

KOMMUNALE MVZ

IN EINEM BOOT

Um die ambulante Versorgung vor Ort zu stärken, können Städte und Gemeinden in besonderen Situationen eine ergänzende Rolle in Zusammenarbeit mit der KV übernehmen.



Aktuelles rund ums Impfen:
www.kv-rlp.de/984739

REGIERUNGSBILDUNG

Die Ärzteschaft hat sich gegenüber der Koalition mit gesundheitspolitischen Forderungen positioniert. | Seite 12

ANGEBOTSLÜCKE

Die gegenwärtige Sitzverteilung in der Psychotherapie wird dem enorm gestiegenen Bedarf nicht gerecht. | Seite 14

DIGITALER AUSTAUSCH

Über den Telematik-Dienst KIM können Nutzer im Gesundheitswesen sektorenübergreifend kommunizieren. | Seite 20

INHALT

■ SCHWERPUNKT

4 Instrument gegen Ärztemangel

Eine kommunale MVZ-Trägerschaft kann zum Einsatz kommen, um die Gesundheitsversorgung in der Region positiv zu beeinflussen.

6 Innovatives Konzept



Das MVZ an der Stadtklinik hat die ambulante neurologische Versorgung auf ein solides Fundament gestellt.

9 Im Gespräch

Martin Hebich, Oberbürgermeister von Frankenthal, sieht das MVZ als fachärztlichen Mitbehandler für die Hausärzteschaft.

■ POLITIK

12 Gesundheitspolitische Agenda

Die niedergelassene Ärzteschaft stellt an die neue Bundesregierung eine Reihe an Forderungen, um die ambulante Versorgung zukunftsfest zu machen.

■ PANORAMA

14 Unzureichende Verteilung

Die Bedarfsplanung geht an der stark erhöhten Nachfrage in der Psychotherapie vorbei und bringt die Praxen bei der Patienten-Neuaufnahme an Kapazitätsgrenzen.

15 Impressum

16 Pandemie-Bekämpfung im Rückblick

Mit der kurzfristigen Bildung einer zweiten Versorgungsstruktur war es möglich, die Weiterverbreitung des Coronavirus entscheidend zu verlangsamen.

17 Videosprechstunden – Zahlen und Fakten

18 Medizinische Ersteinschätzungen

Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung hat die Behandlungsanlässe von Anrufern in der 116117 bundesweit und für Rheinland-Pfalz ausgewertet.

19 Spendenaktion zur Flutkatastrophe

Insgesamt über eine halbe Million Euro haben einzelne Praxen, Ärztenetze sowie Unternehmen und Institutionen für betroffene Praxen als Hilfe überwiesen.

■ SERVICE

20 Vereinfachter Datenaustausch

Mit dem Kommunikationsdienst KIM werden Informationen per E-Mail rechtssicher über die Telematik-Infrastruktur verschickt.

22 Richtiges Fehlermanagement

Es empfiehlt sich, in Teamsitzungen die Besprechung von „kritischen Ereignissen“ regelmäßig einzuplanen.

23 Ausbildungsförderung der KV RLP

Einen Zuschuss gibt es für die Famulatur in haus- und fachärztlichen Praxen sowie für akademische Lehrpraxen, die Medizinstudierende während des PJ-Tertials ausbilden.

24 Nachrichten

25 Schutz vor Cyber-Kriminalität

26 Aktuelle Rechtsprechung | Podcast „Im Sprechzimmer“ der KBV

27 Politikexperte Martin Degenhardt beim „Talk mit Doc Bartels“

28 Eigenanzeige KV RLP

VORWORT



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

aktuell wissen wir noch nicht, welche gesundheitspolitischen Richtungen die neue Regierung einschlagen wird. Die Beschlüsse der Sonder-GMK (Gesundheitsminister-Konferenz) von Anfang November 2021 geben zumindest Anlass zur Hoffnung. Die Anerkennung, dass die Belastungsgrenze in Intensivstationen erreicht ist, und die Forderung, zur Pandemieeindämmung „vor allem Ungeimpfte in den Blick zu nehmen“, kommt wieder zu spät, aber besser spät als nie. Diejenigen, die Verantwortung für sich und andere übernehmen, dürfen am Ende nicht die Leidtragenden sein. Im Schatten der Anerkennung stehen aber noch die vielen Medizinischen Fachangestellten, die tagtäglich enorme organisatorische Herausforderungen in unseren Praxen bewältigen. Niveaulose Anfeindungen, denen sie häufig ausgesetzt sind, sind schwer zu ertragen. Unserer Unterstützung und unserem Dank muss auch Anerkennung der neuen Regierung folgen!

Anerkannt wird nicht nur, dass Beschäftigte in Krankenhäusern eine Überlastung des Gesundheitssystems abgewendet haben und das DRG-System einer grundlegenden Überarbeitung bedarf, sondern auch, dass die ambulante ärztliche Versorgung das „stabilisierende Rückgrat“ der Pandemiebekämpfung ist. Folgerichtig wird dafür eine Ausweitung des Sicherstellungsauftrages der KVen einschließlich konkreter Finanzierungsregelungen gefordert.

Die Notwendigkeit zur besseren Steuerung der Patientenströme in die richtige Versorgungsebene wird ebenso anerkannt wie die „zur Entlastung der Leistungserbringer von bürokratischen Anforderungen“. Auch werden Regelungen gegen die Gefahren investorgetragener MVZ gefordert und Kommunen in die Verantwortung für deren Betrieb einbezogen. Verbunden mit unserem herzlichen Dank an alle Praxisteam für ihr herausragendes Engagement werden wir die politisch Verantwortlichen an diese GMK-Forderungen konsequent erinnern.

Herzliche Grüße aus Mainz, Ihr

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'P. Heinz'.

Dr. Peter Heinz

Vorsitzender des Vorstands der KV RLP

KOMMUNALE MVZ

IN EINEM BOOT



© ALEXANDR VASILIEV – ADOBESTOCK.COM

Kommunale MVZ fristen in Rheinland-Pfalz wie auch bundesweit noch ein Nischendasein. In Kooperation mit den KVen können sie gerade in kleinen Gemeinden einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Region leisten.

Als sich Medizinische Versorgungszentren aufgrund des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes erstmals im Jahr 2003 in der Versorgungslandschaft etablierten, waren damals als zulässige Gründer zunächst GKV-Leistungserbringer vorgesehen. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz 2011 wurde diese Norm unter anderem auf Vertragsärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser und Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen beschränkt. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2012 hat dann die Möglichkeit eingeräumt, kommunale Eigenrichtungen zu gründen (§ 105 Abs. 5 SGB V). Sie waren damals auf begründete

Ausnahmefälle beschränkt und die zuständige Kassenärztliche Vereinigung musste zustimmen.

Kommunale MVZ-Träger seit 2015 im Sozialgesetzbuch explizit erwähnt

Weil es zunächst nur wenige Gründungen dieser kommunalen Eigenrichtungen gab, griff der Gesetzgeber mit dem Versorgungsstärkungsgesetz im Sommer 2015 ein weiteres Mal ein. In § 95 Abs. 1a SGB V sind die Kommunen nun explizit als

zulässige MVZ-Träger aufgeführt. Damit können Kommunen erstmals als regelhafte Leistungsträger in der ambulanten Versorgung aktiv werden und kommunale MVZ gründen. Mit den Kommunen sind alle sogenannten kommunalen Gebietskörperschaften gemeint, das heißt angefangen von der kleinen Gemeinde über die Kreise und Landkreise als auch Städte. Bund und Länder gelten dagegen als nicht gründungsfähig.

Diese Form der MVZ-Trägerschaft kann zum Einsatz kommen, um die Gesundheitsversorgung in der jeweiligen Region zu beeinflussen bzw. zu verbessern. Wie der Bundesverband der MVZ erläutert, steht der Gedanke im Hintergrund, dass die Sicherstellung der ambulanten Versorgung nicht zum Kerngeschäft der kommunalen Daseinsvorsorge gehört. Folglich werden erst alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft, bevor sich Kommunen direkt als Träger eines MVZ in das Terrain der ambulanten Versorgung begeben können.

Rheinland-Pfalzweit existieren mit Stand zum 1. Oktober 2021 vier Medizinische Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft. Was zeichnet ein kommunales MVZ aus?

- Neben der privatwirtschaftlichen Rechtsform der GmbH ist jede öffentlich-rechtliche Rechtsform zulässig, zum Beispiel als Eigenbetrieb, Regiebetrieb, Körperschaft des öffentlichen Rechts/Anstalt des öffentlichen Rechts und als gemeinsames Kommunalunternehmen/Anstalt des öffentlichen Rechts.
- Investitionen für die Gründung und Ausstattung des MVZ erfolgen aus öffentlicher Hand.
- Die Leitung des kommunalen MVZ muss, wie bei allen MVZ, in der Hand eines Arztes oder einer Ärztin liegen, der bzw. die in dem MVZ selbst arbeitet und in medizinischen Fragen weisungsfrei ist.
- Während Ärztinnen und Ärzte in rein arztgeführten MVZ oder Krankenhaus-MVZ sowohl angestellt als auch vertragsärztlich arbeiten können, ist in kommunalen MVZ nur die Form der Anstellung möglich.

Ein kommunales MVZ muss durch den Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen genehmigt werden.

Spagat zwischen wirtschaftlicher Rentabilität und Non-Profit-Strategie

Auch wenn die Zahl der kommunalen MVZ derzeit überschaubar ist, so ergeben sich für Haus- und Fachärztinnen und -ärzte durchaus Chancen. Für die niedergelassene Ärzteschaft ist die Gründung eines MVZ normalerweise mit hohen Kosten und wirtschaftlichen Risiken verbunden. Dieses Risiko trägt nun die Gemeinde, die das MVZ gründen und betreiben will. Gibt eine Haus- oder Fachärztin bzw. -arzt ihre/seine Praxis in absehbarer



Im Jahr 2017 besuchte der Vorstand der KV RLP in Katzenelnbogen erstmals ein kommunales MVZ.

rer Zeit auf, kann die Gemeinde bei fehlender Nachfolge mittels kommunalem MVZ die Versorgung vor Ort sichern.

Aus Sicht von Dr. Michael Roth, ärztlichem Leiter des städtischen MVZ in Frankenthal (siehe Artikel Seite 6), kann ein kommunales MVZ nur eine Ergänzung im ambulanten Versorgungsangebot sein. „Ein MVZ in kommunaler Trägerschaft hat dabei aus ärztlicher Sicht den Charme, dass es sein Dasein nicht primär kommerziellen Interessen verdankt, sondern dem Bemühen um die Daseinsvorsorge vor Ort. Es muss wirtschaftlich sein, darf aber letztlich ein Non-Profit-Unternehmen bleiben“, erklärt Dr. Roth die Besonderheiten. Kommunale Trägerschaft bedeute auch, dass das MVZ sehr individuell angepasst an die Bedürfnisse vor Ort strukturiert wird. „Bei seiner Entwicklung

KOMMUNALE MVZ IN RHEINLAND-PFALZ

Gesundheitszentrum im Einrich AöR

56368 Katzenelnbogen
Hausärzte

Medizinisches Versorgungszentrum Grünstadt/Leiningerland (MVZGL)

67269 Grünstadt
Chirurgie und Orthopädie

Medizinisches Versorgungszentrum an der Stadtklinik Frankenthal

67227 Frankenthal
Nervenheilkunde/Neurologie

LandarztPlus – Montabaur gGmbH

56410 Montabaur
Hausärzte

bestehen für einen ärztlichen und kaufmännischen Leiter sicher mehr Gestaltungsfreiräume, aber auch Herausforderungen als bei zum Beispiel einem MVZ einer großen Klinikette, die viele Problemlösungen schon verbindlich vorgibt.“

ANSTELLUNGSOPTIONEN IM MVZ

Zur Berechnung des Versorgungsgrades gemäß der Bedarfsplanung sind in Vollzeit beschäftigte und angestellte Ärztinnen und Ärzte in einem MVZ mit dem Faktor 1 zu berücksichtigen. Bei in Teilzeit beschäftigten Ärztinnen und Ärzten gelten für die Berechnung des Arztsitzes folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor Arztsitz
bis zu 10 Stunden pro Woche	0,25
über 10 bis 20 Stunden pro Woche	0,5
über 20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75
über 30 Stunden pro Woche	1,0

Wird eine angestellte Ärztin bzw. Arzt als dessen ärztliche Leiterin bzw. Leiter aktiv, ist ein wöchentlicher Arbeitsumfang von mindestens 20 Wochenstunden verpflichtend.

Für die Gesundheitsversorgung in der Region sind die positiven Effekte nicht zu unterschätzen:

- Als kommunaler Träger kann die Stadt, der Kreis oder die Gemeinde aktiv Einfluss auf die Versorgung in der Region nehmen.
- Den Kommunen wird ein Instrument zur Verfügung gestellt, eines sich abzeichnenden Ärztemangels vor Ort insbesondere in ländlichen Regionen entgegenzutreten; in akuten Notlagen kann sie die Sicherung der ambulanten Versorgung selbst in die Hand nehmen.
- Langfristig verbessert sich die medizinische Versorgung in der Region.

Demografisch ist die Verschärfung des Ärztemangels im ambulanten Sektor mit erschwelter Suche nach Praxisnachfolgern nicht nur bei Haus-, sondern auch bei Fachärztinnen und -ärzten vorgezeichnet. Das Konstrukt des kommunalen MVZ kann in einem ländlich geprägten Flächenstaat wie Rheinland-Pfalz sicher helfen. Für viele Ärztinnen und Ärzte werde die Arbeit in Anstellung dort eine Option sein, wo die Niederlassung für sie nicht infrage käme“, ist sich Dr. Roth sicher. „Gerade Kommunen können da vielleicht in Zusammenarbeit mit der KV für die Ärzte an Örtlichkeit und Arzt besser angepasste maßgeschneiderte Konzepte entwickeln als etwa kommerziell orientierte größere MVZ-Betreiber. Die Einbettung unseres MVZ in Frankenthal in die bereits bestehenden Strukturen eines kleinen kommunalen Krankenhauses ist da eigentlich ein gutes Beispiel.“ ■

MASSGESCHNEIDERTES VERSORGUNGSKONZEPT FÜR DIE REGION

Vor über einem halben Jahr ging an der Stadtklinik Frankenthal ein MVZ für Neurologie in kommunaler Trägerschaft in Betrieb. Das Beispiel könnte Schule machen: Es zeigt, dass es möglich ist, Arztsitze in einer Region zu erhalten, die sonst an weiter entlegene Städte und Gemeinden verloren zu gehen drohen.

Für Dr. Michael Roth und sein ärztliches Team ist es in der letzten Zeit richtig gut gelaufen: Seit dem 1. April dieses Jahres gibt es in Frankenthal wieder ambulant praktizierende Fachärzte für Neurologie. Das war nicht immer so: 2009 gab mit Dr. Helmut Schöndorf der letzte Neurologe in der vorderpfälzischen Stadt seinen Kassenarztsitz ab; eine Nachfolge war zunächst nicht in Sicht. Schließlich erfolgte die Neubesetzung durch die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Dr. Simone Schnütgen, was zur Folge hatte, dass der Arztsitz für die neurologische Versorgung verloren ging. Um einen drohenden, künstlich geschaffenen Versorgungsmangel in der Neurologie abzuwenden, füllte der Facharzt für Neurologie und für Nervenheilkunde Dr. Roth dank der Ermächtigung durch den unabhängigen Zulas-

sungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen die entstandene Lücke.

„Wir bieten im Bereich Nervenerkrankungen ein breites Behandlungsspektrum an. Die erteilte Ermächtigung war hier zwar zunächst hilfreich, auf lange Sicht jedoch nicht der richtige Rahmen für die Patientenversorgung. Auch die fehlende Planungssicherheit hat die Situation vor Ort unnötig erschwert.“ Hintergrund ist, dass eine vertragsärztliche Ermächtigung am Krankenhaus alle zwei Jahre verlängert werden muss.

Auf der anderen Seite habe sich die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten mit neurologischen Krankheitsbil-



Dr. Renata Leszkoven wird nächstes Jahr das neurologische Team um Dr. Michael Roth verstärken.

den an der Stadtklinik seit 2009 als sehr erfolgreich erwiesen, betont der leitende Oberarzt. „Die Option, wegen typischer neurologischer Krankheitsbilder im selben Haus ambulant und stationär behandelt zu werden, wird von den Patienten sehr geschätzt. Außerdem hat sich die Zusammenarbeit im neurologischen Fachgebiet mit den zuweisenden Hausärzten in den vergangenen elf Jahren sehr positiv gestaltet.“ Der bisherige Status quo einer neurologischen Ambulanz mit nur einer ambulanten Ermächtigung war für die Patientenversorgung jedoch auf Dauer unbefriedigend.

Stadt bewarb sich erfolgreich um zwei offene Arztsitze

Nach der Reform der Bedarfsplanung 2019 ergab sich schließlich für Frankenthal die neue Situation, dass für das Fachgebiet Neurologie/Nervenheilkunde im Planungsbereich Frankenthal/Speyer/Rheinpfalz, der bis dahin für Neuzulassungen gesperrt war, auf einmal dreieinhalb Sitze verfügbar waren. Nachdem davon eineinhalb Sitze nicht in den Raum Frankenthal gingen, fasste die Stadt im Oktober 2020 den Entschluss, sich um die zwei noch offenen Arztsitze zu bewerben und damit die Trägerschaft für das Medizinische Versorgungszentrum zu übernehmen. Entscheidendes Argument zugunsten des MVZ sei gewesen, dass nur durch dessen Gründung die ambulante neurologische Versorgung am Ort zuverlässig zu sichern war (siehe Interview). „Es bestand konkret die Sorge, dass andernfalls im ungünstigsten Fall die ausgeschriebenen Versorgungssitze nicht nach Frankenthal bzw. nicht im Bereich Neurologie/Nervenheilkunde, sondern nur im Bereich Psychiatrie vergeben würden“, erläutert Dr. Roth die damalige Ausgangslage.



Das MVZ in Frankenthal steht weiterhin in enger räumlicher und organisatorischer Verbindung mit der Stadtklinik.

Über die jetzt gefundene städtische MVZ-Lösung seit diesem Frühjahr zeigt sich Dr. Roth mehr als erleichtert. Mit den zwei Arztsitzen sei eine zusätzliche Stelle für die ambulante Versorgung geschaffen worden. „Das hat im Alltag den Versorgungsdruck bereits verringert“, betont der ärztliche Leiter des MVZ. Der zweite Sitz wurde von dem Facharzt für Neurologie, Mihai Rosca, übernommen. Anfang nächsten Jahres ist vorgesehen, die Neurologin Dr. Renata Leszkoven ins Team zu holen. Dafür geben beide Ärzte jeweils einen viertel Arztsitz ab. Die gebürtige Ungarin arbeitet bereits seit Anfang 2019 in der Stadtklinik und hatte seit Januar 2020 eine Stelle in der Neurologie, jedoch nur befristet bis April dieses Jahres als Elternzeitvertretung. Dank des neu entstandenen kommunalen MVZ konnte im Ringtausch für sie eine unbefristete Stelle geschaffen werden.

Erfahrenes und gut aufeinander eingespieltes ärztliches Team

Dank der langjährigen stationären Arbeit in der Klinik hat sich das neue Ärzteteam schnell und gut aufeinander eingespielt. Personell unterstützt wird das ärztliche Team von den beiden MFA Martina Geiger und Nicole Fruth; die Anstellung einer dritten MFA, Viktoria Brandt, ist vor Kurzem erfolgt. „Wir kennen uns alle bereits gut und sind hier in der Region verwurzelt“, nennt Dr. Roth als wichtigen Vorzug. „Es herrscht Pionierstimmung, weil wir etwas Neues aufbauen, nämlich eine Verbindung aus ambulanter und stationärer neurologischer Versorgung in Personalunion der Ärzte. Die Arbeitsbedingungen sind prinzipiell gut, zumal alle Stellen besetzt sind. Allerdings hat die fehlende Vorlaufzeit zu Kinderkrankheiten im technischen Bereich geführt, die wir erst nach und nach beheben.“

Für die Patientinnen und Patienten habe sich kaum etwas verändert. Entscheidend für sie sei, „ihren“ Arzt zu haben. „Unabhängig von der Organisation als MVZ achten wir daher sehr darauf, Termine möglichst immer bei demselben Arzt zu vergeben. Ansonsten freuen sich die Patienten – und auch wir –, dass Überweisungsscheine nicht mehr notwendig sind.“



Die seit 2009 faktisch ja schon stattfindende ambulante neurologische Versorgung wurde von der Ermächtigung auf das solidere Fundament einer Versorgung auf Basis zweier Vertragsarztsitze gestellt.

Dr. med. Michael Roth,
Ltd. Oberarzt Neurologie



Durch die enge Verzahnung zwischen der stationären und ambulanten Versorgung haben wir einen guten Überblick über den Patienten und können den weiteren Verlauf seiner Behandlung verfolgen.

Dr. med. Renata Leszkoven,
Oberärztin Neurologie



Den Patienten ist die Organisationsform unserer Ambulanz prinzipiell egal. Ihnen ist vor allem wichtig, „ihren“ Arzt zu haben, den sie kennen und dem sie vertrauen.

Mihai Rosca,
Oberarzt Neurologie

Die technische und räumliche Umstellung zu Beginn hat uns viel Zeit und Kraft gekostet. Dank des großartigen Teams ist uns das gut gelungen und die tolle kollegiale Atmosphäre ist ungemein motivierend.

Martina Geiger,
Medizinische Fachangestellte

Ärztlicher Leiter lobt die unbürokratische Unterstützung durch die KV RLP

Eine wesentlich größere Herausforderung beim Start des MVZ war es dagegen, schnellstmöglich auch die räumlichen und apparativen Voraussetzungen für die Vergrößerung der Ermächtigungsambulanz zum kommunalen MVZ zu schaffen. „Da das MVZ weiter in enger räumlicher und organisatorischer Verbindung mit der Stadtklinik stehen soll, war insbesondere die Raumfrage knifflig. Hier bekamen wir eine ganz entscheidende Unterstützung durch die KV RLP“, schildert Dr. Roth die Umstände.

Direkt neben den bisherigen Räumen der Neurologischen Ambulanz liegen die Räume der von der KV RLP betriebenen Ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxis. Diese sind von der Stadtklinik an die KV RLP vermietet. Deren zwei Behandlungsräume sind tagsüber weitgehend ungenutzt und durften vom MVZ zur Benutzung tagsüber sehr schnell und unbürokratisch „zurückgemietet“ werden. „Die Kassenärztliche Vereinigung hat hier maximal geholfen und im Rahmen der bestehenden Regularien

die bestmögliche Lösung gefunden. Das ging alles sehr unbürokratisch über die Bühne“, lobt Dr. Roth die Kooperation. Mittelfristig, das heißt voraussichtlich ab 2024, ist die Umsiedlung in großzügig geplante Räumlichkeiten im Erdgeschoss unmittelbar am Eingang der Klinik und neben dem benachbarten privat betriebenen Ärztehaus „Promedi“ geplant.

Perspektiven für den ärztlichen Nachwuchs und für PJ-Studierende

Mehrausgaben für die technische Ausstattung halten sich im Fachgebiet der Neurologie, in der die ärztliche Zuwendung elementar ist, naturgemäß sehr in Grenzen. Natürlich seien durch die Erweiterung auf zwei Versorgungssitze auch apparative Neuinvestitionen notwendig, so Dr. Roth. „Hier war es ein glücklicher Zufall, dass ein neues NLG-/EMG-Gerät zum Zeitpunkt der MVZ-Gründung bereits in Anschaffung gewesen war, sodass es jetzt bereits dem MVZ zur Verfügung steht.“ Ihn selbst betreffend sieht Dr. Roth einen weiteren Vorteil der MVZ-Gründung darin, dass er als Facharzt für Nervenheilkunde nun auch seine psychiatrische Expertise miteinbringen kann.

Den ärztlichen Nachwuchs hat das städtische MVZ ebenfalls im Blick: Derzeit hospitiert eine junge Kollegin einmal die Woche im Rahmen ihrer Weiterbildung zur Fachärztin für Rehabilitative Medizin. Seit November wird das MVZ außerdem gemeinsam mit der Privatambulanz und den Spezialsprechstunden der Inneren Abteilung auch als Lehrpraxis für die PJ-Studenten der Medizinischen Fakultät der Universität Mannheim dienen. Die Mannheimer Medizinische Fakultät hat seit Kurzem ein bundesweit einmaliges PJ-Pflichtquartal „Ambulante Medizin“ eingeführt.

Das als kommunaler Eigenbetrieb gegründete Medizinische Versorgungszentrum ist durch Erweiterung um Sitze anderer

Fachgebiete theoretisch ausbaufähig. Sitze können allerdings in der Regel nur durch Ankauf bereits etablierter Sitze erworben werden. „Konkrete Pläne gibt es in dieser Richtung derzeit nicht“, sagt MVZ-Leiter Dr. Michael Roth. Im Vordergrund steht vielmehr zunächst das Gelingen des MVZ-Konstrukts. Mit einem Erfolg hätte sich die Stadtklinik „langfristig ihre Position in der ambulanten neurologischen Versorgung von Frankenthal und Umgebung gesichert“, wie es in dem Konzeptpapier zur MVZ-Gründung heißt. Die neurologische Funktionseinheit stünde personell mit vier Fachärztinnen und -ärzten auch für den Fall kurzfristiger Ausfälle auf soliden Säulen. Das Fundament für einen Ausbau der neurologischen stationären Versorgung wäre stabil. ■

INTERVIEW



Bei der Wahl zugunsten eines Medizinischen Versorgungszentrums war für uns das entscheidende Argument, dass nur damit die ambulante neurologische Versorgung am Ort zuverlässig zu sichern war.

Martin Hebich



© PRESSE FT – ANDREAS HENNI

WICHTIGER FACHÄRZTLICHER MITBEHANDLER VOR ORT

Mit der Gründung eines kommunalen Medizinischen Versorgungszentrums betrat die Stadt Frankenthal zunächst Neuland. Warum es speziell in der neurologischen Versorgung Sinn machte, diesen Schritt zu wagen, und welche Chancen und Handlungsmöglichkeiten sich dadurch ergeben, wollte KV PRAXIS von Martin Hebich wissen, dem Oberbürgermeister von Frankenthal.

KV PRAXIS: Herr Hebich, die Zahl an kommunalen Medizinischen Versorgungszentren ist in Rheinland-Pfalz wie im Bund gut überschaubar. Woran liegt das Ihrer Meinung nach, zumal sich die rechtlichen Zugangsbedingungen für Kommunen als zulässige Träger von MVZ seit 2015 deutlich verbessert haben?

Martin Hebich: Eine Kommune wird sich in der Regel im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung nur engagie-

ren, wenn sie das zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ihrer Bürger für hilfreich und nötig hält. Sie wird sich nicht engagieren aus rein kommerziellem Interesse und auch nicht, wenn die Versorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung unproblematisch gesichert werden kann. An dieser subsidiären Motivation der Kommunen ändern auch die vereinfachten rechtlichen Zugangsbedingungen grundsätzlich nichts.



Warum hat sich die Stadt Frankenthal für dieses spezifische MVZ-Konstrukt in kommunaler Trägerschaft an der Klinik entschieden?

Das MVZ ist als kommunaler Eigenbetrieb organisiert worden. Hier haben wir uns für die gleiche Rechtsform wie bei der Stadtklinik Frankenthal entschieden. Mit der räumlichen Nähe zur Stadtklinik können wir für die Patientinnen und Patienten schnelle und kurze Wege für Diagnose und Therapie bieten. Die Akteure können sich direkt vor Ort austauschen.

Halten Sie mögliche Haftungsrisiken, beispielsweise bei Behandlungsfehlern, für die Stadt für beherrschbar?

Die ambulante Versorgung im Fachbereich Neurologie erfolgte bereits seit 2009 im Umfang eines Versorgungssitzes. Auch für diese Versorgung bestanden bereits Haftungs- und Regressrisiken, die sich von denen des MVZ nicht grundsätzlich unterscheiden. Behandlungsfehler sind zudem über eine Berufs-



Die Stadt Frankenthal hat das MVZ gegründet, weil sie gerade keine Konkurrenzsituation zu bereits vorhandenen ambulanten Strukturen gesehen hat und auch nie eine solche hätte schaffen wollen.

Martin Hebich

haftpflichtversicherung abgedeckt. Eine solche medizinische Haftpflicht besteht grundsätzlich und ist unabhängig von der Rechtsform. Insgesamt ergeben sich damit für die Stadt keine grundsätzlich neuen Haftungsrisiken bzw. sind wie bisher beherrschbar.

Haben Sie sich bei Ihrer Entscheidung für einen Eigenbetrieb an Beispielen anderer kommunaler MVZ-Träger orientiert oder haben Sie eine auf die Stadt Frankenthal zugeschnittene Lösung gefunden?

Unsere Entscheidung für einen Eigenbetrieb war auch von der bestehenden Rechtsform unserer Stadtklinik geprägt. Je nach kommunalen Gegebenheiten kann es hier sicherlich unterschiedliche Ansätze geben. Wir haben hier in Frankenthal beispielsweise die Betriebsatzung an bereits bestehende Betriebsatzungen vergleichbarer MVZ formuliert und anschließend modifiziert und ergänzt. Die gefundene Lösung ist auf die Situation der Stadt Frankenthal zugeschnitten.

Welche Vorteile sehen Sie beim Betrieb eines kommunalen MVZ für die ambulante Versorgung bzw. für die Ärzteschaft?

Aus Sicht der Stadt Frankenthal war ein entscheidendes Argument zugunsten eines Medizinischen Versorgungszentrums, dass nur damit die ambulante neurologische Versorgung am Ort zuverlässig zu sichern war. Eine Konkurrenzsituation zu niedergelassenen Fachärzten besteht nicht – wie schon die Existenz der Ermächtigungsambulanz an der Stadtklinik zeigte, die nur bestehen konnte, solange die niedergelassenen Fachärzte der Umgebung für sie einen Bedarf sahen, den sie selbst nicht befriedigen können. Damit ist das MVZ für die Hausärzte ein wichtiger fachärztlicher Mitbehandler, den sie sonst ortsnah nicht hätten, und auch für die neurologischen Fachärzte der nächstgelegenen Städte eine Entlastung.

Was entgegenen Sie kritischen Argumenten von ärztlich Niedergelassenen, die dennoch befürchten, dass mit dieser medizinischen Einrichtung in kommunaler Hand eine Konkurrenzveranstaltung zu den bereits vorhandenen ambulanten Strukturen geschaffen wird?

Es ist ganz wichtig zu betonen, dass die Stadt Frankenthal das MVZ gegründet hat, weil sie gerade keine Konkurrenzsituation zu bereits vorhandenen ambulanten Strukturen gesehen hat und auch nie eine solche hätte schaffen wollen. Das MVZ ist komplementär zu diesen Strukturen und soll die niedergelassenen Ärzte, insbesondere die Hausärzte, unterstützen, ohne zu den niedergelassenen Fachärzten in Konkurrenz zu treten. Wir mussten befürchten, dass ohne die Gründung des MVZ die zwei vakanten Versorgungssitze nicht der neurologischen Versorgung in Frankenthal zugutegekommen wären, obwohl dies auch aus Sicht des Versorgungsauftrages der KV sicher mehr als wünschenswert war.

In den vergangenen Jahren war zu beobachten, dass Investorengruppen kleinere Kliniken aufkauften und über diese Kliniken ein MVZ gründeten. Können neben rein arztgeführten MVZ auch kommunale Versorgungszentren dazu beitragen, derartigen Kommerzialisierungs-Tendenzen in der Medizin einen Riegel vorzuschieben?

Gerade in einem ländlich geprägten Flächenstaat wie Rheinland-Pfalz wird es bei zunehmendem Mangel an niederlassungswilligen Ärzten zunehmend Regionen geben, in denen Versorgungssitze vakant bleiben. Je nach örtlichen Gegebenheiten kann es sehr im Interesse der Bürger sein, wenn diese Sitze mit dem Motiv der Daseinsfürsorge von der Kommune und nicht von einem primär kommerziell orientierten Investor übernommen werden. Die Sicherstellung einer guten flächendeckenden medizinischen Versorgung kann hier aktiv vonseiten der Kommune unterstützt werden.

Hier bestehen gleichgerichtete Interessen der dem Versorgungsauftrag verpflichteten KV und der Kommunen. Im Vergleich zu Investorengruppen steht die Sicherstellung der Patientenversorgung im Vordergrund.

Im kommunalen MVZ können sich dort arbeitende Ärztinnen und Ärzte ganz auf die Medizin konzentrieren. Wer kümmert sich dann dort um die betriebswirtschaftlichen Belange, wie haben Sie das im MVZ der Stadt Frankenthal organisiert?

Wir erleben eine zunehmende Nachfrage bei Ärzten und Ärztinnen, sich im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses um die medizinische Versorgung auch im niedergelassenen Sektor um die Patienten und Patientinnen zu kümmern, gerade um von den administrativen und organisatorischen Aufgaben entlastet

ZUR PERSON

Martin Hebich (CDU), geboren am 20. September 1972, ist seit 2016 Oberbürgermeister der kreisfreien Stadt Frankenthal (Pfalz). 1999 wurde er in den Stadtrat von Frankenthal gewählt, von September 1999 bis Juni 2008 war Hebich Ortsvorsteher des Ortsbezirks Eppstein. Im Juni 2008 wurde er Bürgermeister der Stadt Frankenthal. Zudem übt er seit November 2014 das Amt des Verbandsvorstehers des Gewässerzweckverbands Isenach-Eckbach aus.



© PRESSE F1 – ANDREAS HENN

zu werden. Um die betriebswirtschaftlichen Belange kümmert sich deshalb die Betriebsleitung des MVZ. Diese Position wird von der Kaufmännischen Direktorin der Stadtklinik, Frau Monika Röther, ausgefüllt. Ihr stehen hierbei die Ressourcen der Stadtklinik auch für das MVZ zur Verfügung, zum Beispiel im Bereich Personalwesen, Technik oder IT. Dies ist auch aus wirtschaftlicher Sicht ein Vorteil.

Die Stadt hatte sich für zwei der dreieinhalb offenen Arztsitze in der Neurologie beim unabhängigen Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen beworben. Wie empfanden Sie im Vorfeld die Zusammenarbeit?

Die KV hat sich von Anfang an außerordentlich hilfreich und unterstützend bei der Entwicklung des Projekts gezeigt und die Zusammenarbeit hätte nicht besser sein können. Hier war sicher bedeutsam, dass über die Ermächtigungsambulanz in der Stadtklinik bereits ein langjähriger und guter Kontakt zur KV bestand und natürlich, dass die Stadt und die KV hinsichtlich der Versorgung im Fachgebiet Neurologie in Frankenthal das gleiche Interesse hatten.

Zum Schluss: Welchen Tipp können Sie einer Gemeinde geben, die mit dem Gedanken spielt, eine abzugebende Praxis bzw. freie Arztsitze zu übernehmen?

Man sollte idealerweise schon in irgendeiner Weise über Erfahrung mit medizinischer Versorgung verfügen und möglichst auch schon einen interessierten Arzt oder eine Ärztin in Aussicht haben. Eine enge Abstimmung mit der KV und den niedergelassenen Ärzten ist wichtig, um eine gesicherte und abgestimmte Versorgung aufbauen zu können. Synergien mit bereits vorhandenen Gesundheitsangeboten der Kommune sind ebenfalls hilfreich.

Herr Hebich, vielen Dank für das Gespräch!

REFORMEN IM GESUNDHEITSWESEN ANGEMAHT

Inzwischen steht das Regierungsbündnis aus SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. Im Vorfeld hat die niedergelassene Ärzteschaft der neuen Bundesregierung ihre zentralen gesundheitspolitischen Vorstellungen für die neue Legislaturperiode ins Stammbuch geschrieben.

Bereits wenige Wochen vor der Bundestagswahl Ende September hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit einem Positionspapier ihre Reformvorstellungen für das ambulante Gesundheitswesen formuliert. Auch die Bundesärztekammer hat anlässlich des Deutschen Ärztetages Anfang November gesundheitspolitische Vorschläge eingebracht, die die neue Bundesregierung aus ihrer Sicht sofort angehen muss.

Worum geht es im Kern bei den Forderungen? KV PRAXIS fasst die wichtigsten Punkte zusammen.

Freiberuflichkeit erhalten und Arzt-Patienten-Verhältnis schützen

Für eine gute medizinische Behandlung ist das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient elementar. Daher werden KBV und KVen nicht müde zu betonen, dass das Prinzip der Freiberuflichkeit in inhabergeführten Praxen und eine funktionierende Selbstverwaltung erhalten werden müssen. Der zu schützende notwendige Freiraum dürfe „nicht durch verallgemeinernde staatliche Normsetzung, etwa durch immer stärkere legislative Eingriffe in das sensible Arzt-Patienten-Verhältnis, eingeschränkt werden“. Weniger Bürokratie, Regulierungen und Budgetierungen müssen aus Sicht der KVen das gesundheitspolitische Handeln bestimmen.

Neues Honorarsystem einführen und steigende Ausgaben kompensieren

Der wachsende Bedarf von Patientinnen und Patienten an medizinischer Versorgung macht nach Ansicht der KBV eine Steuerung des derzeit beliebigen und unkoordinierten Zugangs erforderlich. Zum einen soll es künftig gelingen, Patientinnen und Patienten in die richtige Versorgungsebene bzw. zur Praxis der passenden Fachgruppe zu navigieren. Zum anderen müssen Mengenzunahmen der Leistungen verhindert werden, indem ein neues Honorarsystem entwickelt wird. Angestrebt werden feste Preise für Behandlungen. Finanzielle Kompensationen sieht die KBV auch bei den rapid steigenden Ausgaben der Praxen für Personal, Hygiene und Digitalisierung angezeigt.

Digitalisierung muss einen messbaren Nutzen haben

Auch wenn die Ärzteschaft der Digitalisierung grundsätzlich offen gegenübersteht, muss sich diese an den Bedarfen des Gesundheitswesens ausrichten. Vor allem muss die Digitalisierung einen unmittelbaren Mehrwert für die Patientenversorgung bieten. Der Fokus soll dabei auf der Verbesserung der Versorgung vulnerabler Gruppen liegen, zum Beispiel chronisch Kranker und Pflegebedürftiger (ambulant und stationär). Der 125. Deutsche Ärztetag hat deshalb intensive und flächendeckende Testphasen mit einer Dauer von mindestens zwölf Monaten gefordert, bevor Anwendungen der Telematik-Infrastruktur (TI) in den Praxisalltag eingeführt werden.

Wegen der gravierenden praktischen Probleme bei der TI-Einführung hält die Ärzteschaft ein Moratorium für angebracht. „Die elektronische Patientenakte, das eRezept und die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verändern die Arbeitsabläufe in Praxen und Kliniken nachhaltig. Ärztinnen und Ärzte werden dies nur akzeptieren, wenn die neuen Prozesse sicher, störungsfrei und zügig ablaufen“, erklärte Erik Bodendieck, Co-Vorsitzender des Ausschusses „Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung“ der Bundesärztekammer. Dabei sollen bereits im planerischen Prozess und in der Entwicklung die maßgeblich Beteiligten durchweg einbezogen werden, um digitale Anwendungen mit Mehrwert zu ermöglichen. Darüber hinaus hat der Deutsche Ärztetag gefordert, die gematik neu zu justieren, indem die Selbstverwaltungspartner mehr Gewicht erhalten.

Notfallpatientinnen und -patienten in geeignete Versorgungsebene steuern

Akut- und Notfallpatientinnen und -patienten seien in die für sie richtige Versorgungsebene zu steuern – Krankenhaus oder ambulante Praxis –, fordern KBV und KVen unisono. Dabei kommen unter der bundesweit einheitlichen Bereitschaftsdienstnummer 116117 mit der SmED-Software bereits standardisierte und evaluierte Verfahren zur strukturierten medizinischen Ersteinschätzung zum Einsatz.



© ENGELMOHR – L&K RLP

Nach den Erfahrungen aus der Corona-Pandemie muss die Gesundheitspolitik aus Sicht der Ärzteschaft eines der zentralen Handlungsfelder der neuen Bundesregierung werden.

Eine einheitliche Regelung zur Erst- bzw. Notfallversorgung an der Schnittstelle zur Notaufnahme am Krankenhaus steht derzeit noch aus; nur an der Notaufnahme der Unimedizin Mainz existiert im Rahmen eines bundesweit einzigartigen Modellprojekts mit der APC eine Art vorgeschaltete Portalpraxis.

Grundsätzlich fordert die KBV, dass eine kooperative Struktur zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich geknüpft werden soll, um die behandlungsadäquate Vermittlung der Patientinnen und Patienten in den passenden Versorgungsbereich zu organisieren, ohne dafür einen neuen Sektor bilden zu müssen. Die organisatorische und medizinische Gestaltung der klinischen Notaufnahme bleiben in der Verantwortung des Krankenhauses. Der Deutsche Ärztetag sprach sich zusätzlich für ein Dispensierrecht von Ärztinnen und Ärzten bei der Abgabe von Medikamenten im Notfall oder Notdienst aus.

Weiterbildung in der Praxis der Niedergelassenen verbessern und Nachwuchsgewinnung verstärken

Die Politik ist aufgerufen, zur Sicherung der Gesundheitsversorgung und Bekämpfung des Ärztemangels die Medizinstudiplätze substanziell zu erhöhen und ambulante Ausbildungsanteile im Studium deutlich stärker zu berücksichtigen. Zudem müsste die fachärztliche Weiterbildung verstärkt auch im ambulanten Sektor möglich sein, um die Niederlassung für den medizinischen Nachwuchs attraktiver zu machen.

Niederlassungsbedingungen werden aus Sicht der KVen erheblich verbessert, wenn die Rahmenbedingungen stimmen – beispielsweise durch weniger Bürokratie oder Verzicht auf Sanktionen bei der Einführung digitaler Anwendungen.

In einem Entschließungsantrag drängt der Deutsche Ärztetag den Bund und die Länder zudem darauf, sich in den Verhandlungen zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung (Neufassung der ÄApprO) auf eine „obligate existenzsichernde Auf-



© ENGELMOHR – L&K RLP


Einig waren sich die Delegierten auf dem Ärztetag auch, dass der Einführung von Telematik-Anwendungen eine mindestens zwölfmonatige Testphase vorangeht.

wandsentschädigung der Medizinstudierenden im Praktischen Jahr (PJ) zu einigen“. Allein durch Stipendien und BAföG würden beispielsweise Kosten für doppelte Haushaltsführung oder die Fahrt zum Praktikumsort nicht ausreichend abgedeckt.

Investorengruppen aus der medizinischen Versorgung heraushalten

Wie der Deutsche Ärztetag feststellte, häufen sich im ambulanten haus- und fachärztlichen Bereich Übernahmen von Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen durch Fremdinvestoren, zum Beispiel durch sogenannte Private-Equity-Gesellschaften. „Aufgrund der vorwiegend renditeorientierten Motivation dieser Fremdinvestoren besteht die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen zugunsten einer kommerziell motivierten Leistungserbringung beeinflusst werden“, so die Befürchtung.

Erwartet werden „konkrete gesetzgeberische Maßnahmen, die die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen schützen, investorenbetriebene medizinische Versorgungszentren (iMVZ) zur größtmöglichen Transparenz verpflichten, deren marktbeherrschende Stellung verhindern und die ärztliche Freiberuflichkeit stärken“. Statt flächendeckender MVZ-Gründungen seien nur fachübergreifende Strukturen genehmigungsfähig, lautete ein weiterer angenommener Beschlussantrag. Der Praxissitz soll an die Region gebunden sein und jede Änderung der Gründerebene eines MVZ, welche mit Änderung des Investors einhergeht, muss dem Zulassungsausschuss gemeldet werden. Hierfür ist es notwendig, die gesetzlichen Rahmenbedingungen anzupassen.

 KBV-Positionspapier „GesundheitBrauchtPraxis“
<https://www.kbv.de/html/gesundheitsbraucht-praxis.php>

Beschlüsse des 125. Deutschen Ärztetags:
<https://125daet.baek.de/ApplicationsA>

PSYCHOTHERAPIE

BEDARFSPLANUNG WIRD ERHÖHTER NACHFRAGE NICHT GERECHT

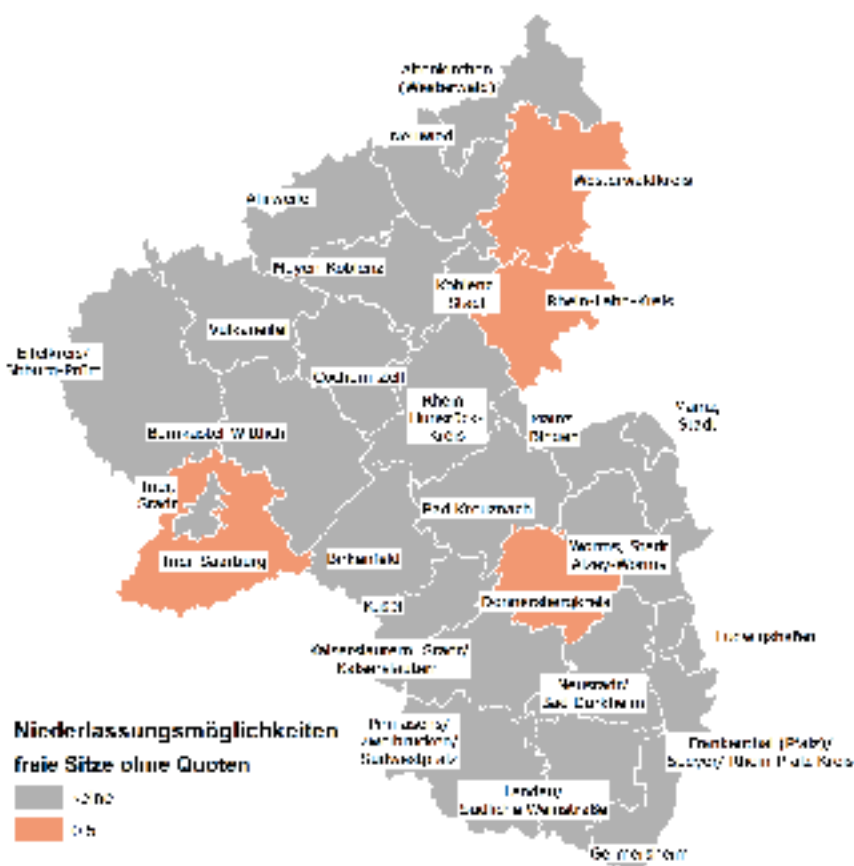
Aufgrund der Corona-Pandemie hat sich die Situation in der psychotherapeutischen Versorgung nochmals zusätzlich verschärft. Die derzeitige Zahl und Verteilung der psychotherapeutischen Praxen wird dem enorm gestiegenen Therapiebedarf jedoch nicht annähernd gerecht.

Die Auswirkungen von COVID-19 haben sich auch deutlich auf die Psyche in der Allgemeinbevölkerung ausgewirkt und setzt die ohnehin problematische Versorgungssituation zusätzlich unter Druck. So haben auf eine am Anfang dieses Jahres durchgeführte Blitz-Umfrage der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) zu Patientenfragen während der Corona-Pandemie

knapp 4.700 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geantwortet. Den ausgewerteten Ergebnissen zufolge seien in einer Januar-Woche im Jahr 2021 durchschnittlich knapp sieben Anfragen pro Woche auf Psychotherapie gestellt worden, im gleichen Zeitraum 2020 nur rund fünf. Davon könnte aktuell durchschnittlich nur für knapp zwei Anfragende ein Termin für Erstgespräche

angeboten werden. Knapp drei Viertel der Patientenfragen bleiben somit erfolglos. Etwa die Hälfte der erfolgreich Anfragenden muss sich jedoch in der Regel länger als einen Monat bis zu einem Jahr auf den Termin gedulden. Ein Drittel kommt innerhalb eines Monats zum Termin. Erstgespräche bedeuten jedoch noch nicht, dass auch ein Therapieplatz frei ist.

Aktuelle Niederlassungsmöglichkeiten in der Psychotherapie



Eine Befragung von knapp 3.700 in Deutschland arbeitenden Gesundheitsfachkräften (Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Pflegekräfte) lieferte erste Belege für eine hohe psychische Belastung während der Pandemie. Das Pflegepersonal wies eine besonders hohe psychische Belastung auf, wenn es COVID-19-Patientinnen und -Patienten betreute. Insgesamt fühlten sich 56 Prozent der Gesundheitsfachkräfte psychisch belastet, Sorgen bezüglich der Zukunft äußerten 54 Prozent der Befragten. 60 Prozent hatten Angst, Freunde oder Verwandte mit COVID-19 anzustecken, 27 Prozent hatten Angst, sich selbst zu infizieren.

Großer Andrang beim Patientenservice 116117

Wie stark die Nachfrage nach psychotherapeutischer Betreuung auch in Rheinland-Pfalz zugenommen hat, darauf geben Auswertungen aus dem Patientenservice 116117 der KV RLP erste Hinweise. So wurden in der Hotline in den ersten beiden Quartalen 2020 rund 7.400 Vermittlungswünsche in eine psychotherapeutische Sprechstunde

gezählt. Im ersten Halbjahr 2021 waren es rund 11.300 Vermittlungswünsche. Auch hier können nicht alle Anfragen vermittelt werden. Psychotherapeutische Sprechstunden sind ein etabliertes Versorgungsinstrument, jedoch bleibt den Praxen dadurch etwas weniger Zeit für die Durchführung dringend notwendiger antragspflichtiger Psychotherapien. Die KV RLP kritisiert, dass durch diese Regelung zwangsläufig Termine in der psychotherapeutischen Versorgung und damit Therapieplätze blockiert werden.

Hinsichtlich der diagnostizierten psychischen Störungen ist im Pandemie-Jahr 2020 bis jetzt noch kein eindeutiger Diagnosenetrend sichtbar. Lediglich bei den „nicht näher bezeichneten psychischen Störungen“ ist zwischen 2019 und 2020 eine signifikante Zunahme um 176 Prozent feststellbar. Die große Welle wird sich nach Auffassung der KV RLP allerdings sehr bald deutlich auch in der Zahl der Diagnosefälle niederschlagen, die nach den Abrechnungen des Jahres 2021 verfügbar sein werden.

Das aktuell verfügbare Angebot wird der bisherigen und zukünftig weiter steigenden Nachfrage nach Psychotherapie-Plätzen nicht gerecht. Nach den Datenerhebungen der KV RLP sind die in Rheinland-Pfalz ansässigen Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten an ihrer Belastungsgrenze

und an ihren Kapazitäten zur Aufnahme neuer Patientinnen und Patienten angelangt. Die psychotherapeutischen Praxen liegen bei der Erfüllung ihrer Versorgungsaufträge ohnehin weit über dem vom Gesetzgeber geforderten Minimum.

Theoretisches Potenzial an Niederlassungsmöglichkeiten deutlich höher

Die gegenwärtige Bedarfsplanung verhindert aus Sicht der KV RLP eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung auch zur Minderung der Wartezeiten. Aktuelle Verhältniszahlen in den verschiedenen rheinland-pfälzischen Regionen – Grundlage der Basis-Verhältniszahl ist nach wie vor das Versorgungsniveau von 1999 – bilden nicht annähernd die Versorgungsrealität ab. Die Verhältniszahlen suggerieren ein Stadt-Land-Gefälle im Behandlungsbedarf, das es in der Realität nicht gibt. Darin simulierte Mitversorgungsbeziehungen analog den Pendlerströmen entsprechen keineswegs den realen Versorgungsbeziehungen in Rheinland-Pfalz.

Um annähernd die Versorgungsrealität abbilden zu können, schlägt die KV RLP eine Raumtypisierung der Verhältniszahl vor, die an den tatsächlichen Patientenströmen ausgerichtet ist, was etwa 180 zusätzliche Zulassungsmög-

lichkeiten zur Folge hätte. Alternativ ist die Verwendung einer einheitlichen Verhältniszahl – wie bei den Hausärzten – basierend auf dem Versorgungsstand 31.12.2019 ein realitätsnaher Vorschlag (Einwohnerzahl: vollzeitäquivalente Psychotherapeuten). Hierdurch könnten etwa 170 weitere Psychotherapeutenplätze geschaffen werden. Dieser Ansatz bildet die aktuelle Versorgungsdichte in Rheinland-Pfalz ab und führt zu einem gleichen Versorgungsniveau. Dabei bleiben Versorgungsbeziehungen jedoch außer Acht.

KV RLP-Vorstandsmitglied Peter Andreas Staub fordert den zuständigen gesetzlichen Entscheidungsträger, den Gemeinsamen Bundesausschuss, nachdrücklich zu einer grundlegenden Reform der Bedarfsplanung in der Psychotherapie auf. Die Reform von 2019 sei völlig unzureichend gewesen und decke bei Weitem nicht den wissenschaftlich und fachlich festgestellten Bedarf an zusätzlichen psychotherapeutischen Behandlungsplätzen. Die langen Wartezeiten von häufig mehr als einem Jahr seien unzumutbar.

Notwendige Veränderungen können letztlich jedoch nur im Schulterschluss mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen angestoßen werden. Dafür setzt sich die KV RLP mit Nachdruck im Rahmen der Gremienarbeit ein.

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.

PANDEMIE-MANAGEMENT

GARANT IN KRISENZEITEN – EINE BILANZ

Personelle Aufstockung der 116117, Ausbau der Videosprechstunde, Gründung von Corona-Anlaufstellen und Etablierung eines Corona-Fahrdienstes, über zwei Millionen Impfungen in Rheinland-Pfalz seit April 2021 – die Bilanz der niedergelassenen Ärzteschaft und der Selbstverwaltung zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie kann sich sehen lassen.

Die Corona-Pandemie hatte besonders die ambulante Versorgung vor bis dahin nicht gekannte Herausforderungen gestellt. Gleich zu Ausbruchsbeginn im Frühjahr 2020 wurden etablierte Strukturen umgestellt: Ambulante vertragsärztliche und psychotherapeutische Leistungen wurden trotz fehlender Schutzausrüstung weiterhin erbracht, wissenschaftliche Erkenntnisse zum Coronavirus änderten sich ständig. KV PRAXIS skizziert in einem kleinen Rückblick einige zentrale Schritte zur Bewältigung der Pandemie.

Enormer Boom für die Videosprechstunde

Zu den ersten Sonderregelungen gehörte die Ausweitung der Videosprechstunde. Dank einer Allgemeinverfügung des Vorstands konnten Niedergelassene diese im Zeitraum vom 6. März 2020 bis 30. Juni 2021 genehmigungsfrei erbringen und abrechnen. Vor allem in der Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin machten die Praxen von dieser Sonderregelung regen Gebrauch: Die Zahl der Genehmigungen nahm rasant zu: von März 2020 (62 Genehmigungen) bis Juni 2021 (1.838 Genehmigungen). Zusätzlich gab es die Option, Videosprechstunden in ausgelagerten Praxisräumen anzubieten und zu erbringen.

Auf weitere Sonderregelungen – insgesamt 26 – einigte sich die KBV mit dem GKV-Spitzenverband aber auch in anderen wichtigen Bereichen. Zur Entlastung für den Praxisalltag trug sicherlich bei,

dass sich beispielsweise die Versicherten auch bei bereits leichten Atemwegserkrankungen telefonisch krankschreiben lassen konnten.

Beschaffung von Schutzausrüstung in Eigenregie

Innerhalb kürzester Zeit stellte die niedergelassene Ärzteschaft in Zusammenarbeit mit der KV RLP und den Kommunen eine zweite Versorgungsstruktur auf die Beine, um neben der Regelversorgung die COVID-19-Versorgung in Rheinland-Pfalz sicherzustellen. So wurden in Rekordzeit zusätzliche Corona-Anlaufstellen geschaffen. An diese konnten sich Patientinnen und Patienten wenden, wenn sie den Verdacht hatten, an dem neuartigen Virus erkrankt zu sein, oder falls sie tatsächlich daran erkrankt waren. Dadurch war es möglich, potenzielle Corona-Infizierte getrennt vom regulären Praxisbetrieb zu behandeln und die Weiterverbreitung des Virus zu verlangsamen.

In ihrer Schnittstellenfunktion zwischen der Politik und den Niedergelassenen musste die KV RLP dabei die notwendige Persönliche Schutzausrüstung (PSA) wie Schutzkleidung, -brille und Handschuhe beschaffen und übernahm dabei die fachfremde Aufgabe eines Distributeurs. Bis August 2021 wurden insgesamt rund 16,19 Millionen Euro für PSA, Desinfektionsmittel und die damit verbundenen Logistikkosten ausgegeben. Diese kamen vorrangig den Corona-Einrichtungen zugute.

Corona-Einrichtungen halten Infizierte aus Kliniken fern

Noch während der Pandemie veränderte sich die Struktur der Corona-Anlaufstellen. So existierten im April 2020 56 Corona-Ambulanzen, die als ausgelagerte Praxisstätten in Räumlichkeiten von Städten und Gemeinden untergebracht waren. Im Juli 2021 war ihre Zahl mit 30 fast halbiert. Den Praxen gelang es in den 15 Monaten, sich so zu organisieren, dass Patientinnen und Patienten direkt vor Ort und neben dem Regelbetrieb behandelt werden konnten. Dadurch nahm die Zahl der Corona-Praxen, die ausschließlich COVID-19-Erkrankte behandeln, von 3 auf 35 zu. Die Zahl der Praxen mit speziell eingerichteten Corona-Sprechstunden für COVID-19-Infizierte vervielfachte sich in dem Zeitraum von 176 auf 880. Eine anspruchsvolle Vorgabe der Krankenhäuser war, infektiöse Patientinnen und Patienten aus den Ärztlichen Bereitschaftspraxen möglichst herauszuhalten. Dafür wurde der Corona-Fahrdienst etabliert, um notwendige Behandlungen durchzuführen und somit den Hausbesuchsdienst des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes über die 116117 zu entlasten. Von März 2020 bis Mai 2021 war der Corona-Fahrdienst in über 5.000 Fällen im Einsatz.

Patientenservice 116117 wurde personell aufgestockt

Angesichts des hohen Anrufaufkommens benötigte auch der neue Patientenservice 116117 zusätzlich personelle

Verstärkung. Um die zahlreichen Anrufe zu bewältigen, haben sich auch Mitarbeitende aus anderen Abteilungen bereit erklärt, im Patientenservice mitzuarbeiten. Unter anderem wurde innerhalb nur eines Tages eine Eigeneinrichtung gegründet, in der zwei Teleärzte angestellt waren. Sie leiteten die Befunde an die Gesundheitsämter weiter und berieten die Mitarbeitenden fachlich. Zu den weiteren Aufgaben zählten Rückrufe bei Patientinnen und Patienten im Fall von Positivbefunden oder allgemeinmedizinischer Fragestellungen.


Impfkationen bringen den Durchbruch

Ein voller Erfolg waren nicht zuletzt die Impfkationen. Solange nicht genügend Impfstoff gegen COVID-19 vorhanden war und die Priorisierung eine große Rolle spielte, fanden die Impfungen

richtigerweise in den Impfzentren statt. Als deutlich mehr Impfdosen verfügbar waren, setzten sich die KVen dafür ein, die Impfungen möglichst rasch in die Praxen zu verlagern. Das Impfgeschehen gewann somit deutlich an Schwung. Darüber hinaus engagierte sich die KV RLP mit eigenen Impfkationen für ihre ärztlichen Mitglieder und die in den Praxen arbeitenden medizinischen Fachangestellten, die ihre Aufgaben in den COVID-19-Anlaufstellen wahrnahmen. So konnten in drei großen Impfkationen an den KV-Standorten in Mainz, Koblenz, Neustadt und Trier knapp 1.500 vollständige Impfungen realisiert werden. Ebenso wurden über 1.600 vollständige Impfungen für KV-Mitarbeitende und Angehörige organisiert.

„Wir haben mit den erfolgreichen Maßnahmen im Kampf gegen die Pandemie

und die aktive Beteiligung an den Impfkationen bewiesen, dass wir in der Lage sind, schnell und flexibel auf unvorhersehbare Ereignisse zu reagieren“, zieht der stellvertretende KV RLP-Vorsitzende Dr. Andreas Bartels als positives Resümee. „Die Politik muss erkennen, dass die Versorgung der Patienten in den Corona-Einrichtungen der Niedergelassenen dazu geführt hat, ähnliche Szenarien in Krankenhäusern wie in Italien und Frankreich zu verhindern. Dieser Schutzschirm hat unser Gesundheitssystem vor dem Kollaps bewahrt. Leider fehlt uns Ärzten oftmals die Wertschätzung aus der Politik für diese Leistungen. Diese müssen wir umso mehr immer wieder einfordern.“

 Aufzeichnung KVkonferenz vom 6. Oktober 2021: www.kv-rlp.de/102021

VIDEOSPRECHSTUNDEN IM TREND – ZAHLEN UND FAKTEN*

2.333

Genehmigungen hat die KV RLP in den vergangenen zwei Jahren insgesamt für Videosprechstunden erteilt. Damit wurden in 2020 rund 86 Prozent der Anträge und 2021 etwa 83 Prozent der Anträge bewilligt.



66 Prozent

der genehmigten Videosprechstunden kommen mit weitem Abstand in der Psychotherapie zur Anwendung. Zum Vergleich: Auf den Einsatz in der hausärztlichen Versorgung entfallen 20 Prozent und auf den Bereich der Inneren Medizin 13 Prozent.

Genehmigungspflichtig



Um Videosprechstunden ausführen und abrechnen zu können, müssen Sie einen Antrag mit Angabe des KBV-zertifizierten Videodienstbieters stellen. Informationen rund um die Videosprechstunde finden Sie online unter www.kv-rlp.de/894016

Verhaltenstherapie

Diese Leistung wurde in den ersten drei Quartalen des Jahres 2021 am häufigsten abgerechnet – allein im 1. Quartal mehr als 20.000-mal. Häufig genutzt wurden auch das psychotherapeutische Gespräch und die tiefenpsychologische Psychotherapie.

* Stand zum 15. November 2021 (Redaktionschluss)

116117

ÜBER 55.000 MEDIZINISCHE ERSTEINSCHÄTZUNGEN

Die im ärztlichen Bereitschaftsdienst eingesetzte Software zur medizinischen Ersteinschätzung (SmED) wird rege genutzt. Allein in Rheinland-Pfalz wurden in der 116117 über 55.000 anrufende Menschen von Mai 2020 bis Mai 2021 über dieses System ersteingeschätzt.

Zum Vergleich: Bundesweit wurden knapp eine Million Bürgerinnen und Bürger über SmED zu verschiedenen Behandlungsanlässen eingeschätzt und in die richtige Versorgungsebene – Notaufnahme, Bereitschaftspraxis oder Hausarzt – gesteuert. Das ergab eine Auswertung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi).

Mehr als 500 Anrufende bei der Hotline pro Behandlungsanlass

Am häufigsten meldeten sich in Rheinland-Pfalz Menschen mit Bauchschmerzen (4.972), gefolgt von Harnwegsbeschwerden (3.916), Rücken- bzw. Kreuzschmerzen (3.909) sowie Blutdruckproblemen (3.583). Knapp 4.000 der Anfragen in dem Bundesland sind auf COVID-19-Symptome sowie typische Beschwerdebilder zurückzuführen. Bei 553 Personen konnte keine Hauptbeschwerde zugeordnet werden. Weitere häufig genannte Krankheitssymptome waren unter anderem Fieber, Erbrechen/Übelkeit, Bein- und Atembeschwerden sowie Erkältung/grippaler Infekt. Insgesamt sind 101 verschiedene Behandlungsanlässe über SmED verzeichnet worden. Zu jedem dieser Anlässe riefen durchschnittlich mehr als 500 Patientinnen und Patienten bei der Hotline an.

Seit Anfang 2020 wird SmED, ein Medizinprodukt der Klasse I, im Patientenservice 116117 eingesetzt. Die Software fungiert dabei als eine Gedächtnisstütze für das medizinische Fachpersonal, damit auch unter Zeitdruck oder starker Belastung keine wichtigen Fragen ver-

gessen werden, die notwendig sind, um die Dringlichkeit und den besten Ort für die Behandlung zu identifizieren, wie das Zi erläutert. Damit erfolgt je nach Zustand des Patienten eine Steuerung in die geeignete medizinische Versorgungsebene. Durch diese Steuerung können Patienten schneller versorgt und sowohl der Ärztliche Bereitschaftsdienst als auch die Notaufnahmen der Krankenhäuser entlastet werden.

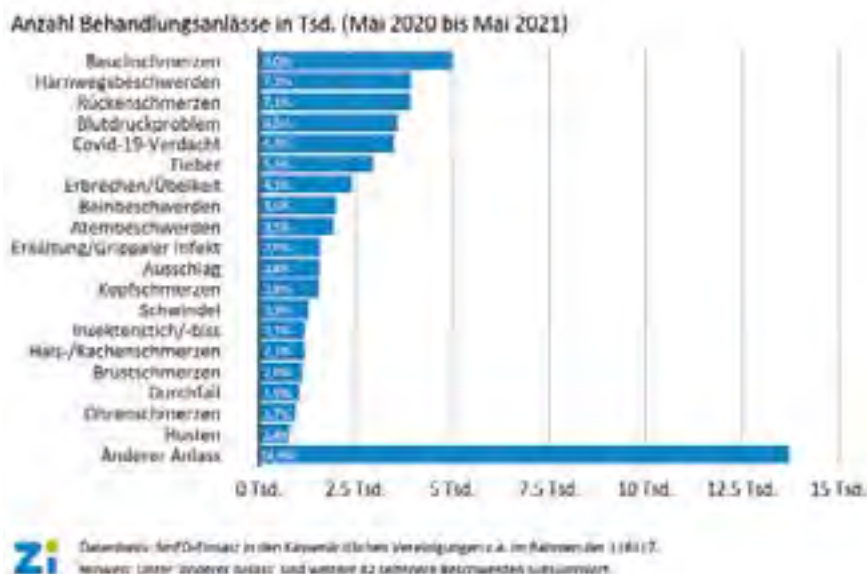
KV RLP-Vorstand: Ersteinschätzung muss auf allen Ebenen erfolgen

„Derzeit werden etwa vier Prozent aller medizinischen Fälle an den Rettungsdienst abgegeben. Leider ist das bisher noch eine Einbahnstraße. Wir müssen

daran arbeiten, dass dies auch umgekehrt funktioniert“, informierte der Vorstandsvorsitzende der KV RLP, Dr. Peter Heinz. Die KV RLP fordert, dass die Ersteinschätzung über SmED auf allen Ebenen erfolgen muss, also neben dem Patientenservice auch über die 112 und persönlich am Tresen der zukünftigen Integrierten Notfallzentren. „Denn die Ersteinschätzung schafft zusätzliche Patientensicherheit, beschleunigt im Notfall die Bereitstellung sofortiger medizinischer Hilfe und rettet damit Leben“, betont der KV RLP-Vorsitzende.

SmED wird fortlaufend evaluiert und um weitere Symptome ergänzt. Die Entwicklung der Software wird inhaltlich von einem multidisziplinären wis-

Medizinische Ersteinschätzungen über die 116117 bei der KV RLP




senschaftlichen Beirat begleitet. Sie unterstützt das medizinische Fachpersonal bei der systematischen Abfrage von Symptomen in Kombination mit allgemeinen und symptom-spezifischen Risikofaktoren, zum Beispiel Alter, Geschlecht, Begleitbeschwerden sowie bei der Entscheidung, welches die passende Versorgungsmöglichkeit für den Anrufer ist. ■

EIN ZERTIFIZIERTES MEDIZINPRODUKT

SmED wurde für die Anwendung in Deutschland im Auftrag des Zi von der Firma HCQS entwickelt. Die Software ist als Medizinprodukt zertifiziert und unterliegt somit den strengen Qualitätsregulationen der Medizinproduktegesetzgebung. Ein medizinischer Beirat mit Vertretern

der Haus- und Fachärzteschaft und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin unterstützt die Entwicklung und Weiterentwicklung von SmED in allen seinen Varianten. ■

 www.zi.de/smed

SPENDENAKTION

KV RLP DANKT ALLEN UNTERSTÜTZERINNEN UND UNTERSTÜTZERN

Die verheerende Flut, die Mitte Juli Teile von Rheinland-Pfalz getroffen hat, machte auch vor Praxen nicht halt. Um die betroffenen Mitglieder schnell zu unterstützen, rief die KV RLP bereits fünf Tage nach der Katastrophe zu Spenden auf. Rund 550.000 Euro (Stand: 31. Oktober 2021) sind zusammengekommen.

Die KV RLP hatte ihre Mitglieder über den Newsletter KV INFO auf die Spendenaktion „Kolleg:innen für Kolleg:innen“ aufmerksam gemacht und die Aktion außerdem auf ihrer Website veröffentlicht. „Wir sind sprachlos, ob der riesigen Solidarität. Die Anteilnahme und Unterstützung sind überwältigend“, sagt der Vorsitzende des Vorstands der KV RLP, Dr. Peter Heinz, gut drei Monate später. „Einzelne Praxen, Ärztenetze sowie unterschiedliche Institutionen und Unternehmen – nicht nur aus Rheinland-Pfalz – haben für die betroffenen Praxen gespendet. Es gab sogar KVen, die ihre Mitglieder explizit zu Spenden aufgerufen haben. Diesen Zusammenhalt und dieses Engagement zu spüren, tut wirklich gut.“

10.000 Euro Soforthilfe für zerstörte Praxen

35 Praxen in Rheinland-Pfalz waren ganz zerstört oder so stark beschädigt worden, dass sie komplett funktionsunfähig wurden, allein 27 davon im Kreis Ahrweiler. Weitere 14 Praxen waren und sind derart in Mitleidenschaft gezogen, dass sie den Betrieb bis auf Weiteres nur



Die Flut im Juli richtete – wie hier in Dernau – eine riesige Zerstörung an.

sehr eingeschränkt wieder aufnehmen können. „Wir sehen es als unsere Pflicht an, den unverschuldet in Not geratenen Praxen kollegial zu helfen. Die 35 zerstörten Praxen konnten wir mit einer Soforthilfe von jeweils 10.000 Euro bereits unterstützen“, informierte Dr. Heinz und betonte, dass das Geld schnell dort ankomme, wo es benötigt werde.

Außerdem hatte die KV RLP entschieden, Mitgliedern, deren Praxen teilweise zerstört sind, Spenden in Höhe von jeweils 5.000 Euro zukommen zu lassen. Die Auszahlungen an alle der KV RLP bekannten entsprechenden Mitglie-

der sind ebenfalls bereits getätigt. Den verbleibenden Restbetrag des Spendenkontos wird die KV RLP zum Zweck der Unterstützung der Mitglieder im Katastrophenfall an die Fürsorgefonds der Landesärztekammer RLP und der Landespsychotherapeutenkammer RLP überweisen.

Wichtiges Zeichen setzen

Die Spenden seien zwar nur ein Bruchteil dessen, was an finanzieller Unterstützung benötigt werde. Doch das Geld sei für die Mitglieder direkt verfügbar. Außerdem setze man damit ein wichtiges Zeichen der Kollegialität, betonte Dr. Heinz, der das Ahrtal seit dem Hochwasser bereits dreimal persönlich besucht hat.

Insgesamt sind 946 Spenden eingegangen. „Jede einzelne Spende, jeder einzelne Euro zählt. Daher möchte ich mich auch im Namen meiner Vorstandskollegen Dr. Andreas Bartels und Peter Andreas Staub bei allen Spenderinnen und Spendern bedanken“, so Dr. Heinz. „Sie können sicher sein, dass ihr Geld direkt dort ankommt, wo es gebraucht wird.“ ■

SCHNELLER UND EINFACHER AUSTAUSCH DANK KIM

Ob Befund, Entlassbrief oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung: Mit dem neuen KIM-Fachdienst kommen wichtige Informationen schnell, sicher und zuverlässig an.

Von Thomas Jenzen, strategischer Produktmanager, gematik GmbH

KIM (Kommunikation im Medizinwesen) verbindet erstmalig Nutzer im Gesundheitswesen über Einrichtungs-, System- und Sektorengrenzen hinweg. Sicher, schnell und einfach kommunizieren – dafür steht KIM. Entlassbriefe müssen künftig beispielsweise nicht mehr per Post versendet, Befunde nicht mehr gefaxt werden. Mit KIM werden Informationen per E-Mail sicher über die Telematikinfrastruktur (TI) verschickt. Herkömmliche E-Mails sind für den Transport sensibler Gesundheitsdaten nicht geeignet. KIM bietet nun die Lösung.

Kommunikationsmittel wie Telefon oder Fax haben sich über viele Jahre etabliert. Mit der Telematikinfrastruktur und KIM steht den Nutzern nun ein verlässliches und zeitgemäßes digitales Übermittlungsverfahren zur Verfügung, das die Anforderungen zur sicheren Übertragung von Patientendaten erfüllt. Faxe oder Briefe, die wiederum eingescannt oder abgetippt werden müssen, werden Schritt für Schritt aus dem Arbeitsalltag verschwinden – und damit auch mögliche Fehlerquellen durch Medienbrüche bzw. Übertragung von Daten.

Ab dem 1. Oktober 2021 übermitteln Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Krankenhäuser schrittweise auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) auf diesem Weg. Die eAU ersetzt nach und nach die Papierversion und erleichtert so Prozesse und Bürokratie: Laut GKV-Spitzenverband werden jährlich etwa 77 Mio. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in dreifacher Ausführung gedruckt. Nach Ausstellung einer AU wird in Pra-



Ob Befund, Entlassbrief oder AU: Mit KIM kommen wichtige Informationen schnell, zuverlässig und sicher an. KIM sorgt für einen unkomplizierter Austausch zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen.

xen dann nicht mehr auf „Ausdrucken“, sondern auf „Senden“ geklickt; der Papierweg wird ins Digitale übertragen.

Was macht KIM sicher?

Das neue Übertragungsverfahren für medizinische Informationen und Dokumente wurde von der gematik in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) entwickelt und ist seit Juli 2020 für Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten sowie Krankenhäuser vorgeschrieben. Apotheken können KIM freiwillig nutzen.

KIM fühlt sich für Benutzer beim Empfangen und Senden von E-Mails genauso an wie herkömmliche E-Mails, aber nur KIM bietet den notwendigen Schutz, um Patientendaten zu übertragen. Wenn ein Nutzer eine Nachricht über KIM versendet, wird diese automatisch signiert

und verschlüsselt. Beim Empfangen wird die E-Mail dann entschlüsselt und die Signatur geprüft. Nur durch den Absender ausgewählte Empfänger können die E-Mail entschlüsseln. Externe können E-Mails dadurch weder unbemerkt mitlesen noch verändern. Außerdem nutzt KIM echtheitsgeprüfte Identitäten der TI und lässt nur streng geprüfte E-Mail-Anbieter zu.

KIM ist als Teil der Telematikinfrastruktur (TI) verschlüsselt und fälschungssicher. Für KIM wurde ein eigener Vertrauensraum für alle Teilnehmenden der Telematikinfrastruktur aufgebaut. Das ist ein entscheidender Unterschied zum herkömmlichen E-Mail-Austausch, bei dem im Prinzip jeder mit jedem kommunizieren kann. Wenn eine Arztpraxis bereits herkömmliche E-Mail-Adressen für geschäftlichen E-Mail-Verkehr nutzt, können diese nicht für KIM verwendet

werden. Sie dürfen nicht für den Austausch von patientenbezogenen Informationen genutzt werden und sind aus gutem Grund nicht mit KIM kompatibel. Optisch unterscheiden sich die KIM-E-Mail-Adressen in der sogenannten Top- und Second-Level-Domain von herkömmlichen E-Mails. KIM-Adressen erkennt man zum Beispiel an `arztpraxis@anbieter.kim.telematik`. Gewöhnliche E-Mails hingegen haben oft Endungen wie `.de` oder `.com`.

Sie haben noch keine KIM-Adresse?

Zunächst müssen Sie einen der zugelassenen KIM-Anbieter auswählen, die Sie über das gematik-Fachportal finden (vgl. Service). Da alle Anbieter die gleichen Voraussetzungen erfüllen und kompatibel mit den Praxisverwaltungssystemen sein müssen, können Sie bei der Auswahl nichts falsch machen. Es ist jedoch sinnvoll, Ihren PVS-Anbieter nach einer Empfehlung zu fragen, denn häufig gibt es Kooperationen.

Danach kann beim KIM-Anbieter der Wahl die KIM-E-Mail-Adresse registriert werden – entweder für die Praxis (gebunden an die Institutionskarte) oder gebunden an den Heilberufsausweis für die Ärztin bzw. den Arzt. In beiden Fällen wird die Identität mittels Karte nachgewiesen. Über den Heilberufsausweis können außerdem Dokumente qualifiziert signiert und anschließend sicher mit KIM versendet werden.

DAS BENÖTIGEN SIE FÜR KIM:

1. TI-Standardausstattung:

- Kartenterminal
- E-Health-Konnektor (ab PTV3)
- Institutionskarte (SMC-B)
- Heilberufsausweis (wird benötigt für die qualifizierte elektronische Signatur und/oder eine persönliche KIM-E-Mail-Adresse)

- Vertrag mit einem VPN-Zugangsdienstanbieter

2. zusätzliche KIM-Ausstattung:

- Vertrag mit einem KIM-Anbieter
- Standard-E-Mail-Programm oder Praxisverwaltungssystem mit integrierter E-Mail-Funktion und KIM-Clientmodul

Wenn der KIM-Anbieter ein sog. KIM-Clientmodul installiert hat, das die Schnittstellen zwischen dem Standard-E-Mail-Programm bzw. Praxisverwaltungssystem und dem E-Health-Konnektor bedient, kann es schon losgehen. Nutzen lässt sich KIM mit einem Standard-E-Mail-Programm oder über das Praxisverwaltungssystem, sofern dieses über eine E-Mail-Funktion verfügt. Im KIM-Adressbuch sind alle angeschlossenen KIM-Teilnehmenden wie Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Apotheken, KVen und Krankenkassen zu finden.

Auf einen Blick: Was sind die Vorteile von KIM?

Keine Arztbriefe per Post, keine Befunde per Fax: Mit KIM ist es einfacher und schneller, Daten von Patientinnen und Patienten weiterzugeben. Untersuchungsergebnisse oder wichtige Nachrichten für die Versorgung können per

E-Mail vom Fach- zum Hausarzt oder direkt an die Klinik geschickt werden. So ist das ganze Behandlungsteam schnell darüber informiert, was Patientinnen und Patienten brauchen. Auch Anfragen zu Befunden oder Voruntersuchungen können durch das Praxispersonal per KIM an Kollegen geschickt werden. Jede Nachricht über KIM wird automatisch signiert und Ende-zu-Ende verschlüsselt. So sind auch sensible Inhalte sicher – und geschützt vor Fälschungen. Beim Abruf werden die Nachrichten automatisch für die Empfängerinnen und Empfänger entschlüsselt. Diese können sie dann direkt weiterverarbeiten.

Das bundesweite elektronische Adressbuch (Verzeichnisdienst) von KIM enthält nur geprüfte Adressdaten von Akteuren des Gesundheitswesens. Kontaktinfos sind schnell gefunden, der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen ist so komfortabel wie noch nie.

Das Versenden einer KIM-Nachricht ist so einfach wie das Versenden einer E-Mail. Mit einem Update funktioniert KIM über das Krankenhausinformationssystem bzw. das Praxisverwaltungssystem oder, falls entsprechend konfiguriert, über ein marktübliches E-Mail-Programm. ■

- 🔗 Themenseite und Erklärvideo: <https://www.gematik.de/anwendungen/kim/>
<https://youtu.be/ORPEEZLxJVw>

SICHER KOMMUNIZIEREN ÜBER KIM

Die KV RLP will in absehbarer Zeit mit den ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen über KIM rechtssicher online in Kontakt treten. So können beispielsweise die Übermittlung der Quartalsabrechnung ab Mitte des Jahres 2022, der Versand von Genehmigungsanträgen an die Qualitätssicherung oder die Änderungen von Stammdaten mittels

KIM erfolgen. Weiterhin kann KIM eingesetzt werden, um Anträge für Psychotherapien an die Krankenkasse zu senden. Für eine rechtskräftige Zustellung von Bescheiden und Dokumenten muss die KIM-Adresse mit dem elektronischen Heilberufsausweis verknüpft sein, da andernfalls das Praxispersonal Bescheide einsehen kann. ■

FEHLERMANAGEMENT

AUS FEHLERN LERNEN

Irren ist menschlich – aber wer gibt Fehler gerne zu. Umso wichtiger ist ein Fehlermanagement. Die Wichtigkeit hat auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erkannt und die Einführung eines Fehlermanagements und Fehlermeldesystems unter § 4 in der Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL festgelegt.

Manche Praxen wissen nicht so recht, wie sie Fehlermanagement, neben all den anderen Prioritäten, sinnvoll in den Praxisalltag integrieren können. Wer sich erst einmal mit dem Thema beschäftigt, wird merken, dass der konstruktive Umgang mit Fehlern zu Zeitersparnissen führt, weil praxisinterne Abläufe optimiert werden und sowohl die Sicherheit von Patienten als auch das Klima der Mitarbeitenden fördert.

Aber wie soll das gehen? Wichtig ist, Fehlerquellen zu erkennen, über Fehler zu berichten und aus diesen zu lernen. Hierzu kann man ein eigenes praxisinternes Fehlermeldesystem einführen oder ein Berichtssystem wie zum Beispiel CIRSforte nutzen. Als CIRS (Critical Incident Reporting System) bezeichnet man Berichterstattungssysteme zur anonymen Meldung sowohl von kritischen Ereignissen (Critical Incident) als auch Beinahe-Fehlern. Der Innovationsausschuss beim G-BA hat das Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS) für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System unterstützt. Als Ergebnis bietet CIRSforte unterstützende Maßnahmen, viele Tipps, Erfahrungen und Arbeitsmaterialien speziell für den ambulanten Bereich.

Gesamtes Praxisteam in das Fehlermanagement einbinden

Berichterstattungssysteme haben den Vorteil, dass die gemeldeten Fehler allen zugänglich werden. Die Praxis füllt anonymisiert ein Formular über den Vorfall aus und kann bereits Lösungsvorschläge hinzufügen, um ein erneutes Auftreten dieses kritischen Ereignisses zu verhindern. Der Vorfall kann zum Beispiel unter „www.jeder-fehler-zählt.de“ gemeldet werden, sodass auch andere Praxen aus den Fehlern lernen können.

Wichtig ist, dass das gesamte Praxisteam in das Fehlermanagement und Fehlermeldesystem eingebunden ist. Hierzu bieten sich die Teambesprechungen an. Oft hilft es schon, anstatt von „Fehlern“ über „kritische Ereignisse“ zu sprechen, um den Schrecken zu nehmen. Zum Start der Einführung eines Fehlermanagements empfiehlt sich eine Befragung zum Erkennen



Als Tagesordnungspunkt sollte in jeder Teambesprechung das Thema „kritische Ereignisse“ fest eingeplant sein.

der Fehlerquellen. Dabei reichen Fragen aus wie zum Beispiel:

- Bei welchen Abläufen/Tätigkeiten in der Praxis sieht das Team Risiken?
- Wo haben Ihre Mitarbeitenden schon häufiger gedacht „Das hätte auch schiefgehen können“?
- In welchen Bereichen wünschen die Teammitglieder sich mehr Sicherheit?

Eine weitere Möglichkeit zum Erkennen und Umgang mit Fehlern ist der Praxischeck der KBV zur Patientensicherheit.

Positive und konstruktive Fehlerkultur ist entscheidend

In jeder Teamsitzung sollte ein Tagesordnungspunkt für die Besprechung von „kritischen Ereignissen“ vorgesehen sein. Durch das Dokumentieren von Fehlern und Beinahe-Fehlern anhand eines einfachen und übersichtlichen Formulars und das Berichten von kritischen Ereignissen in den Teambesprechungen wird dem Team bewusst, dass man in einem risikoreichen Umfeld arbeitet. Gemeinsam kann man Lösungen finden, wie entstandene Fehler zukünftig vermieden werden können. So lernt man automatisch aus den kritischen Ereignissen.

Wichtig für eine offene Fehlerkommunikation ist eine positive und konstruktive Fehlerkultur. Schuldzuweisungen und namentliche Nennungen sind das K.-o.-Kriterium eines jeden Fehlermanagements. Kein Mensch ist perfekt – wenn auch die Praxisleitung offen über eigene Fehler berichtet und keiner Konsequenzen fürchten muss, fördert dies die konstruktive Fehlerkultur.

- 📄 Arbeitsmaterialien, Tipps, Erfahrungen: www.cirsforte.de
Selbstüberprüfung zu Risiken und Fehlern zur Patientensicherheit: www.kbv.de/Praxischeck
Freiwilliges, anonymes Fehlerberichts- und -lernsystem: www.jeder-fehler-zaehlt.de

ENGAGIERT FÜR DIE JUNGE ÄRZTEGENERATION

Die KV RLP fördert in bestimmten Fällen nicht nur niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte, sondern hat auch den Nachwuchs stets im Blick – wichtig für Praxischefs, die sich ebenfalls in der Ausbildung der jungen Medizinergeneration engagieren wollen.

Es lohnt sich in jedem Fall, den ärztlichen Nachwuchs frühzeitig an den Praxisalltag heranzuführen. Neben der Einstellung von ärztlichen Weiterbildungsassistenten ist eine weitere Möglichkeit, Kontakt zu Medizinstudierenden zu knüpfen, um sie für ein Engagement in der ambulanten Versorgung zu gewinnen. Angebote der KV RLP sind die Förderungen von akademischen Lehrpraxen und Famulaturen.

Den vertragsärztlichen Bereich im Studium stärken

Akademische Lehrpraxen, die Medizinstudierende für die Dauer eines PJ-Tertials ausbilden, erhalten von der KV RLP einen finanziellen Zuschuss. Antragsberechtigt sind in Rheinland-Pfalz anerkannte akademische Lehrpraxen. Wichtig ist, dass Lehrpraxen den Förderantrag vor Beginn oder während des PJ-Tertials bei der KV RLP stellen. Eine Praxis erhält je PJ-Studierendem eine Aufwandsentschädigung von 1.000 Euro pro Tertial. Die Auszahlung erfolgt nach Vorlage einer Bescheinigung über die Absolvierung des PJ-Tertials auf das Honorarkonto der Praxis. Ziel ist, den vertragsärztlichen Bereich in der ärztlichen Ausbildung zu stärken. Die Förderung soll Anreiz schaffen, sich für die Ausbildung der Studierenden im vertragsärztlichen Bereich besonders zu qualifizieren und zu engagieren.

Gut zu wissen: Das Land fördert Medizinstudierende, die im praktischen Jahr ein Tertial im Wahlfach Allgemeinmedizin in einer rheinland-pfälzischen Lehrpraxis absolvieren. Während dieses Tertials erhalten sie einen finanziellen Zuschuss in Höhe von monatlich 600 Euro und damit insgesamt 2.400 Euro.

Bis zu zwei Famulatur-Monate werden gefördert

Ein weiteres Instrument zur Förderung des ärztlichen Nachwuchses ist die Famulatur für Medizinstudierende in den haus- und fachärztlichen Praxen der KV RLP-Mitglieder. Vor allem die hausärztliche Famulatur ist beliebt und wird überwiegend in Anspruch genommen. Antragsberechtigt sind Vertragsärztinnen und -ärzte oder MVZ in Rheinland-Pfalz. Durch die finanzielle Unterstützung der Famulaturen soll ein Anreiz für die Studierenden geschaffen werden, sich ein Bild von den vielfältigen Aufgaben eines niedergelassenen Vertragsarztes zu machen.



Die Förderung soll Anreiz schaffen, sich für die Ausbildung der Studierenden im vertragsärztlichen Bereich besonders zu engagieren.

Es können bis zu zwei Famulatur-Monate gefördert werden. Bei einem anrechnungsfähigen Famulatur-Monat handelt es sich um 30 zusammenhängende Kalendertage, die in einer Vertragsarztpraxis absolviert werden. Und so können Arztpraxen die Förderung für ihren Famulanten beantragen:

- Der Förderantrag ist vor Beginn oder während der Famulatur zu stellen.
- Die Praxis erhält je Famulatur-Monat 500 Euro. Diese Fördersumme ist in voller Höhe an den Famulanten weiterzureichen.
- Nach Vorlage einer Bescheinigung über die Absolvierung der Famulatur erfolgt die Auszahlung auf das Honorarkonto der Praxis.

Das Förderangebot der KV RLP wird seit vielen Jahren rege in Anspruch genommen. Stellen Sie möglichst frühzeitig einen Antrag und geben Sie den angehenden jungen Kolleginnen und Kollegen eine Chance!

- 📄 Antragsformular für die Förderung von akademischen Lehrpraxen: www.kv-rlp.de/561659-17811
- Antragsformular für die Förderung von Famulaturen www.kv-rlp.de/561659-2724

▶ KV-TV

„Arztsein“ üben: Famulatur in der Hausarztpraxis“ vom 20. März 2020: www.kv-rlp.de/619749



KURZ & BÜNDIG

ELFEN-KAMPAGNE ERSCHEINT 2022 IN NEUEM OUTFIT

Zum Jahresende läuft planmäßig die Kampagne 116117 – Die Nummer mit den Elfen aus. Fotos und Filme mit den beiden Schauspielerinnen Monika Anna Wojtyllo (Elf 6) und Melanie Stahlkopf (Elf 7) dürfen ab dem Januar 2022 nicht mehr verwendet werden, die Bildrechte sind dann abgelaufen. Die Elfen bleiben dem Patientenservice 116117 aber in anderer Form erhalten: Ab dem kommenden Jahr werden sie gezeichnet dargestellt. Damit werden auch die einzelnen Info- und Werbematerialien entsprechend angepasst.



Die KV RLP bittet die Praxen darum, die bisherigen Druckvorlagen mit den Schauspielerinnen nicht mehr zu verwenden und auf die neuen Motive zurückzugreifen. Die angepassten Material-

ien stehen ab sofort im 116117-Webshop bereit und können dort kostenfrei bestellt bzw. heruntergeladen werden.

Die von der KBV und den KVen getragene Kampagne startete am 30. August 2019. Der TV-Spot wurde bundesweit ausgestrahlt, flankiert von Online-Werbung, Außenwerbung, Social-Media sowie Presseterminen. ■

<https://shop.116117.de/>

UNTERSTÜTZEN SIE DIE BOOSTER-IMPFUNGEN!

Laut der Coronavirus-Impfverordnung des Bundes steht jeder Bürgerin und jedem Bürger eine Corona-Auffrischungsimpfung zu. Die KV RLP bittet daher alle Vertragsarztpraxen darum, ihre Impfbereitschaft auch für Fremdpatienten mitzuteilen. Zur Umfrage im geschützten Mitgliederbereich gelangen Sie über den Menüpunkt Corona-Epidemie > Impfbereitschaft. Alternativ können Sie Ihre Antwort auch über ein Rückantwortformular zufaxen oder mailen. ■



© STUDIO ROMANTIC – STOCK.ADOBE.COM

<https://portal.kvrlp.kv-safenet.de/kv-eservices-web/>
Fax 06131 326-32, E-Mail: impfko@kv-rlp.de

„MEIN PRAXISCHECK HYGIENE“
AUF NEUEM STAND

Das Online-Tool Mein PraxisCheck Hygiene ist aktualisiert worden. Damit können Praxen ihr Hygienemanagement schnell und einfach überprüfen. Bei den insgesamt 19 Fragen geht es um Aspekte wie Hygieneplan, Händehygiene und Hautschutz, Aufbereitung von Medizinprodukten, Persönliche Schutzausrüstung, Abfallentsorgung und meldepflichtige Krankheiten. Der Ergebnisbericht, der am Ende des Checks heruntergeladen werden kann, bietet eine individuelle Auswertung sowie einen Vergleich mit den Resultaten anderer User. Er enthält praktische Tipps und weiterführende Informationen zu allen Fragen. ■

<https://praxischeck.kbv.de/>

E-LEARNING-PROGRAMM ZUR RICHTIGEN LAGERUNG VON IMPFSTOFFEN

Fehler bei der Kühlung können die Wirksamkeit von Impfstoffen beeinträchtigen. Worauf es bei der Lagerung ankommt, zeigt das neue E-Learning-Programm „KeepCool“. Die Fortbildung wurde von Wissenschaftlern des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Bonn entwickelt und soll Praxen beim Impfstoffmanagement gerade in der Pandemie unterstützen. Sie bietet Ärzten sowie Medizinischen Fachange-

stellten je nach Bedarf Basis- und Expertenwissen zur Aufbewahrung von Impfstoffen im Praxiskühlschrank.

In etwa 30 Minuten werden die Teilnehmer durch fünf Module geleitet – Temperatur, Kühlschrank, Lagerung, Zuständigkeiten und Monitoring. Dabei erhalten sie unter anderem detaillierte Angaben zum täglichen Temperaturmonitoring, damit der Temperaturziel-

bereich von zwei bis acht Grad Celsius eingehalten wird. Empfohlen wird auch, Verantwortliche im Praxisteam zu benennen sowie geeignete Thermometer und Kühlschränke auszuwählen.

Zudem beinhaltet das Programm Praxishilfen zum Download und ist mit einem CME-Punkt der Ärztekammer Nordrhein anerkannt. Der Zugang erfolgt über www.keepcool.de. ■

SO SCHÜTZEN SIE SICH VOR CYBER-ANGRIFFEN

Die jüngste Cyberattacke auf den Praxissoftware-Anbieter medatixx zeigt: Seien Sie gegen jegliche Form von Internet-Kriminalität gewappnet!

Bedrohungen durch Cyber-Kriminelle nehmen zu. Manche Praxen unterschätzen die Gefahr von Hackerangriffen – sei es aus Sorglosigkeit oder zu viel Stress im beruflichen Alltag. Sind die Sicherheitsvorkehrungen mangelhaft, haben kriminelle Programmierer ein leichtes Spiel, sich Zugang zu internen Systemen, Abrechnungen, Gutachten oder gar Patientenakten zu verschaffen.

Um mögliche Sicherheitslücken zu identifizieren und zu schließen, gibt die KV RLP folgende Empfehlungen:

- Sensibilisieren Sie Ihre Mitarbeitenden für das Thema Cyberkriminalität. Der Bundesdatenschutzbeauftragte hat rund um das Thema die Broschüre „Sicheres Surfen im Internet – so schützen Sie sich!“ herausgegeben.
- Seien Sie generell vorsichtig bei E-Mails mit Anhängen und Links – bei einer unbekanntem Absenderin bzw. unbekanntem Absender oder kryptischen E-Mail-Adressen sollten Sie auf Nummer sicher gehen und die Websites genau prüfen, bevor Sie Anmeldedaten eingeben.
- Überprüfen Sie Ihr Betriebssystem regelmäßig auf Updates. Aktualisieren Sie den Browser und sämtliche genutzte Software und setzen Sie nur Betriebssysteme ein, die vom Hersteller noch unterstützt werden, also zum Beispiel kein Windows 7 mehr verwenden.
- Nutzen Sie zum Schutz Ihres Betriebssystems aktuelle Antiviren-Software und Firewalls.
- Ein Back-up-Konzept und regelmäßige Datensicherungen helfen im Ernstfall bei unerwarteten Systemabstürzen.
- Gleichen Sie Ihre Sicherheitsmaßnahmen auch mit den Anforderungen der IT-Sicherheitsrichtlinie der KBV ab. Zur Erinnerung: Ab dem 1. Januar 2022 gibt es neue Vorgaben.
- Vermeiden Sie bei der Wahl des Passwortes einfach zu erratende Begriffe oder Zahlen. Das Passwort sollte idealerweise mindestens 12 Zeichen umfassen und Zahlen und Sonderzeichen enthalten – je länger, umso schwieriger ist es zu knacken. Verwenden Sie für unterschiedliche Anwendungen unterschiedliche Passwörter, damit ein Angreifer nicht durch ein kompromittiertes Passwort vollen Zugriff auf Ihr System erlangen kann. Passwörter sollten regelmäßig oder bei Verdacht einer Kompromittierung schnellstmöglich geändert werden.
- Lassen Sie sich bei Ihrer IT-Infrastruktur von professionellen IT-Dienstleistern beraten. Aber auch Praxisverwaltungssystem-Hersteller unterstützen bei der Installation einer Antiviren-Software, bei der Auswahl und richtigen Konfiguration einer Firewall oder beraten bei der Implementierung eines Datensicherungskonzeptes. Verzichten Sie auf den vermeintlich günstigen Service durch IT-Laien.

- Checken Sie Ihre Versicherung: Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können ihren bestehenden Versicherungsschutz, zum Beispiel die Berufshaftpflichtversicherung, überprüfen und bei Bedarf eine Zusatzversicherung gegen Cyberkriminalität abschließen.

📌 Tipps vom Landesdatenschutzbeauftragten: www.mit-sicherheit-gut-behandelt.de

Anforderungen IT-Sicherheitsrichtlinie: <https://www.kbv.de/html/it-sicherheit.php>

Praxisinfo der KBV zum Thema IT-Sicherheit – Beispiele und Tipps zur Prävention: www.kbv.de/html/1150_55332.php

Broschüre „Sicheres Surfen im Internet – so schützen Sie sich!“ des Bundesdatenschutzbeauftragten: www.bfdi.bund.de > Bürgerinnen und Bürger > Sicheres Surfen



SOZIALABGABEN BEI ÄRZTLICHER VERTRETUNG IN GEMEINSCHAFTSPRAXIS FÄLLIG

Eine Urlaubs- und Krankheitsvertretung in einer Gemeinschaftspraxis durch einen externen Krankenhausarzt ist als sozialversicherungspflichtige Beschäftigung anzusehen.

Damit gab das Bundessozialgericht (BSG) einer Klage der Deutschen Rentenversicherung (DRV) statt. Wie die DRV feststellte, habe die in einem Krankenhaus angestellte Oberärztin ihre ärztliche Vertretungstätigkeit in einer gastroenterologischen Gemeinschaftspraxis im Rahmen einer abhängigen Beschäftigung erbracht. Dabei übernahm sie die Vertretung eines Arztes wegen Urlaubs oder Krankheit, machte endoskopische Untersuchungen, schrieb Befundberichte und gab Therapieempfehlungen.

Nach Feststellung der DRV arbeitete die Oberärztin im Rahmen eines abhängigen Beschäftigungsverhältnisses, weshalb Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung bestehe. Gegen diese Einstufung hat sich die Oberärztin gewehrt. Zuvor hatte das Sozialgericht die Verwaltungsentscheidung aufgehoben und festgestellt, dass die Vertretungsaktivitäten nicht als sozialversicherungs-

pflichtige Beschäftigung ausgeübt werden. Gegen dieses Urteil ist die DRV vorgegangen – mit Erfolg.

Die Ärztin sei insbesondere hinsichtlich der Zuweisung bestimmter Patienten weisungsgebunden. Aufgrund des arbeitsteiligen Zusammenwirkens mit dem Praxispersonal und der kostenfreien Nutzung von Einrichtungen und Mitteln der Gemeinschaftspraxis war sie in deren Arbeitsabläufe eingegliedert gewesen. Das ausschließliche Tätigwerden in einer Vertretungssituation ändere daran nichts. Der Eingliederung in einen fremden „Arztbetrieb“ könne es zwar entgegenstehen, wenn ein Arztvertreter für die Dauer seiner Tätigkeit die Stelle des Praxisinhabers einnimmt und zeitweilig selbst dessen Arbeitgeberfunktionen erfüllt. Das sei hier aber nicht der Fall gewesen, so das BSG. ■

§ BSG, Urteil vom 29. Juli 2021, Az.: B 12 KR 29/19 R

IM SPRECHZIMMER – DER NEUE PODCAST DER KBV

In jeder Folge besucht die KBV ein Praxis-Team aus verschiedenen Regionen Deutschlands, begleitet Ärzte beim Impfen gegen COVID-19, spricht mit einer Psychotherapeutin über psychische Probleme infolge der Pandemie und befragt Niedergelassene zu besonderen Momenten aus dieser außergewöhnlichen Zeit.

In dem neuen Audio-Format kommt die KBV mit all jenen ins Gespräch, die die Corona-Krise an vorderster Front erleben. Welche besonderen Momente und Herausforderungen haben Niedergelassene und ihre Teams erlebt? Was haben sie aus der Pandemie gelernt? Diese Fragen beantworten Niedergelassene aus verschiedenen Regionen Deutschlands.

Geschichten und Lehren aus der Pandemie

Hörerinnen und Hörer erhalten in der Serie direkte Einblicke in die Sprechzimmer. So können sie dabei sein, wie der Allgemeinmediziner Heinz Ebbinghaus im nordrhein-westfälischen Soest Mitte Juli Dutzende gegen COVID-19 impft oder wenige Wochen später der Hausarzt Keywan Hassas in Berlin skeptische Patienten unermüdlich über die Vorteile der Impfung aufklärt. In einer anderen Folge erzählt die Psychotherapeutin Sabine

Maur aus Rheinland-Pfalz, wie die Pandemie sich auf die seelische Gesundheit der Menschen ausgewirkt hat und vor welche Herausforderungen sie die Videosprechstunde stellte.

Neben den Geschichten hat die KBV auch alle wichtigen Zahlen und Fakten zu verschiedenen Aspekten der Pandemie wie Impfungen, Testungen oder Videosprechstunden zusammengestellt. ■



Podcast anhören: <http://www.kbv.de/html/podcast.php>
Themenseite: www.kbv.de/html/corona-bilanz.php

UNTERWEGS FÜR DIE ÄRZTESCHAFT

Im gesundheitspolitischen Tagesgeschäft ist Martin Degenhardt so etwas wie ein alter Hase. Im „Talk mit Doc Bartels“ gibt der Geschäftsführer der acht FALK-KVen einen Einblick in Arbeitsweise und die Möglichkeiten, auf Gesetzgebungsvorschläge und politische Entscheidungen Einfluss zu nehmen.

Die politische Interessenvertretung hat sich in den vergangenen Jahren deutlich professionalisiert. Wer Erfolg haben will, muss nicht nur in der Hauptstadt präsent sein, sondern auch professionell auf geplante Vorhaben reagieren können. Als Hauptstadtrepräsentant für die Freie Allianz der Länder-KVen (FALK) arbeitet der Politikexperte Martin Degenhardt. Er verfügt über ein breites politisches Netzwerk und politische Erfahrung.


„Entscheidend ist ein professioneller Umgang miteinander und übrigens auch ein professioneller Dissens. Ich finde es wichtig, dass man auf einer vernünftigen menschlichen Basis auch ertragen muss, dass wir mit bestimmten politischen Playern einfach nicht zusammenkommen“, so der studierte Politik-



wissenschaftler im Gespräch mit dem stellvertretenden KV RLP-Vorsitzenden Dr. Andreas Bartels. Als Vertretung von acht KVen mit rund 118.000 ärztlichen und psychotherapeutischen Mitgliedern sei es wichtig, einen Informationsvorsprung zu haben, so Degenhardt. „Der Bund will immer wieder mehr regeln. Unsere Aufgabe ist es dann, dafür zu sorgen, das abzuwehren oder aber zu einer guten Lösung zu finden, damit am Ende die Entscheidung dort getroffen wird, wo sie am besten getroffen wird.“ ■

🔗 Zur Sendung: <https://bit.ly/3FpGJAb>
Mehr über FALK: www.kvb.de > Über uns >
Gesundheitspolitik > FALK

A promotional graphic for the YouTube channel 'Talk mit Doc Bartels'. On the left is a portrait of Martin Degenhardt, a man with glasses wearing a blue suit and tie, smiling. To the right, the text 'TALK MIT DOC BARTELS' is written in large, white, bold letters. Next to the text is a white speech bubble icon. Below this, the YouTube logo is displayed in white on a red background. At the bottom, there is a white bar containing a thumbs-up icon, a red button with the text 'ABONNIEREN' and a play button icon, and a notification bell icon. A mouse cursor is pointing at the 'ABONNIEREN' button.



*Wir wünschen Ihnen und dem gesamten
Praxisteam besinnliche Feiertage und einen
guten Start ins neue Jahr!*

PRAXIS GESCHLOSSEN?

Nutzen Sie gerne den Praxisaushang in KV KOMPAKT Seite 11.