

RZV JOURNAL 02 22

eVV

RZV-EFA erfüllt alle Vorgaben für die Datenübermittlung an den MD

eAU

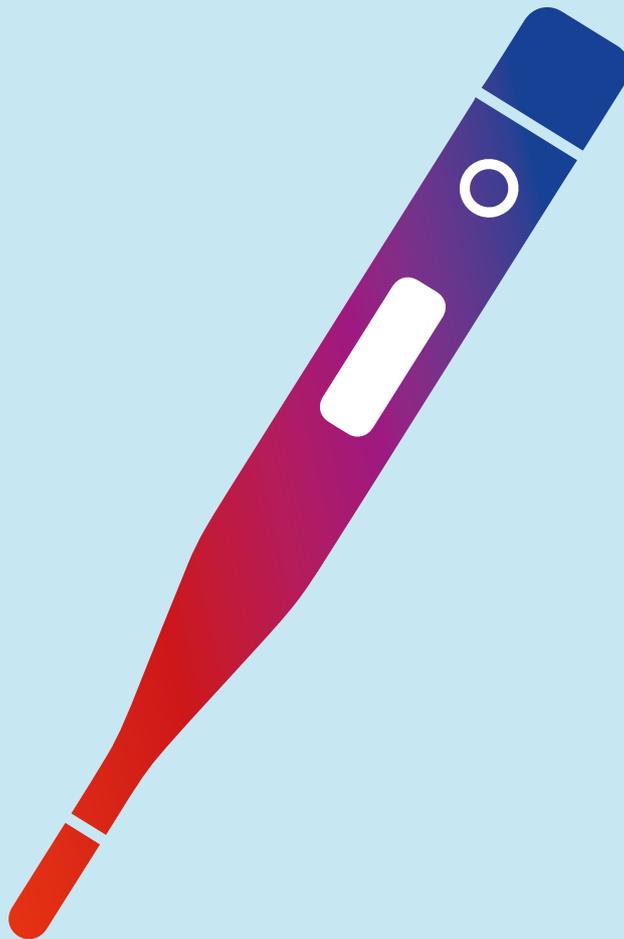
Der leise Abschied vom gelben Schein

KHZG

Rückblick auf die Förderanträge in den Bundesländern

Titelthema

Digitalisierte Pflegeprozesse bei der Vestische Caritas-Kliniken GmbH



Editorial



Dr. Stefan Wolf
Geschäftsführer der RZV GmbH

Liebe Leserinnen und Leser,

nach einem überaus milden Oktober mit wunderschönem Wetter über das letzte Wochenende mit Halloween und Allerheiligen, übernimmt nun doch merklich das klassische Novemberwetter die Regie.

Dieses RZV Journal greift in bewährter Weise Themen aus all unseren Geschäftsfeldern auf. So kommen Produktneuigkeiten sowie Projekt- und Anwenderberichte zu unseren Kernanwendungen SAP S/4HANA, M-KIS, KIDICAP und den längst etablierten RZV eHealth-Lösungen zur Sprache.

Eine RZV Anwendung findet sich nicht ganz so oft in unserem Journal wieder, obwohl auch diese eine tragende Säule in unserem Geschäft bildet. Unser IS/Social, welches seit Jahrzehnten bei sehr vielen Alten- und Pflegeeinrichtungen zum Einsatz kommt und deutschlandweit das Management und die Abrechnung von über 60.000 Klientenplätzen unterstützt. Zwei der drei größten Altenheimbetreiber in Deutschland arbeiten, neben vielen anderen Kunden, tagtäglich erfolgreich mit IS/Social. Seit Jahren sind wir regelmäßige Aussteller auf der Messe ConSozial und engagieren uns im FINSOZ e.V., dem Digitalverband der Sozialwirtschaft. In den letzten zwei Jahren haben wir das hochgradig mit SAP integrierte IS/Social komplett neu entwickelt und dabei vollständig und ohne Kompromisse SAP S/4HANA fähig gemacht. Unter dem neuen Namen RZV.Social wird die Lösung nun in 2023 in den Markt gehen und IS/Social auch bei unseren Bestandskunden ersetzen.

Wenn Sie dieses Journal in den Händen halten, sind es nur noch wenige Woche bis Weihnachten. Ich wünsche Ihnen, bei den vielen leider bedrückenden Nachrichten und Geschehnissen um uns herum und bei der allerorten extrem hohen Arbeitsbelastung, dass Sie Ruhe und Zeit finden für die adventliche Einstimmung.

Mit den besten Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Stefan Wolf'. The signature is fluid and cursive.

Ihr Stefan Wolf

IMPRESSUM

Herausgeber

RZV Rechenzentrum Volmarstein GmbH,
Grundschoötteler Str. 21, 58300 Wetter
www.rzv.de

Redaktion

Dr. Stefan Wolf (ViSdP), Peter Bauske (Chefredakteur), weitere Autoren dieser Ausgabe: Anna Quasdorf (freie Journalistin), Mathias Aschhoff, Daniel Richter, Carsten Schroeder, Markus Stein

Lektorat

Peter Bauske, Mike Dickmann, Tanja Schmidt, Jörg Siepmann

Gestaltung

RAFFELT DESIGN, Dortmund

Druck

Schmidt, Ley + Wiegandt GmbH + Co. KG, Lünen

Titelbild

Far700@iStockphoto

Alle im RZV Journal erschienenen Beiträge und Fotos sind urheberrechtlich geschützt. Ein großer Teil der verwendeten Produktbezeichnungen sind eingetragene Warenzeichen ihrer jeweiligen Hersteller. RZV übernimmt keine Haftung dafür, dass nicht gekennzeichnete Namen oder Bezeichnungen frei von Rechten Dritter sind.
Öffentlich - © 2022 RZV

Feedback

Wie gefällt Ihnen das Heft? Haben Sie Fragen, Kritik, Anregungen? Schreiben Sie uns:
marketing@rzv.de

Gender-Disclaimer

RZV steht für Vielfalt, Offenheit und Toleranz. Wir respektieren die Gleichwertigkeit aller Menschen – ganz gleich welchen Geschlechts, welcher Herkunft, welcher Religion, Weltanschauung oder sexuellen Orientierung. Für eine bessere Lesbarkeit, insbesondere für Menschen mit einer Lese-/Rechtschreibschwäche oder Sehbehinderung, verzichten wir aber bewusst auf eine Mehrfachbezeichnung und bedienen uns hier des generischen Maskulinums. Die in diesem Journal gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche, männliche und diverse Personen.



Das für das RZV Journal verwendete Papier ist ein 100-prozentiges Recyclingpapier, ausgezeichnet mit dem Blauen Engel.



Inhalt

04-05 Aktuelle Meldungen aus dem Unternehmen

06-09 Praxisbericht Vestische Caritas-Kliniken GmbH
Digitalisierte Pflegeprozesse



10-11 eAU

Der leise Abschied vom gelben Schein

12 Rückblick Zukunft Personal

Endlich wieder live dabei

13 RZV.Social kommt

RZV-Klientenmanagement basiert zukünftig auf SAP S/4HANA

14 Vorschau ConSozial

RZV in Nürnberg vertreten

15 Forschung und Entwicklung

RZV investiert über 800.000 €

16-17 RZV-Fallakte

in Soester Praxis nicht mehr wegzudenken

18 RZV-EFA

Drei Dinge, die man wissen sollte

19 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

entscheidet sich für die RZV-Fallaktenlösung

20-21 Klinikträger in Berlin und Brandenburg

vergift Auftrag für KIS-Wechsel an RZV

22-25 KHZG - Das Krankenhauszukunftsgesetz

Ein Rückblick auf die Förderanträge in den Bundesländern

26-30 Elektronische-Vorgangsübermittlungs-Vereinbarung (eVV)

RZV-EFA erfüllt alle Vorgaben

32-34 Wissenschaft

Die (möglichen) Auswirkungen des Klimawandels

35 Die vorletzte Seite

Fußballerzitate aus der Hall of Fame



RZV.Portal: Das neue Eingangstor zur KIDICAP-Welt

myRZVpers.on verabschiedet sich nach 18 Jahren

Das RZV Online-Portal für das Personalmanagement trug 18 Jahre lang den Namen „myRZVpers.on“. Im Zuge der technischen Neuausrichtung der Personalsoftware vom Großrechner zur modernen Client-Server-Technologie und der damit verbundenen Einführung der neuen Softwaregeneration KIDICAP.NEO wurde die Portallösung in „RZV.Portal“ umbenannt.

Ein einfacher und griffiger Name, der zukünftig den Einstieg in die neue Personalwelt mit Themen wie Self-Services, Dokumentenmanagement und Meldewesen bildet.

Termine 2022/2023		
07.-08. Dezember 2022	ConSozial	Messe Nürnberg
30.-31. März 2023	DRG-FORUM	ECC Berlin
25.-27. April 2023	DMEA	Messe Berlin
15. Mai 2023	RZVFORUM Management	Berlin
12.-14. September 2023	Zukunft Personal	Messe Köln
25.-26. Oktober 2023	ConSozial	Messe Nürnberg

Das ist RZV*

UNTERNEHMEN



45,7 Mio.

Euro Umsatz im Jahr 2021



260

Mitarbeiter



Standorte
Wetter [Ruhr],
Berlin und Bielefeld

GESCHÄFTSFELD
PERSONAL



400

Personalkunden



5,5 Mio.

Abgerechnete
Personalfälle/Jahr

GESCHÄFTSFELD
HEALTHCARE



260

Krankenhäuser



87.000

Betten



650

Soziale
Einrichtungen



60.000

Klienten

ALLE
GESCHÄFTSFELDER



1.300

Einrichtungen
gesamt

RZV freut sich über das **Jubiläums-Zertifikat**



Das IT-Service-Management-System der RZV wurde bereits zum 10. Mal erfolgreich geprüft

Die RZV Rechenzentrum Volmarstein GmbH hat ihr IT-Service-Management-System an der international anerkannten Norm ISO/IEC 20000-1 ausgerichtet und wurde in diesem Jahr bereits zum 10. Mal für den Geltungsbereich „Betrieb, Betreuung und Integration von IT-Lösungen für Gesundheit und Soziales“ für alle Standorte durch die DQS GmbH (Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen) erfolgreich zertifiziert.

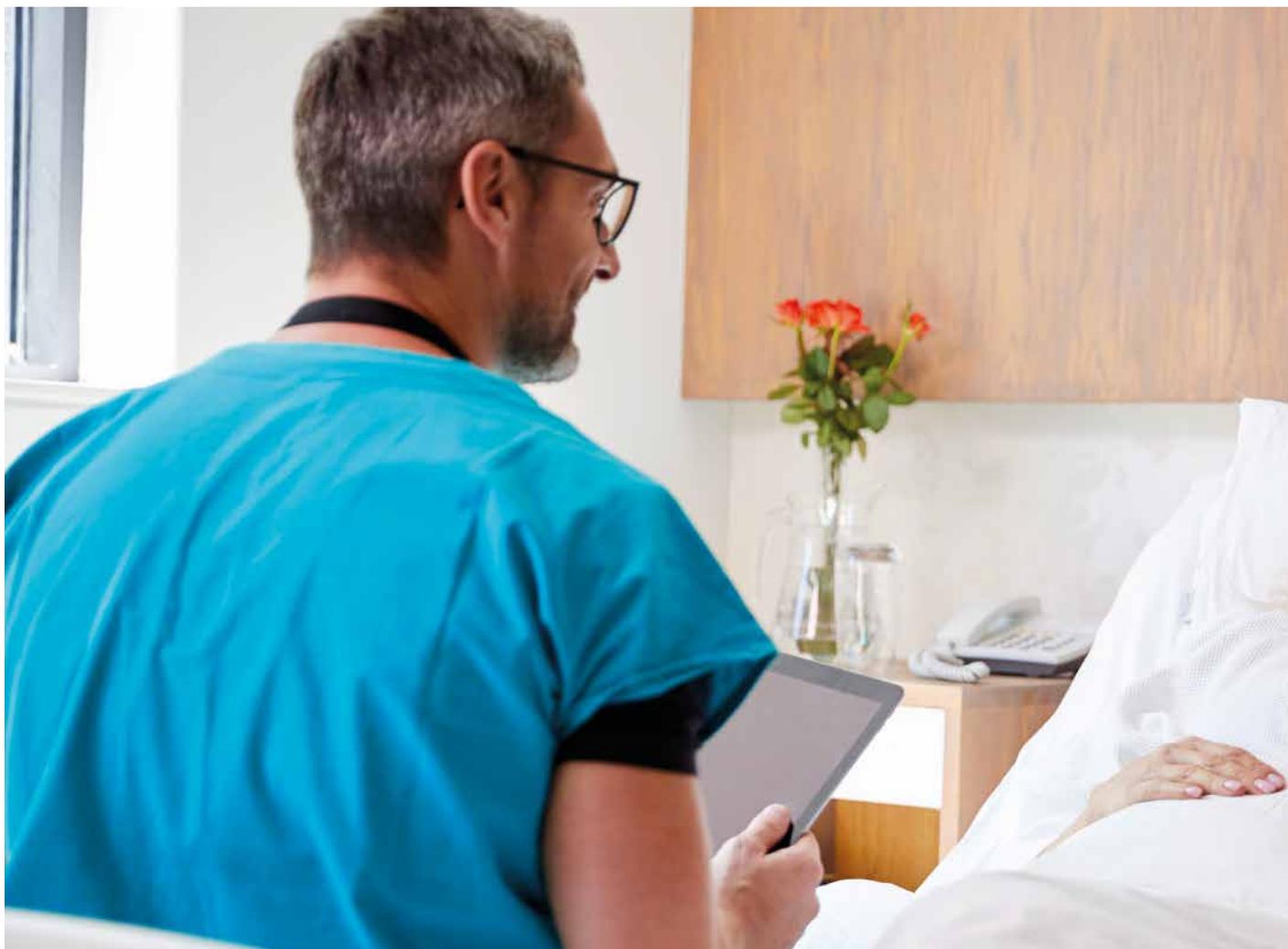
Mit der ISO/IEC 20000-1 Zertifizierung beweist RZV, dass sie den Herausforderungen eines wirk-samen IT-Service-Managements-Systems gewachsen ist. Zertifizierte und ausgereifte Prozesse unterstützen die Mitarbeitenden in deren Aufgaben, gewährleisten eine hohe Servicequalität und sorgen für einen effizienten Einsatz von Zeit und Ressourcen. So wird ein deutliches Signal an Kunden und Geschäftspartner gesendet: Man kann sich auf die Leistung der RZV verlassen – heute und in Zukunft.

Erfolgreiche SAP S/4HANA-Implementierung bei den Varisano Kliniken des Main-Taunus-Kreises

Die Kliniken Frankfurt-Main-Taunus mit Gesundheitseinrichtungen in Frankfurt Höchst, Bad Soden und Hofheim sind der größte kommunale Gesundheitsverbund im Rhein-Main-Gebiet. Ende 2020 entschloss sich der Verbund seine betriebswirtschaftliche IT mit Einführung der neuen SAP Business-Suite S/4HANA zu konsolidieren und beauftragte RZV mit der Implementierung an allen drei Standorten. Das Auftragsvolumen beinhaltet die Einführung von S/4HANA für die Module FI, FI-AA, CO, SD und MM inklusive eines dazugehörigen Berechtigungskonzeptes. Zusätzlich wurden noch Schnittstellen für die Personalabrechnung, Eingangsrechnungsverarbeitung und der Materialwirtschaft eingerichtet. Zudem erhielt RZV den Auftrag, das SAP-Patientenmanagement IS-H an das neue System anzubinden. Dabei migrieren die Krankenhäuser Bad Soden und

Hofheim von einem bestehenden SAP-System auf die neue SAP-Lösung, während beim Klinikum Frankfurt-Höchst ein komplettes Fremdsystem ausgetauscht wurde. Der erfolgreiche Produktivstart für die Main-Taunus-Kliniken erfolgte am 1. September 2022, das Klinikum Frankfurt-Höchst folgt im Sommer 2023.





„Wir sind froh,
diesen Schritt gegangen
zu sein!“

Trotz schwieriger Voraussetzungen konnte die Vestische Caritas-Kliniken GmbH ihre Pflegeprozesse in einem Projekt mit RZV erfolgreich digitalisieren und profitieren seitdem von einem Workflow, der die Pflegekräfte bei der Dokumentation im Arbeitsalltag entlastet.



Text: Peter Bauske | Fotos: monkeybusinessimages@iStockphoto, Cecillie_Arcurs@iStockphoto, Mike Dickmann RZV

Die Vestische Caritas-Kliniken GmbH (VCK) ist ein Zusammenschluss von vier Häusern im Ostvest und Kreis Cosefeld, am nördlichen Rand des Ruhrgebietes. Neben einem Krankenhaus der Regelversorgung mit einigen spezialisierten Kompetenzzentren betreibt die Gesellschaft eine Fachklinik für Geriatrie, Frührehabilitation sowie Psychiatrie und Psychotherapie in Waltrop als auch eine bundesweit anerkannte Kinder- und Jugendklinik. Eine Kinderheilstätte und mehrere Einrichtungen der Altenhilfe runden das umfangreiche medizinische Portfolio ab.

Im Zuge der KHZG-Förderungen entschloss sich die Vestische Caritas-Kliniken GmbH vor zwei Jahren zu einer breit angelegten Digitalisierungsstrategie. Den Anfang machte die Pflege, die mit den Produkten M-Pflege der Meierhofer AG, dem Bewertungssystem epaAC und dem Maßnahmenkatalog LEP gemeinsam ihren Weg in die digitale Welt nehmen sollten. Als Projektleiter wurde der Pflegedienstleiter Daniel Teichmann berufen.

Dieser kennt die Strukturen der Vestischen Caritas-Kliniken ganz genau. Schließlich arbeitet er hier seit 25 Jahren. Dass das Digitalisierungsprojekt „Pflege“ letztendlich auf seinem Schreibtisch landete, kam für ihn nicht überraschend. Digitale Aufgabenstellungen sind dem Pflegedienstleiter nicht fremd, im Gegenteil: „Sich mit Pflegekennzahlen auseinanderzusetzen ist meiner Meinung nach eine Schwerpunktaufgabe der Pflegedienstleitung“, erklärt Daniel Teichmann. Bereits 2020 konnte man in dem Verbund mit seiner Unterstützung ein Pflegecontrolling aufbauen, hinzu kamen Themen wie Stellenplanung und Hochrechnung, aber auch Fragestellungen aus der Kodierung oder der Personalabteilung wurden an ihn herangetragen. „Die damit verbundenen Aufgaben wurden immer umfangreicher, sodass wir uns entschlossen haben, diesen Bereich auf andere Beine zu stellen“, beschreibt er den Beginn des Digitalisierungsprojekts.

M-Pflege von Meierhofer war gesetzt

Die Entscheidung, die pflegerischen Tätigkeiten mit der Meierhofer-Lösung M-Pflege digital abzubilden, war schnell gefallen. „Wir arbeiten seit 2010 sehr erfolgreich mit dem Meierhofer KIS und verfolgen dabei den Ansatz, dieses Primärsystem so weit wie möglich auszubauen und zu nutzen. M-Pflege bietet uns dabei alle Möglichkeiten. Mit der Pflegeplanung als Grundlage plus die dazugehörige Pflegedokumentation können wir die Behandlung direkt am Bett des Patienten systematisch erfassen. Hier eine „fremde“ Lösung zu integrieren, hätte den Aufbau und die Betreuung von Schnittstellen als auch einen doppelten Schulungsaufwand mit einem weiteren System bedeutet“, begründet Daniel Teichmann die Entscheidung pro Meierhofer.

>



Infrastrukturelle Herausforderungen

Der Projektstart in Datteln war durchaus herausfordernd, das lag vor allem an der technischen Infrastruktur, die in vielen Bereichen „noch“ nicht dem erforderlichen digitalen Standard entsprach. Zum Teil fehlten Visitenwagen für eine mobile Dokumentation oder man hatte kein durchgängiges WLAN-Signal. Daniel Teichmann erinnert sich: „Das war nicht einfach, wir brauchten zu diesem Zeitpunkt eine gehörige Portion Überzeugungskraft, um die Pflegekräfte bei diesen schwierigen Startbedingungen mitzunehmen. Was uns geholfen hat, waren die Erkenntnisse aus zwei Pilotstationen, die gezeigt haben, dass Pflegeprozesse wie Pflegeplan, Pflegebericht und das Abzeichnen von Pflegemaßnahmen bei entsprechender Ausstattung einwandfrei digital abgebildet werden können.“

Mit diesem Wissen ging es dann in die Schulungen, die gleich zur Chefsache erklärt wurden. „In Summe habe ich 300 Pflegekräfte geschult“, berichtet Daniel Teichmann, „rückblickend ein enormer Aufwand, den wir aber im Projektteam für gerechtfertigt hielten. Zum einen wollten wir sichergehen, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den gleichen Wissensstand haben, zum anderen wollte ich als Verantwortlicher Rede und Antwort stehen, um etwaige kritische Fragen persönlich aufzufangen.“

„Pflege will nicht mehr dem Papier hinterherlaufen“

Die ersten Mehrwerte zeigten sich schnell: Endlich waren medizinische Informationen für alle Akteure schnell und an allen Orten zeitgleich verfügbar. Für die Pflegekräfte ein echter Nutzen, mussten sie jetzt nicht mehr einer Akte hinterherlaufen. Daniel Teichmann: „Früher war der Zugriff auf die Patientenkurve deutlich geringer. Das konnte man mit einer Papierakte leisten. Heutzutage arbeitet wesentlich mehr medizinisches Fachpersonal mit diesem Medium. Daher ist die Digitalisierung nicht nur eine Notwendigkeit, sondern eine echte Arbeitserleichterung“.

Faktor Zeit ist nicht entscheidend

„Mit den neuen digitalen Programmen sind wir in der Dokumentation nicht unbedingt schneller, aber wir können wesentlich mehr abbilden und wir sind inhaltlich stärker geworden“, betont der Pflegedienstleiter. „Allein durch den angeschlossenen LEP-Katalog stehen unseren Pflegekräften über 600 Maßnahmen zur Verfügung. Das wirkt sich selbstverständlich auf die Qualität der Pflegeplanung aus“. Zusätzlich wurde die Dokumentation vereinfacht, indem man

für bestimmte Routineabläufe Pakete mit erforderlichen und wiederkehrenden Pflegemaßnahmen geschnürt hat. „Heute hat die Pflegekraft die Möglichkeit, mit wenigen Klicks einen umfangreichen Pflegeplan zu erstellen, der sowohl Standard- und Routineaufgaben enthält, aber auch individuell auf den Patienten zugeschnitten ist“, lobt Daniel Teichmann den Komfort der digitalen Lösung. Und nicht zu vergessen: Digital schlägt Handschrift. Das bestätigt auch die stellvertretende Stationsleitung Nadine Braun: „Die Pflegeberichte sind durch die digitale Erfassung zu 100 Prozent leserlich, da gibt es keine handschriftlichen Ungenauigkeiten mehr“.

Präzise Leistungserfassung ist die Grundlage für exakte Auswertungen

Ein weiterer, nicht zu unterschätzender Vorteil der digitalen Erfassung ist der enorme Informationsgewinn. Mit der Digitalisierung werden Daten erhoben, gespeichert und stehen in Sekundenschnelle für mannigfaltige Auswertungen zur Verfügung. Hierzu Daniel Teichmann: „Die pflegerischen Leistungen konnten mit der Digitalisierung nicht nur umfangreicher abgebildet, sondern auch wesentlich präziser erfasst werden. Wir können beispielsweise jetzt auf Grundlage dieser exakten Dokumentation den Pflegeaufwand auf einer Station praktisch auf Knopfdruck ermitteln. Das wäre früher – wenn überhaupt – nur mit erheblichem Aufwand möglich gewesen“. Von den neuen Auswertungsmöglichkeiten profitiert auch das Pflegecontrolling, das auf Basis der Daten die Stellen – und Personalplanung ableiten kann. Ein anderes Thema sind Wiederkehrer. Auch hier hilft die digitale Erfassung, um schnell auf Altdaten zuzugreifen und entsprechende Bezugswerte zu laden. „Man muss bei der Evaluierung nun nicht immer von vorne anfangen, das reduziert den Aufwand erheblich. Gerade bei der Geriatrie und der Augenheilkunde mit vielen Wiederkehrern ist das eine echte Arbeitserleichterung“, freut sich Daniel Teichmann.

Starkes Trio: M-Pflege, epaAC und LEP

Es ist insbesondere der harmonische Dreiklang der Systeme M-Pflege zur Planung und Dokumentation, epaAC zur Messung der Beeinträchtigungen und Fähigkeiten der Patienten und LEP mit seinem umfangreichen Katalog an Interventionen, der die Lösung in Datteln zu einem Erfolgsmodell hat wachsen lassen. Das ist aus Sicht von Daniel Teichmann auch gar nicht anders zu leisten: „Man könnte theoretisch die Leistungen von epaAC und LEP hausintern aufbauen, aber der Aufwand steht in keinem Verhältnis zum tatsächlichen

Nutzen. Und ganz wichtig: Die Lösungen epaAC und LEP sind evidenzbasierte Systeme, pflegewissenschaftlich erarbeitet, die kontinuierlich geprüft und auf aktuellem Stand gehalten werden.“

Digitale Fieberkurve kommt

Das „Go live“ für die Häuser in Datteln und Waltrop erfolgte im Dezember 2021 bzw. Februar 2022. „Wir arbeiten jetzt ein gutes dreiviertel Jahr mit der digitalen Pflege, sind aber noch nicht da, wo wir hinwollen. Als nächstes Projekt steht die digitale Fieberkurve in den Startlöchern. „Eigentlich ist die Entwicklung der Fieberkurve, mit der wir den Puls, Blutdruck, Temperatur und Schmerzen erfassen, abgeschlossen und wir

könnten direkt loslegen“, berichtet Daniel Teichmann. „Da wir aber die Meierhofer-Medikation mit einbinden wollen, warten wir noch das Update auf die neue Plattform Next ab. Das gibt uns auch die Zeit, die weiteren notwendigen technischen Voraussetzungen zu schaffen und alle Stationen mit WLAN und Visitenwagen auszustatten.“

Auf die Frage was er sich für die Zukunft wünscht, antwortet der Pflegedienstleiter Daniel Teichmann ganz pragmatisch: „Wenn man in ein paar Jahren zurückblickt, sollte man sich fragen, wie es überhaupt möglich war, Pflege auf Papier abzubilden. Ich wünsche mir, dass dann die digitale Dokumentation das Normalste der Welt geworden ist.“



„Die pflegerischen Leistungen können durch die Digitalisierung nicht nur umfangreicher abgebildet, sondern auch wesentlich präziser erfasst werden. Es ist uns nun möglich auf Grundlage dieser exakten Dokumentation den Pflegeaufwand auf einer Station praktisch auf Knopfdruck zu ermitteln.“

Daniel Teichmann, Pflegedienstleiter Vestische Caritas-Kliniken

Vestische Caritas-Kliniken GmbH

Die Vestische Caritas-Kliniken GmbH ist ein Zusammenschluss von vier Häusern im Ostvest und Kreis Coesfeld. Mit dem St. Vincenz-Krankenhaus in Datteln, dem St.-Laurentius-Stift in Waltrop, der Kinderheilstätte Nordkirchen und der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln deckt die Gesellschaft die Bereiche Gesundheitsfürsorge, Psychiatrie, Altenhilfe, Kinder- und Jugendmedizin und Behindertenhilfe ab.

Die Vestischen Caritas-Kliniken haben außerdem Beteiligungen am St.- Marien-Hospital in Lüdinghausen sowie der Vestischen Caritas-Altenhilfe, die in Datteln und Waltrop Wohnraum und Pflege für alte Menschen anbietet. Rund 3.300 Mitarbeitende sind in der VCK beschäftigt.

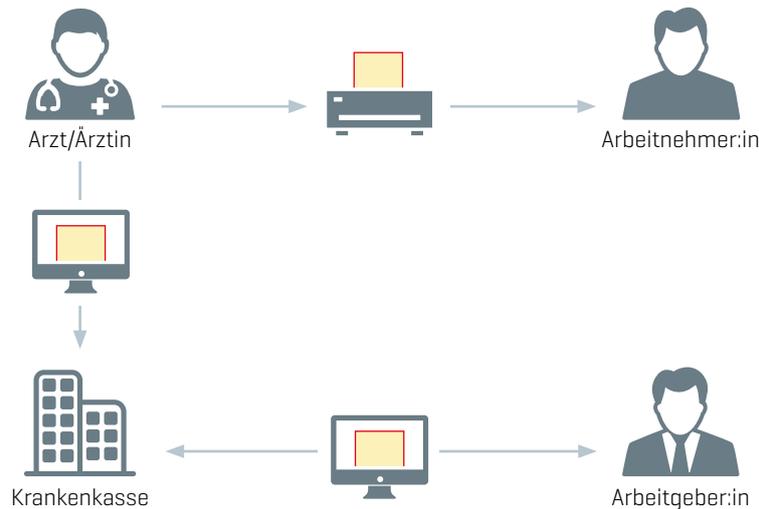


Der leise Abschied vom **gelben Schein**

Ab Januar 2023 können Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeitsdaten ihrer Beschäftigten nur noch elektronisch bei den Krankenkassen abrufen. Das, was die Prozesse nachhaltig verschlanken soll, bedeutet für die Unternehmen im ersten Schritt einen hohen organisatorischen Aufwand. Die gute Nachricht: Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung [eAU] ist in KIDICAP verfügbar und kann bereits jetzt genutzt werden, um die internen Prozess abzustimmen.



eAU Verfahren ab 2023



Text: Carsten Schroeder | Foto: Sitthiphong@iStockphoto

Jährlich werden mehr als 77 Millionen Arbeitsunfähigkeiten in Deutschland festgestellt und auf Papier in dreifacher Ausfertigung bescheinigt. Doch die Zeit des gelben Scheins neigt sich ihrem Ende zu. Bereits seit Juli 2022 sollen gesetzlich Versicherte bei einer Krankschreibung nur noch zwei „gelbe Scheine“ von der Praxis ausgehändigt bekommen – eine Ausfertigung für den Arbeitgeber und eine für sie selbst. Die Meldung der Arbeitsunfähigkeit (AU) an die Krankenkasse übernimmt dann die Arztpraxis auf digitalem Weg. Bis Jahresende 2022 müssen alle Praxen auf das elektronische Verfahren umgestellt haben.

Danach folgt der nächste große Schritt und der betrifft alle Arbeitgeber: Die digitale Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten von den Krankenkassen an die Unternehmen. Ab dem 1. Januar 2023 werden alle Arbeitgeber in das elektronische Verfahren eingebunden. Sie erhalten die AU-Daten praktisch online, indem sie sie bei den Krankenkassen ihrer Beschäftigten abrufen. In KIDICAP ist das Abrufverfahren seit Anfang 2022 produktiv und wird ebenfalls für alle Kunden ab Januar 2023 verpflichtend.

Die elektronische AU verspricht weniger Bürokratie

Das Ziel der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung: Weniger Bürokratie! Arbeitgeber sollen zukünftig ausschließlich digital über den Beginn und die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit eines gesetzlich versicherten Arbeitnehmers informiert werden. Die Pflicht des Arbeitnehmers zur Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung in Papierform entfällt somit ab dem 01.01.2023.

Jedoch sorgt das, was die Prozesse vereinfachen und verschlanken soll, zunächst bei den Arbeitgebern für einen deutlichen Mehraufwand. Das Verfahren sieht nämlich vor, dass jede einzelne Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber bei der Krankenkasse abgerufen werden muss. Auch wenn das Abrufverfahren bereits in KIDICAP umgesetzt

ist, bleibt diese Aufgabenstellung bei den Arbeitgebern. Sie sind daher mit etlichen Fragestellungen konfrontiert. Wie kommt zum Beispiel das AU-Datum vom Mitarbeitenden über den Dienstvorgesetzten zur Personalabteilung? Was passiert, wenn das gemeldete Datum mit der Rückmeldung der Krankenkasse nicht übereinstimmt? Was passiert, wenn bei der Krankenkasse das AU-Datum noch nicht vorliegt? Was wird nach den sechs Wochen Lohnfortzahlung gemeldet?

Dringender Appell: Starten Sie bereits jetzt mit dem eAU-Verfahren in KIDICAP!

Durch den Wegfall des gelben Scheins ist der bisherige Prozess der Krankmeldung neu zu bewerten und zu gestalten. Künftig müssen die Arbeitgeber auf Grundlage der Krankmeldung des Mitarbeitenden proaktiv die AU-Daten über KIDICAP abrufen. Eine durchgehende Automatisierung der Krankmeldung ist im eAU-Verfahren ausdrücklich nicht vorgesehen. Das bedeutet, dass die Abfrage für jeden Mitarbeitenden individuell und einzeln für einen konkreten Zeitraum erfolgen muss. Die Arbeitgeber dürfen nicht für alle Mitarbeitenden der Unternehmung eine pauschale Anfrage an die Krankenkasse schicken. Sammelabfragen sind nicht gestattet. Da stellt sich die Frage, wie das in einem Unternehmen mit mehreren tausend Angestellten umgesetzt werden kann. Organisatorisch ist das sicherlich die größte Herausforderung. Daher sollte intern vor Start des elektronischen Verfahrens geklärt werden, wie die Kommunikation über erkrankte Mitarbeitende im Unternehmen erfolgt. Darüber hinaus sind Prozess-typen wie Kind krank, PKV-Versicherte, Mutter-Kind-Kur und Reha-Maßnahmen von der eAU ausgeschlossen und werden weiterhin klassisch umgesetzt. Auch das erfordert neue organisatorische Strukturen, die sich nicht von jetzt auf gleich umsetzen lassen. Daher sollte man frühzeitig das Thema auf die Agenda setzen.



RZV auf der Fachmesse **Zukunft Personal Europe** endlich wieder live dabei!



Starke Nachfrage am RZV-Messestand nach den neuen Self-Services in KIDICAP

Text: Peter Bauske | Foto: Kottbusch photography

Endlich wieder. Dieser Satz war in Köln bei der Zukunft Personal häufig zu hören. Endlich wieder. Endlich wieder eine Messe, bei der sich Menschen real begegnen, miteinander sprechen, zuhören und Gedanken austauschen. Nach zwei Jahren digitaler Zurschaustellung, gab es in diesem Jahr wieder echte Begegnungen.

Und das wurde von der Branche dankbar angenommen. Mit 16.095 HR-Experten und rund 500 Ausstellern, Partnern und Sponsoren ist und bleibt die Zukunft Personal Europe das führende Expo-Event der Personalwirtschaft. RZV nutzte ihren Messeauftritt um vor allem die neuen Self-Services wie KIDICAP.Postfach dem fachkundigen Publikum vorzustellen. Mit dieser Lösung haben die Mitarbeitenden erstmals die Gelegenheit direkt und digital auf ihre persönlichen Personaldokumente zuzugreifen, beispielsweise auf ihre Gehaltsmitteilungen, Steuerbescheinigungen sowie Sozialversicherungs- und ZVK-Nachweise.

Die Zukunft ist „smart digital“

In partnerschaftlicher Verbundenheit präsentierte sich – wie die letzten Jahr auch – der Hersteller der KIDICAP-Software (GIP GmbH) auf dem RZV-Messestand. Für die Besucher und Interessenten ein echter Mehrwert, können Sie doch mal ungefiltert einen Blick in die Ideen-Werkstatt des Herstellers werfen. Auf dessen Agenda steht das Thema „Digitalisierung“ ganz oben, aber mit Weitsicht, wie das Unternehmen betont. „Die Digitalisierung von Prozessen muss sinnvoll und durchdacht gestaltet sein. Smarte Funktionen haben viele Anbieter. Diese smarten Lösungen aber als transparente, schlanke

Prozesse über alle beteiligten Rollen und Ebenen hinweg zu gestalten, das sind aus unserer Sicht die echten Effizienztreiber für große, dezentral organisierte, öffentliche Einrichtungen“, erklärt Oliver Sohlenkamp, Leiter Customer Experience bei der GIP GmbH. „Um es etwas herunter zu brechen: Im Ergebnis sollten integrierte und rollentransparente Prozesse stehen, die mit hohem Tempo und ohne jeden Medienbruch arbeiten und dessen Verläufe und Status jederzeit einsehbar sind“.

Auch aus Sicht der Messeorganisation zeigte man sich mit den drei ereignisreichen Tagen in Köln zufrieden. Zwar wurde das Besucherergebnis aus 2019 nicht ganz erreicht, dafür aber das gesteckte Ziel. Der RZV Event-Manager Mike Dickmann rückt das erzielte Resultat ins richtige Licht: „Wir konnten nicht davon ausgehen, dass wir drei Jahre nach unserer letzten Präsenzmesse direkt wieder mit 100 Prozent durchstarten. Denn der Weg zurück in eine Normalität, wie wir sie vor Corona gelebt haben, ist schwierig und braucht Zeit. Sicherlich gibt es bei dem einen oder anderen noch Vorbehalte gegenüber diesen Massenveranstaltungen und wir respektieren das selbstverständlich“.

Wie die Besucherzahlen im nächsten Jahr aussehen, ob der Trend weiter nach oben zeigt, bleibt abzuwarten. Am 12. September 2023 wissen wir mehr. Denn dann startet die nächste Zukunft Personal Europe.



Aus IS/Social wird **RZV.Social**

Neuer Name, neue Technologie: Die RZV-Lösung für Alten- und Pflegeheime basiert zukünftig auf der neuen SAP-Plattform S/4HANA

Text: Daniel Richter, Markus Stein | Foto: anyaberkut@iStockphoto

Der digitale Transformationsprozess ist im vollen Gange. Unsere Arbeitswelt verändert sich in einem atemberaubenden Tempo und stellt immer höhere Anforderungen an die IT. Mit der Plattform S/4 und der neuen Datenbankarchitektur HANA hat SAP bereits vor Jahren den Wandel in die neue digitale Welt eingeläutet. Infolge dieser Umstellung und der damit einhergehenden Migration des SAP-Patientenmanagements IS-H in die neue S/4-Welt, stellte sich für RZV die Frage, was das für ihr Klientenmanagement IS/Social bedeutet. Schließlich ist IS-H die Entwicklungsgrundlage der erfolgreichen RZV-Lösung.

Nach sorgfältigem Abwägen unterschiedlicher Szenarien hat man sich in Volmarstein für eine Neu-Entwicklung auf nativen S/4HANA Programmelementen entschieden – und dem „neuen“ IS/Social auch gleich einen frischen Namen verpasst: RZV.Social! Mit der Namensänderung unterstreicht man den Aufbruch in eine neue Technologie, bei der auch die impliziten Begrenzungen durch IS-H Routinen abgelegt wurden.

Bei der Neu-Entwicklung stand zunächst eine eingehende Analyse der bestehenden Funktionalitäten und Strukturen der SAP S/4-Plattform an, auch um vorhandene Ressourcen bestmöglich nutzen zu können. Gerade die In-Memory-Technologie der S/4HANA-Datenbanken verspricht durch ihre direkte Verarbeitung der Daten im Arbeitsspeicher eine Beschleunigung von Arbeitsprozessen und eine effiziente Verwaltung von Routinen. Der komplette Analyseprozess war in die Erstellung einer umfassenden Matrix von Stammdaten eingebettet, wie beispielsweise im Bewohner-Management, in der Verwaltung von

Pflege- und Zusatzleistungen oder in der Verarbeitung von Aufenthalten. Dadurch konnte direkt ein entscheidender Mehrwert im Business-Partner-Modell des SAP S/4 genutzt werden, nämlich die Zuweisung von sowohl Debitor- als auch Kreditorrollen zu einem einzigen Eintrag. Profitiert hat man zudem von den umfangreichen Entwicklungsarbeiten der letzten Jahre. Hier waren zahlreiche Kundenwünsche berücksichtigt worden, die nun für das neue RZV.Social adaptiert werden.

Ein weiteres Kennzeichen von S/4HANA-Systemen sind die sogenannten „FIORI-Apps“. In Anlehnung an die Applikationen von Tablet-Computern und Smartphones sollen auch Routine-Tätigkeiten oder Auswertungen in kleine Programme portioniert werden. Diese Apps werden als Kacheln in einer webbasierten Oberfläche angeboten und je nach Benutzerberechtigung gruppiert. Führungskräfte können beispielsweise eher Auswertungs-Dashboards aufrufen, während administrativ Mitarbeitende Apps zur Anlage und Verwaltung von Bewohnern oder zur Modifikation des Pflegegrades aufrufen. Erste FIORI-Apps sind bereits in ein Zugriffsmanagement eingebunden. Am Ende steht ein zukunftssicheres Klientenmanagement mit modernsten Komponenten und außerordentlich hohem Praxisbezug, da ist sich das Entwicklerteam sicher.

Aktuell steht der geplanten Fertigstellung des neuen RZV.Social bis Sommer 2023 nichts im Wege. Ein erster Blick auf das neue RZV-Klientenmanagement kann bereits jetzt auf der Fachmesse ConSozial in Nürnberg oder auf der DMEA im nächsten Jahr in Berlin geworfen werden.



Halle 4A / Stand 306



Der Sozialmarkt trifft sich **in Nürnberg**



Einzigartig vielfältig.

Fachmesse und Kongress
der Sozialwirtschaft • Nürnberg

RZV präsentiert das neue Klientenmanagement RZV.Social auf der Fachmesse ConSozial

Text: Peter Bauske | Foto: NürnbergMesse, Heiko Stahl

Wieder mit eigenem Messestand und ersten Impressionen des neuen Klientenmanagements reist RZV zur Fachmesse ConSozial nach Nürnberg. Am 7. und 8. Dezember trifft sich hier die soziale Szene.

Das RZV.Social-Team freut sich, allen Besuchern der Fachmesse exklusive Einblicke bei der Neujustierung des Klientenmanagements zu präsentieren, insbesondere die Präsentation des neuen Arbeitsplatzes dürfte von Interesse sein. Mit einer neuen Menüstruktur wurde das Programm nachhaltig optimiert, im Ergebnis steht nun eine zentrale Oberfläche, die dem Anwender deutlich mehr Komfort bietet. Darüber hinaus informiert das Messeteam über die Möglichkeiten einer Abrechnungs-Digitalisierung und zeigt, wie bequem sich der tägliche Zahlungsverkehr mit dem Modul "Taschengeldverwaltung" organisieren lässt.

ConSozial
Fachmesse und Kongress
der Sozialwirtschaft
7.-8. Dezember 2022
Messe Nürnberg
Halle 4A / Stand 306

Tickets für die Fachmesse sind ab sofort beim RZV-Marketing erhältlich: Schicken Sie hierzu eine E-Mail mit dem Betreff „ConSozial“ an folgende Adresse: marketing@rzv.de



RZV investiert über 800.000 € in Forschung und Entwicklung

Text: Markus Stein

Bereits seit geraumer Zeit beteiligt sich RZV als Konsortialpartner in Förderprojekten des Landes Nordrhein-Westfalen und des Bundes. Diese Aktivitäten beziehen sich primär auf eHealth-Szenarien, für die anforderungsgerechte und datenschutzkonforme Anwendungen bereitgestellt wurden. Beispiele hierfür bilden intersektorale Akten in der Pädiatrie, der Onkologie oder auch der Nephrologie, die alle in NRW-Förderprojekten zum Einsatz kamen.

Aufwändiger gestalten sich die Förderprojekte des Innovationsfonds, der unter der Aufsicht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) neue Versorgungsformen entwickeln will. Kennzeichen dieser Förderprojekte ist ein meist komplexes Netz aus Konsortialpartnern, unter denen auch immer Krankenkassen sein müssen. RZV liefert als (technischer) Konsortialpartner in den Projekten „HandinHand“ (Konsortialleitung Marienhaus Holding GmbH) und „EilPfad“ (Konsortialleitung Universitätsklinikum Köln) die gesamte IT-Struktur zur Gewährleistung der jeweiligen intersektoral angelegten Versorgung. Zudem stellt RZV nach erfolgreicher Ausschreibung die komplexe technische Plattform für das Förderprojekt „Optimal@NRW“ (Konsortialleitung Universitätsklinikum Aachen). In einem der nächsten RZV-Journale sollen diese Projekte und die dabei entwickelten Features der RZV eHealth-Plattform näher vorgestellt werden.

Allen Förderprojekten gemein ist der hohe Bedarf an Personal- und Sachmitteln. Dennoch hat man sich in Volmarstein für diesen Weg entschieden, verbunden mit dem Gedanken, dass Teile der neuen Entwicklungen in bestehende Anwendungen des RZV-Portfolios einfließen oder zu komplett neuen Applikationen führen. Beispielsweise wurden erste Erfahrungen in

der Verknüpfung von DICOM-(PACS-) Archiven mit elektronischen Aktensystemen im NRW-Förderprojekt „FALKO. NRW“ gesammelt, ab 2023 wird dieses Feature ebenfalls für die RZV-EFA bei telemedizinischen Konsultationen verfügbar sein. Ein anderes Beispiel bildet eine komplexe Pflegeakte auf Basis eines M-KIS, das komplett als Cloud-Anwendung im Förderprojekt „HandinHand“ zum Einsatz kam.

Um eine Transparenz zur Forschung und Entwicklung in deutschen Unternehmen zu erhalten, führt die Wissenschaftsstatistik des Stifterverbandes „Bildung, Wissenschaft, Innovation“ im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung eine jährliche Erhebung durch. In diese Erhebung gehen zahlreiche unternehmensinterne Kennzahlen ein, darunter auch detaillierte Angaben zu Aufwendungen bzgl. eingesetztem Personal, erfolgter Investitionen oder auch an externe Stellen vergebene Dienstleistungsaufträge. Nach Abgabe der vollständigen Erhebung wird den Unternehmen ein individualisiertes „Siegel“ als Nachweis ihrer Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten bereitgestellt.

Im Jahr 2021 verteilten sich die Aufwände der RZV wie folgt:

547.000 €

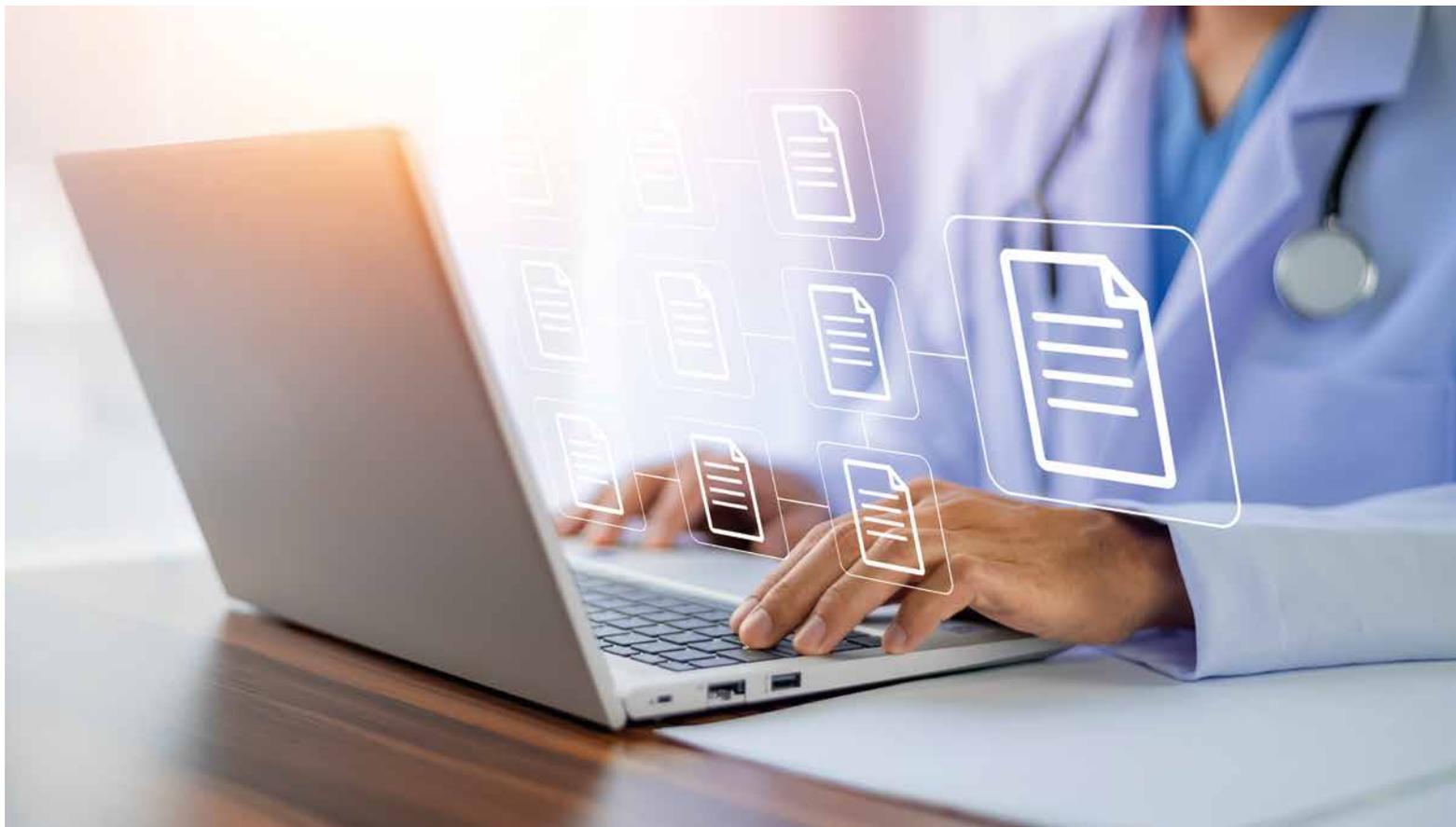
für den Personaleinsatz; diese verteilten sich auf insgesamt 10 Mitarbeitende.

101.000 €

für Investitionen, die sich primär auf Server- und Lizenzkosten verteilen.

166.000 €

für Aufträge an externe Unternehmen, hier ausschließlich an das Fraunhofer-Institut für Software- und Systemtechnik ISST.



RZV-Fallakte in Soester Praxis nicht mehr wegzudenken

Was als Testlauf vor gut einem Jahr begann, ist heute fester Bestandteil im Arbeitsalltag der chirurgischen Praxis von Dr. Brinkmann in Soest. Auf die Elektronische Fallakte der RZV möchte man hier auf keinen Fall mehr verzichten. Und dafür gibt es gute Gründe.

Text: Peter Bauske | Foto: The best photo for all@iStockphoto, Praxis Brinkmann

In unmittelbarer Nähe zum Marienkrankenhaus Soest findet man die Praxis von Dr. Holger Brinkmann. Der 57-jährige Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie bietet in seiner Praxis das gesamte Spektrum an chirurgischen Leistungen an und ist insbesondere auf Eingriffe an Händen und Füßen spezialisiert. Mit der Fallakte der RZV arbeiten er und sein Team seit August letzten Jahres.

Zur Erklärung: Die elektronische Fallakte ist eine Kommunikationsplattform, auf der Ärzte und andere Leistungserbringer Informationen zu einem medizinischen Behandlungsfall datenschutzkonform austauschen können. Die EFA unterstützt die Kooperation zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten im ambulanten und stationären Bereich. Auch Leistungserbringer anderer Professionen wie Physiotherapeuten, Pfleger usw. können in bestimmten Fällen

einbezogen werden. Für die niedergelassenen Ärzte in Westfalen-Lippe bietet die KVWL eine solche Fallakte an.

Elektronische Fallakte wird ausschließlich vom medizinischen Fachpersonal geführt

Dr. Brinkmann hat das Thema Fallakte sehr früh und auch sehr genau beobachtet. Bereits in den frühen Entwicklungsphasen, als die EFA noch diagnosespezifisch aufgebaut war, erkannte er das Potential, das in dem Konstrukt einer interdisziplinären Fallakte steckt. „Es gibt Behandlungsfälle, die eine innerärztliche Kommunikation ohne das Mitwirken der Patientinnen und Patienten erfordern. Das leistet die EFA vorbildlich, denn im Gegensatz zu der elektronischen Patientenakte wird die Fallakte ausschließlich vom medizinischen Fachpersonal geführt und ist auf den jeweiligen



„Um es auf den Punkt zu bringen: Für eine gute medizinische Versorgung muss ich Informationsverlust vermeiden. So einfach ist das. Und die RZV-EFA ist der Schlüssel dazu.“

Dr. Holger Brinkmann

Behandlungsfall konzentriert. Meiner Meinung nach ist das genau der Ansatz, der zielführend ist, um eine optimale Behandlung zu gewährleisten.“

Im Arbeitsalltag in der Soester Praxis kommt es immer wieder vor, dass Patienten oder Patientinnen mit einem Krankheitsbild vorstellig werden, bei denen Dr. Brinkmann zusätzliche Untersuchungen anderer medizinischer Fachrichtungen benötigt, um eine Diagnose stellen zu können. „Genau diese komplexen Behandlungssituationen lassen sich mit der RZV-EFA bestens organisieren. Im System sind alle an der EFA beteiligten medizinischen Einrichtungen und Fachrichtungen aufgeführt, so dass ich ganz einfach aus dieser Liste die gewünschten Professionen zur Unterstützung auswählen kann. Mit der Patientin oder dem Patienten stimme ich das selbstverständlich im Vorfeld ab.“

Danach geht alles sehr schnell. Das System benachrichtigt automatisch per E-Mail die in der Fallakte hinzugefügte Einrichtung, so dass der Patient mit der Überweisung dort zeitnah untersucht werden kann. Nach der Untersuchung beim Facharzt werden die Ergebnisse in die Fallakte hochgeladen. Auch bei diesem Schritt setzt ein automatisierter Workflow ein, d. h. jeder, der seitens des Patienten berechtigt wurde, die Daten zu sehen, erhält eine entsprechende E-Mail.

RZV-EFA ermöglicht den Blick auf den Patienten aus verschiedenen Fachrichtungen

Für Dr. Brinkmann ist die zentrale Informationsspeicherung in der EFA ein enormer Mehrwert: „Man hat erstmals die Möglichkeit, aus verschiedenen Facharzttrichtungen auf den Patienten zu blicken. In der RZV-EFA finde ich alle notwendigen medizinischen Dokumente, wie Laborberichte, OP-Berichte, Befunde etc. Selbst datenintensive Formate wie Röntgenbilder oder CT-Bilder lassen sich problemlos in die Fallakte hochladen und mit Kolleginnen und Kollegen teilen. Über eine integrierte Chatfunktion kann ich mich zudem mit meinen Kolleginnen und Kollegen austauschen, die Dokumentation der Gespräche sind jederzeit für Alle nachlesbar. Jeder, der in die Fallakte involviert ist, hat zur gleichen Zeit den gleichen Wissensstand. Das ist ohne Frage ein großer Mehrwert bei der Diagnostik und der Behandlung.“

Erfahrungswerte nach einem Jahr zeigen, dass mit dem Einsatz der Fallakte die Behandlungsqualität gestiegen ist. Für Dr. Brinkmann eine logische Konsequenz der Digitalisierung: „Je mehr ich weiß, je mehr Informationen mir vorliegen, umso wahrscheinlicher ist es, dass ich eine Diagnose stellen kann. Mit der RZV-EFA habe ich endlich ein Werkzeug an der Hand, mit dem an zentraler Stelle ein digitaler Informationsaustausch unter dem medizinischen Fachpersonal stattfindet – und das zu jeder Zeit. Das war früher anders. Wenn ich beispielsweise im OP stehe, kann ich nicht mit Kolleginnen und Kollegen telefonieren und später, wenn ich dann Zeit habe, sind die Kollegen auf Hausbesuch oder nicht erreichbar.“

Fallakte versus Patientenakte

Auf die Frage nach der Abgrenzung zur Elektronischen Patientenakte hat Dr. Brinkmann eine klare Meinung: „Aus meiner Sicht ist der große Vorteil der Elektronischen Fallakte, dass diese zweckgebunden – also dem Behandlungsfall zugeordnet ist und vor allem, dass die Fallakte ausschließlich von den Ärztinnen und Ärzten geführt wird. Bei der Fallakte kann ich sicher sein, dass mir alle medizinisch-relevanten Informationen zu dem Behandlungsfall passgenau vorliegen. Das ist bei Patientenakte etwas anders, da diese mit Informationen aus der kompletten medizinischen Historie gefüllt ist und man nicht sicher sein kann, ob der Patient, als Träger der Daten, wichtige Informationen aus der Akte gelöscht hat.“

Wenn es nach Dr. Brinkmann geht, sollte die Elektronische Fallakte auch verstärkt in der Altenhilfe eingesetzt werden: „Unsere Gesellschaft wird immer älter, dementsprechend nimmt auch der Pflegebedarf zu. Und gerade für Altenheimbewohner oder Patienten in der häuslichen Pflege mit einem hohen Pflegegrad sollte eine Elektronische Fallakte angelegt werden, damit diese bei den häufigen Krankenhausaufenthalten, zum Teil auch in verschiedenen Einrichtungen, nicht immer wieder die gleichen Untersuchungen durchlaufen müssen. Ein zentral geführter und aktueller Informationsstand schützt vor unnötigen Doppeluntersuchungen“, erklärt Holger Brinkmann.

>

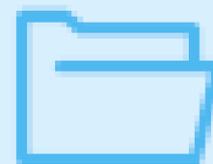
Neue Lösungen brauchen den Willen zur Veränderung

Im Kreis Soest ist die Fallakte bereits angekommen. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hat im Mai 2022 die RZV-EFA kreisweit ausgerollt, mittlerweile arbeiten 15 Praxen mit der digitalen Lösung. „Wir haben jede Facharztgruppe dabei“, erläutert Dr. Brinkmann, „was als Grundlage für die medizinische Versorgung mit der EFA gut ist, im besten Fall schließen sich aber noch viel mehr Haus- und Fachärzte an die Fallakte an.“ Dazu braucht es Überzeugungsarbeit und vor allem den Willen zur Veränderung. Wobei man große Hürden gar nicht nehmen muss. Dr.

Brinkmann: „Die RZV-EFA ist eine browserbasierte Anwendung, über ein Zertifikat oder die TI kann ich ganz einfach das Programm aufrufen, das im Handling sehr übersichtlich und intuitiv aufgebaut ist. Eine Fallakte einstellen und befüllen dauert keine drei Minuten.“

Ein kleiner Zeitaufwand mit großer Wirkung, denn letztendlich helfen die gebündelten Informationen der verschiedenen Fachrichtungen die Patientin oder den Patienten besser medizinisch zu versorgen. Und das sollte doch auf jeden Fall drei Minuten wert sein.

Drei Dinge, die man über die RZV-EFA wissen sollte



Diese Informationen können in der EFA gespeichert werden:

In einer Elektronischen Fallakte können alle Dokumente gespeichert werden, die die betroffenen Leistungserbringer als relevant für die mitbehandelnden Kollegen einschätzen. Dazu zählen beispielsweise elektronische Arzt- oder Entlassbriefe, Laborberichte, Basisinformationen über den Patienten inkl. Dauerdiagnosen und Cave-Hinweisen, Medikationspläne sowie geriatrische Assessments. Das Aktensystem macht diesbezüglich keine Einschränkungen. Je nach Anwendungsszenario werden aus Sicherheitsgründen ggf. bestimmte Dateitypen oder sehr große Dateien ausgeschlossen. So werden in der Regel ausführbare Dateien (z. B. .exe-Dateien) zurückgewiesen.

So wird der Datenschutz des Patienten gewährleistet:

Die Konformität der Elektronischen Fallakte zu den Vorgaben, die sich aus der europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) ergeben, wurde intensiv überprüft und ein entsprechendes Datenschutzkonzept ist von den Datenschutzbehörden als zulässig eingestuft worden. Der Patient hat hiernach zu jeder Zeit das Recht, seine Fallakte einzusehen sowie das Löschen der Fallakte zu verlangen. Weiter muss der Patient aktiv in die Berechtigung von Leistungserbringern und Institutionen einwilligen und kann jederzeit die erteilten Berechtigungen widerrufen.

Das unterscheidet die Fallakte von der Patientenakte:

Bei der EFA handelt es sich um ein System, das professions- und sektorenübergreifend allen an der Behandlung des Patienten Beteiligten zur Verfügung steht. Nach grundsätzlicher

Zustimmung des Patienten zur Nutzung einer solchen Akte entscheiden die beteiligten Leistungserbringer über den in der EFA gespeicherten Inhalt. Eingestellt werden genau die medizinischen Daten, die die Nutzer (also die behandelnden Ärzte usw.) für die Behandlung des Falls für relevant erachten. Es liegt also in ihrer Verantwortung festzustellen, was für die Behandlung wichtig ist, und entsprechend zu handeln. Die Tatsache, dass alle Dokumente in der Akte auf den aktuellen Fall bezogen sind, erleichtert den Überblick und macht es auch unter Datenschutz-Aspekten möglich, allen beteiligten Leistungserbringern den gesamten Inhalt der Akte zugänglich zu machen. Dies ist bei einer Elektronischen Patientenakte in der Regel nicht möglich, denn die EPA enthält potentiell Informationen zum „gesamten Leben“ des Patienten, so dass der Patient auswählen muss, welche Informationen er jedem einzelnen Arzt zur Kenntnis geben möchte. Damit werden viele Patienten überfordert sein, insbesondere auch ältere Menschen, für die der Akteneinsatz besonders wichtig ist, weil ihre Fähigkeiten, als „Kommunikationsbrücke“ zu dienen, abnehmen. Damit soll der große Nutzen einer elektronischen Patientenakte nicht geschmälert werden. Die Möglichkeit, auch über lange Zeit medizinische Informationen speichern und sie Leistungserbringern aller Art zugänglich machen zu können, ist in vielen Fällen ausgesprochen hilfreich. Für die Kommunikation von Leistungserbringern untereinander ist sie aber als alleiniges Instrument suboptimal.

Weitere Informationen: rzv-efa.de



Erlössicherung gem. eVV:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf setzt auf die Fallaktenlösung RZV-EFA für MD

Auch Kliniken in Berlin, Dortmund und Gelsenkirchen konnten für die intersektorale Kommunikationslösung gewonnen werden.

Text: Peter Bauske | Foto: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf [Wikipedia]

Ein Big-Player im deutschen Gesundheitswesen hat sich für die RZV-Lösung „RZV-EFA für MD“ entschieden: Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), eine der modernsten Kliniken Europas, arbeitet seit über einem Jahr mit RZV-EFA für MD und steuert über die Applikation den kompletten Workflow mit dem Medizinischen Dienst. Die erfolgreiche Kommunikation des UKE mit dem Medizinischen Dienst mit Hilfe der Fallaktenlösung hat sich in der Hansestadt augenscheinlich schnell herumgesprochen. Nun nutzen auch das Universitäre Herz- und Gefäßzentrum Hamburg sowie das Altonaer Kinderkrankenhaus die Applikation zur digitalen Übertragung von Patientenunterlagen an die LE-Plattform des MD.

Somit werden alle Prüffälle der Universitätsmedizin Hamburg durch die RZV-Lösung verarbeitet und eVV-konform an den MD übertragen. Die Herausforderung bei dem Projekt bestand in der automatisierten Verarbeitung von PDF-Sammlendokumenten, die nach erfolgtem Import in die RZV-EFA für MD automatisch nach enthaltenen Lesezeichen aufgeteilt und in diesem Zuge mit den von der LE-Plattform des MD verlangten Metadaten versehen werden. Außerdem wurde eine automatische Aufteilung der offenen Prüffälle nach Abteilungen des Herz- und Gefäßzentrums Hamburg und der am gleichen Campus angesiedelten sonstigen Abteilungen des UKE eingerichtet. Somit sehen die Klinikmitarbeitenden nur die Fälle ihrer Einrichtung – obwohl Gefäß- und Herzzentrum und das UKE unter einer IK-Nummer laufen und daher alle Prüffälle von der LE-Plattform in einem einzigen Container bereitgestellt werden.

Auch im Ruhrgebiet haben sich mit dem Klinikum Dortmund und dem Evangelischen Klinikum Gelsenkirchen zwei große Gesundheitseinrichtungen für die Lösung RZV-EFA für MD entschieden. Ebenfalls wurde hier die Bereitstellung der Dokumente über ein angebundenes Primärsystem oder über die Bereitstellung von Exportdaten aus medizinischen Archivsystemen umgesetzt. Beide Kliniken setzen zudem als Tool den IS-H MD-Arbeitsplatz der RZV ein, so dass hier die ganz neue bidirektionale Schnittstelle zur RZV-EFA für MD zum Tragen kommt. Mitarbeitende im MD-Management müssen daher nicht die MD-Prüffälle separat anlegen und ersehen zudem in ihrem IS-H MD-Arbeitsplatz den aktuellen Status der Dokumentenbereitstellung für den MD.

Schließlich konnte RZV das Krankenhaus Waldfriede in Berlin-Zehlendorf von den Vorteilen der RZV-EFA für MD überzeugen. Auch dort kristallisierte sich die Bereitstellung von PDF-Dokumenten – teilweise noch Scans von Papierakten – in freigegebenen, gesicherten Ordnern heraus. Die RZV-Anwendung unterstützt diesen Prozess durch die automatische Erstellung von Unterverzeichnissen mit Fallnummer und Patientenname der neuen Prüffälle, so dass im Medizincontrolling einfach eine Zuordnung der bereitgestellten PDF-Dateien erfolgen kann. Wie auch in den anderen Kliniken waren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Medizin-Controllings von der Automatisierung der Prozesse überzeugt.

EDBTL vergibt Auftrag für **KIS-Wechsel an RZV**

Das Evangelische Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin harmonisiert die KIS-Systeme in ihren Krankenhäusern und setzt dabei auf die Meierhofer-Lösung M-KIS



Das Evangelische Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin (EDBTL) zählt zu den größten Arbeitgebern im sozialen Bereich in Brandenburg und Berlin. Der Unternehmensverbund mit mehr als 2.300 Mitarbeitenden betreibt drei Krankenhäuser an den Standorten Frankfurt (Oder), Ludwigsfelde-Teltow und Luckau, sowie eine Klinik für Geriatrische Rehabilitation in Kloster Lehnin. Darüber hinaus engagiert sich die EDBTL intensiv in der Alten-, Kinder- und Behindertenhilfe.

Die Systemlandschaft im Klinikverbund besteht aus drei unterschiedlichen KIS-Systemen. Während eine der Akutkliniken bereits das M-KIS der Meierhofer AG einsetzt, nutzen die anderen beiden Häuser medico der CompuGroup Medical und die Rehabilitationsklinik arbeitet mit Orbis von Dedalus.

Managed Services der RZV überzeugten

Aus diesem Grunde plante der Träger eine Konsolidierung der KIS-Systeme in den drei Akutkliniken. In einem mehrstufigen Ausschreibungsverfahren konnte RZV mit ihrem Lösungskonzept überzeugen, das einen Wechsel des CGM medico auf M-KIS für den klinischen sowie SAP IS-H für den administrativen Bereich im Evangelischen Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow und im Evangelischen Krankenhaus Luckau vorsieht. Mit dieser Entscheidung vertraut das EDBTL auf die Leistungsstärke der RZV, die mit hochqualifizierten Experten sowie eigenen, modernen Rechenzentren ein breites Managed Service Portfolio durch Bereitstellung, Betrieb und Betreuung von IT-Anwendungen anbietet – und das seit mehr als 50 Jahren.

Konsolidierung der KIS-Systeme innerhalb von 9 Monaten

Mit der Auftragsvergabe wurde ein Meilensteinplan von neun Monaten vereinbart, innerhalb denen eine Produktivübergabe des neu eingerichteten KIS-Systems erfolgen soll. Nach Projektstart im April 2022 stand eine intensive Konzeptionsphase mit Ist-Analyse in den Kliniken an, die von mehreren RZV-Expertinnen und Experten des M-KIS Projektteams organisiert wurde. Zahlreiche Vor-Ort-Besuche und Web-Konferenzen mit allen Berufsgruppen erleichterten dabei die Akquise der notwendigen Informationen.

Produktivstart ist für den 1. Januar 2023 geplant

Aktuell befindet sich das Projekt in der Phase der Einrichtung und des Customizing der beiden Systeme SAP IS-H und M-KIS. Key-User-Schulungen sind für Anfang Dezember 2022 eingeplant. Beide Systeme sind bis dahin konfiguriert, genauso wie die Anbindung zahlreicher Subsysteme zu externen medizinischen Laboren oder Radiologie-Abteilungen. Nach der Einweisung der Mitarbeitenden durch die Key-User erfolgt der Produktivstart am 1. Januar 2023.

Medizinische Fachkräfte profitieren von der Systemkonsolidierung

Im Anschluss wird das M-KIS in der dritten Akutklinik, dem Evangelischen Krankenhaus Lutherstift Frankfurt (Oder), an die Implementierung der beiden anderen Kliniken angepasst. Ärztinnen und Ärzte aller drei Kliniken können dann beispielsweise den wachsenden Arztbrief nutzen, der im Laufe des stationären Aufenthalts mit den neu verfügbaren Daten befüllt wird. Auch die Pflegekräfte profitieren von der Systemkonsolidierung durch einen integrierten, multi-professionell ausgerichteten Medikationsprozess. Ärztliche Anordnungen werden dann direkt in Anforderungen an Funktionsabteilungen überführt, so dass Mitarbeitende in OP und Ambulanzen mit einem nahezu vollständigen digitalen Prozess unterstützt werden.

RZV gewinnt auch zweite Ausschreibung

Eine zweite Ausschreibung des EDBTL-Trägers sah die Ablösung des KIS Orbis in der Klinik für Geriatrische Rehabilitation in Lehnin vor. Auch in diesem mehrstufigen Verfahren konnte RZV mit ihrer Lösung überzeugen und hat den Auftrag erhalten, bis Mai 2023 die Ablösung der bestehenden KIS-Struktur durchzuführen. Dabei setzt das RZV-Konzept erneut auf eine administrative Unterstützung durch SAP IS-H, jedoch beim klinisch-rehabilitativen Bereich auf eine duale Lösung. Neben M-KIS für den stationären und ärztlichen Bereich soll die Therapieplanung und Therapiedokumentation über das System TIMEBASE® der Magrathea Informatik GmbH erfolgen. Schnittstellen zum M-KIS gewährleisten ein informationsverlustfreies Arbeiten durch die Mitarbeitenden in der Rehabilitationsklinik.

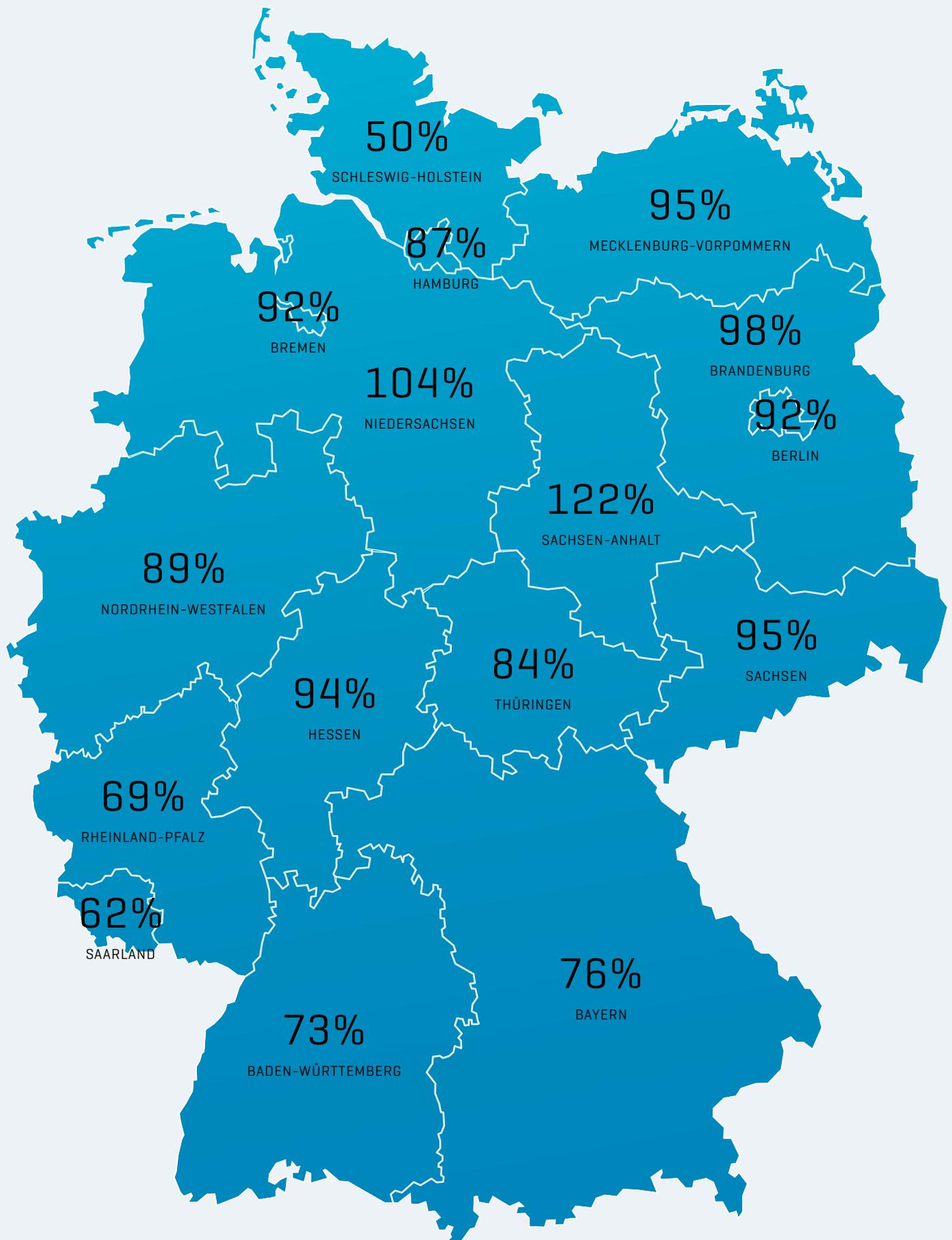


Abbildung 1 - Mindestanteil an Kliniken pro Bundesland, die einen KHZG-Antrag gestellt haben



KHZG - DAS KRANKENHAUSZUKUNFTSGESETZ

Wie verteilen sich die KHZG-Anträge auf Bundesländer und Fördertatbestände?

Text: Markus Stein, mdi 2/2022 | Foto: Dan Race@Fotolia

Der folgende Beitrag erschien in der ‚mdi‘ 2/2022, der von den Berufsverbänden für Medizinische Informatik BVMI und Medizinisches Informationsmanagement DVMD herausgegeben wird.¹

Mit einem beachtlichen Investitionsprogramm verschafft das Bundesgesundheitsministerium den Krankenhäusern ein digitales Update. Der Bund hat ab dem 1. Januar 2021 drei Milliarden Euro bereitgestellt, damit Krankenhäuser in moderne Notfallkapazitäten, die Digitalisierung und ihre IT-Sicherheit investieren können.

Die vom Bundesamt für Soziale Sicherung als Aufsichtsbehörde und letztendlich Förderanträge zum Krankenhaus-Zukunftsgesetz (KHZG) bewilligende Institution veröffentlicht regelmäßig Auswertungen, deren letzter Stand vom 4. Oktober 2022 stammt.² In dieser Auswertung wird aber nicht die Gesamtzahl der Kliniken genannt, die pro Bundesland einen KHZG-Antrag eingereicht haben. Daher musste ein alternativer Weg gegangen werden, um zumindest eine Annäherung an diese Zahlen zu liefern.

Grundsätzlich regelt die Förderrichtlinie des KHZG, dass nur die Kliniken förderberechtigt sind, die im Krankenhausplan ihres Bundeslandes aufgenommen wurden. Um nun diese Anzahl der Kliniken mit Aufnahme im Landeskrankenhausplan zu recherchieren, bietet sich die Seite des Verbandes der Ersatzkassen VdEK an, der für jedes Bundesland diese Zahlen ausweist.³ Diese Recherche ergab eine Gesamtzahl von 1.840

Kliniken, deren Verteilung auf die einzelnen Bundesländer der hier veröffentlichten Tabelle entnommen werden kann.

Für die Ermittlung der Anteile von Kliniken pro Bundesland, die einen KHZG-Antrag gestellt haben, wurde das Maximum der für die elf Fördertatbestände angegebenen Kliniken identifiziert und dieses zur Zahl der Plankrankenhäuser in Bezug gestellt. So ergibt sich beispielsweise für Baden-Württemberg ein Maximum von 147 Kliniken, die einen Antrag im Fördertatbestand 3 (Digitale Behandlung und Pflege) gestellt haben. Setzt man diese Zahl den 202 Krankenhäusern nach Landeskrankenhausplan gegenüber, ergibt sich ein Quotient von knapp 73% - also knapp ein Dreiviertel der Kliniken in Baden-Württemberg hat mindestens einen KHZG-Antrag gestellt.

Die so berechneten Quotienten werden in der Abbildung 1 für die einzelnen Bundesländer dargestellt – jedoch sind hier zwei Fallstricke in der Herangehensweise zu berücksichtigen. Zum einen stammt die Grundgesamtheit (der Plankliniken) aus einer anderen Quelle als die Statistik des Bundesamts für Soziale Sicherung. Zum anderen kann das berechnete Maximum nur als Mindestzahl an KHZG-Anträgen genommen werden. Denn wenn wir bspw. bei Baden-Württemberg die 116 Kliniken aus dem Fördertatbestand 2 (Patientenportale) nehmen, könnten darunter auch Kliniken sein, die keinen Antrag zum Tatbestand 3 gestellt haben, daher auch nicht unter den oben erwähnten 147 Kliniken auftauchen.

>

	Kliniken	FTB										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Baden-Württemberg	202	38	116	147	55	104	75	16	3	21	91	0
Bayern	414	80	234	311	99	209	140	22	1	58	314	0
Berlin	51	11	40	47	22	26	9	3	1	13	8	0
Brandenburg	54	18	46	53	23	35	18	2	0	11	27	0
Bremen	12	1	7	11	2	9	8	0	0	0	2	0
Hamburg	31	5	18	27	10	17	9	2	0	2	10	0
Hessen	128	27	104	120	48	88	52	15	2	13	42	4
Mecklenburg-Vorpommern	37	16	3	35	0	0	0	0	3	19	18	0
Niedersachsen	170	46	137	177	64	110	46	36	3	41	63	0
Nordrhein-Westfalen	348	101	195	308	98	164	89	31	3	61	92	4
Rheinland-Pfalz	86	15	48	59	18	39	37	1	3	12	38	0
Saarland	26	2	14	16	7	12	10	1	1	5	9	0
Sachsen	78	17	61	74	36	63	35	10	1	4	22	0

Tabelle 1 - Anzahl an Anträgen pro Fördertatbestand und Bundesland
 (Quelle: Statistik des Bundesamts für Soziale Sicherung vom 4.10.2022)

Der am häufigsten beantragte Fördertatbestand 3 (Digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation) umfasst insgesamt 1.534 Anträge, was 83,4% der 1.840 Krankenhäuser entspricht. Somit bestätigt sich der erwartete starke Zuspruch der Kliniken, um Fördermittel für die weitere Digitalisierung zu erhalten. In der Abbildung 1 überraschen die 100% überschreitenden Quotienten für Niedersachsen und vor allem Sachsen-Anhalt. Denn eigentlich sollten Kliniken nur einen Antrag pro Fördertatbestand stellen, wie sich die 55 Anträge aus dem Tatbestand 3 in Sachsen-Anhalt bei nur 45 Kliniken im aktuellen Landeskrankenhausplan erklären, lässt sich hier nicht ergründen.

In der Tabelle 1 sind neben der schon erwähnten, recherchierten Anzahl an Kliniken nach Krankenhausplan die Zahl der Kliniken pro Bundesland und Fördertatbestand aus der Statistik des Bundesamts für Soziale Sicherung gegenübergestellt. Die bisher gestellten sechs bundeslandübergreifenden Anträge wurden in der Tabelle den beteiligten Bundesländern Berlin und Brandenburg zugerechnet. Um die Interpretation der Tabelle zu erleichtern, sollen die elf Fördertatbestände (FTB) wie folgt erläutert werden:

- > **Fördertatbestand 1:** Anpassung der (IT-) Ausstattung in der Notaufnahme
- > **Fördertatbestand 2:** Patientenportale
- > **Fördertatbestand 3:** Digitale Pflege- und Behandlungsdokumentation
- > **Fördertatbestand 4:** Klinische Entscheidungsunterstützungssysteme
- > **Fördertatbestand 5:** Digitales Medikationsmanagement
- > **Fördertatbestand 6:** Digitale Leistungsanforderung
- > **Fördertatbestand 7:** Leistungsabstimmung und Cloud-Computing-Systeme
- > **Fördertatbestand 8:** Digitales Versorgungsnachweissystem für Betten
- > **Fördertatbestand 9:** Robotik-basierte Anlagen und telemedizinische Netzwerke
- > **Fördertatbestand 10:** IT-Sicherheit
- > **Fördertatbestand 11:** Anpassung von Patientenzimmern an Pandemie-Behandlungen

Für die Kliniken sind vor allem die Fördertatbestände 2 bis 6 relevant, da deren Nichteinführung ab 2025 zu einem bis zu zweiprozentigen Abschlag auf ihre Rechnungen führen kann.

Daher überrascht es nicht, dass diese Fördertatbestände an der Spitze der Antragszahl liegen. Daneben sticht noch der Fördertatbestand 10 zur Informationssicherheit heraus, was angesichts der sich verschärfenden Situation in Bezug auf Cyberkriminalität nicht verwundert. Nur wenig Beachtung fanden die Fördertatbestände 8 zum digitalen Nachweissystem von Betten und 11 zur Anpassung der Patientenzimmer an die Behandlungsanforderungen unter Pandemien.

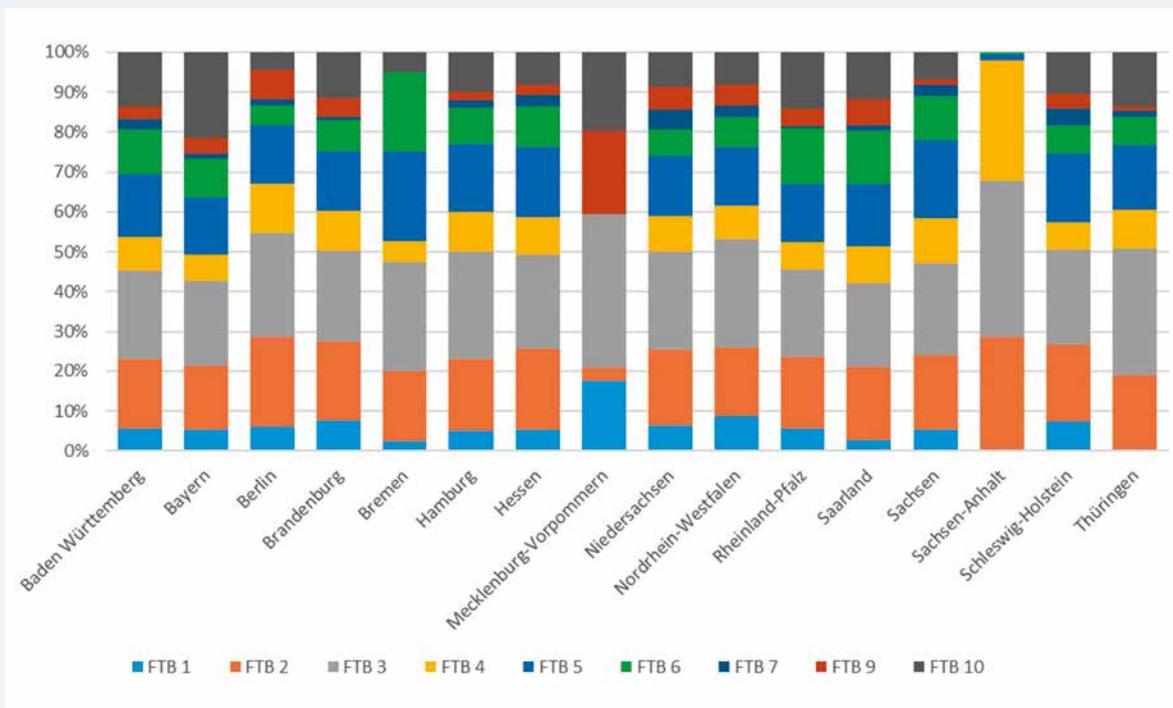


Abbildung 2 - Verteilung der Anträge pro Fördertatbestand in den Bundesländern
 (Quelle: Statistik des Bundesamts für Soziale Sicherung vom 4. Oktober 2022)

Um nun die Verteilung der Anträge auf die Fördertatbestände in den Bundesländern zu bewerten, wurde aus den Zahlen der Tabelle 1 – ohne Beachtung der in geringer Zahl beantragten Tatbestände 8 und 11 – die Abbildung 2 erstellt. Aus dieser lassen sich schon einige interessante Aussagen ableiten.

In Mecklenburg-Vorpommern ist ein deutlich höherer Anteil an Anträgen des Fördertatbestandes 1 (Ausstattung Notaufnahmen) zu ersehen, während in Sachsen-Anhalt und Thüringen kein einziger Antrag für diesen Komplex gestellt wurde. In Sachsen-Anhalt sieht man eine starke Fokussierung auf die Tatbestände 2 bis 4, die vielleicht auf einer landespolitisch erwünschten Lenkung basieren.

Der Aspekt der Informationssicherheit mit Fördertatbestand 10 ist besonders ausgeprägt in Bayern und Mecklenburg-Vorpommern, dagegen unterrepräsentiert in Berlin, Bremen, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Dies kann jedoch darin begründet werden, dass für jeden Antrag – auch in den anderen Fördertatbeständen – immer Aspekte der Informationssicherheit mit abgedeckt werden mussten. Es könnte daher sein, dass die Kliniken in diesen vier Bundesländern Investitionen zur IT-Sicherheit auch tätigen, jedoch nicht direkt über den Fördertatbestand 10.

Auffällig ist noch die starke Beachtung des Fördertatbestandes 9 in Mecklenburg-Vorpommern, wo sich vielleicht (erfreuliche) Hinweise auf eine stärkere Nutzung von eHealth-Anwendungen im Bereich der Telemedizin ableiten lassen. Denn gerade in diesem Flächenland mit großen strukturschwachen Gebieten dürfte der Anspruch nach einer telemedizinischen Vernetzung groß sein – es bleibt daher abzuwarten, ob sich hier nach Ablauf der KHZG-Förderung telemedizinische Strukturen nachhaltig etablieren. Dies steht im Gegensatz zu den ebenfalls mit einigen strukturschwachen Regionen bestückten Bundesländern Bayern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, in denen nur wenig Anträge des Fördertatbestandes 9 gestellt wurden. Im Stadtstaat Bremen wurden gar keine Anträge zu diesem Komplex gestellt, vielleicht ein Hinweis darauf, dass die in Bremen und Bremerhaven ansässigen Kliniken schon jetzt eng kooperieren.

Eine spannende Bewertung der Anträge pro Fördertatbestand wäre dann möglich, wenn diese mit den Ergebnissen aus der Erhebung des Digitalen Reifegrades „gemappt“ würden. Denn so wäre ersichtlich, ob tatsächlich die beim Reifegradmodell identifizierten Mängel auch wirklich mit den Anträgen korrelieren, Kliniken also ihre Defizite in der Digitalisierung zielgerichtet beheben.

1 Für weitere Informationen zur Fachzeitschrift siehe <https://dvmd.de/publikationen/mdi/> [zuletzt aufgerufen am 12.10.2022]
 2 Siehe <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/krankenhauszukunftsfonds-1/> [zuletzt aufgerufen am 12.10.2022]
 3 Siehe <https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/krankenhausplanung.html> [zuletzt aufgerufen am 12.10.2022, auf der Seite finden sich Links auf die einzelnen Bundesländer]



RZV-EFA und der MD verstehen sich bestens

RZV-Fallaktenlösung erfüllt die Vorgaben der elektronischen-Vorgangsübermittlungsvereinbarung an den Medizinischen Dienst

Text: Markus Stein | Illustration: grivina@iStockfoto

Die schon lange in der Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV) angekündigte Übersendung von Patientenunterlagen auf digitalem Wege an den Medizinischen Dienst (MD) ist nun endgültig mit der besiegelten elektronischen-Vorgangsübermittlungsvereinbarung (eVV) des GKV Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geregelt.¹ War zunächst eine verpflichtende Übertragung zum 1. Juli 2022 geplant, kam es aufgrund von neuen Anforderungen an das Übertragungsformat zu einer Verschiebung auf den 1. Januar 2023.

Bearbeitung der Prüffälle über ein Webportal

Grundlage des digitalen Austausches von Dokumenten zwischen den Kliniken und dem MD bildet eine webbasierte Leistungserbringerplattform (LE-Plattform), die laut eVV eine Verfügbarkeit von mindestens 99,5% einhalten muss – eine für die Bearbeitung von Streitfällen elementare Voraussetzung für das Einhalten der Fristen zur Übertragung von Unterlagen.

Nach der verbindlichen Nutzung der LE-Plattform zum 1. Januar 2023 ist in einem weiteren Schritt ab dem 1. Januar 2024 eine weitere Ausbaustufe angekündigt, die sich primär auf die Annotation von Metadaten zu den Patientenunterlagen bezieht.

In der (technischen) Anlage 1 zur eVV wird präzisiert, wie die Interaktion zwischen Kliniken und den Medizinischen Diensten über die LE-Plattform erfolgen soll. Grundlage der Kommunikation in der LE-Plattform bilden prüffallbasierte Vorgänge, die entweder vom MD oder von der Klinik angestoßen werden. Tabelle 1 listet die Vorgänge gemäß Abschnitt 3.2 der Anlage 1 eVV auf.

Alle beschriebenen Vorgänge können durch die Mitarbeitenden des Medizincontrollings bzw. MD-Managements in den Krankenhäusern manuell über das Webportal der LE-Plattform bedient werden. Sie haben die Möglichkeit, nach erfolgreichem Login in der LE-Plattform die neuen Prüfanzeigen oder Terminvorschläge für Vor-Ort-Begutachtungen einzusehen und im Falle von Unterlagenanforderungen die Patientendokumente hochzuladen.

In Abbildung 1 ist der Aufbau des Webportals zur manuellen Nutzung der LE-Plattform dargestellt. Einzelne Vorgänge zu aktuellen Prüffällen können gezielt gesucht, betrachtet und bearbeitet werden. Eine besondere Herausforderung stellt jedoch die Bereitstellung der digitalen Patientenunterlagen dar, da hinsichtlich des Formats, Dateigröße und Anreicherung mit Metadaten klare Vorgaben definiert sind. So sollen über die LE-Plattform keine „Sammeldokumente“ versandt

Vorgangsart	Aktion Medizinischer Dienst	Aktion Krankenhaus
Versand der Prüfanzeige	Einstellen der Prüfanzeige als PDF und als strukturierter Datensatz	Betrachten der Daten und der Prüfanzeige
Einstellen der Unterlagenanforderung	Initiierung des Dokumentenaustausches mit der Klinik inklusive Nennung der Bereitstellungsfrist	Betrachten der Daten
Hochladen der Patientenunterlagen	-	Betrachten der prüffallspezifischen Patientenunterlagen
Herunterladen der Patientenunterlagen	Download der von der Klinik bereitgestellten Patientenunterlagen	-
Vereinbarung eines Begehungstermins	Vorschlag eines Begehungstermins (inkl. bis zu zwei Alternativterminen)	Betrachten und Prüfen der Terminvorschläge
Antwort Begehungstermin	Betrachten der Antwort aus der Klinik	Antwort auf die MD-Anfrage zur Durchführung einer Vor-Ort- Begutachtung
Übertragung der Begehungsliste	Einstellen der konsentierten Begehungsliste mit den Prüffällen zur Vor-Ort-Begutachtung	Betrachten bzw. Download der Begehungsliste zur Vorbereitung auf die Vor-Ort-Begutachtung
Übertragung der Ergebnismitteilung	Einstellen des MD-Gutachtens	Download des MD-Gutachtens

Tabelle 1 - Vorgangsarten im LE-Portal des Medizinischen Dienstes

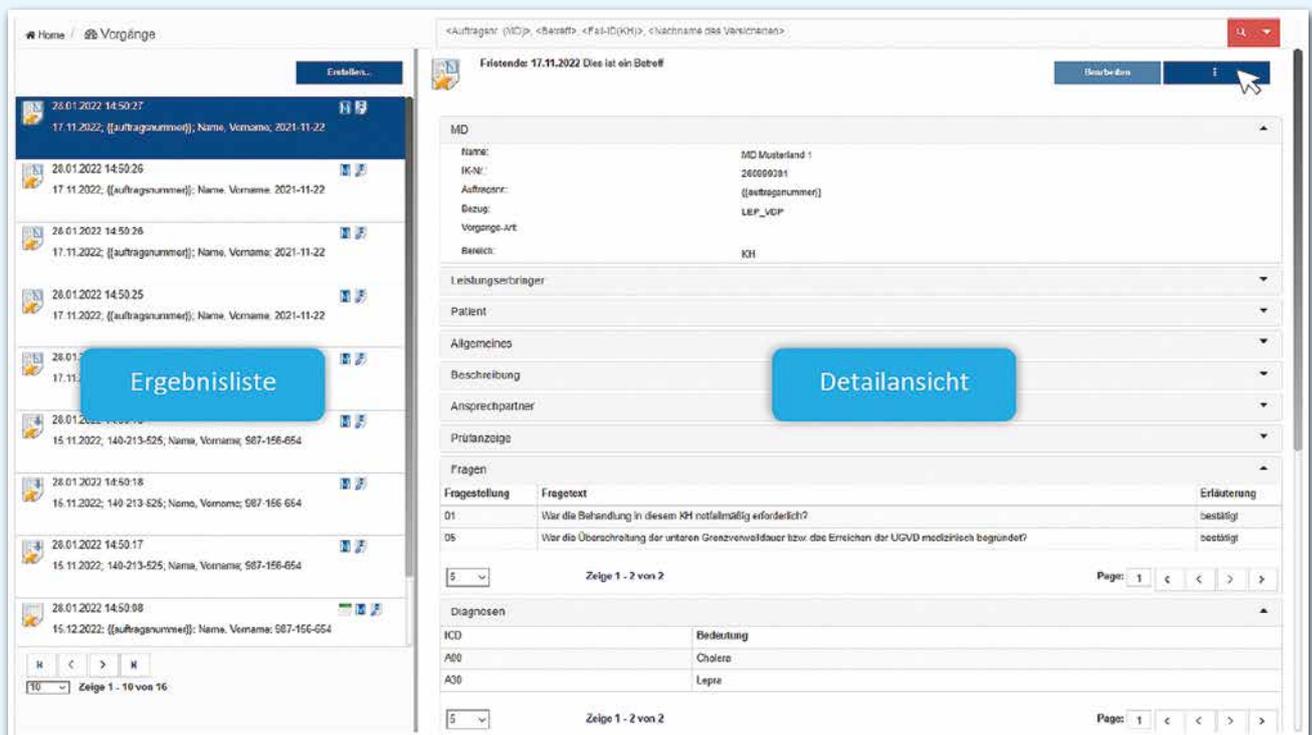


Abbildung 1 - Webportal der LE-Plattform (Quelle: Anlage 1 eVV)

werden, d. h. jedes Dokument wie ein OP-Bericht oder der Arztbrief muss einzeln in die LE-Plattform eingestellt werden. Erfahrungen von Nutzern mit dem Webportal berichten von teilweise langsamen Übertragungsvorgängen, was gerade bei größeren Dateien wie z. B. Scans von Intensivkurven durchaus zu erwarten war.

Klare Vorgaben an digitale Patientenunterlagen

In den Grundsätzen der Datenbereitstellung, dem §4 eVV wird in Absatz 2 vorgeschrieben, dass „jeder Nutzer bei der Unterlagenübermittlung sicherstellt, dass die Unterlagen gemäß den folgenden Anforderungen vollständig und lesbar,

d. h. Scans weder unscharf, verkleinert, abgeschnitten noch unpassende Dokumente übermittelt worden sind.“ Wie schon erwähnt, dürfen die einzelnen Dokumente nicht wie bisher in zusammengeführte PDF-Dateien mit Lesezeichen gebündelt, sondern müssen jedes für sich in die LE-Plattform übertragen werden.

Enthält ein Dokument mehrere Seiten, werden diese bei Überschreiten der erlaubten Dateigröße auf mehrere Dateien verteilt – diese Größe ist nach eVV auf 100 MB beschränkt, einzelne Medizinische Dienste gestatten auch größere Dateien zur Übertragung. Bei mehreren Seiten ist auf eine chronologische Sortierung im Übertragungsdokument sowie auf die



	Dokumenttitel	Legacy-Typ	classCode	typeCode	KDL (Beschreibung)
OP-Bericht	Operationsbericht[e]	KHB	DUR	OPDK	OP150103 [OP-Bericht]
Pflegekurve	Fieberkurve/Tageskurve	KPA	DUR	PFLG	VL160106 [Pflegekurve]
Medikation	Medikamentenbogen	KPA	PLA	MEDI	TH130107 [Medikamentenplan intern/extern]
Gastroskopie-Befund	Befunde Endoskopie	TLB	BEF	BILD	DG020105 [Endoskopiebefund]
Blutbild	Laborbefunde kumulativ	TLB	LAB	BEFU	LB120103 [Laborbefund intern]

Tabelle 2 - Metadaten ausgewählter Dokumente gemäß Anhang 1 Anlage 1 eVV

korrekte Ausrichtung in Leserichtung zu achten. Als Maßgabe für ausreichende Scans gibt die eVV eine Mindestauflösung von 100 dpi für einfache Textdokumente und von 300 dpi für farbige bzw. handschriftliche Unterlagen an.

Für das Dateiformat wird PDF als Standard vorausgesetzt, darüber hinaus ist auch die Übertragung von Bild-, Video und Tondokumenten an den MD möglich. Dateinamen sollen ausdrücklich keine Angaben zu Patienten wie Name oder Geburtsdatum enthalten.

Aufwendiger für den manuellen Upload von Patientenunterlagen in die LE-Plattform ist jedoch die Verknüpfung von Metadaten mit den einzelnen Dokumenten, d. h. OP-Berichte, Pflegeanamnesen oder Arztbriefe müssen mit definierten Codes angereichert werden.

Im Anhang 1 zur (technischen) Anlage 1 der eVV finden sich detaillierte Angaben zur Nutzung von Codesystemen. Erfreulicherweise haben sich GKV-SV und DKG auf etablierte Standards zur Beschreibung von Dokumententypen geeinigt: den IHE XDS Value Sets, die auch Anwendung bei der Verschlagwortung von Dokumenten für die elektronische Patientenakte nach §341 SGB V finden.² Als Metadaten schreibt die eVV folgende Attribute vor:

1. Titel des Dokuments
2. Dokumententyp gemäß MD-Vorgaben („Legacy“)
3. Dokumentklasse gemäß IHE XDS Value Set classCode
4. Dokumententyp gemäß IHE XDS Value Set typeCode
5. Spezifischer Dokumententyp gemäß KDL („Konsolidierte Dokumentenliste“) unter Nutzung des IHE XDS Value Set eventCodeListe

Die ersten beiden Metadaten sind ab dem 1. Januar 2023 verpflichtend anzuwenden, die drei anderen Metadaten ab dem 1. Januar 2024. Der erwähnte Anhang 1 listet unter Abschnitt 3 „von den MD in der Regel angeforderten Dokumente auf die Dokumentenattribute nach IHE“ auf.

Bei einer manuellen Bearbeitung der Prüffälle müssen also die Patientenunterlagen einzeln in die LE-Plattform hochgeladen und dort ab dem 1. Januar 2023 verpflichtend mit einem der angebotenen Titel plus dem „Legacy“-Dokumententyp versehen werden. Finden sich keine passenden Einträge in diesem Anhang für ein zu übertragendes Dokument, lässt die LE-Plattform die Nutzung von vier „Restklassen“ zu, die mit einem manuell einzugebenden Titel ergänzt werden können. Komplexer wird die Bearbeitung ab 2024, da dann auch drei weitere Metadaten pro hochzuladendem Dokument vergeben werden müssen. Tabelle 2 zeigt dies an einigen exemplarischen Dokumenten auf.

Fallaktenlösung „RZV-EFA für MD“ automatisiert die MD-Kommunikation

Die bisher dargelegten Bedingungen zur Übertragung von Dokumenten an den MD, wird das Klinikpersonal aus Medizincontrolling und MD-Management schnell nach „automatisierten“ Lösungen rufen lassen – umso mehr, als in den Kliniken zunehmend Dokumente digital in KIS und/oder Archiv vorliegen.

Die gute Nachricht: Der Ruf nach systemgestützter Hilfe wurde erhört. Die webbasierte Applikation „RZV-EFA für MD“ erfüllt die Vorgaben der eVV durch einen Workflow, der alle erforderlichen Schritte der Dokumentenbereitstellung bis hin zum Empfang des Gutachtens vollständig digital abbildet. Dabei arbeitet die RZV-Applikation serverbasiert, d. h. in den Kliniken ist zur Nutzung lediglich ein Internetbrowser erforderlich. Über eine bereitgestellte API-Schnittstelle lädt „RZV-EFA für MD“ nachts alle neuen Prüfanzeigen aus der LE-Plattform herunter und legt anhand der bereitgestellten, strukturierten Daten die Prüffälle an. Darüber hinaus werden weitere Daten zum Prüffall wie Fragestellung oder zu prüfende Diagnosen und Prozeduren angezeigt. Nutzer können die Prüfanzeige auch in PDF-Form betrachten.

Fallnummer	0001198422	MD Fallnr.	DTA20220711805FB047
Frist	06.10.2022	Patient	
Fachabteilung	Innere Medizin	Bearbeitungsstatus	Quittierung des MD lieg

Fall schließen	Dokument hinzufügen	Dokumente importieren	An LE-Portal übermitteln	Priorität	Teilen	↻
----------------	---------------------	-----------------------	--------------------------	-----------	--------	---

Fallinformationen		Angeforderte Unterlagen	Patientenunterlagen	MD Kommunikation	
#	Titel ↕	Erläuterung ↕	Priorität ▼	Quelle ↕	Eingestellte Dok... ↕
✓	Pflegebericht		Wichtig	LE Portal	1 (Übermittelt: 1)
✓	(KH-) Entlassungsbericht		Wichtig	LE Portal	1 (Übermittelt: 1)
✓	Fieberkurve/Tageskurve		Wichtig	LE Portal	1 (Übermittelt: 1)
!	Notaufnahmebericht		Normal	LE Portal	0 (Übermittelt: 0)
!	Funktionsdiagnostik Lunge...		Normal	LE Portal	0 (Übermittelt: 0)

Abbildung 2 - Liste der vom MD angeforderten Dokument in der RZV-EFA für MD

Mit der Bereitstellung einer Unterlagenanforderung des MD, die ebenfalls nachts in die Fallakte „RZV-EFA für MD“ geladen wird, liegen die angeforderten Dokumententypen dann in einer strukturierten Liste vor, die von dem Klinikpersonal nach Notwendigkeit zur Bereitstellung priorisiert werden kann. In Abbildung 2 ist ein Ausschnitt der „RZV-EFA für MD“ zu erkennen, in der die vom MD angeforderten Dokumente nach ihrer Relevanz zur Dokumentenbereitstellung in der Spalte „Priorität“ eingestuft wurden. Der grüne Haken zeigt an, ob bereits ein Dokument zum angeforderten Dokumententyp aus den Primärsystemen extrahiert bzw. manuell hochgeladen wurde. Im nächsten Schritt können die Dokumente in „RZV-EFA für MD“ hochgeladen werden. Dabei kann dies über drei Wege erfolgen:

1. Automatischer Import ausgewählter Dokumente aus Primärsystemen wie KIS oder Archiv
2. Bereitstellung von Dokumenten in einem Austauschverzeichnis mit nächtlichem Import
3. Manueller Upload von gescannten Dokumenten

Zur Erleichterung des zweiten Wegs legt „RZV-EFA für MD“ automatisch Unterverzeichnisse pro Prüffall an, damit das Klinikpersonal die zu diesem Fall gehörenden Dokumente dort einstellen kann. In einigen Implementierungen kopieren die Anwender Sammeldokumente ein, die aus Archiven generiert wurden und Lesezeichen enthalten. Die RZV-Fallaktenlösung importiert diese Dateien und teilt sie anhand der Lesezeichen auf. Heißt beispielsweise ein Lesezeichen „Abdomensonographie vom 3.2.2022“ wird daraus

ein einzelnes Dokument mit der Benennung analog zum Lesezeichen erstellt. Es können bei diesem Schritt bis zu 2 GB große Dateien verarbeitet werden, durch den nächtlichen Arbeitsschritt bleibt die Performance der „RZV-EFA für MD“ konstant hoch.

Während der Importvorgänge werden die Dokumente automatisch mit den geforderten Metadaten versehen, und zwar mit allen Codes, die ab dem 1. Januar 2024 vorgeschrieben sind. Dieser Schritt erfolgt über Mappingtabellen, die im Rahmen der Implementierung in den Kliniken erstellt und in der RZV-Applikation hinterlegt werden.

Schließlich erfolgt der letzte Schritt in der Dokumentenbereitstellung, der Transfer in die LE-Plattform. Hier wählt man aus dem Set der importierten Dokumente diejenigen aus, welche übertragen werden sollen. Nach erfolgter Bestätigung wird der Transferprozess im Hintergrund gestartet. Sobald alle ausgewählten Dokumente erfolgreich in die LE-Plattform des Medizinischen Dienstes hochgeladen wurden, generiert die „RZV-EFA für MD“ ein Übertragungsprotokoll, aus dem der Zeitpunkt und die Bezeichnungen der hochgeladenen Dokumente ersichtlich sind.

Der von der LE-Plattform geforderte Schritt des „Eincheckens“, also der Beendigung im Übertragungsvorgang, wird von dem Programm automatisch nach dem erfolgreichen Transfer durchgeführt. Im Anschluss generiert der MD eine Quittierungsdatei, die systemgesteuert in die „RZV-EFA für MD“ importiert wird. Sobald diese vorliegt, wird eine



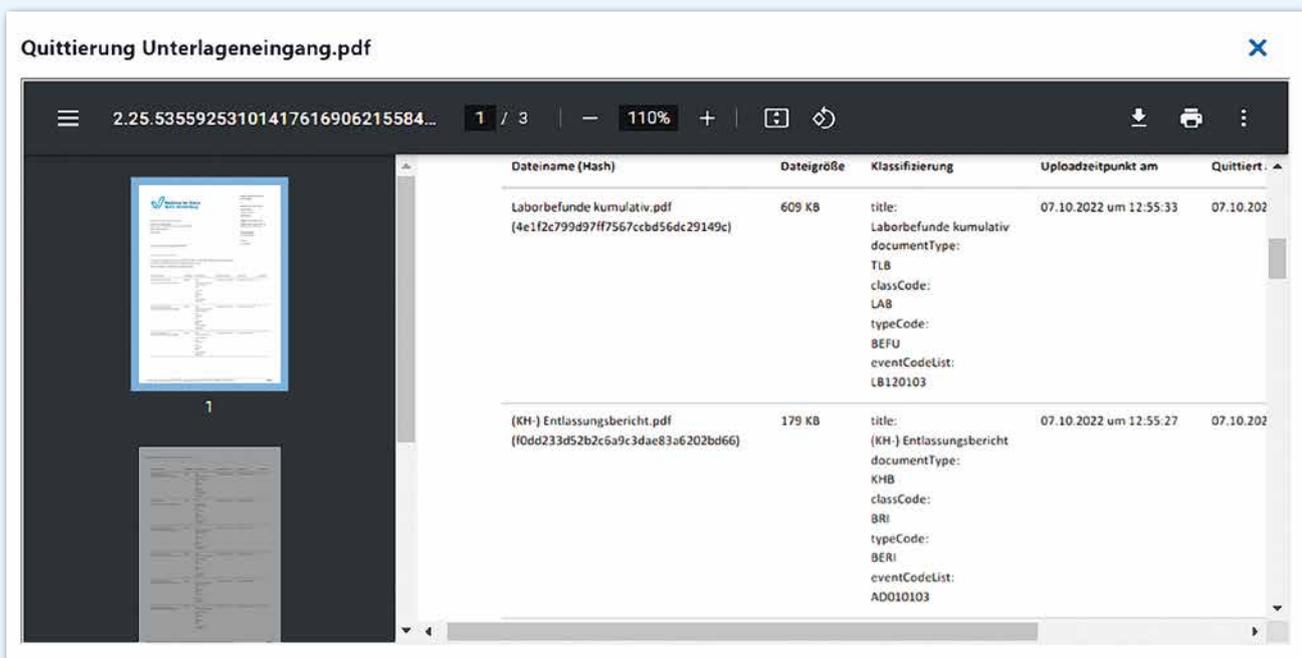


Abbildung 3 – Betrachten einer Quittierungsnachricht des MD in der RZV-EFA für MD

ZIP-Datei erzeugt, in der das Übertragungsprotokoll, die Quittierungsdatei und alle übertragenen Dokumente enthalten sind. Für Kliniken besteht die Option, diese ZIP-Datei herunterzuladen, wodurch die Transparenz über Umfang und Art der transferierten Daten gewährleistet ist – zudem stellt diese ZIP-Datei eine wichtige Grundlage für das eventuell sich an das MD-Verfahren anschließende Erörterungsverfahren. Denn dabei soll es ausschließlich um die Dokumente gehen, die an den MD übermittelt wurden.

In Abbildung 3 ist die Quittierung eines MD zu erkennen, die direkt in „RZV-EFA für MD“ betrachtet wird. In der Detailansicht der PDF sind für jedes übertragene Dokument die Größe sowie die entsprechenden Codes in der Spalte „Klassifizierung“ zu erkennen.

Ist das Gutachten in der LE-Plattform bereitgestellt, wird diese wie die Prüfanzüge automatisch in die „RZV-EFA für MD“ importiert. Der hier beschriebene Ablauf muss dem Klinikpersonal in Form eines Bearbeitungsstatus ersichtlich sein, um potenziell nicht fristgerecht bearbeitete Prüffälle schnell identifizieren zu können. In Abbildung 2 ist der Bearbeitungsstatus in den Kopfdaten erkennbar, hier „Quittierung des MD liegt vor“.

Schnittstellen zu MD-Tools

Die Applikation „RZV-EFA für MD“ sieht eine bidirektionale Schnittstelle zu einem MD-Tool vor, eingerichtet wurde diese schon im IS-H MD-Arbeitsplatz, eine RZV-Eigenentwicklung. Dabei werden zunächst neue Prüffälle über eine strukturierte Schnittstelle an das MD-Tool übermittelt, so dass auch dort die Prüffälle direkt angelegt werden. Somit wäre eine komplett digitale Kette von LE-Plattform über die „RZV-EFA für MD“ bis hin zu einem MD-Tool gegeben. Im Rahmen dieser Anlage von Prüffällen wird auch die Prüfanzüge als PDF an das MD-Tool übermittelt.

Um eine Übersicht des Dokumentenbereitstellungsprozesses zu erhalten, wird für alle Prüffälle der „RZV-EFA für MD“ der jeweilige Bearbeitungsstatus an das MD-Tool übertragen. So sehen die Anwender auf einen Blick, ob beispielsweise eine Quittierungsnachricht oder ein Gutachten des MD vorliegt. Gutachten werden als PDF aber auch direkt an das MD-Tool transferiert, so dass dieses wichtige Dokument direkt dort betrachtet werden kann.

- 1 Siehe <https://www.dkgev.de/themen/digitalisierung-daten/elektronischdatenuebermittlung/datenuebermittlung-mit-dem-medizinischen-dienst-md/> [aufgerufen am 13.10.2022]
- 2 Eine Beschreibung der einzelnen Value Sets findet sich im offiziellen HL7 Wiki unter https://wiki.hl7.de/index.php?title=IG:Value_Sets_für_XDS [aufgerufen am 13.10.2022]

Meierhofer 

Für höchste
Ansprüche:
**Digitale
Lösungen für
Krankenhäuser**

Wir denken Zukunft

Erfahren Sie mehr unter:
www.meierhofer.com/m-kis-next

35
Jahre

Totaler Breakdown:

Die [wahrscheinlich]
dramatischen
Auswirkungen
der kommenden
Hitzewellen

Text: Anna Quasdorf | Foto: Ashraf Ullah@iStockphoto

Schwere Erdbeben, schwindende Wasservorräte, leere Regale im Supermarkt und Wasserflüchtlinge in ganz Europa. Dieses Szenario stammt aus der Feder von Wolf Harlander in seiner Dystopie „42 Grad“. In seinem Roman herrscht in Deutschland eine Hitzewelle mit einer Außentemperatur von über 50 Grad. So schlimm ist es bisher in Deutschland noch nicht. Doch die Auswirkungen der verheerenden Hitzewelle im Juli und August 2022 in Europa machen Angst vor der Zukunft.

Seit 1881 ist in Deutschland die Jahresmitteltemperatur um 1,6 Grad gestiegen, wie der Deutsche Wetterdienst (DWD) bekannt gibt. „Langanhaltende Phasen mit Tageshöchsttemperaturen von 30 Grad und darüber sind in einigen Gegenden ein neues Phänomen“, so der DWD. Das zeigt auch eine Statistik. In den 1950er Jahren gab es im bundesweiten Mittel pro Jahr etwa drei heiße Tage mit über 30 Grad. In den Jahren 1991 bis 2019 gab es schon durchschnittlich 8,8 Tage – Tendenz steigend. Von einer „Hitzewelle“ spricht man erst, wenn an mindestens fünf aufeinanderfolgenden Tagen Temperaturen von über 30 Grad erreicht werden. In der vergangenen Hitzewelle Mitte 2022 gab es fast täglich in Deutschland und Europa neue Hitzerekorde. Das verwundert nicht. Waren schließlich 1951 bis 1980 weniger als 1 Prozent der globalen Landfläche von extrem heißen Sommern betroffen, waren es zwischen 2006 und 2022 bereits zwischen 4 und 23 Prozent. Ein Expertennetzwerk des Bundesverkehrsministeriums hat mit dem DWD konkrete Zahlen berechnet: Demnach könnte das 30-jährige Mittel der Temperatur in Deutschland in den Jahren 2071 bis 2100 um bis zu fünf Grad höher sein als in den Vergleichsmonaten 1971 bis 2000. Tageshöchstwerte von über 45 Grad sind dann in den Sommermonaten keine Seltenheit mehr. Doch solche hohen Temperaturen könnte es künftig nicht nur im Sommer geben – auch im Frühling könnten dann schon Temperaturen über 45 Grad erreicht werden. Durch Veränderungen der Luftströmung verlangsamte sich der Jetstream, erklärt ein Sprecher des Potsdam-Instituts für Klimaforschung dem Bayerischen Rundfunk. Durch den langsameren Jetstream könnte dadurch die erste Hitzewelle schon im Frühling beginnen und nahtlos in den Sommer übergehen. Für Andreas Becker, Leiter der DWD-Abteilung Klimaüberwachung, ist klar, worauf es nun ankommt: „Auch wenn wir heute erst Anfangen mit dem Klimaschutz, können wir noch Einfluss nehmen. Jedes Zehntel-Grad zählt.“

Klimawandel als Auslöser der Hitzewellen: Versäumnisse müssen aufgeholt werden

Hauptursache für die diesjährige und die kommenden Hitzewellen ist der Klimawandel. „Die Hitzewelle im Juni sei zwar normal für den Sommer, allerdings eher für Juli oder August“, erläutert Clare Nullis, Sprecherin der Weltwetterorganisation (WMO) gegenüber der Deutschen Presse-Agentur. Durch den Klimawandel würden solche Hitzeperioden nun zur Normalität werden und im Weitblick umso häufiger auftreten. „Was wir heute erleben, ist leider ein Vorgeschmack auf die Zukunft“, so Nullis weiter. Schuld daran ist die hohe Konzentration von Gasen in der Atmosphäre. Diese verursacht den Treibhauseffekt. Über diesen gibt es derzeit zwei Theorien. Zum einen hat sich die Zirkulation von Luftströmungen in der Atmosphäre in den letzten Jahren deutlich verändert. Der Jetstream, der sonst für Abkühlung im Sommer sorgte, hat sich abgeschwächt – dadurch schwitzen wir deutlich länger. Zum anderen sind die Böden trockener geworden, so dass die Sonne die Luft noch einfacher erwärmen kann. Ein Aufhalten des Klimawandels scheint hier die einfachste Lösung zu sein, doch sind die Auswirkungen der Maßnahmen erst nach einigen Jahrzehnten wirklich spürbar. Es scheint, als müsste Europa erst einmal die Versäumnisse der letzten Jahre ausbaden, bis endlich Besserung erreicht wird.

Hitzewelle als Gefahr für die Menschen: Zahl der Todesopfer könnte explodieren

Bis zur Besserung der Mitteltemperatur in Europa kann dies noch schwerwiegende Folgen haben. Die Hitze ist der leise Tod und das gefährlichste Wetterextrem, dass die Klimakrise mit sich bringt. Das Umweltbundesamt warnt, dass vor allem alleinlebende und pflegebedürftige Menschen ab dem 65. Lebensjahr, in einer Hitzewelle stark gefährdet sind. Die Gefahr steigt mit zunehmendem Alter, weil die Fähigkeit des Körpers zur Selbstkühlung durch das Schwitzen abnimmt. Bei einer Hitzewelle kann die Körpertemperatur schnell lebensgefährlich hoch steigen. Doch nicht nur die Hitze an sich wird zur Gefahr, auch die UV-Strahlung. Die Gefahr ist weder sichtbar, noch spürbar, kann aber dennoch lebensgefährlich sein. UV-Strahlung ist der energiereichste Teil der optischen Strahlung und ist nicht nur krebserregend,

>

sondern auch Ursache sofortiger und langfristiger Auswirkungen auf die Haut und die Augen. Die erste sichtbare Schädigung des Hautgewebes ist die Bräunung. Sonnenallergie, starker Sonnenbrand und fototoxische Reaktionen können dann bei einem kleinen Spaziergang im Sommer zur Normalität werden. An den Augen kann die UV-Strahlung zu schmerzhaften Binde- und Hornhautentzündungen führen. Auch das Immunsystem leidet, da die UV-Strahlung die Immunantwort unterdrückt – Krankheiten können sich so leichter verbreiten. Folgend werden Arbeitsausfälle in bestimmten Branchen selbst bei gesunden Menschen immer wahrscheinlicher. Kritische Infrastruktur, wie das Gesundheitssystem, die Verkehrsinfrastruktur oder die Energieversorgung könnte so völlig brach liegen, warnt das Bundesministerium für Bildung und Forschung. So klingt die Dystopie von Wolf Harlander plötzlich nicht mehr so unwahrscheinlich. Menschen könnten durch die langanhaltende Hitze Dauergäste in der Notaufnahme werden – dehydriert, verwirrt, mit Kreislaufkollaps oder weil Medikamente keine Wirkung mehr zeigen. Alleine in den Sommern 2018 bis 2020 kamen laut einer Studie fast 20.000 Menschen in Deutschland durch Hitze ums Leben. „Das sind doppelt so viele wie im Straßenverkehr – in nur wenigen Tagen. Dabei sind Hitzetode vermeidbare Tode“, appelliert Claudia Traidl-Hoffmann, Direktorin des Instituts für Umweltmedizin Helmholtz in München. Durch die Hitze werden Herz, Lunge und Blutgefäße belastet, weil der Körper versucht, an der Kerntemperatur von 37 Grad festzuhalten. Überhitzt der Körper weiter, gerät ein gefährlicher Prozess in Gang. Ab 42 Grad Körpertemperatur gerinnt das Blut in den Adern erst zu viel und dann gar nicht mehr. Das Hirn schwillt an und die Nieren filtern Giftstoffe nicht mehr aus dem Körper. Multiples Organversagen droht. Denaturieren dann die Eiweiße, kommt jede Hilfe zu spät. Menschen aus Großstädten sind durch die Luftverschmutzung noch gefährdeter. Dort steigt neben der Hitze auch die Schadstoffbelastung. Schuld daran sind komplexe chemische Reaktionen. Während die Bevölkerung in Europa und weltweit nur mit höchster Vorsicht ohne gesundheitliche Folgen aus einer Hitzewelle kommen wird, wird für andere jede Hilfe zu spät kommen.

Das ohnehin stark belastete Gesundheitssystem wird völlig zusammenbrechen, Triage steht dann an der Tagesordnung. Doch nicht nur dort wird die langanhaltende Hitze schlimme Folgen haben.

Hitzewellen könnten zu leeren Regalen im Supermarkt führen

Besonders gravierend werden kommende Hitzewellen für die Landwirtschaft sein. Allein im Jahr 2018 wurden die Verluste für die Landwirtschaft durch die Hitzewelle auf 700 Millionen bis drei Milliarden Euro geschätzt. Dazu kommen massive Schäden in den Wäldern. Durch völlig ausgetrocknete Bäume konnte sich so auch der Borkenkäfer wie eine Plage ausbreiten. Die Bäume waren so dehydriert, dass sie keinen eigenen Käferschutz mehr aufbauen konnten. Dazu kommen verheerende Waldbrände. „Je trockener Waldböden sind, umso entzündlicher sind sie. Hitze dörrt vor allem den Oberboden aus, dadurch wächst an heißen Tagen die Waldbrandgefahr extrem. Eine weggeworfene Kippe, eine Fehlzündung am Katalysator und aus einem Funken werden gefährliche Flammen“, warnt Dr. Andreas Marx, Klimaforscher am Münchener Helmholtz Institut. Das habe auch weitreichende Folgen für die Zukunft: „Es werden immer mehr Waldgebiete gesperrt. Ich fürchte, in unseren Wäldern wird es in absehbarer Zeit brennen wie in Südeuropa.“ Die Folgen dieser Waldbrände werden auch sekundär zu sehen sein. Während in ganz Europa Waldbrände sämtliche Landstriche vermutlich kahl werden lassen, werden wohl auch die Ernten verbrannt werden. Supermarktregale könnten dann leer sein, das Essen rar. Neben steigender Gewalt und Kämpfe um Nahrung, werden dann wohl auch die Menschen schwächer, landen schneller im Krankenhaus – wo das Gesundheitssystem dann vermutlich schon seit Wochen zusammengebrochen ist. Ein Teufelskreis könnte dann in Gang treten, der das Leben von Millionen Menschen in Europa gefährden würde. Was zuerst eine Roman-Dystopie war, könnte schon bald bittere Realität werden.



„Vom Feeling her hatte ich ein gutes Gefühl!“

In dieser Ausgabe widmen wir uns der schönsten Nebensache der Welt: dem Fußball und seinen Protagonisten. Diese begeistern uns immer wieder aufs Neue mit ihren außergewöhnlichen technischen Fertigkeiten und ihrer durchtrainierten Physis. Aber auch verbal lassen sie uns oft staunend zurück.

Ich habe es mir sehr genau überlegt und dann spontan zugesagt.

Toni Polster

Ich habe ihn nur ganz leicht retuschiert.

Olaf Thon

Ob Felix Magath die Titanic gerettet hätte, weiß ich nicht. Aber die Überlebenden wären topfit gewesen.

Jan-Aage Fjørtoft

Die Karten sind neu gewürfelt.

Oliver Kahn

Ihr Fünf spielt jetzt vier gegen drei.

Fritz Langner

Ich bin immer sehr selbstkritisch, auch mir selbst gegenüber.

Andreas Möller

Da gehe ich mit Ihnen ganz chloroform.

Helmut Schön

Das ist Schnee von morgen.

Jens Jeremies

Ja, der FC Tirol hat eine Obduktion auf mich.

Peter Pacult

Die Sanitäter haben mir sofort eine Invasion gelegt.

Fritz Walter





DIE ELEKTRONISCHE FALLAKTE

Alles, was Ärztinnen und Ärzte brauchen. **An einem Ort!**

Mit unserer Elektronischen Fallakte können Ärztinnen und Ärzte Informationen und Dokumente zu einem gemeinsam behandelten Patienten datenschutzgerecht online austauschen. Das bringt alle beteiligten Leistungserbringer auf den gleichen aktuellen Stand. Insbesondere bei komplexen Behandlungssituationen, die eine enge Kooperation über Einrichtungs- und Sektorengrenzen hinweg erfordert, ist die RZV-EFA die perfekte digitale Kommunikationsplattform. Probieren Sie es aus.

vertrieb@rzv.de | +49 (0)2335 638-500

