im dialog

Magazin für Ärzte und Netze im GNS

Mehr Mitsprache in der ärztlichen Versorgung durch Kommunen?

Quo vadis Medizin-studium?

Zukunfts-weisende Tech-nologien in der G'sundregion

Ich will bloß meinen Job machen … Berufspolitik ist doch nur was für alte Säcke … … oder etwa nicht?

Liebe Mitglieder, liebe Leserin, lieber Leser, sehr geehrte Damen und Herren,

„Liebe Freunde Briefe“ sind ein fester Bestandteil des Berliner Regierungsbetriebs. Sie werden von einem Ministerium an die Mitglieder des Parlaments aus den eignen Reihen versendet, um die Parlamentarier nach einem Gesetzgebungsverfahren zu „updaten“, also darüber zu informieren, worüber sie zuvor abgestimmt haben, um sie für die Wahlkreise dingfest zu machen. „Liebe Freunde Briefe“ haben also einen bestimmten Duktus und Charakter. In der Regel sind sie nicht kritisch sondern eher bestimmt. Ganz ausdrücklich merke ich an, dass dies kein „Liebe-Freunde-Brief“ wird. Schon eher ein „Lasst-uns-mal-kritisch-hingucken-Papier“.

Ärztliche Berufspolitik und das Alter sowie das Geschlecht der Protagonisten scheinen in einem linearen Zusammenhang zu stehen. Spitzenämter werden beinahe ausnahmslos von eher älteren, meist männlichen Kollegen bekleidet. Obwohl die Zahl der Frauen in der ärztlichen Politik zunimmt, sind sie noch immer deutlich unterrepräsentiert. Egal ob jung oder alt. Ganz anders die Struktur der Ärzteschaft. Sie wird immer weiblicher. Ich bin sicher, dass es notwendig ist, dass Gremien und Spitzenämter annähernd die Struktur der Mitglieder repräsentieren. Genauso sicher bin ich auch, dass es besser ist, wenn sich die Repräsentation quasi von selbst, also ohne Quoten und sonst wie gefördert einstellt. Allerdings habe ich meine Zweifel. Franz Knieps, ehemaliger Abteilungsleiter im BMG und heutiger Vorsitzender des Vorstands des BKK Dachverbands berichtete kürzlich darüber, dass er einer Sitzung beiwohnte, bei der ein Spitzenvertreter der Selbstverwaltung erklärte, dass man deswegen so wenig Frauen in den eigenen Reihen habe, weil das Geschäft eine komplizierte Angelegenheit sei und ein Teil der Sitzungen sogar abends stattfinde. Er fragte sich daraufhin, wo diese Leute leben und wer sie auswählt. Ebenso merkte er an, dass er sich frage, was diese Leute eigentlich noch sagen müssten, um zu demonstrieren, dass Sie zur Disposition der politischen Entwicklung stehen. Ich verkneife mir eigene weiterführende Gedanken.

Gestatten Sie mir einen kleinen gedanklichen Ausflug. Welche Namen fallen Ihnen ein, wenn es um die aktuelle Klimadebatte und die Anführer der Fridays for future Bewegung geht? Eventuell Greta Thunberg oder Luisa Neubauer? Beide sind weiblich und beide sind jung. Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden (BVMD) hatte bis vor kurzem mit Jana Aulenkamp eine Präsidentin. Also sind Frauen per se keineswegs unpolitisch und aller Voraussicht nach auch nicht gerade bequem. Weder in der Klimapolitik noch in der Medizin. Bitte verzeihen Sie mir, dass ich es gewagt habe, Äpfel mit Birnen zu vergleichen. Aber vielleicht ist das genau notwendig. In der diesjährigen Generalversammlung der GNS wurden drei neue Aufsichtsratsmitglieder gewählt, die allesamt der „jüngeren Generation“ der Ärzte angehören. Darauf sind wir stolz. Dass sie nicht weiblich sind, lässt uns nicht verzagen. Vielleicht klappt es ja beim nächsten Mal. Dies ist eine Einladung.

In unserem gemeinsamen Gespräch über die Ideen des Landkreistages und den gewünschten Einfluss durch die Kommunen auf die Gesundheitsversorgung hat der Geschäftsführer, Dr. Alexis von Komorowski auch die Gelbwesten aus Frankreich bemüht, um darauf hinzuweisen, dass die Einmischungsbereitschaft breiter Bevölkerungskreise deutlich zugenommen hat. Ich fand das Beispiel weder abstrus noch unzulässig. Ich denke, dass die Zeiten sich aktuell gerade wirklich wandeln. Ich wünsche allen gewählten politischen Vertretern der Ärzteschaft die Erkenntnis, dass die Herausforderungen von morgen nicht mit den Instrumenten und Verfahren von gestern zu lösen sein werden. Mein Wunsch gründet sich darauf, dass ich ein Fan der Selbstverwaltung bin.

Wir haben für diese Ausgabe dieses Magazins einige sehr interessante Gespräche geführt und spannende Gedanken vernommen. Sei es mit dem schon erwähnten Dr. v. Komorowski, der sehr unverblümt mehr kommunalen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung fordert, oder sei es ein Gespräch mit Frau Prof. Jana Jünger, die als Präsidentin des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) eine entscheidende Rolle bei der Umsetzung des Masterplans Medizin 2020 spielt und sehr klar die veränderten Berufspräferenzen der Jungmediziner benennt. Auch der neugewählte Kammerpräsident der LÄK Baden-Württemberg war unser Gesprächspartner. Er sieht die Dinge im Fluss und verwies darauf, dass immer mehr Frauen in Gremien vertreten sind und in jedem Kammerbezirk die Gruppe der jungen Ärzte vertreten ist. Dies kann maximal der Anfang des Wandels sein, den die Selbstverwaltung und die ärztliche Berufspolitik dringend braucht, wenn sie nicht Gefahr laufen will, vergleichbar mit den etablierten Parteien ganze Generationen abzuhängen. Auch die ärztliche Berufspolitik ist nicht frei von Erdrutschgefahren.

Ich grüße Sie ganz herzlich

Ihr **Wolfgang Bachmann**
Geschäftsführender
Vorstand Gesundheitsnetz Süd eG

Inhalt

Seite 2: Vorwort

Redaktioneller Beitrag/GNS aktuell

Seite 4: Interview mit Dr. Miller, dem neuen Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Seite 6: Kommunen wünschen mehr Mitsprache in der Gesundheitsverorgung

Seite 10: Orientierung für den ärztlichen Nachwuchs

Seite 12: Mit neuen Technologien Distanzen überwinden

Seite 14: Datenschutzmanagement der paeDoc AG

Laborecke

Seite 18: Warum richtiges Messen bei Omega-3 Fettsäuren entscheidet

Assekuranz

Seite 19: Check-Liste zum Cyberrisiko

Impressum

Herausgeber Gesundheitsnetz Süd eG, GNS, Hopfenhausstraße 2, 89584 Ehingen (Donau), www.GNSued.de, service@GNSued.de Fon 07391 5865458, Fax 07391 5865451 **Vorstand** Wolfgang Bachmann, Dr. Friedrich Gagsteiger, Christoph Spellenberg **Redaktion** Dr. med. Klaus Lenz, Internist **Layout/Covergestaltung/ Realisation** ‘pyrus Werbeagentur, Ulm, www.pyruswerbeagentur.de **Anzeigenbuchung** Sekretariat, Fax 07391 5865451, service@GNSued.de **Druck** Druckwerk Süd GmbH & Co KG, www.druckwerk-sued.de

Rechte © Gesundheitsnetz Süd eG, **Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.**

Hinweis Die Redaktion behält sich vor, zugesandte Manuskripte zu kürzen. **Bildquellen** GNS

„Vorn und in der Mitte bewirken Sie am meisten“

„Im dialog“ hat mit Dr. Miller gesprochen und ihn nach seinen Plänen für seine Präsidentschaft befragt

Wolfgang Bachmann

Dr. Miller

Dr. Wolfgang Miller ist neuer Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Dialog: *Was haben Sie sich für die ersten 100 Tage vorgenommen?*

Miller: Die erste Aufgabe besteht darin, die 2018 in Erfurt beschlossene Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) auf Landesebene umzusetzen. Dazu haben wir uns das ehrgeizige Ziel gesetzt, dies noch in diesem Jahr zu erledigen. Damit würden wir zu den ersten Landesärztekammern gehören, die das neue Regelwerk umsetzen. Wir bemühen uns, dabei nahe an der MWBO zu bleiben. Allerdings gibt es auch Besonderheiten in Baden-Württemberg, die wir berücksichtigen müssen. Den Zeitdruck machen wir uns teilweise selbst, weil wir die lange vorbereitete Novelle nicht weiter verzögern wollen. Druck kommt aber auch von außen. Bei den drei Themen Zusatzweiterbildung Notfallmedizin, Transplantationsmedizin und spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) hat sich die Versorgungslandschaft verändert. Das muss in entsprechenden Qualifikationen der Ärztekammer abgebildet werden. Wichtig ist aber auch, dass die beiden neu eingeführten Kompetenzlevel „kennen“ und „können“ sachgerecht angewendet werden. Dies ist eine Fleißarbeit, mit der wir bereits intensiv begonnen haben.

Dialog: *Wie viele Ärzte befinden sich aktuell in Weiterbildung?*

Miller: Die meisten Ärztinnen und Ärzte streben nach der Approbation eine Facharztanerkennung an. Wir haben über 14.000 berufstätige Kammermitglieder ohne Facharztanerkennung. Allerdings gibt es hier Unschärfen: der eine oder andere hat bereits eine Facharztweiterbildung abgeschlossen, befindet sich aber in einer zusätzlichen Weiterbildung, sei es in einem anderen Fachgebiet oder in einer Zusatzweiterbildung. Schließlich können Weiterbildungszeiten gegebenenfalls für verschiedene Anerkennungen angerechnet werden. Gerade die neue Weiterbildungsordnung will sich ja an Kompetenzen orientieren und Weiterbildung auch nach Anerkennung in einem Fachgebiet ermöglichen. Die Weiterbildungsordnung soll flexibel sein. Deswegen muss ein Kollege, der zu arbeiten beginnt, sich nicht am ersten Tag festlegen, welche Facharztbezeichnung er anstrebt. Das macht die genaue Erfassung schwierig. Das war aber immer so und ist für die Kammer auch kein großes Problem.

Dialog: *Wie erklärt sich die Unterscheidung in Facharzt- und Zusatzweiterbildung? Ist diese Unterscheidung eigentlich klug?*

Miller: Die Semantik der Weiterbildungsordnungen in den letzten Jahrzehnten war nicht immer durchgängig. In den 70er und 80er Jahren gab es die Weiterbildungsordnung vor allem für die Qualifikation zum Facharzt. Die Hausärzte waren meist die praktischen Ärzte, die ebenfalls festgelegte Qualifikationen aufweisen mussten, aber innerhalb einer anderen Systematik. Dann wurden die Gebiete beispielsweise der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Allgemeinmedizin nebeneinander in der Weiterbildungsordnung definiert. Jetzt waren alle weitergebildeten Kollegen Gebietsärzte und damit auch Fachärzte. Rasch hatte man sich an den Facharzt für Allgemeinmedizin gewöhnt. Das zeigte die fachliche Qualifikation der Hausärzte, die den Fachärzten in nichts nachstehen. Mittlerweile ist die Spezialisierung fortgeschritten, und die Gebiete sind teils nur noch eine große Klammer, die Facharztbezeichnungen stehen innerhalb des Gebiets nebeneinander, z.B. der Facharzt für Viszeralchirurgie und der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Immer schon gab es Zusatzqualifikationen. Allerdings sind auch hier die Bezeichnungen über die Jahre nicht durchgängig. Was früher eine Zusatz-

bezeichnung war, hieß später Schwerpunkt und wieder etwas später Zusatzweiterbildung. Daneben gab es sogenannte Bereichsbezeichnungen, die heute ebenfalls in Zusatzweiterbildungen überführt wurden. Letztlich ist entscheidend, dass die Weiterbildungsinhalte dem heutigen wissenschaftlichen Stand und der heutigen Versorgung entsprechen.

Dialog: *Welche Themen werden Ihre Präsidentschaft darüber hinaus kennzeichnen?*

Miller: Wir wollen uns auch politisch zu Wort melden. Über die Pflichtaufgaben der Kammer hinaus, wie Weiterbildung, Fortbildung, Ausbildung, Meldewesen, Berufsordnung u.a., werden wir uns in die Fragen der Versorgung einbringen. Wir vertreten alle Ärzte, niedergelassene, Angestellte, stationär oder ambulant in der Versorgung Tätige. Das ist unser Pfund. Das versetzt uns in die Lage mitzureden und mitzugestalten. Auch wenn wir nicht Vertragspartner der Kassen sind, wollen wir Versorgung mitgestalten. Gerade der Blickwinkel auf die Qualität, sektorenübergreifend, ist hier unsere Chance. Wir stehen vor Veränderungen die die ganze Ärzteschaft betreffen. Die Digitalisierung und Ökonomie fordert alle Ärzte, die Demografie fordert das gesamte Gesundheitswesen. Ein Zurückziehen auf Pflichtaufgaben der Kammer wäre sicherlich das ganz falsche Signal an die Ärztinnen und Ärzte und an die Bürgerinnen und Bürger in unserem Land.

Dialog: *In diesem Zusammenhang drängt sich auf, die folgende Entwicklung näher zu betrachten. 2007 waren bundesweit etwas mehr als 10.000 Ärzte im ambulanten Sektor angestellt, 2017 waren es 36.000 und ein Jahr später schon fast 40.000. Welche Auswirkung hat das auf die Organisationen, die sich vor allem um die Belange der Ärzte im ambulanten Bereich kümmern? Was bedeutet diese Entwicklung für die KV und was bedeutet es für die Kammer?*

Miller: Ich denke, dass man die Struktur der Angestellten etwas genauer betrachten muss. Viele der Ärzte, die heute angestellt tätig sind, waren gestern noch selbstständig. Sie haben ihre Praxen zu MVZ zusammengeschlossen und sind jetzt angestellt im eigenen Betrieb. Andere Ärzte sind noch nicht ganz entschlossen zur Niederlassung und arbeiten daher zunächst angestellt, um die Tätigkeit in der ambulanten Versorgung besser einschätzen zu können. Viele davon werden sich nach meiner Einschätzung früher oder später niederlassen.

Dialog: *Teilen Sie die häufig vertretene Meinung, dass ein Arzt der alten Schule durch drei Ärztinnen der „aktuellen Schule“ ersetzt wird?*

Miller: Das ist sehr verkürzt und so nicht richtig. Für viele junge Kollegen ist die Anstellung in der ambulanten Tätigkeit nur ein Einstieg und führt dann in die Niederlassung. Wer anfängt, wird zunächst etwas mehr Zeit für seine Arbeit benötigen, das hat nichts mit Medizin und nichts mit dem Unterschied zwischen Frau und Mann zu tun. Daneben sind Gott sei Dank die Arbeitszeitregelungen heute konsequenter als früher. Auch die Ärzte der „alten Schule“ wären froh gewesen, sie hätten unter den heutigen Bedingungen arbeiten können. Nicht zuletzt profitiert der Patient, wenn er nicht regelmäßig mit einem übermüdeten Diensthabenden rechnen muss. Hier sind wir heute viel ehrlicher als früher.

Dialog: *Haben Sie Ihre älteste Tochter, die Ärztin geworden ist, vor dem Beruf gewarnt, wie dies von vielen Ärzten in den 2000er Jahren skandiert wurde?*

Miller: Nein! Ich habe auch nicht mit skandiert. Für mich war es eine Weiterentwicklung meiner Tätigkeit, als ich das Krankenhaus vor 20 Jahren gegen die Niederlassung getauscht habe. Auch wenn die Gesundheitspolitik damals ein Angriff auf die niedergelassenen Ärzte war, haben für mich die Vorteile der Selbständigkeit überwogen.

Dialog: *Nachwuchs für die ambulante Versorgung und Nachfolge in den Praxen sind ganz entscheidende Themen. Wie kann es gelingen, Nachfolger für die ambulante Versorgung zu gewinnen? Vor allem vor dem Hintergrund attraktiver Tätigkeitsbedingungen im stationären Sektor?*

Miller: Durch die viel nähere, unmittelbarere Patientenbeziehung. Es hört sich jetzt vielleicht komisch an, aber als ich mich damals niedergelassen habe, hatte ich plötzlich gefühlt nur noch „Privatpatienten“. In der Paxis kommen die Patienten zu „ihrem“ Arzt, die persönliche Bindung ist viel enger. Im 1:1 Patientenkontakt sind wir als Ärztinnen und Ärzte spitze, so sind wir sozialisiert. Und in der Niederlassung können wir unmittelbar diese Patientenkontakte aufbauen und Patienten begleiten. Die Dienstbelastung ist heute in der Niederlassung besser geregelt als früher. Es ist eine für mich eine Option von verschiedenen.

Dialog: *Was kann man tun, um die Einsamkeit in der Einzelpraxis, die ein Gegenargument für viele potenziell Niederlassungswillige ist, zu überwinden?*

Miller: Meistens existieren ja heute schon Strukturen der Zusammenarbeit. Und ich kann jedem nur raten: Tu dich mit Kollegen zusammen! Das macht die Arbeit reicher und für Patienten wertvoller.

Dialog: *Lassen Sie uns einen Blick*

über den Zaun wagen. Die Industrie- und Handelskammern kennen die Einrichtung der Wirtschaftsjunioren. Gibt es vergleichbare Institutionen bei den Ärzten?

Miller: In allen Kammerbezirken sind Ausschüsse „Junge Kammer“ eingerichtet und auf Ebene der Landesärztekammer ist eine „berufspolitische Nachwuchsbeauftragte“ installiert. Aber ganz ehrlich: Ich scheue mich, Menschen im Alter von 30 oder 40 Jahren als „unsere Jungen“ zu bezeichnen. In diesem Alter können Sie Bundeskanzler oder auch Gesundheitsminister sein. Die Jungen sind erwachsene und heute auch selbstbewusste Kolleginnen und Kollegen, bereits mit einem der aufwendigsten Studienabschlüsse hoch qualifiziert und hoch motiviert, sich weiterzubilden. Das hat nichts mit einer „Jugendgruppe“ zu tun.

Dialog: *Nach „der Jugend“ nun die Frauen. Wie viele Frauen sind in den Gremien der Landesärztekammer repräsentiert?*

Miller: Die Repräsentanz ist deutlich besser geworden. In allen Gremien sind Frauen vertreten, zwar noch nicht ganz 50%, aber es ist ein deutlicher Zuwachs zu verzeichnen. Es ist uns ein besonderes Anliegen, dass jüngere Kolleginnen verstärkt in den Selbstverwaltungsgremien der Kammer mitwirken.
Mitwirken ist übrigens mein generelles Anliegen. Ich würde dies sogar zu meinen Motto für meine Präsidentschaft erheben Ich wünsche mir, dass Ärztinnen und Ärzte sich mit ihrer Kammer identifizieren. Dafür arbeite ich, das ist mein Ziel.

Dialog: *Vielen Dank, Herr Dr. Miller für dieses Gespräch.*

Kommunen wünschen mehr Mitsprache in der Gesundheitsversorgung

Jörg Simpfendörfer

Dr. Alexis von Komorowski

Herr Dr. Alexis von Komorowski hat in seiner Funktion als Hauptgeschäftsführer des baden-württembergischen Landkreistages auf der Fachtagung: „Wird die sektorenübergreifende Versorgung die Regel?“ der Initiative Südwest des Bundesverbands Managed Care e. V. (BMC) mit einigen sehr klaren, aber auch durchaus umstrittenen Äußerungen für Gesprächsstoff gesorgt.

Im Rahmen seines Vortrags über die „Positionen des Landkreistages zur sektorenübergreifenden Versorgung“ forderte Herr Dr. von Komorowski ein gesteigertes Mitspracherecht bei der Gestaltung der medizinischen Versorgung für die Kommunen in Baden-Württemberg ein. Großes Gemurmel im Publikum, entschiedener Widerspruch, wie man in erwarten könnte, blieb jedoch aus. Lediglich die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg und die GNS waren vor Ort um den Argumenten des Landkreistages geeignete Erwiderungen entgegenzustellen. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Dr. Johannes Fechner, stellte somit auch unumwunden klar, dass nur derjenige ein Mitspracherecht erwerben könne, der einen entsprechenden Beitrag leiste. Auch der Geschäftsführende Vorstand der GNS, Wolfgang Bachmann, machte deutlich, dass über die Gründungseigenschaft für Kommunen ja durchaus bereits Gestaltungsspielräume für die Kommunen in der Gesundheitsversorgung bestünden, sie jedoch bisher weitestgehend ungenutzt blieben.

Da dieses Thema und die in der Folge entstandene spannende Diskussion in einem Veranstaltungskontext nur schwerlich aufgearbeitet werden kann, hat die GNS in der Folge ein Gespräch mit Herrn Dr. von Komorowski über die Versorgungssituation in Baden-Württemberg und die sektorenübergreifende Versorgung geführt. Inhalt dieses Gesprächs und des vorliegenden Artikels ist es letztlich für unsere Leserschaft darzustellen, welche Positionen der baden-württembergische Landkreistag vertritt und wie sich aus dessen Sicht die Notwendigkeit von mehr

Mitsprache bei der Versorgung in Baden-Württemberg begründet. Die sich daraus ableitende Diskussion führt dieser Artikel nicht, aber vielleicht stößt er sie mit an.
Bei der Frage nach der generellen Versorgungssituation im Land Baden-Württemberg stellt Herr Dr. von Komorowski fest, dass die Versorgungslage in Baden-Württemberg nach wie vor eine Gute ist, sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich. Allerdings sei dies eine Durchschnittsbetrachtung. Wenn man vor Ort gehe würde man teilweise auch schon Versorgungsengpässe in einigen Bereichen sowie Versorgungslücken erkennen, insofern sei die Aussage, dass wir eine gute Versorgungssituation haben eine bilanzierende Aussage. Wenn man in die Einzelheiten geht, sieht es teilweise nicht mehr ganz so rosig aus.

Bei der Unterscheidung zwischen stationär und ambulant, besteht der Wunsch bzw. die Vision möglichst rasch zu einer sektorenübergreifenden Versorgung zu kommen, allerdings sei die Situation derzeit noch so, dass das Gesundheitssystem in einem hohem Maße an die beiden zentralen Säulen, nämlich die Krankenhausversorgung und vertragsärztliche ambulante Versorgung, gebunden sei.
Ob es hier in den kommenden drei Jahren zu spürbaren Veränderungen kommt, hänge davon ab was man unter spürbar versteht. Es sei durchaus möglich, dass es an der ein oder anderen Stelle tatsächlich weitere Öffnungen hin zu Formen und Modellen der sektorenübergreifenden Versorgung geben wird, aber den großen Wurf werden wir auch innerhalb der kommenden drei Jahre zum großen Bedauern von Herrn Dr. Komorowski nicht erleben.
Betrachte man nicht nur den Unterschied zwischen den Sektoren, sondern auch den Unterschied zwischen Stadt und Land (ebenfalls im Durchschnitt), dann stelle man fest, dass auch hier die Versorgunglage im ländlichen Raum tendenziell schwieriger ist als in urbanen Gebieten. Nimmt man jedoch die urbanen Gebiete etwas genauer unter die Lupe, könne man durchaus zu dem Schluss kommen, dass auch hier mittlerweile Unterschiede in der Versorgung erkennbar werden und es auch Stadtquartiere gibt, in denen die Versorgungslage ähnlich prekär ist wie im ländlichen Raum. Mit prekär ist in diesem Zusammenhang gemeint, dass Patientinnen und Patienten länger auf Sprechstundentermine warten müssen und Praxen die langjährig vor Ort vorhanden waren, inzwischen geschlossen sind. Dies sind für Herrn Dr. von Komorowski Indizien dafür dass wir es mit einer prekären Versorgungssituation zu tun haben. Auch sei der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst nicht mehr an den Bedarfen der Bevölkerung hin ausgerichtet und nicht mehr so aufgestellt, dass er es verhindern würde, dass die Ambulanzen in den Krankenhäusern derzeit regelrecht geflutet werden.

Zu diesem Zeitpunkt des Gesprächs möchten wir festhalten, dass sich diese grundlegenden Einschätzungen von Herrn Dr. von Komorowski in vielen Punkten mit den Einschätzungen der GNS überschneiden. Wir erkennen die selbe Problemlage und obwohl alle oben angesprochenen Punkte für sich genommen bereits ein Gespräch wert wären wollen wir an dieser Stelle zu den Themengebieten vorstoßen, denen erwartungsgemäß der meiste Diskussionsstoff inne wohnt, dem Thema: Mitsprache der Kommunen und der Frage warum diese glauben, es sei angezeigt mehr Mitsprache in der Gesundheitsversorgung einzufordern.

Herr Dr. von Komoroswski stellt dies wie folgt dar:
„*Der Hintergrund der Veranstaltung die sie angesprochen haben, war ja die Frage der sektorenübergreifenden Versorgung gewesen. Alle Teilnehmer waren sich einig, dass wir einen qualitativen Sprung hin bekommen müssen, hin zu einer verbesserten und sektorenübergreifenden Versorgung. Wenn man sich jetzt überlegt was genau bedeutet es, eine solche sektorenübergreifende Versorgung zu realisieren, so wird man nach meiner Einschätzung relativ schnell zu der Einsicht kommen, dass ein zentrales Element einer solchen sektorenübergreifenden Versorgung die Vernetzung, die Koordination und die Integration ist und das eben nicht nur von Fall zu Fall sondern sozusagen regelhaft. Wenn man sich jetzt überlegt, wer ist am ehesten vor Ort in der Lage diese Vernetzung, Koordination und Integration des Versorgungsgeschehens zu koordinieren und das eben nicht nur fallweise sondern regelhaft, da fallen mir eigentlich nur die Kommunen ein und innerhalb der kommunalen Familie fällt mir da vor allem der Landkreis ein, da er auch die fachliche Expertise mitbringt. Zum einen als typischer Träger von Krankenhäusern und zum anderen auch aufgrund der Tatsache, dass in den Landratsämtern der Landkreise in vielen Bundesländern auch Gesundheitsämter angesiedelt sind und an dieser Stelle auch der medizinische Sachverstand sichergestellt ist.*“

Dem Argument, dass mit dem Übergang von Verantwortung in die kommunale Hand auch der Übergang der Verantwortung in die Hände der Politik verbunden ist, stimmt Herr Dr. von Komorowski zu. Hier würde seiner Meinung nach aber kein Problem entstehen, sondern im Gegenteil ein Teil der Lösung des Problems liegen. Herr Dr. von Komorowski geht davon aus, dass die Träger der sozialen Selbstverwaltung aus sich selbst heraus nicht die notwendige Kraft und auch nicht die notwendige Legitimation haben um tatsächlich unser Versorgungssystem neu aufzustellen. Diese Neuaufstellung

gerade auch in Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgung hält er jedoch für zwingend erforderlich um unser Gesundheitssystem zukunftsfest zu machen.
Der berechtigte Einwand muss lauten, dass es ja bereits genügend Beispiele für mangelnde Performance durch politischen Einfluss gibt. Die Fragestellung ist zwar nicht ganz passgenau, da die direkte Vergleichbarkeit nicht gegeben ist, aber wir lesen nahezu täglich in der Presse über den Berliner Flughafen oder die Autobahnmaut, die Nord-LB, die Bayern LB etc.. Dort hat die Politik bewiesen wozu ihr Einfluss geführt hat. Es stellt sich die Frage, wie es im Bereich der gesundheitlichen Versorgung vermieden werden soll, dass wir nicht in die gleiche Richtung abdriften?

Hier hält es Herr Dr. von Komorowski für erforderlich, das "Kind nun nicht mit dem Bade auszuschütten". Vielmehr gehe es darum die teilweise in die Jahre gekommenen Strukturen weiter zu nutzen und um Entscheidungsstränge anzureichern, die auf die Kommunen zurückgehen:
„Ich will nicht die Kassenärztliche Vereinigung, ich will nicht die Krankenhausgesellschaften, ich will nicht die Kassen aus dem System herausdrängen, aber ich möchte, dass die Kommunalebene aber auch die Politik auf Landesebene in den Gremien der sozialen Selbstverwaltung mit Sitz und Stimme vertreten sind und damit den Interessen der Bevölkerung unmittelbarer zum Ausdruck zu verhelfen, als das bisher der Fall ist.“

An dieser Stelle stellt sich natürlich die Frage nach den Inhalten der Mitsprache, konkret welche Felder der Mitsprache sind denn nun interessant? Geht es um die Zulassung, geht es um die Bedarfsplanung oder doch um ganz andere Bereiche?
„Mein wesentliches Anliegen wäre es zunächst einmal im Bereich der Planung eine Mitentscheidungs- und Mitgestaltungmöglichkeit speziell für die kommunale Ebene zu realisieren. Wenn wir uns einig darin sind, dass die sektorenübergreifende Versorgung Realität werden soll, dann werden wir um eine integrierte Versorgungsplanung nicht umhin kommen und eine Mitentscheidungsbefugnis der kommunalen Ebene im Hinblick auf diese kommunale Versorgungsplanung halte ich für den eigentlich finalen Kniff den wir brauchen um sektorenübergreifende Versorgung zu realisieren. Ansonsten brauchen wir eine Vertretung der kommunalen Ebene mit Sitz und Stimme im Landesauschuss der Ärzte und Krankenkassen. Wir brauchen eine Vertretung der kommunalen Ebene in den Zulassungsausschüssen. Das passt dann auch zu dem was ich vorhin gesagt habe: Ich will das bestehende System nicht komplett verändern, sondern ich will die soziale Selbstverwaltung um eine starke Prise kommunale Selbstverwaltung bereichern und ich glaube tatsächlich, dass es eine Bereicherung ist.“

Dabei sei die integrierte Versorgung vermutlich am ehesten dazu geeignet die kommunale Gestaltung in das Gesundheitssystem einzubringen, aber auch unabhängig davon, wenn die kommunale Seite versucht Versorgungsentscheidungen mit zu beeinflussen, dann bedeute das nicht, dass irgendjemand irgendetwas weg genommen wird. Man dürfe nicht vergessen, dass das Gesundheitssystem ein System sei, das in einem staatlichen Kontext stattfinde. Sowohl die Kassenseite als auch die Vertragsärzteschaft seien Träger staatlicher Gewalt. Insgesamt bewege man sich also in einem öffentlichen Orbit.

„Wir kommen in eine Situation hinein in unserem Gesundheitssystem wo teilweise auch schmerzhafte Entscheidungen getroffen werden müssen und wir bezweifeln ein wenig, dass verfasste Ärzteschaft und Krankenkassen gemeinsam hinreichend legitimiert sind um diese Entscheidungen alleine zu treffen und halten es deswegen für erforderlich, dass die kommunale Seite, die über direkt demokratisch legitimierte Vertretungskörperschaften verfügen, dass diese eben solche Entscheidungen maßgeblich mitbeeinflussen können.“

Das Argument damit sukzessive in eine Staatsmedizin abzudriften hat für Herrn Dr. von Komorowski dahingegen kein Gewicht, da der Bürokratieabbau gerade im Krankenhausbereich engagiert betrieben würde und es deutlich sei welche Hemmnisse davon ausgehen. Daher bestünde "null Interesse das jetzt in andere Bereiche zu exportieren". Auch der Umstand dass die Kommunen an Entscheidungen, die bisher von Kassen und Vertragsärzteschaft gefasst werden, jetzt beteiligt werden, darin lasse sich kein Akt der Verstaatlichung erkennen, weil auch die Entscheidungen die Kassen und Vertragsärzte an dieser Stelle treffen staatliche Entscheidungen seien. Letztlich sei auch die Ärzteschaft an dieser Stelle ein Stück Staat und insofern gehe der Vorwurf der Verstaatlichung ins Leere.

Wir danken Herr Dr. von Komorowski ausdrücklich für das Interview. Es ist erfrischend ein Gespräch zu führen in dem Positionen derart klar benannt werden. Wobei auch deutlich wurde, dass das Stilmittel der Überspitzung zum Besteckkasten des Interviewten gehört.

Wir sind gespannt auf die kommenden Entwicklungen, wir sind gespannt ob es weitere Positionierungen und Äußerungen zu den oben angeführten Thesen von Seiten der jeweiligen Verbände geben wird und wir sind gespannt auf die Meinungen unserer Leserschaft zu diesem Thema.

www.jofodo.de

jofodo
Jobs for Doctors

JETZT ÜBER 5.000 ÄRZTE GESUCHT!

von A, wie Fachärzte für Allgemeinmedizin bis Z, wie Zahnärzte

Finde bei jofodo Deinen **„BEST JOB“**.

Und gewinne bei Deinem **Best Match** den neuen **Metz Moover** im Wert von 2.000 €.

www.jofodo.de/
best-match

Übrigens, den Schutz Ihrer persönlichen Daten nehmen wir sehr ernst.

Der E-Scooter „moover“ von Metz mecatech darf aufgrund einer Sondergenehmigung des Kraftfahrt-Bundesamtes als erstes in Deutschland hergestelltes Elektrokleinstfahrzeug auf Straßen und, ähnlich wie bei einem Fahrrad, auch auf Radwegen gefahren werden.

Dem ärztlichen Nachwuchs Orientierung geben

Wolfgang Bachmann

Prof. Dr. med. Jana Jünger

Frau Prof. Dr. med. Jana Jünger referierte auf dem Symposium „Ethik heute. Wie gestalten wir die medizinische Zukunft zu dem Thema: Ärztinnen und Ärzte der Zukunft. Was sollen sie können?“

Von 2004 bis 2016 war sie Leiterin des Kompetenzzentrums für Prüfungen in der Medizin in Baden-Württemberg sowie Oberärztin (Fachärztin Innere Medizin) in der Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg. Seit 2016 leitet Frau Prof. Jünger nun das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) in Mainz.

Im Bereich Medizin wurde das IMPP im Zusammenhang mit dem „Masterplan Medizinstudium 2020“ mit folgenden Aufgaben betraut:

- Mitwirkung bei der Weiterentwicklung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges Medizin (NKLM)
- Reduzierung und Anpassung der bisherigen Prüfungsinhalte an die neuen Lernziele durch Überarbeitung der Gegenstandskataloge unter Herbeiführung eines größeren Praxisbezugs und Fokussierung auf allgemeinmedizinische Inhalte
- Überarbeitung des bisher faktenorientierten Gegenstandskatalogs für den zweiten, schriftlichen Abschnitt der Staatsprüfung entsprechend der Umstrukturierung der Ausbildung in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Fakultätentag (MFT)
- Herstellung von Vergleichbarkeit zwischen den Leistungsstandards an den verschiedenen Fakultäten und Aufhebung der Unterschiede zwischen den derzeitigen Regel- und Modellstudiengängen durch einheitliche, vom IMPP gestaltete, staatliche Prüfungen
- Entwicklung von verbindlichen Vorgaben für die Ein- und Durchführung der OSCE-Prüfungen (Objective Structured Clinical Examination) in der Ärztlichen Prüfung; dies beinhaltet auch die Standardisierung der mündlich-praktischen Prüfung am Patientenbett und Vorgaben zur Prüferqualifizierung.

Dem IMPP kommt eine entscheidende Rolle bei der Weiterentwicklung der Prüfungsinhalte des Medizinstudiums zu. Aus der Verantwortung für die Definition der Lernziele des Medizinstudiums folgt die Verantwortung für die Inhalte und Durchführung der Prüfungen. Auch durch diesen Hintergrund ist Frau Prof. Jünger in jeglicher Hinsicht prädestiniert, Antworten auf die Frage der Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzte von morgen zu formulieren.

Besonders gestärkt werden sollte aus ihrer Sicht:

- der Praxisbezug in der ärztlichen Ausbildung,
- die Allgemeinmedizin innerhalb der Medizin und
- die Wissenschaftskompetenz der Ärzte und Ärztinnen,

was im Einklang mit den Inhalten des Masterplans Medizinstudium 2020 steht.

Den letzten Punkt erläuterte sie mit einem interessanten Beispiel:

„Patienten beschaffen sich Informationen im Internet. Ernährung spielt für Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen eine wichtige Rolle. Jeden Tag gibt es neue Diätempfehlungen, wobei diese angeblich immer besser und wirksamer sind. Mit diesen Informationen konfrontieren Patienten ihre Ärzte. Diese müssen nun ihrerseits in der Lage sein, die entsprechenden Informationen zu finden, zu bewerten und die Spreu vom Weizen zu trennen. Genauso wichtig ist dann in der Folge, den Patienten die geforderte und hilfreiche Orientierung zu vermitteln, also zu kommunizieren ohne zu konfrontieren.“

Patientensicherheit und praktische Relevanz haben Priorität

Der Weg, um diese künftig vermehrt geforderten Fähigkeiten sicherzustellen, geht u.a. über eine Neuordnung und Neugestaltung der Prüfungsfragen. Die Maxime besteht an dieser Stelle darin, die Patientensicherheit und die praktische Relevanz an oberster Stelle zu sehen. Wissensfragen, die reine Fakten abfragen, werden zu Gunsten von sogenannten „Key feature Questions“, die z.B. auf die Vermeidung typischer Fehler und das Vorhandensein von klinischer Entscheidungskompetenz abzielen, reduziert. Im Mittelpunkt der künftigen Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte stehen im Rahmen der Prüfungen viel mehr Patientenbedürfnisse zu berücksichtigen und Patienten in Entscheidungen einzubeziehen, dies werden zukünftig grundlegende Anforderungen an angehende Ärzte und Ärztinnen sein, die in die Prüfungen eingehen werden.

Kommunikation und Interprofessionalität gewinnen auch in der Ausbildung an Bedeutung

Kommunikation wird also zukünftig eine noch wichtigere Fähigkeit für Ärztinnen und Ärzte sein. Hierzu zählt auch die Verbesserung der Interprofessionalität, also der Umgang mit unterschiedlichen Berufsgruppen, wie der Pflege u.a., die gemeinsam die Versorgung der Patienten übernehmen. Aber auch Differenzierungsfähigkeit ist nicht zu unterschätzen: „Wir werden künftig in Prüfungen die Fähigkeit ermitteln, ob Ärzte Literatur lesen und bewerten können, um die richtigen Schlüsse zu ziehen und sich nicht von der Pharmaindustrie einseitig beeinflussen zu lassen.“ Alles in Allem ist festzuhalten, dass die künftigen Staatsexamina wahrscheinlich sehr viel weniger diejenigen belohnen werden, die Wissen reproduzieren können. Es wird wichtiger sein, patientenorientiert zu kommunizieren und die Patientensicherheit, z.B. durch die Vermeidung typischer Fehler zu gewährleisten. Im internationalen Vergleich ist die Ausbildung von Medizinern in Deutschland sehr gut und wird häufig „unterschätzt“. Frau Prof. Jünger konstatierte eine hohe gemeinsame interdisziplinäre Verantwortung für die Weiterentwicklung der Versorgung und der dazugehörigen Grundlage, der medizinischen Ausbildung. Über 600 Beteiligte bringen sich ein, die Lernziele (NKLM) zu entwickeln.

Obwohl zu den originären Aufgaben von Frau Prof. Jünger in erste Linie die ärztliche Ausbildung und die dazugehörigen Prüfungen zählen, haben wir sie auch nach ihrer Einschätzung zur Entwicklung der Weiterbildung gefragt: Sie begrüßte die Entwicklung von immer mehr Spezialisten- und Expertentum, da dies für betroffene Patienten sehr wichtig und wertvoll sei. Gleichzeitig betonte sie aber ebenso deutlich die Forderung nach einer Erweiterung gemeinsamer, also fachübergreifender Schwerpunktkompetenzen (Common trunk).

Teamwork als Ausdruck von interdisziplinärer Verantwortungsbereitschaft

Besonders spannend sind die Erfahrungen, die Frau Prof. Jünger durch den intensiven Umgang mit jungen Menschen, Ärzten und Ärztinnen in Ausbildung macht. Junge Ärzte seien keineswegs auf sich bezogen, egozentriert unterwegs. Im Gegenteil: sie fordern die Übernahme von Verantwortung durch interdisziplinäre und multifunktionale Teams zur Weiterentwicklung des gesundheitlichen Versorgungssystems. Sie sehen sich als Teil dieser Veränderung und dabei in gestaltender Funktion. Sie wollen sich als wirksam erleben und Veränderung gestalten. Für Frau Prof. Jünger stellt der Wunsch nach Arbeit im Team gleichsam den Ausdruck und die logische Folge einer gemeinsamen Verantwortungsbereitschaft dar. Die Werte haben sich gewandelt. Im Vordergrund steht zukünftig mehr die Qualität der Medizin, materielle Forderungen sind nachgeordnet. *„Viele wollen angestellt arbeiten, weil sie sich auf die Medizin konzentrieren wollen. Diese Medizinergeneration will die Welt verändern. Und wir alle, die wir in Führungsfunktionen stehen, sind aufgerufen zu sagen: super, das ist genau das, was wir brauchen. Und jetzt setzen wir das auch um.“* Damit verbunden ist die Forderung an bestehende Strukturen, wie Genossenschaften und andere ambulante Versorger, die Chancen, die in den veränderten Werten der jungen Leute zum Ausdruck kommen, zu nutzen. *„Die bisherige ambulante Versorgung durch selbständige Ärzte muss durch Modelle, die Versorgung in angestellter Form ambulant ermöglichen, ergänzt werden.“* Hintergrund für diese Entwicklung ist aber auch der größer gewordene Wunsch nach räumlicher und inhaltlicher Flexibilität. Niederlassung wird möglicherweise als starr und endgültig empfunden.

„Was ich nicht kenne, ist mir nicht nah und da gehe ich auch nicht hin.“ Wir haben einerseits ein Problem mit der Steuerung, andererseits sind strukturelle Probleme dafür verantwortlich, dass neben den Versorgungsbedürfnissen aus- und weitergebildet wird. *„Nehmen Sie das Beispiel des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Hier fehlen Ärzte an allen Ecken und Enden. Das hängt u.a. damit zusammen, dass Vorurteile vorhanden sind, das Thema im Studium stiefmütterlich behandelt wird und auch in den Prüfungsfragen sind hier keine Schwerpunkte gesetzt. Und das alles, obwohl man in diesem Gebiet unglaubliche Gestaltungsmöglichkeiten hat, die vielen gar nicht bewusst sind.“*

„Die einzige Konstante im Universum ist der Wandel“ wusste bereits Heraklit. Das gilt zurzeit insbesondere für unser Gesundheitssystem: Patientenströme, Digitalisierung, Überalterung von Patienten und Ärzten und Nachfolgeproblematiken in der ambulanten Versorgung sind nur wenige, exemplarisch gewählte Beispiele an denen uns der Schuh drückt. Ergo: Wir entgehen dem Wandel nicht, aber, wenn wir ihn mitgestalten wollen, dann sollten wir ihn in der Ausbildung eben auch nicht ignorieren. In diesem Sinne bedanken wir uns bei Frau Prof. Jünger für das Gespräch und freuen uns, dass nicht versucht wird, die Probleme von heute und morgen mit den Strategien von gestern zu lösen.

info

Das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) unterstützt die Landesprüfungsämter bei der Durchführung der bundeseinheitlichen schriftlichen Prüfungen nach den Approbationsordnungen für Ärzte und Apotheker sowie dem Psychotherapeutengesetz. Die Prüfungen dienen neben der Ausbildung dazu, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu sichern. Daher hat der Gesetzgeber vor über 40 Jahren die ärztliche und pharmazeutische Berufszulassung an bundesweite schriftliche Prüfungen geknüpft. Ein weiterer wesentlicher Auftrag an das Institut ist, durch eigene Forschungsarbeiten zur Weiterentwicklung des Prüfungswesens in der Medizin, der Pharmazie und der Psychotherapie beizutragen. Diese Herausforderungen hat das IMPP mit großem Engagement angenommen und zahlreiche Entwicklungen verstärkt vorangetrieben und neu in Gang gesetzt. **www.impp.de**

Mit weniger mehr leisten

Wie neuen Technologien Distanzen überwinden

Dorothee Enderle, Jörg Simpfendörfer

Probleme über Distanzen hinweg per „virtuellem Schulterblick“ unkompliziert lösen und dokumentieren, als wären alle Beteiligten im gleichen Raum. KVBW-Vize Dr. Johannes Fechner überzeugte sich selbst vor Ort von der vielseitigen Einsetzbarkeit solcher neuen Technologien.

Unter dem Motto „Mit weniger mehr leisten: Ärztliche Ressourcen optimal einsetzen“ hat sich die G’sundregion am Ideenwettbewerb „Ziel und Zukunft“ der KVBW beteiligt und im August 2018 eine Förderzusage erhalten. Das Ziel ist dabei die Versorgung im ländlichen Raum einfacher, effizienter und schneller zu gestalten und für die Zukunft sicherzustellen. Dabei ist es sehr wichtig eigene Erfahrungen im Umgang mit innovativen Technologien und unterschiedlichen Anwendungsbereichen zu generieren. Im Vordergrund steht dabei jedoch stets, die begrenzte ärztliche Ressource effektiv einzusetzen und somit den Herausforderungen der demographischen Überalterung, einer zunehmenden eingeschränkten Patientenmobilität und dem Mangel an ärztlichem Nachwuchs organisatorisch entgegen zu wirken.

„XpertEye – see what I see“

Ausgestattet mit der Datenbrille von AMA XpertEye sieht der Arzt mittels Videokonferenz was die medizinische Fachkraft beim Patienten vor Ort sieht. Mit einem Smartphone und der Datenbrille hat die medizinische Fachkraft den Arzt quasi online im Gepäck bzw. im virtuellen Schulterblick.

Dabei war die Technologie ursprünglich einmal ein Konferenztool, das es ermöglichen sollte Fachexpertise zeitnah und über große Distanzen zur Verfügung zu stellen. Eine Technologie, die in vielen Bereichen unbestreitbare Vorteile hat. Tatsächlich kam sie ursprünglich unter anderem auf Off-Shore Ölbohrplattformen zum Einsatz. Das ländlich geprägte Ehingen ist damit natürlich nicht zu vergleichen, aber: die Übertragung des Gedankens und der dafür zum Einsatz kommenden Technologie macht Sinn. Denn mittels der Technologie wird zwar nicht die Kompetenz des Arztes entbehrlich, bis zu einem gewissen Grad kann jedoch eine fehlende physische Präsenz ausgeglichen bzw. paradoxerweise sogar ein Stück weit verbessert werden im Vergleich zum Status Quo. Hausbesuche sind wichtig, ganz unstrittig, aber mit Blick auf die Uhr sind sie auch ressourcenfressend. Es gilt abzuwägen, wie die Zeit am besten zu nutzen ist. Und hier liegen die Vorteile auf der Hand: Der Arzt spart sich Hinweg, Rückweg und Rüstzeiten indem er sich nicht selbst auf den Weg macht. Diese Zeit steht ihm nun plötzlich

von links nach rechts: Michael Nürnberg (AMA XpertEye), Steffen Witte, Dr. Johannes Fechner, Lena Maria Häuser (alle KVBW), Andreas Rost und verdeckt Jörg Simpfendörfer (beide G´sundregion)

Andreas Rost bei der Präsentation einer Live-Schaltung

Technik zum anfassen: Herr Witte und Frau Häuser mit M1 Smartphone und Datenbrille

zur freien Einteilung zur Verfügung und kann sinnvoll für Telefonate, bürokratische Tätigkeiten oder ggf. für eine Ausweitung der Sprechstunde genutzt werden. Die Planbarkeit im Ablauf ist deutlich gestiegen, der Aufwand für den Arzt gesunken. Diese Reduktion von Aufwand und Erhöhung der Planbarkeit versetzt den Arzt in die Lage die Regelmäßigkeit des telemedizinischen Kontakts zum Patienten sicherzustellen. D. h. eine telemedizinische Betreuung ohne physische Anwesenheit des Arztes ist die Voraussetzung für eine viel regelmäßigere virtuellen Anwesenheit des Arztes und führt in der Folge zu einer engmaschigeren Betreuung. Fragen, die am Patienten vor Ort auftreten können direkt vom Arzt beantwortet werden bzw. er kann gezielt nachfragen oder Anweisungen geben. Ärztliche Leistungen und Expertise sind ortsunabhängig verfügbar geworden, ohne dass der Arzt dafür seine Praxis verlassen muss.

Selbstverständlich bleiben derartige Modellvorhaben nicht unbemerkt, schon gleich gar nicht, wenn die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg dieses Projekt mitträgt und im Rahmen der Ziel und Zukunft-Förderung unterstützt.

Wie sich nun also der tatsächliche Ablauf darstellt, wie er sich in die Praxisprozesse eingliedern lässt, wie die Technik funktioniert und was sie letztlich leisten kann, davon konnte sich Dr. Johannes Fechner, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVBW, bei seinem Besuch im Februar dieses Jahres in der Praxis von Herrn Rost selbst überzeugen. Begleitet von Herrn Steffen Witte (Sachgebietsleiter Strategie, Kooperation und Nachwuchs der KVBW) und Frau Lena Maria Häuser konnten sie sich mittels Live-Schaltung einen Überblick über die Technik, die tatsächliche Einsetzbarkeit und Funktionalität der Datenbrille von XpertEye verschaffen. Erstaunen kam darüber zustande, wieviel Arzt tatsächlich beim Patienten ankommt und wie wenig auf der virtuellen Strecke verloren geht. Ein bewegtes Bild, also eine Dimension mehr wie lediglich eine Fotoaufnahme und dazu die Möglichkeit mit dem Patienten direkt zu sprechen und Anweisungen bzw. Instruktionen an Patienten oder Mitarbeiter geben zu können, das macht doch einen gewaltigen Unterschied in der Betrachtung und Interaktion. Dennoch stellt Herr Rost klar, dass diese Technik nicht dazu geeignet ist den Arzt vor Ort in Gänze zu ersetzen. Aber es ist ein sehr gutes unterstützendes Instrument um zahllose unnütze Kilometer zu vermeiden, zahllose unnütze Minuten nicht auf der Straße zu lassen und am Ende des Tages zu wissen, dass man aus der Zeit, die zur Verfügung stand die bestmögliche Verwendung für die Patienten daheim, in der Praxis aber auch für sich selbst gefunden hat.

Grundlage des Treffens war neben den vielseitigen Anwendungsbereichen von Datenbrillen aber auch die Erörterung technischer und organisatorischer Hürden, um solche Projekte zukünftig zielführend umsetzen zu können. Wider Erwarten stellt ein noch kränkelnder flächendeckender Internetausbau dabei nur einen kleinen Teil der auftauchenden Schwierigkeiten dar. Vielmehr muss für alle Beteiligten eine einheitliche Dokumentation und Vergütung definiert und sichergesellt werden. Auch die bestehende Abrechnungsbeschreibung stimmt nicht immer mit dem zugrundeliegenden Prozedere überein. Natürlich muss man sich bewusst sein, dass mit derartigen Projekten organisatorisches Neuland für alle Beteiligten betreten wird und die damit einhergehenden Anpassungen vielfältig sind. Das beginnt bei der kostendeckenden Abrechnung derartiger telemedizinischer Leistungen, den hohen Anschaffungskosten auf Nutzerseite, den anspruchsvollen und teilweise unflexiblen Zertifizierungsverfahren bei regelmässigen Updates und die damit verbundenen Entwicklungskosten auf Herstellerseite etc..

Moderne Technik ist schneller als bestehende Infrastruktur

Auch aus KVBW-Sicht hat man erkannt, dass es organisatorischer Maßnahmen bedarf, um vorliegende Schwachstellen zu adressieren und Lösungsansätze zu finden. „Das Projekt spiegelt das Bild wieder, dass die moderne Technik heutzutage schneller auf Veränderungen reagieren kann, als die intern bestehenden Infrastrukturen. Dies stellt uns vor eine neue Herausforderung, für die es sich lohnt Lösungen zu finden“, so das Fazit von Herrn Dr. Fechner am Ende seines Besuches in der Praxis von Herrn Rost.

Erste Projekterkenntnisse

Grundsätzlich soll und kann die Datenbrille eine körperliche Untersuchung nicht gänzlich ersetzen. Jedoch schafft sie eine Möglichkeit durch kompetentes Fachpersonal, ärztliche Hausbesuche zu reduzieren und damit freiwerdende Kapazitäten effektiver einsetzen zu können. Der immobile Patient spart sich schmerzhafte und aufwendige Transporte zur Praxis oder in die Klinik, steht aber dennoch in engem persönlichem Austausch mit seinem behandelnden Arzt und wird durch kompetentes Fachpersonal im häuslichen Umfeld versorgt. „Für die Zukunft sei es von großer Bedeutung, die verschiedenen Einsatzmöglichkeiten solcher Datenbrillen in der ambulanten Versorgung zu erproben“, erklärt Herr Rost. „Es ist wichtig, Grenzen der telemedizinischen Versorgung zu erfahren und technische Schwierigkeiten aufzudecken, um zukunftsfähige Lösungsansätze auf den Weg zu bringen.“

Datenschutzmanagement der paeDoc AG

Jörg Reinhardt

Jörg Reinhardt (kaufmännischer Vorstand peaDOC AG) - Ulrich Kuhn (ärztlicher Vorstand peaDOC AG)

Hatten Sie schon einmal eine Datenpanne? Nein? Datenpannen passieren täglich – sie lassen sich nicht immer vermeiden. Stellen Sie sich vor, dass im hektischen Alltag Rezepte vertauscht und diese zwei unterschiedlichen Patienten mitgegeben wurden. Erleichtert würden Sie reagieren, wenn beide Patienten in Ihre Praxis zurückkehren und die vertauschten Rezepte zurückbringen.

Gesundheitsdaten sind besonders zu schützen; so schreibt es der Gesetzgeber vor. Nun wissen zwei fremde Personen voneinander, welche Medikamente verschrieben wurden und können Rückschlüsse über das Krankheitsbild machen. Dies ist leider eine alltägliche Datenpanne. Als Praxisverantwortlicher müssen Sie nun dem Landesbeauftragten für Datenschutz in Baden Württemberg eine Datenpanne melden. Viele Arztpraxen sind auf so einen Fall gar nicht eingestellt oder denken sich, in meiner Praxis wird schon nichts passieren.
Die Erfahrung zeigt, dass unzufriedene Patienten vereinzelt dazu neigen, solche Datenpannen bei den Behörden anzuzeigen. Das Amt meldet sich bei Ihnen und hinterfragt, wie es zum Vertausch der Rezepte kam? Sie müssen antworten, Protokollierungen vorweisen, was an diesem Tag geschah, welche Maßnahmen Sie zur Sicherstellung des Datenschutzes ergriffen haben etc. Verwarnungen bis Bußgelder drohen. Der Vorfall kostet Sie Zeit und Nerven – in der Regel einen ganzen Arbeitstag.

Datenschutz in der Praxis ernst zu nehmen, ist in der heutigen, digitalen Zeit sehr wichtig. Datenschutzmanagement lässt sich gut organisieren und machbar umsetzen. Entweder bestimmen Sie einen internen Datenschutzbeauftragten und geben Ihrem Mitarbeiter/-in die notwendigen Ressourcen und Kompetenzen den Datenschutz in Ihrer Praxis sicher zu stellen, oder Sie übertragen die Tätigkeit einem externen Datenschutzbeauftragten – der paeDOC AG zum Beispiel.

Die paeDOC AG versteht sich als Dienstleister für niedergelassene Arztpraxen. Sie hat Ihren Ursprung aus dem Kinder- und Jugendarztbereich und wurde von dem Ärztenetz PädNetz S gegründet. Der genossenschaftlich organisierten PädNetz S gehören rund 230 Kinder- und Jugendärzte aus Baden-Württemberg an.

Nachdem durch immer mehr werdende administrative Aufgaben im Praxisbetrieb immer weniger Praxisnachfolger gefunden werden, hat die PädNetz S die paeDOC AG gegründet. Die paeDOC AG hat die Aufgabe Verwaltungstätigkeiten zu übernehmen und dabei die Arztpraxen zu entlasten.

Die paeDOC AG arbeitet darüber hinaus mit anderen Ärztenetzen zusammen, wie z. B.: auch mit dem Gesundheitsnetz Süd und bietet deren Mitglieder ebenso gerne Ihre Dienstleistungen an.

Wie gehen wir vor? Im ersten Schritt wird mit Ihnen eine Begehung in Ihrer Praxis durchgeführt. Wir sehen uns die datenschutzrelevanten Punkte von Diskretionsschutz bei der Anmeldung bis hin zur IT-Sicherheit an. Anschließend erstellen wir ein Protokoll und geben Verbesserungsvorschläge. In einer Teamsitzung sensibilisieren wir alle Mitarbeiter über mögliche Datenpannen und erarbeiten gemeinsam Lösungen. Bei Beschwerden können sich Betroffene vertraulich an uns wenden, ohne Sie zu belästigen. Im Bedarfsfall klären wir die Themen sogar mit der Datenschutzbehörde vertraulich ab.

Leistungs-Inhaltsübersicht Datenschutz:

Erstmaßnahmen

- Überprüfung der gesamten Praxis hinsichtlich Datenschutz
- Erstellung eines Protokolls über den IST-Zustand
- Erstellung eines Verzeichnisses aller Verarbeitungstätigkeiten in der Praxis mit Risikoeinschätzung und evtl. im Bedarfsfall einer Risikofolgenabschätzung
- Ernennung interne/r DSB
- Schriftliche Verpflichtung aller Mitarbeiter zum Datengeheimnis nach §5 BDSG und Schweigepflicht
- Datenschutzkonzept erarbeiten mit allen technisch-organisatorischen Maßnahmen
- Schulung aller Mitarbeiter: Grundlagen Datenschutz
- Protokollierung der Schulung für Ihre Unterlagen

Maßnahmen über die Vertragslaufzeit

(ohne Zusatzkosten):

Einwilligungserklärung

- Erstellung oder Überarbeitung der Einwilligungserklärung für Patienten
- Beratung zur Aufbewahrung und Erneuerungen dieser Erklärungen
- Beratung zu den Inhalten dieser Erklärung
- Erstellung und Beratung zur Abholerlaubnis
- Beratung im Einzelfall bei Besonderheit: Praxisgemeinschaft

Auskunftsersuche

- Erstellung in Zusammenarbeit mit der/dem internen DSB einer AA zum Umgang mit Auskunftsersuchen (Ablauf-/Maßnahmenplan)

AV-Verträge

- Einholung aller benötigten AV-Verträge im Auftrag Ihrer Praxis
- Einarbeitung der AV-Verträge in den Datenschutz
- Überprüfung in Zusammenarbeit mit der/dem internen DSB der Maßnahmen im AV-Vertrag
- hinsichtlich des Schutzniveaus der Daten

Zugangskontrolle

- Zutrittsbeschränkungen überprüfen und evtl. entsprechende Maßnahmen erarbeiten
- Beratung zur Benutzeridentifikation und Authentifizierung

IT-Sicherheit

- Überprüfung und Beratung in diesem Bereich
- Konzept für Zugriffsrechte erarbeiten
- Protokollierung von Verletzungen von Zugriffsrechten/-berechtigungen
- Beratung zur Passwortsicherheit
- Beratung im Bereich Datensicherung
- Überprüfung der Protokollierung der Erhebung, Änderung und Löschung von Daten
- Beratung zur Beschränkung von privatem Equipment inkl. Unterweisung und Betriebsvereinbarung
- Beratung über die Häufigkeit, Datenträgerwahl und Aufbewahrung von Sicherungskopien
- Erstellung eines Protokolls für Fernzugriffe auf die Praxis-EDV inkl. Beratung der Durchführbarkeit

Homepage

- Auflistung der auf der Homepage genutzten Dienste
- Beratung zur Notwendigkeit der Dienste
- Erstellung einer Muster-Datenschutzerklärung für die Homepage
- Überprüfung der Verschlüsselung der Homepage
- Einwilligungserklärung zur Nutzung von Fotoaufnahmen z.B. der Mitarbeiter erstellen
- E-Mail
- Beratung / Unterweisung: Richtiger Umgang mit E-Mails
- Aktueller Stand der Technik / Verschlüsselung
- Anonymisierung von Patientendaten

Fax

- Überprüfung des Aufstellortes des Faxgerätes
- Erstellung Muster für Faxanfrage
- Erstellung Fax-Deckblatt
- Entsorgung / Vernichtung
- Sperr- und Löschkonzept erarbeiten
- Aufstellung der internen Aufbewahrungsfristen (Abweichungen der gesetzlichen Vorgaben)
- Überprüfung der korrekten Akten/Datenvernichtung in Ihrer Praxis
- Entsorgungsprotokolle dokumentieren und in den Datenschutz einpflegen
- Auf Wunsch Aktenentsorgung möglich (hier entstehen zusätzliche Kosten)

Schweigepflicht

- Mitarbeiter:
  - Jährliche Überprüfung der Schweigepflicht- und Datenschutzerklärung
- Praxis / Räumlichkeiten
  - Umsetzung der Schweigepflicht an der Anmeldung
  - Evtl. Erarbeitung von Anamnesebögen
  - Beratung zur Datensparsamkeit
  - Umgang mit Telefonaten
  - Umgang mit Patientendaten

Datenpanne

- Voreinschätzung
  - Konfliktmanagement bei Verstößen oder Verdachtsfällen in der Praxis implementieren
  - Mechanismen zur Selbstkontrolle einführen
  - Erarbeitung einer Arbeitsanweisung zum Vorgehen bei einer Datenpanne
- Akutfall Datenpanne (hier entstehen zusätzliche Kosten)
  - Aufnahme des Schadens
  - Schadensmeldung
  - Erarbeitung möglicher technischer Maßnahmen

Schulung 1x jährlich (empfohlen)

- Auffrischung der Grundlagen, Praxisrelevante Themen, Neuerungen im Datenschutz
- ggf. Zusatz oder Sonderschulungen auf Wunsch (hier entstehen zusätzliche Kosten)

zertifizierte Datenschutzbeauftragten im Gesundheitswesen: Ulrike Meindl, Sonja Kuhn, Jörg Reinhardt

Spiolto® Respimat® 2,5 Mikrogramm / 2,5 Mikrogramm pro Hub Lösung zur Inhalation. ***Wirkstoff:*** Tiotropiumbromid 1 H_2O und Olodaterolhydrochlorid. Verschreibungspflichtig. **Zus.:** Die abgegebene Dosis beträgt 2,5 Mikrogramm Tiotropium (als Tiotropiumbromid 1 H_2O) und 2,5 Mikrogramm Olodaterol (als Olodaterolhydrochlorid) pro Hub. Die abgegebene Dosis ist die Menge, die für den Patienten nach Passieren des Mundstücks verfügbar ist. *Sonst. Bestandteile:* Benzalkoniumchlorid, Natriumedetat (Ph.Eur.), Salzsäure 3,6 % (zur pH-Wert-Einstellung), gereinigtes Wasser. **Anwend.:** Bronchodilatator zur Dauerbehandlung, um bei erwachsenen Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) die Symptome zu lindern. **Gegenanz.:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der oben genannten sonstigen Bestandteile. Anamnestisch bekannte Überempfindlichkeit gegen Atropin oder eines seiner Derivate, z. B. Ipratropium oder Oxitropium. **Nebenw.:** Nasopharyngitis, Dehydratation, Schwindel, Insomnie, Kopfschmerzen, verschwommenes Sehen, Glaukom, erhöhter Augeninnendruck, Vorhofflimmern, Palpitationen, Tachykardie, supraventrikuläre Tachykardie, Hypertonie, Husten, Dysphonie, Epistaxis, Laryngitis, Pharyngitis, Bronchospasmus, Sinusitis, Mundtrockenheit, Obstipation, Gingivitis, Übelkeit, oropharyngeale Candidose, intestinale Obstruktion, paralytischer Ileus, Zahnkaries, Dysphagie, gastroösophageale Refluxkrankheit, Glossitis, Stomatitis, angioneurotisches Ödem, Urtikaria, Überempfindlichkeit, Pruritus, anaphylaktische Reaktion, Hautausschlag, trockene Haut, Hautinfektion und Hautgeschwür, Rückenschmerzen, Arthralgie, Gelenkschwellung, Harnverhalt, Dysurie, Harnwegsinfekt. Es ist auf Anzeichen für sonstige, oben nicht aufgeführte Nebenwirkungen von β Adrenozeptor-Agonisten zu achten, wie Arrhythmie, Myokardischämie, Angina Pectoris, Hypotonie, Tremor, Nervosität, Muskelkrämpfe, Erschöpfung, Unwohlsein, Hypokaliämie, Hyperglykämie und metabolische Azidose. Stand: Februar 2018.

Pharmazeutischer Unternehmer:
Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG,
Binger Str. 173, 55218 Ingelheim,
Tel.: 08 00 / 77 90 90 0,
Fax: 0 61 32 / 72 99 99,
info@boehringer-ingelheim.de,
www.boehringer-interaktiv.de 54/19

Boehringer Ingelheim

1 Mod. nach Dhand R et al. Int J COPD 2019;14:509–523.

Anzeige

Ihr Dienstleister für
Kinder- und Jugendarztpraxen

paeDOC

Datenschutzmanagement nach EU-DSGVO

Die **paeDOC AG** versteht sich als Dienstleister für niedergelassene Arztpraxen. Sie hat Ihren Ursprung aus dem Kinder- und Jugendarztbereich und implementiert in den Praxen alle Maßnahmen zur gesetzeskonformen Umsetzung der europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO).

Datenschutzbeauftragte
Sollten in Ihrer Praxis mehr als neun Personen (inklusive der Ärzte in der Praxis) mit Patientendaten befasst sein, benötigen Sie eine Datenschutzbeauftragte.
Die paeDOC AG kann Sie hier mit mehreren zertifizierten Datenschutzbeauftragten betreuen.

Ersterhebung
In einem ersten Schritt werden unsere Datenschutzbeauftragten alle notwendigen Maßnahmen und Dokumentationen in Ihrer Praxis implementieren und alle Unterweisungen und Belehrungen durchführen, so dass Ihre Praxis den aktuellen Regularien entspricht.

Schulungen
Es werden die turnusmäßig vorgeschriebenen Datenschutzunterweisungen im Rahmen von Teamsitzungen organisiert und durchgeführt.

Telefonische Betreuung
Die für Sie zuständige Datenschutzbeauftragte ist für Ihre Fragen und Ämternachfragen telefonisch erreichbar. Datenschutzpannen werden zügig bearbeitet und mit allen Beteiligten geklärt.

Unser Aufwand – Ihr Beitrag:

	Ersterhebung (einmalig)*	laufende Betreuung und Benennung der paeDOC AG als externen Datenschutzbeauftragten	Schadensmeldungen und amtliche Begehungen zusätzlich nach Zeitstunde
Praxis bis 15 Mitarbeiter	1.800 €	140 €/ Monat	82,-€/ Stunde
Praxis über 15 Mitarbeiter	2.500 €	160 €/ Monat	82,-€/ Stunde

Stand: 05/2019 - Preise verstehen sich bereits inklusive gesetzl. MwSt.

Haben wir Interesse geweckt?

Dann lassen Sie es uns wissen, was wir für Sie tun können:

paeDOC AG
Stichwort Datenschutz
Adolf-Scheufelen-Str. 33
73252 Lenningen
datenschutz@paedoc.de
Tel.: 07026/9579021

MVZ Labor Ravensburg
Labor Dr. Gärtner

HS-Omega-3 Index® – Warum richtiges Messen bei Omega-3 Fettsäuren entscheidet

Während die Schlagzeilen immer wieder verkünden, dass Omega-3 Fettsäuren nutzlos sind, kommen sie in verschiedensten Leitlinien immer wieder vor. Was stimmt?

Klar ist: Es gibt kein menschliches Leben ohne die beiden Omega-3 Fettsäuren Eicosapentaensäure (EPA) und Docosahexaensäure (DHA). Bei hunderttausenden Messungen in Europa, USA und Asien wurde kein einziger Mensch gefunden, der einen HS-Omega-3 Index® unter 2 % hatte. Der HS-Omega-3 Index® ist eine Fettsäureanalytik, die EPA und DHA in Erythrozyten mit einer strikt standardisierten und validierten Methode als Prozentwert erfasst – ebenso, wie weitere 24 Fettsäuren. Werte über 16 % sind selten und können eine Blutungsneigung bedeuten, Werte über 19 % kommen nicht vor. Ca. 80 % der Bevölkerung haben bei uns einen HS-Omega-3 Index® unter dem optimalen Bereich zwischen 8 % und 11 %, während in Japan oder Süd-Korea dies nur 20 % der Bevölkerung betrifft.

Ein sub-optimaler HS-Omega-3 Index® hat erhebliche klinische Bedeutung.

Im Vergleich zu niedrigen Werten (z.B. 4 %) bedeutet ein optimaler HS-Omega-3 Index® zwischen 8 % und 11 % u.a.

- eine niedrige Gesamtmortalität
- niedrige Raten für tödliche und nicht-tödliche Herzinfarkte
- niedrige Raten für ischämische Schlaganfälle ohne vermehrt hämorrhagische Schlaganfälle
- niedrige Raten an Herzinsuffizienz
- niedrigen Blutdruck
- niedrige Raten an Frühgeburten
- bessere Entwicklung des Kleinkindes
- bessere komplexe kognitive Fähigkeiten
- niedrige Raten an majorer Depression, auch Wochenbettdepression und Suizid
- weniger Muskelkater

In Interventionsstudien gelang nicht bei allen genannten Themen der Wirkungsnachweis von EPA und DHA. Inzwischen ist bekannt, dass daran Fehler in Studiendesign und -durchführung schuld sind: Ohne Ansehen der Ausgangsspiegel wurden EPA und DHA in den Studien in fixer Dosis und ungezielt (ohne Spiegelbestimmungen) gegeben. Häufig wurde die Bioverfügbarkeit minimiert, wenn auch unabsichtlich. Da klinische Effekte von den Spiegeln von EPA und DHA, aber kaum von der gegebenen Dosis von EPA und DHA abhängen, hatten viele Interventionsstudien neutrale Ergebnisse. Interventionsstudien mit höheren Dosierungen waren eher erfolgreich, was aber in Meta-Analysen, auch Cochrane Meta-Analysen, nicht berücksichtigt wird. Für den klinischen Alltag bedeutet dies, dass die Gabe von EPA und DHA auf Spiegelmessungen beruhen muss, um erfolgreich zu sein.

Omega-3 Fettsäuren in der Schwangerschaft

Mehrere Fachgesellschaften empfehlen, dass Schwangere und Stillende ihre Ernährung mit Omega-3 Fettsäuren anreichern. Gute Spiegel von EPA und DHA bedeuten u.a. weniger Frühgeburten, weniger perinatale Mortalität und eine bessere Entwicklung des Kindes. Konkordante Ergebnisse fanden sich in einer aktuellen Cochrane Meta-Analyse entsprechender Interventionsstudien. Trotzdem wird die Empfehlung in Deutschland nur von 15 % der Schwangeren befolgt, und selbst diese erreichen in der Mehrzahl nicht den Zielbereich für den HS-Omega-3 Index®. Die 85 % der Schwangeren, die den Rat nicht befolgen, haben noch schlechtere Werte, ebenso wie die Stillenden. Die interindividuelle Variabilität ist allerdings groß. Deshalb sollte bei jeder Schwangeren der HS-Omega-3 Index® bereits früh in der Schwangerschaft kontrolliert, und individuell und unter Kontrolle des HS-Omega-3 Index® EPA und DHA mit einem Zielbereich von 8 % – 11 % substituiert werden, um Wirksamkeit und Sicherheit zu maximieren.

Weitere Empfehlungen

Ähnliche Daten finden sich bei Herzinsuffizienz: Fachgesellschaften empfehlen die Behandlung mit EPA und DHA, inzwischen ohne eine Dosis zu nennen. Die Index-Entwickler betonen, dass auf Basis des HS-Omega-3 Index® die Dosis von EPA und DHA individualisiert werden sollte. Der Zielbereich von 8 % – 11 % maximiert Wirksamkeit und Sicherheit.

Erste Fachgesellschaften empfehlen EPA und DHA auch zu Prävention und Behandlung der majoren Depression, und zur Blutdrucksenkung. Andere o.g. Themen sind teils noch kontrovers.

Präanalytik und Abrechnung

Für die Analyse wird 1 ml EDTA-Blut benötigt, das bei Raumtemperatur gelagert und innerhalb von 7 Tagen das Labor erreichen sollte. Die Messung des HS-Omega-3 Index® wird von den Privaten Krankenkassen erstattet. Für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen kommt eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) in Frage.

Autor: Prof. Dr. med. Clemens von Schacky
Facharzt für Innere Medizin
Omegametrix GmbH | MVZ Labor Ravensburg GbR

www.labor-gaertner.de

Cyberattacken können den Lebensnerv Ihrer Berufstätigkeit treffen

Wolfgang Schweikert

Sie sind zu klein // zu uninteressant // zu gut IT-betreut für einen wirksamen Hackingangriff. Das sind moderne Märchen. Sie versichern Ihr Haus oder Ihre Praxis, obwohl Sie sie zuschließen und wie steht es mit den Gefahren aus der virtuellen Welt? Die Cyberversicherung ist die neue „Feuerversicherung".

Machen Sie den Kurz-Check für Ihre IT

☐ ja	☐ nein	Hat jeder Nutzer und Administrator eine eigene, mit einem individuellen Passwort geschützte Zugangskennung für Ihre IT-Systeme und werden diese regelmäßig geändert?
☐ ja	☐ nein	Stellen Sie sicher, dass Passwörter bestimmte Mindestanforderungen erfüllen?
☐ ja	☐ nein	Verfügen alle Systeme über eine Anti-Viren-Software und wird diese tatsächlich genutzt?
☐ ja	☐ nein	Haben Sie Ihre Systeme, die über das Internet erreichbar, oder im mobilen Einsatz sind, mit einem zusätzlichen Schutz vor unberechtigtem Zugriff versehen?
☐ ja	☐ nein	Werden Sicherheitsupdates automatisch und zeitnah eingespielt und alle Systeme auf dem aktuellen Stand gehalten?
☐ ja	☐ nein	Machen Sie mindestens einmal pro Woche eine Sicherungskopie Ihrer Daten?
☐ ja	☐ nein	Werden die Datensicherungsmedien physisch getrennt von den gesicherten Systemen aufbewahrt?
☐ ja	☐ nein	Verhindern Sie die Manipulation oder den unberechtigten Zugriff auf Ihre Sicherungskopien?
☐ ja	☐ nein	Testen Sie regelmäßig ob die Datensicherung und die Wiederherstellung der Daten aus Ihrer Sicherungskopie funktionieren?
☐ ja	☐ nein	Ist Ihr IT-Berater zertifizierter IT-Sicherheitsdienstleister gemäß Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik?
☐ ja	☐ nein	Bei Diebstahl von Daten, die gesetzlichen Verschwiegenheitspflichten unterliegen (z.B. Gesundheitsdaten) haben wir einen Krisenplan, wie bspw. jeder Patient über den Verlust informiert wird?
☐ ja	☐ nein	Unser IT-Berater berät uns regelmäßig über präventive Maßnahmen und unterstützt uns über eine Hotline bei der Einleitung für Sofortmaßnahmen zur Schadensbegrenzung?
☐ ja	☐ nein	Alle Mitarbeiter werden regelmäßig zur Informationssicherheit u.a. auch durch unseren IT-Berater geschult und der Status Quo festgehalten?
☐ ja	☐ nein	Nutzen Sie einen Dienstleister zur Datenverarbeitung (Auftragsdatenverarbeitung nach Art. 28 DSGVO)?
☐ ja	☐ nein	Haben Sie einen Verantwortlichen für die IT-Sicherheit benannt?
☐ ja	☐ nein	Dürfen Mitarbeiter private Geräte in Ihrem Unternehmensnetzwerk nutzen? Falls ja: Ist die Nutzung der privaten Geräte vertraglich geregelt?

Senden Sie uns den IT-Check einfach wieder zu, wenn Sie an einem Sicherheitscheck Ihrer IT oder an einer Cyberversicherung interessiert sind.
Refax an: 07391-5865451
Oder Mail: service@gnsued.de

Praxisstempel .....

Gesundheitsnetz Süd eG, GNS, Hopfenhausstr. 2, 89584 Ehingen (Donau)
Das nächste Heft erscheint im Quartal 3

unternehmensWert: Mensch

INITIATIVE NEUE QUALITÄT DER ARBEIT

GUT BERATEN IN DIE ZUKUNFT

- **Machen Sie Ihr Unternehmen fit für den digitalen Wandel**
- **Für eine moderne Personalpolitik im Mittelstand**

Erfahren Sie wie Ihre Praxis oder Unternehmen von dem Projekt unternehmensWert: Mensch des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Europäischen Sozialfonds profitieren kann.

Sie erreichen die Erstberatungsstelle der Gesundheitsnetz Süd eG von
Mo. - Fr. von 9:00 - 17:00 Uhr
(Feiertage ausgenommen)

Tel.: 07391-586 5457
E-Mail: j.simpfendoerfer@gnsued.de

Das Programm *unternehmensWert:Mensch* wird durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Europäischen Sozialfonds gefördert.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales

ESF Europäischer Sozialfonds für Deutschland

Europäische Union

Zusammen. Zukunft. Gestalten.