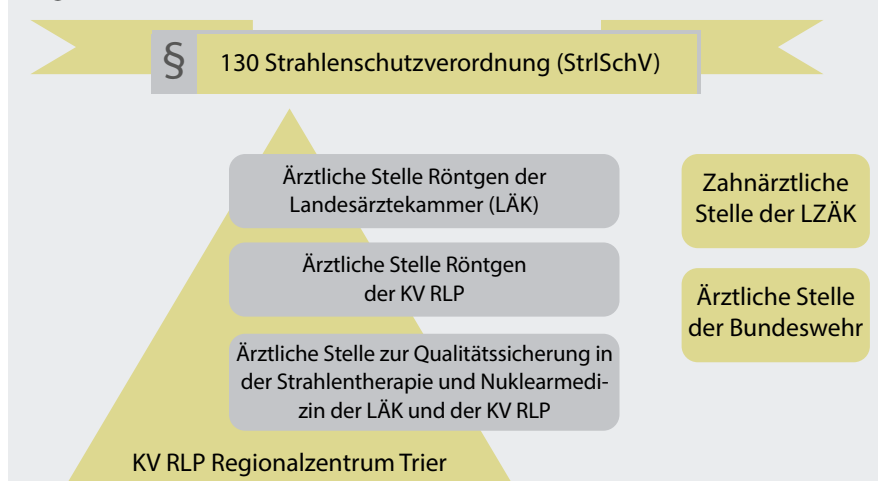
unterliegen der Meldepflicht bei der zuständigen Ärztlichen Stelle.

Oberste Behörde für Strahlenschutz in Rheinland-Pfalz ist das Ministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie und Mobilität (MKUEM). Es bestimmt die Ärztlichen Stellen. Dabei ist ihre fachliche Unabhängigkeit gegenüber den Trägern, der KV RLP und der Landesärztekammer, eine Voraussetzung. Ebenso ist von den Trägern der Ärztlichen Stelle zu gewährleisten, dass der Ärztlichen Stelle alle für die Durchführung der fachlichen Aufgaben und für die Verwaltung und Organisation erforderlichen Fachkräfte, Arbeitsmittel und sonstigen Einrichtungen zur Verfügung stehen.

Anwender bekommen Vorschläge zur Verbesserung ihrer Arbeit

Zur Sicherung der Qualität führt die Ärztliche Stelle sowohl arztbezogene Prüfungen als auch gerätebezogene Prüfungen unter Berücksichtigung der ent-

Organisationsstruktur der Ärztlichen Stellen in Rheinland-Pfalz



sprechenden Regelwerke durch. Zu diesem Zweck fordern sie in festgelegten Zeitabständen von den Einrichtungen, die ionisierende Strahlen anwenden (Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie), gerätebezogene und patientenbezogene Unterlagen an. Dazu gehören insbesondere Röntgenbilder und Szintigramme, aber auch schriftliche Aufzeichnungen zur rechtfertigenden Indikation, zur Höhe der Strahlenexposition beziehungsweise applizierten Aktivität und dem Befund der jeweiligen Untersuchungen sowie Aufzeichnungen über die regelmäßig durchzuführenden Qualitätskontrollen der technischen Geräte. Die Ärztlichen Stellen unterbreiten daraufhin den Anwendern Vorschläge zur Verbesserung des Strahlenschutzes, zur Herabsetzung der Strahlenexposition und zur Optimierung der Bildqualität. Nach einem festgelegten Intervall wird überprüft, ob die Vorschläge umgesetzt worden sind.

Die Ärztlichen Stellen melden an die zuständige Behörde

- eine beständige, ungerechtfertigte Überschreitung der festgelegten diagnostischen Referenzwerte bezüglich Strahlenexposition beziehungsweise verwendeter Aktivität
- eine etwaige Nichtbeachtung der Verbesserungsvorschläge
- wiederholte Anwendungen mit nicht nachvollziehbarer oder fehlen-

der rechtfertigender Indikation

- nicht vollständige, nicht ordnungsgemäße Vorlage oder Nichtvorlage von angeforderten Unterlagen, sodass eine sachgerechte Prüfung nicht möglich ist
- Abweichungen von den Erfordernissen der medizinischen Wissenschaft
- die Ergebnisse der Prüfungen (Jahresbericht der Ärztlichen Stellen)

Bei schwerwiegenden Mängeln und einer unmittelbaren Gefährdung von Patienten erfolgt eine unverzügliche Mitteilung an die Behörde.

Qualitätskontrollen zum Schutz vor zu hoher Strahlenbelastung

Die Ärztlichen Stellen verfügen über keine eigene Vollzugskompetenz. Sofern schwerwiegende Verstöße gegen die Strahlenschutzverordnung vorliegen oder in Fällen der Nichtbeachtung der Optimierungshinweise der Ärztlichen Stelle, kann die oberste Behörde die regionale Gewerbeaufsicht mit weiteren Maßnahmen beauftragen, zum Beispiel mit der Stilllegung der Röntgenanlage.

Die Prüf- und Beratungstätigkeit der Ärztlichen Stellen der KV RLP tragen wesentlich dazu bei, dass die Strahlenschutzgrundsätze angewendet werden und die erforderliche Qualität für die Durchführung und das Ergebnis einer

Untersuchung oder Behandlung sichergestellt wird. Die Qualitätssicherung und die damit verbundenen Qualitätskontrollen sind von grundlegender Bedeutung für den Schutz der Patienten vor zu hoher Strahlenbelastung. In Zusammenarbeit mit allen Ärztlichen Stellen wurde im zentralen Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen ein einheitliches Bewertungssystem für die Ärztlichen Stellen entwickelt (EBS), welches seit 2008 von den Ärztlichen Stellen bei den Prüfungen zugrunde gelegt wird.

Regelmäßiger virtueller Informationsaustausch mit Behörden

Auch in der Zeit der Coronavirus-Pandemie liefen die Prüfungen ungehindert weiter. „Es wurden lediglich die Vor-Ort-Termine (Audits) in der Strahlentherapie auf dieses Jahr verschoben“, so Kathrin Porn, die Leiterin Team Ärztliche Stelle. Bei den Anforderungen für die Einreichung der Unterlagen seien den Einrichtungen großzügige Fristen gewährt worden, ebenso waren großzügige Fristverlängerungen ohne Hinterfragen problemlos möglich. „Die Betreiber haben sehr gut mitgewirkt und die Prüfaufträge konnten erfüllt werden“, lobt Kathrin Porn die Kooperationsbereitschaft.

Natürlich macht sich der Pandemiebedingte Digitalisierungsschub auch in der Ärztlichen Stelle bemerkbar. So besteht ein regelmäßiger, virtueller Informationsaustausch mit den Vorsitzenden der Ärztlichen Stellen, den Kommissionsmitgliedern, der Behörde sowie mit Ärztlichen Stellen aus anderen Bundesländern. Mit den Neugenehmigungsinhabern soll der direkte Kontakt intensiv gesucht werden. „Ab sofort wollen wir ihnen auch im Bereich Röntgen, Nuklearmedizin und Strahlentherapie eine Erstberatung vor Ort anbieten, um sie über den Ablauf der Prüfungen zu informieren und die Erfordernisse an eine erfolgreiche Prüfung zu besprechen“, kündigt Kathrin Porn an. ■

KRANKENBEFÖRDERUNG – SO VERORDNEN SIE RICHTIG

Eine Krankenfahrt beauftragen oder doch lieber den Krankenwagen oder gar den Rettungswagen zu Hilfe rufen? Worin liegen die Unterschiede? Eine manchmal zunächst nicht ganz einfach erscheinende Entscheidung. Die KV RLP informiert, was Sie bei der Verordnung beachten müssen.



Rechtsgrundlage für die Verordnung von Krankenfahrten ist die Richtlinie über die Verordnung von Krankentransport des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Darin sind die Unterschiede der Transportmittel beschrieben und die jeweiligen Verordnungsvoraussetzungen definiert. Darüber hinaus ist der § 1 des rheinland-pfälzischen Rettungsdienstgesetzes relevant.

Verordnung nur, wenn medizinisch notwendig

Grundsätzlich muss eine Krankenförderung gesetzlich krankenversicherter Patientinnen und Patienten in Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig sein. Der zwingende medizinische Grund ist auf der Verordnung anzugeben. So sind Fahrten zum Abholen von Rezepten, Terminabstimmungen oder Erfragen von Befunden nicht verordnungsfähig. Auch sollte zunächst geprüft werden, ob der Patient mit Bus und Bahn oder dem eigenen Auto fahren kann.

Für die Verordnung einer Krankenförderung gelten folgende Faustregeln:

- Auch bei stationärer Behandlung dürfen Krankenförderungen ausschließlich bei medizinischer Notwendigkeit verordnet werden. Die Patienten müssen die Verordnung nicht bei ihrer Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen. Dies gilt auch für vor- und nachstationäre Behandlungen.
- Bei ambulanter Behandlung in einer Praxis, im MVZ oder im Krankenhaus dürfen Krankenförderungen in der Regel nicht verordnet werden. Nur in wenigen Ausnahmefällen übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für bestimmte Patientengruppen.

Ausnahmen

- Genehmigungspflichtig:
 - beispielsweise Krankenfahrten mit dem Taxi oder Mietwagen zur Dialyse, zur onkologischen Strahlentherapie oder zur parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder parenteralen onkologischen Chemotherapie (Anlage II der Krankentransport-Richtlinie)
 - Fahrten mit einem Krankentransportwagen
- Nicht genehmigungspflichtig:
 - Krankenfahrten für Patienten mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung. Beispielsweise für Schwerbehinderte mit dem Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) oder H (Hilflosigkeit) oder für Pflegebedürftige, deren Einstufungsbescheid den Pflegegrad 4 oder 5 ausweist, sowie für Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad 3, wenn eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität des Patienten vorliegt

Auswahl des richtigen Beförderungsmittels

Egal, ob der Patient ambulant oder stationär behandelt wird: Die Auswahl des Beförderungsmittels richtet sich stets nach dem individuellen Bedarf und Gesundheitszustand des Patienten. Dabei müssen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten. Wichtig ist zudem, dass die beim Transportunternehmen anrufende Ärztin bzw. der Arzt zu Beginn des Gesprächs eine konkrete, plausible Diagnose stellt. Das führt dazu, dass sich die Behandler um die konkrete klinische Abteilung kümmern müssen, in der der Patient aufgenommen werden soll.



Krankenfahrten mit einem Mietwagen sind nur aus zwingenden medizinischen Gründen verordnungsfähig.

Zu unterscheiden sind folgende Transportmöglichkeiten:

■ **Krankenfahrt**

Die Krankenfahrt mit einem Mietwagen oder einem Taxi darf nur dann verordnet werden, wenn die Patientin oder der Patient aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzen kann. Typisch ist hier die Entlassung aus dem Krankenhaus nach Hause, beispielsweise zur Beförderung von Rollstuhlfahrerinnen und -fahrern. Auf Antrag der Versicherten können Krankenkassen auch die Kosten für Krankenfahrten übernehmen, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder privaten Kraftfahrzeugen stattfinden. Hierfür benötigen die Patienten eine Anwesenheitsbescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse. Eine Verordnung ist nicht erforderlich. Zuständig bei Anforderung einer Krankenfahrt in Rheinland-Pfalz sind ausschließlich private Krankenfahrtunternehmen. Ggf. leitet die Rettungsleitstelle den Fahrtwunsch an eine Vermittlungsplattform mit registrierten privaten Anbietern weiter.

■ **Krankentransport**

Wenn eine fachliche Betreuung oder die spezielle Einrichtung eines Krankentransportwagens (KTW) notwendig ist. Der KTW dient für den Transport von Kranken, die medizinisch überwacht oder betreut werden müssen. Im KTW ist die Verletzung nicht so schwer, dass diese sofort behandelt werden muss – zum Beispiel bei einem Patienten mit einem Bandscheibenvorfall. Die fachliche Betreuung in Krankentransportwagen wird nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften durch qualifiziertes nicht ärztliches Personal gewährleistet. Die medizinisch-technische Einrichtung ist nicht auf die Beförderung in Notfällen ausgelegt. Auch wenn die Gefahr einer Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Patientinnen oder Patienten vermieden werden soll, ist ein Krankentransport verordnungsfähig. In Rheinland-Pfalz erfolgt die Vermittlung des Krankentransports über die zuständige Rettungsleitstelle.

■ **Rettungsfahrt**

Die Anforderung erfolgt über die örtlich zuständigen Rettungsleitstellen (Notruf 112). Der Rettungswagen (RTW), Notarztwagen oder Rettungshubschrauber wird als qualifiziertes Rettungsmittel bei medizinisch dringlichen Notfällen eingesetzt, also beispielsweise bei Herzinfarkt, Schlaganfall oder schweren Verletzungen. Dabei werden in der Regel die Sonderrechte (Martinshorn und Blaulicht) genutzt, da diese medizinischen Notfälle so schnell wie möglich behandelt werden müssen.

Weitere Hinweise zur Verordnung

Die Verordnung erfolgt stets auf Formular 4 und soll vor der Krankenförderung erfolgen. In Notfällen dürfen ärztliche und psychotherapeutische Mitglieder die Verordnung auch nachträglich ausstellen. Ein Notfall liegt vor, wenn sich die Patientin oder der Patient in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erfolgt.

Zusätzlich gibt es Folgendes zu beachten:

- Krankenförderungen werden auf dem Formular Muster 4 verordnet. Es wird über die KV RLP bezogen (www.kv-rlp.de/361425-6280). Ein Ansichtsexemplar steht im Internet bereit.
- Die Krankenförderung soll auf direktem Weg zwischen Aufenthaltsort des Patienten und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit erfolgen.
- Die Verordnung soll gesondert für Hin- und Rückweg – nach vorheriger Prüfung der jeweiligen Notwendigkeit – erfolgen. Entsprechend sind Hin- und Rückfahrt auf Muster 4 anzukreuzen.
- Versicherte müssen einen Teil der Beförderungskosten selbst bezahlen. Die Zuzahlung beträgt – unabhängig von der Art des Fahrzeugs und auch für Kinder und Jugendliche – zehn Prozent der Fahrtkosten, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro pro Fahrt.
- Fahrten zur Vorsorge-Kur oder Reha werden nicht auf Formular 4 verordnet. Versicherte wenden sich in solchen Fällen an ihre Krankenkasse.

Eine Übersicht über Regelungen des Krankentransports finden Sie sowohl auf den Websites der KV RLP als auch der KBV. ■

 [Verordnung von Krankenförderung
www.kvrlp.de/12068](http://www.kvrlp.de/12068)

Hintergrundinformationen zur Krankenförderung:
www.kbv.de > Service > Service für die Praxis > Verordnungen > Krankenförderung

KURZ & BÜNDIG

KBV-VERSICHERTENBEFRAGUNG: RHEINLAND-PFALZ IST SPITZE BEI KÜRZEREN WARTEZEITEN

Bei den Wartezeiten in der Arztpraxis verstärkt sich der positive Trend: Während bis zum vergangenen Jahr um die 26 Prozent der Patientinnen und Patienten über 30 Minuten im Wartezimmer gewartet haben, waren es in diesem Jahr nur noch 15 Prozent. Das geht aus der Versichertenbefragung 2021 der KBV hervor. Was die Wartezeiten vor Ort in der Arztpraxis betrifft, waren 58 Prozent der Befragten bei ihrem letzten Arztbesuch innerhalb einer Viertelstunde in der Sprechstunde an der Reihe. In Rheinland-Pfalz war dieses kurze Zeit-



fenster wesentlich häufiger als in der Gesamtheit.

Im ambulanten Bereich erfolgt nach wie vor ein Großteil der medizinischen Ver-

sorgung – zusätzlich zur Behandlung der Menschen in Zeiten der Corona-Pandemie. Die Patientinnen und Patienten sind laut der KBV-Umfrage sehr zufrieden und haben großes Vertrauen zu „ihren“ Haus- und Fachärztinnen und -ärzten. Im Befragungszeitraum April, in dem Impfungen nur für bestimmte Bevölkerungsgruppen möglich waren, haben 16 Prozent aller Befragten mit ihrem Hausarzt über eine Impfung gegen das Coronavirus gesprochen. Besonders häufig sei dies mit 25 Prozent in Rheinland-Pfalz der Fall gewesen. ■

ÄRZTLICHE WEITERBILDUNG: FÖRDERBEGINN JETZT FLEXIBLER

Eine haus- oder fachärztliche Weiterbildung kann ab sofort nicht mehr nur zum 1., sondern auch zum 15. eines Kalendermonats aufgenommen werden. Die Vertreterversammlung der KV RLP verabschiedete im Juni eine entsprechende Änderung der Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung.



Bezüglich der maximal möglichen Förderdauer ist künftig die bundesweite Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V maßgeblich. Demnach richtet sich die Förderdauer nach den Vorgaben der aktuellen Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz. Bisher wurden grundsätzlich nur volle Monate gefördert. Auch war die Förderung der weiteren fachärztlichen Weiterbildungen beschränkt auf Facharztgruppen, für die eine ambulante Weiterbildungszeit von mindestens 24 Monaten vorgesehen ist. Diese Beschränkung ist nun weggefallen. ■

PRAXISCHECK IST ONLINE

Der Praxischeck für das 1. Quartal 2021 steht ab sofort im geschützten Mitgliederbereich bereit. Der Praxischeck verschafft einen Überblick über die wichtigsten Praxis Kennzahlen. Aus den dargestellten Honorarzahlen und Vergleichswerten können Sie leicht die Entwicklung Ihrer Praxis sowie Abweichungen im Vergleich zur eigenen Arztgruppe ablesen. ■

[Mitgliederbereich > Vergütung > Bescheide & Dokumente](#)

ÜBERARBEITETE BROSCHÜRE ZUR PANDEMIEPLANUNG

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der KVen und der KBV hat seine Broschüre „Pandemieplanung in der Arztpraxis. Eine Anleitung zum Umgang mit Corona“ aktualisiert. Die zweite Auflage beschreibt, was zur Festlegung von geeigneten Hygienemaßnahmen und einer strukturierten Pandemieplanung in der Arztpraxis wichtig ist. Diverse Checklisten und Mustervorlagen lassen sich schnell übernehmen und an die eigene Praxis an-

passen. Abgerundet werden diese durch verschiedene Hinweise, die Hintergrundinformationen liefern. Seit der Veröffentlichung der ersten Version haben sich zum Teil wesentliche Änderungen im Pandemiegeschehen ergeben. So wurde der Inhalt u.a. um die Themen „Schnell- und Selbsttests“ sowie „Impfung“ ergänzt. Mit der Broschüre sollen Arztpraxen in der einrichtungsinternen Organisation mit dem Coronavirus unterstützt werden. ■



www.kv-rlp.de/412717-26393

LÜCKEN IM VERSICHERUNGSSCHUTZ JETZT SCHLIESSEN



Ohne Versicherungsschutz droht den ärztlichen und psychotherapeutischen Mitgliedern ein Ruhen der Zulassung.

Die verbindliche Regelung beruht auf dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG). Bei einem Antrag auf Zulassung, Ermächtigung oder Anstellung muss der Zulassungsausschuss zunächst prüfen, ob ein ausreichender Versicherungsschutz besteht. Ausreichend ist dieser, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes bzw. -psychotherapeuten versichert ist. Dabei beträgt die Mindestversicherungssumme für Personen- und Sachschäden drei Millionen Euro für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden. Bei Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) beträgt die Mindestversicherungssumme für Personen- und Sachschäden hingegen fünf Millionen Euro; die Begrenzung liegt hier beim dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme.

Mit der Vorgabe sollen Schadensersatzansprüche bei Patientinnen und Patienten abgesichert werden. Bislang war die Versicherungspflicht nur im Berufsrecht geregelt. Der Bundesrechnungshof hat 2017 festgestellt, dass nicht alle Ärztinnen und Ärzte über ausreichenden Haftpflichtversicherungsschutz verfügen. „Dadurch kann es nach Behandlungsfehlern dazu kommen, dass geschädigte Versicherte und ihre Krankenkassen Schadensersatzansprüche nicht oder nicht vollständig durchsetzen können“, so der Bundesrechnungshof damals.

Aufforderung der Zulassungsausschüsse ergeht bis zum 20. Juli 2023

Zudem sind die Zulassungsausschüsse verpflichtet, bei allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringern den Nachweis über die Berufshaftpflichtversicherung nachzufordern. Verstöße gegen diese vertragsärztliche Pflicht sollen den Kammern mitgeteilt werden.

Bis zum 20. Juli 2023 fordern die Zulassungsausschüsse alle Vertragsärztinnen und -ärzte sowie -psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, einschließlich den Ermächtigten, BAG und MVZ erstmals dazu auf, den Versicherungsschutz innerhalb von drei Monaten nachzuweisen. Die KV RLP empfiehlt dringend, dieser Aufforderung nachzukommen, denn ohne Vorlage einer entsprechenden Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) droht laut dem Gesetz ein Ruhen der Zulassung bzw. Widerruf der Ermächtigung. Es liegt daher im ureigenen Interesse der ärztlichen Mitglieder, sich bei fehlendem Schutz rechtzeitig um den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung zu kümmern. ■

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

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



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.



NEGATIVE ARZTBEWERTUNG NUR AUF BASIS VON TATSACHEN

Praxen müssen diffamierende Äußerungen auf Arzt-Bewertungsplattformen im Internet nicht hinnehmen. Unwahre, „ehrenkränkende Behauptungen“ sind rechtswidrig.

Das Landgericht Heidelberg hatte auf Antrag einer Zahnarztpraxis eine einstweilige Verfügung erlassen. Damit wird einer Patientin verboten, den Zahnarzt öffentlich wahrheitswidrig des Abrechnungsbetrugs und der falschen Verdächtigung zu bezichtigen.

Die Patientin hatte die Zahnarztpraxis zweimal aufgesucht. Sie hatte sich dort zu einer möglichen Wurzelbehandlung und Parodontose-Behandlung sowie zum Einsetzen von Kronen im Frontbereich des Oberkiefers beraten lassen. Der Zahnarzt kam nach Entfernung des Zahnsteins jedoch zum Ergebnis, diese Behandlung nicht vorzunehmen, da diese medizinisch nicht indiziert sei. Im Anschluss an den Praxisbesuch hatte die Patientin jeweils negative Bewertungen im Internet veröffentlicht. Die Praxis gleiche einer „Schönheitsfarm“. Das Können und Wissen der Ärzte

lasse zu wünschen übrig. In einem zweiten Eintrag warf die Patientin der Praxis Abrechnungsbetrug vor.

In einer einstweiligen Verfügung forderte die Praxis die Patientin auf, die negative Bewertung zu entfernen und eine Unterlassungserklärung abzugeben. Dem kam die Patientin jedoch nicht nach. Daraufhin ging die Praxis gerichtlich gegen den Eintrag vor. Die Richter kamen in ihrem Urteil zu der Auffassung, dass es sich bei den Äußerungen „um die Behauptung mehrdeutiger, unvollständiger Tatsachen handelt, die der Verbreitung unwahrer Tatsachenbehauptungen gleichzustellen sind.“ Bewusst unwahre Tatsachen wie in diesem Fall würden nicht unter den Schutz der Meinungsfreiheit nach Art. 5 GG fallen. ■

§ LG Heidelberg, Urteil vom 29. Juli 2021, Az.: 2 O 78/21

QUALITÄTSBERICHT 2021 DER KV RLP – JETZT ONLINE

Der Qualitätsbericht 2021 der KV RLP ist erschienen. Interessierte Mitglieder können diesen wie gewohnt online auf ihrem PC, Smartphone oder Tablet einsehen.

Die aktuelle Ausgabe des Qualitätsberichts der KV RLP zeigt einen umfassenden Überblick über die Qualität der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Rheinland-Pfalz auf Basis der ausgewerteten Daten des Vorjahres.

Das Jahr 2020 war ein außergewöhnliches Jahr. Aufgrund der COVID-19-Pandemie war und ist in vielen Bereichen eine veränderte Priorisierung der Aufgabenstellungen und Anforderungen notwendig geworden. Trotz Pandemie wurden – wenn auch in veränderter Intensität – notwendige Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt. Einige der Maßnahmen konnten aufgrund einer befristeten Vereinbarung zwischen KBV und dem GKV-Spitzenverband entweder ausgesetzt werden oder wichen von den Bundesvorgaben ab. Auf dieser Rechtsgrundlage hatte der Vorstand der KV RLP den Spielraum maximal ausgeschöpft.

„Trotz der schwierigen Situation haben unsere Mitglieder einen sehr guten Job gemacht und Unglaubliches geleistet. Dafür gilt ein besonderer Dank“, lobt der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Bartels. „Es lohnt sich, einen Blick in den neuen Qualitätsbericht zu werfen. Hier ist das Engagement der Mitglieder für die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung noch einmal schwarz auf weiß nachzulesen.“ ■



📄 Qualitätsbericht 2021 zum Herunterladen:
www.kv-rlp.de/338800-2871

KV PRAXIS: PRINT-VERSION WEITERHIN GEFRAGT

Der Ausbau der Digitalisierung macht auch vor der Publikationswelt der KV RLP nicht halt. Dennoch setzt die überwiegende Mehrheit der Mitglieder bei KV PRAXIS und KV KOMPAKT weiterhin auf die gedruckte Variante.

Wie eine nicht repräsentative Online-Befragung der KV RLP unter knapp 150 ärztlichen und psychotherapeutischen Mitgliedern zwischen Ende Juni und Anfang Juli 2021 ergeben hat, bevorzugt eine überwältigende Mehrheit die Print-Ausgabe der KV PRAXIS. Dafür plädieren sowohl die fachärztlichen (77 Prozent) als auch die hausärztlichen (81 Prozent) und psychotherapeutischen Mitglieder (87 Prozent). Das gedruckte Exemplar wird auch ganz überwiegend gelesen: Von den haus- und fachärztlichen Mitgliedern lesen mehr als zwei Drittel mindestens ein Viertel bis alle veröffentlichten Beiträge. Bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten macht der Anteil knapp die Hälfte aus. Den Umfang der gelieferten Informationen halten mehr als die Hälfte der befragten Umfrageteilnehmer für genau richtig.

Vom Heraustrennen des beigehefteten Mitteilungsblatts KV KOMPAKT macht die überwiegende Mehrheit der Befragten Gebrauch, zumindest im Hinblick auf die Formulare. Für mehr als jeden Dritten ist KV KOMPAKT die Hauptinformationsquelle. Etwa die Hälfte gibt an, dass sie sich über die Themen Abrechnung bis Verträge auch aus anderen Informationsquellen informieren. Die KV KOMPAKT wird von fast allen Praxisinhabenden (ca. 95 Prozent) gelesen. In etwa der Hälfte der hausärztlichen Praxen (53 Prozent) und etwa einem Drittel der fachärztlichen

Praxen (35 Prozent) liest auch das Praxispersonal die KV KOMPAKT.

„Die Online-Umfrage, an der ein kleiner Teil der Mitglieder dankenswerterweise teilgenommen hat, bestätigt die Richtigkeit unserer Multimedia-Strategie“, resümiert der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Bartels. „Nach dem Relaunch unserer Website im nächsten Jahr werden wir die crossmediale Vernetzung von Inhalten zwischen dem Magazin und dem Online-Bereich weiter ausbauen. Auf die gedruckte Version von KV PRAXIS wollen und werden wir dennoch nicht verzichten, denn es ist ein für die meisten Mitglieder vertrautes und geschätztes Format.“ ■



📄 Weitere Ergebnisse der Umfrage: www.kv-rlp.de/293702



Sie haben auch die Möglichkeit, uns Ihr Anliegen per E-Mail an kv-hotline@kv-rlp.de mitzuteilen.

Nennen Sie bitte Ihren Namen, Ihre Betriebsstättennummer, Ihre Rufnummer und den Grund – wir kümmern uns.

Fristverlängerung: Bekomme ich eine Bestätigung, dass der Fristverlängerung stattgegeben wurde?

Nur bei einer Ablehnung der Fristverlängerung erhalten Sie eine Rückmeldung.

Das Einloggen in den geschützten Mitgliederbereich funktioniert nicht.

Haben Sie als allerersten Check den Konnektivitätscheck, www.kv-rlp.de/937866, durchgeführt?

👤 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

[KVkonferenz 2021]

perspektive:wandel

6. Oktober

JETZT ANMELDEN!

Seien Sie dabei. Stellen Sie Ihre Fragen an den Vorstand. Online.

+++ 3 ergänzende Fortbildungen am 13. Oktober +++



jeweils 2 CME-Punkte

Programm | Anmeldung

www.kv-rlp.de/102021