

# im dialog

Magazin für Ärzte und Netze im GNS

EVOLVE  
Management

# Krise

**H i e r  
s o l l t e  
e i n e  
S t e l l e n  
a n z e i g e  
s t e h e n**



**Ist aber nicht mehr nötig.  
Dank Boost!**

**Boost = Recruiting für die  
Arzt-Generation YouTube,  
netflix, Parship und Twitter**

Du willst mehr über boost wissen:  
[dialog@jofodo.de](mailto:dialog@jofodo.de) Wolfgang Bachmann

Liebes Mitglied,  
liebe Leser\*in,



es gibt Momente, in denen jedes unnötige Wort schmerzt, weil es einfach besser nicht gesagt und nicht geschrieben worden wäre. Ich empfinde die aktuelle Lage genau so. Mir scheint in der aktuellen Lage genau ein Wort ausreichend: **Danke! Danke** an alle Ärzte und **danke** an alle Mitarbeiter in den Praxisteams. Genauso **danke** an alle Pflegeteams in den Kliniken und die Mitarbeiter der technischen Assistenzen. Einfach **danke** an alle, die in einer unglaublichen Intensität dafür arbeiten, dass wir diese Krise gemeinsam meistern!  
**Danke, danke, danke!**



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

## Inhalt

**Seite 3:**        **Vorwort**

### **Redaktioneller Beitrag/GNS aktuell**

- Seite 4 - 7        Interview zur „Radikalität der Herausforderungen der nächsten Jahre“ mit dem Buchautor W. Pachali
- Seite 8 - 11      Vortrag von Prof. Dr. Gerlach auf dem 15. Landeskongress Medizin in Stuttgart
- Seite 13           Videosprechstunde in der ambulanten Versorgung
- Seite 14           Videosprechstunde und eRezept – ein Kommentar von W. Bachmann
- Seite 16 - 17     Corona-Abstrichzentren in Ehingen und Ulm

### **Laborecke**

- Seite 18           Histamintoleranz – ein unterschätztes Krankheitsbild?

## Impressum

Herausgeber Gesundheitsnetz Süd eG, GNS, Hopfenhausstraße 2, 89584 Ehingen, [www.GNSued.de](http://www.GNSued.de), [service@GNSued.de](mailto: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](http://www.pyruswerbeagentur.de) Anzeigenbuchung Sekretariat, Fax 07391 5865451, [service@GNSued.de](mailto:service@GNSued.de) Druck DWS Mack GmbH, [www.dws-mack.de](http://www.dws-mack.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 Seite 4: W. Pachali, alle anderen: GNS

# „Wir unterschätzen die Radikalität der Herausforderungen der nächsten Jahre“

Wolfgang Pachali im Interview mit Christoph Spellenberg und Wolfgang Bachmann



Wolfgang Pachali

Nur wenige Unternehmen beschäftigen sich in der notwendigen Intensität mit der Entwicklung und Evaluierung eines nachhaltig tragfähigen Zukunftskonzeptes, meint Wolfgang Pachali. Bereiten wir uns zu wenig auf die Herausforderungen der Zukunft vor? Diese Frage steht im Zentrum des neuen Buchs „Evolve-Management“. Das lateinische Wort *evolvere* bedeutet „sich entwickeln“. Unter *Evolve-Management* verstehen die Autoren alle Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Organisation (Struktur) und der Form der Zusammenarbeit (Kultur) in Unternehmen. Wir wollten es genauer wissen, mehr erfahren über die Relevanz für die Gesundheitsbranche und haben uns mit dem Autor Wolfgang Pachali zu einem Gespräch getroffen.

**W. Bachmann:** Herr Pachali, zu Beginn Ihres Buches „*EVOLVE-Management*“ halten Sie ein Plädoyer für den stationären Einzelhandel – warum?

**W. Pachali:** Weil die Herausforderungen des stationären Einzelhandels besonders charakteristisch sind für die gegenwärtige Widersprüchlichkeit der unternehmerischen Fragestellungen. Die Menschen wünschen sich lebendige Innenstädte, Beratung von Mensch zu Mensch, Waren zum Anfassen und sofortigen Mitnehmen. Und gleichzeitig kaufen sie online. Viele stationäre Einzelhändler sind sich ihrer Stärken nicht bewusst und geblendet von den Heilsversprechungen der digitalen Wettbewerber. Die Wirtschaftsförderer der Städte haben die Gefahr der Verödung der Innenstädte erst spät erkannt und – wenn man ehrlich ist – bis heute keine wirkliche strukturelle Antwort entwickeln können.

**C. Spellenberg:** Was bedeutet das für das Gesundheitswesen?

**W. Pachali:** Im Gesundheitswesen wird mit der elektronischen Gesundheitskarte/Patientenakte, dem eRezept, der Möglichkeit von Tele-Konsilen und dem Aufbau von Triage-Plattformen gerade die Tür zu einer umfassenden Digitalisierung geöffnet.

Die noch weitgehende Mensch-zu-Mensch-Beziehung zwischen Arzt und Patient soll sich, u.a. aus Kostengründen, zu einer Mensch-Maschinen-Beziehung wandeln; Bots agieren mit Patienten, angesteuert von künstlicher Intelligenz. Ärzte können als IT-Verweigerer gebrandmarkt werden, Honorarabzug wird angedroht. Dr. Google wird noch schnell vor dem Besuch des Hausarztes aufgesucht.

Wohin genau dieser grundlegende und weitreichende Wandel führt ist noch weitestgehend unerforscht, und nur selten in den Entwicklungsszenarien bzw. den mittel- bis

langfristigen Plänen von Verbänden, Arztpraxen oder Kliniken verankert.

**W. Bachmann:** *Sind Sie ein Digitalisierungsgegner?*

**W. Pachali:** Nein. Ich bin ein kritischer Nutzer und Förderer. Aktuell eher aufklärerisch warnend: Die Zunahme an Stellungnahmen selbsternannter Experten, die ständige Verfügbarkeit ungefilterter Informationsmassen und die Lust an der Verbreitung von Informationsmüll erhöhen nicht unsere Entscheidungsfähigkeit oder -geschwindigkeit, nein, sie verlangsamen und engen unsere Handlungsmöglichkeiten ein.

**W. Bachmann:** *Man kennt Sie als streitlustigen Vordenker, als jemanden, der auch mal Herausforderungen überzeichnet. Auch in Ihrem neuesten Buch finden sich eine Reihe von provokativen Szenarien. Wie überzeichnet sind diese?*

**W. Pachali:** Wir haben als Untertitel des Buches „Heute für morgen Initiative entwickeln“ gewählt, um damit sichtbar zu machen worum es uns im Kern geht: Wir wollen Mut machen, Verantwortung für morgen zu entwickeln. Wir wollen motivieren, Szenarien zu entwickeln, auch wenn sie uns nicht gefallen oder sogar schmerzhaft sind. Wir wollen Entschlossenheit fördern, zum Handeln anregen. Ja, wir nutzen hier und da auch das Stilmittel der Überzeichnung und Provokation, weil die Welt anders ist als gedacht und erhofft. Um wachzurütteln, um sich einmal länger und tiefer mit der Herausforderung zu beschäftigen und intensiver zu spüren, was von uns morgen verlangt wird.

**W. Bachmann:** *Versuchen Sie die Herausforderungen, auf die sich Unternehmen zu wenig vorbereiten, mit wenigen Worten zusammen zu fassen. Welche sind dies?*

**W. Pachali:** Mittelfristig ist die größte Herausforderung die Integration der Generation Google, YouTube, Parship. Mitarbeiter, die mit einer neuen Haltung, einem neuen Selbstverständnis an die Arbeit gehen. Die mehr Freiheit und Selbstverantwortung verlangen, die Lösungen für die nachhaltige Vereinbarkeit von Beruf und Familie einfordern, die Gestaltungsfreiheit hinsichtlich Arbeitszeit, Arbeitsort/Home-Office, webbasierte Fort- und Weiterbildung suchen. Diese Generation erwartet neue Organisationsformen, neue Führungsmodelle, neue Kommunikationsformate.

**W. Bachmann:** *Sie nennen ihr Buch ein Workbook, ein Buch eher für den Nachttisch als für den Schreibtisch...*

**W. Pachali:** Der Alltag vieler Unternehmer, Manager, Ärzte ist geprägt von der Bewältigung der dringlichen Aufgaben.

Die wichtigen Themen, die langfristigen und strukturellen Fragen werden dann eher in der Zeit „nach Dienstschluss“ behandelt. Workbook, weil das Buch nicht nur gelesen werden soll. Der Leser findet Fragen und die Möglichkeit seine Gedanken unmittelbar im Buch aufzuschreiben. Wer schreibt, verankert seine Gedanken fester und erhöht die eigene Verpflichtung zur Umsetzung von überzeugenden Anregungen.

**C. Spellenberg:** *Lesen denn Unternehmer, Manager, Ärzte überhaupt noch Bücher?*

**W. Pachali:** Diese Frage stellte uns unser Verlag auch zu Beginn des Projektes. Wir sind zum Ergebnis gekommen „Ja und Nein“. Führungskräfte lesen weniger, sie hören z.B. auf Geschäftsreisen lieber Hörbücher und sie suchen den unmittelbaren Gedanken- und Erfahrungsaustausch mit den Autoren. Deshalb haben wir uns entschieden, alle drei Formate gleichzeitig zu bedienen: Im Buch findet der Leser einen Link zum kostenlosen Hörbuch und einen Link zur Themenseite „EVOLVE-Management“ zur Diskussion mit den Autoren.

**C. Spellenberg:** *Mit modernen, derzeit häufig empfohlenen Personal- und Führungskonzepten wie New Work, Holocracy, Agilität gehen Sie eher kritisch um ...*

**W. Pachali:** Auf Management-Buzzwords reagiere ich grundsätzlich sehr distanziert. Sie zeichnen gerne schwarz/weiß, sie führen uns gerne zu entweder-oder-Entscheidungen. Ich bevorzuge eher sowohl-als-auch-Lösungen, sehe die größeren Umsetzungschancen in hybriden Modellen. Beidhändigkeit ist gefordert: Run the business and evolve the business! Wir müssen Bestehendes optimieren, die Effektivität steigern, Routinen nutzen, um eine möglichst weitgehende Fehlerlosigkeit zu realisieren und wir müssen gleichzeitig Bestehendes in Frage stellen, radikal neue Geschäftsmodelle und maximale Fehlertoleranz entwickeln, um (Un)Mögliches/(Un)Vorstellbares zum Durchbruch zu verhelfen. Wir müssen evolutionäre und disruptive Veränderungen einleiten und aussteuern – parallel! Geschmeidig anpassen und radikal erneuern – Hand in Hand!

**W. Bachmann:** *Besonders intensiv beschäftigen Sie sich mit Verhaltensfragen von Führungskräften im Rahmen von Entwicklungsprojekten?*

**W. Pachali:** Ein Kernsatz im Buch lautet „Das Bessere ist der Feind des Guten“. Der Satz stammt von dem streitlustigen Voltaire. In vielen Unternehmen, sicherlich auch in vielen Kliniken, versanden Entwicklungsprojekte bevor sie

ihre eigentliche Stärke entwickeln können. Bremser und Warner stehen den Innovatoren kraftvoll und entschlossen gegenüber. Meist sind sie nicht sehr lautstark, sondern agieren im Hintergrund. Subversiv, unauffällig lassen sie Blockaden wachsen und beschreiben Hindernisse als unüberwindbar. Diesen Widerstand aufzulockern und letztlich zu überwinden benötigt Zeit. Geduld und Disziplin ist gefordert.

**W. Bachmann:** *Sie sprechen von subtilen Verhinderern. Hat es die nicht schon immer gegeben? Welchen Umgang mit dieser Spezies empfehlen Sie?*

**W. Pachali:** Ja, Warner, Blockierer und Verhinderer hat es schon immer gegeben. Ihre Relevanz wächst aber mit der Zunahme des Veränderungsdruck mit der Notwendigkeit nicht nur über den Handlungsbedarf zu diskutieren, sondern ihn auch aktiv herbeizuführen. Heute treffen unversöhnbar erscheinende Positionen aufeinander – und Polarisierung lähmt!

**W. Bachmann:** *Sollten bei Unternehmens-Entwicklungsprozessen Organisations- und Personalveränderungen Hand in Hand verlaufen?*

**W. Pachali:** In vielen Unternehmen aber auch Kliniken wird heute ein komplett neuer Organisationsansatz diskutiert. Ein Organisationsansatz, der Silos verhindert, der es ermöglicht einfacher, schneller, besser und kundenorientierter zu werden! Wer das erreichen will muss Hierarchien und einengende Kästchen abbauen, dafür die Türen öffnen für ein mehr an Selbstverantwortung und Selbstorganisation. Deshalb der Fokus auf die Handlungsfelder Organisation und Personal. Eine organisatorische Restrukturierung ist i.d.R. nur dann nachhaltig erfolgreich, wenn parallel dazu ein neues Denken und Handeln in den Köpfen der Mitarbeiter und Führungskräfte verankert wird.

**W. Bachmann:** *Man hört allenthalben, dass wir zu weich, zu verwöhnt für die Herausforderungen geworden sind. Teilen Sie diese Auffassung?*

**W. Pachali:** Ja, uneingeschränkt. Die Mehrzahl der Führungskräfte/Unternehmer mussten sich in Wachstumsphasen beweisen, in Zeiten der kleinen Innovationen und das haben Sie hervorragend gemeistert. Sie haben aber nur wenig oder keine Erfahrung im Umgang mit strukturellen Krisen und dem Entwickeln und Umsetzen von Durchbruchinnovationen. Sie haben gelernt lange Wege in kleinen Schritten zu meistern, aber nicht schnelle, große Sprünge über unüberwindbar erscheinende Hindernisse.

**C. Spellenberg:** *In ihrem Prolog zitieren Sie Machiavelli mit dem Satz: „Tust Du Gutes, tu es langsam. Tust Du Böses, tu es auf einmal“...*

**W. Pachali:** Weil die größte Gefahr in Unternehmen vom Gewohnten und Gewöhnlichen, dem Etablierten und Bequemen ausgeht. Zukunft beginnt nicht mit der Einführung des Neuen, sondern mit dem Abschied vom Alten. Das nennen wir „produktive (Zer)Störung“. (Zer)Störung, die stört, aber nicht „kaputt macht“. Die den Mut zum Aufbruch und die Kraft entstehen lässt, sich von Hindernissen nicht abhalten zu lassen. Wirtschaft und Gesellschaft sind im Umbruch. In einem Umbruch, dessen Tempo und Tragweite viele von uns überfordert, der Angst macht und einige von uns in Schockstarre versetzt. Mit EVOLVE-Management wollen wir diejenigen unterstützen, die trotz aller Widerstände und Hindernisse handeln und Verantwortung übernehmen wollen.

**C. Spellenberg:** *Und nun noch ganz aktuell: Glauben Sie, dass eine Herausforderung wie die Corona-Krise Veränderungen vorantreibt?*

**W. Pachali:** Ich hoffe es zumindest. Wir müssen lernen, das (Un)Vorstellbare in unsere Planungen zu integrieren, das (Un)Denkbare zu denken. Entwicklungen zu akzeptieren, die uns nicht gefallen und die wir nicht wünschen. Denken Sie an den Ausstieg aus der Atomkraft, den Diesel-Skandal, die Bankenkrise. Oder aktuell an Länder, Kliniken, Apotheken unter Quarantäne. Die nüchterne Diagnose des Präsidenten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Gassen, jedenfalls hat mich sehr nachdenklich gestimmt: „Das ist eher eine mediale Infektion als eine medizinische.“

**C. Spellenberg:** *Welche Zielpunkte sehen Sie, auf die sich das Gesundheitswesen in Deutschland hinentwickeln sollte? Und in diesem Zusammenhang: Wo sehen Sie die wichtigsten Widerstände?*



Wolfgang Bachmann  
Vorstand des Gesundheitsnetz Süd



Christoph Spellenberg  
Facharzt für Allgemeinmedizin,  
Vorstand des Gesundheitsnetz Süd

**W. Pachali:** Alle Verantwortlichen im Gesundheitswesen sind jetzt aufgefordert zu einer kritischen Analyse: Stimmen unsere Annahmen und Steuerungsansätze noch? Wie wichtig ist Verfügbarkeit neben dem Preis, wie wichtig ist Verfügbarkeit neben der Forderung nach permanenter Maximalauslastung?

Bei diesem akuten Handlungsdruck dürfen wir aber die langfristigen Perspektiven nicht aus den Augen lassen: Den massiven Ausbau der Digitalisierung im Gesundheitswesen (Service, Technik, Datenschutz, BigData/Forschung) und die notwendigen Investitionen in die Erhöhung der Akzeptanz des technisch Möglichen beim z.B. Patienten.



„Evolve Management“ 24,00 €  
 Günter Althaus und Wolfgang Pachali  
 ISBN-13: 978-3871512520, DG Verlag  
 Erhältlich in der Buchhandlung oder direkt unter  
[www.evolve-management.de](http://www.evolve-management.de).

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

Das GNS ist ein starker Player  
 der Ärzteschaft im Südwesten.  
**GESTALTE DEINE Zukunft mit!**

## Jetzt GNS-Mitglied werden

Die Mitgliedschaft in der Genossenschaft kostet **einmalig 500 Euro** (nach Gesetz und Satzung fällige Einzahlung) sowie den Mitgliedsbeitrag in Höhe von **25 Euro/Monat**.

Vollständiger Name und Anschrift des Beitretenden/Mitglieds/Praxisstempel

Name .....

Telefon .....

Straße .....

Fax .....

PLZ/Ort .....

E-Mail .....

**Bestätigen Sie bitte durch Ankreuzen**

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Genossenschaft.

**Rückantwort bitte**

per Fax: 07391 5865451  
 oder per Mail: [service@gnsued.de](mailto:service@gnsued.de)

Weitere Informationen finden Sie jederzeit unter [www.gnsued.de](http://www.gnsued.de)

# Vortrag von Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH auf dem 15. Landeskongress Medizin in Stuttgart

Jörg Simpfendörfer

Deutschland habe das beste solidarisch organisierte Gesundheitssystem der Welt, so bezeichneten mehrere Gesundheitsminister unser Gesundheitssystem. Diese Sichtweise ist in Deutschland weithin verbreitet. Zur Einleitung frei nach den Worten des Präsidenten des Weltärztebundes Dr. Frank Montgomery: Dies liege daran, dass der Zugang zur Versorgung einfach sei, die Wartezeiten kurz und es keine Einschränkungen gebe. Wer krank ist habe Anspruch auf Versorgung.

Der Vorsitzende des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH stellte in einem Impulsvortrag anlässlich des 15. Landeskongresses Medizin in Stuttgart die berechtigte Frage: Ist das wirklich der Grund dafür, dass wir das beste Gesundheitssystem vorweisen können?

Wir haben für Sie die zentralen Aussagen und Thesen zusammengetragen:

Herr Prof. Gerlach zieht zunächst den internationalen Vergleich heran: Werde unser Gesundheitssystem, wie die EU-Kommission das mit dem Länderprofil Gesundheit 2019 unlängst getan hat, von außen betrachtet, so titelt das deutsche Ärzteblatt dazu wie folgt: „Hohe Kosten, durchschnittliche Ergebnisse“. Das deutsche Gesundheitswesen biete zwar umfassende Leistungen auf hohem Niveau, sei aber teurer als das der anderen EU-Länder. Die Gesundheitsergebnisse entsprächen aber dem europäischen Durchschnitt. Überdurchschnittliche Kosten, durchschnittliche Lebenserwartung, mit den Worten von Herrn Prof. Dr. Karl Lauterbach, MdB: „Wir bezahlen für einen Mercedes und kriegen aber nur einen Golf“. Zwar könne über die grundsätzliche Richtigkeit dieser Aussage gestritten werden, im Hinblick auf die Ergebnisse der EU-Kommission erscheine dieser Vergleich auf den ersten Blick jedoch passend.

Eine kurze Bestandsaufnahme:

- Deutschland weise im internationalen Vergleich mit die geringsten Zuzahlungen und die kürzesten Wartezeiten auf Facharzttermine auf. Ein Fakt, der sich nicht in der öffentlichen Wahrnehmung spiegelt.
- Es herrsche eine starke Fragmentierung zwischen

stationärer und ambulanter Versorgung, zwischen Hausärzten und Fachärzten, zwischen Ärzten in weiteren Gesundheitsberufen sowie zwischen Bund und Ländern.

- Es bestünde eine hohe Inanspruchnahme von Leistungen durch fehlendes Gatekeeping. Dies bedinge eine unzureichende Koordination, Defizite bei der Digitalisierung (in der allseits bekannten Bertelsmann-Studie lag Deutschland auf Platz 16 von 17<sup>1</sup>), höhere Verweildauern im Krankenhaus sowie eine Anzahl von Krankenhausbetten, die 60 % über dem EU-Durchschnitt liege.

Prof. Dr. Gerlach schränkt ein, dass Deutschland seiner Auffassung nach in der Tat über ein sehr gutes Gesundheitssystem verfüge, bezweifelt jedoch, dass es tatsächlich das Beste sei und dementsprechend darüber nachgedacht werden müsse, an welchen Stellen Verbesserungspotentiale bestünden. Eine nüchterne Betrachtung der Fakten könne einen schon etwas stützig werden lassen. Sicherlich seien zahlreiche Rankings nicht direkt vergleichbar, da unterschiedliche Kriterien und Daten zugrunde gelegt werden. Nichts desto trotz würden relativ schnell Parallelen ersichtlich. Das Bild wiederhole sich und man bekomme ein gutes Gefühl, wie unser Gesundheitssystem von außen betrachtet werde.

Zum Beispiel: Bei einem Ländervergleich der World Health Organisation (WHO) aus dem Jahr 2010 wurden insgesamt 191 Länder hinsichtlich einer „overall health system performance“ verglichen. Deutschland belegte dabei den 25. Platz.<sup>2</sup> Der Commonwealth Fund untersuchte 2017 die entwickelten Industrieländer ebenfalls hinsichtlich der sogenannten „health care system performance“, elf an der Zahl, wobei Deutschland den achten Platz belegte.<sup>3</sup>

Die OECD erstellt keine Rankings, zieht jedoch immer wieder Vergleiche und nimmt eine Einschätzung der Gesundheitssysteme vor. Zu Deutschland sage sie sinngemäß: Die Zugänglichkeit ist Spitze, die Qualität hingegen häufig durchschnittlich.<sup>4</sup>

Wie passen nun diese Ergebnisse, die unser Gesundheitssystem von aussen einordnen zu unserer oben geschilderten Selbstwahrnehmung, über das beste Gesundheitssystem der Welt zu verfügen?



## Behandlung in Akutkrankenhäusern

Sowohl bei den durchschnittlichen Fallzahlen pro 1.000 Einwohner (D: 235 Tage; OECD: 153 Tage), als auch bei der durchschnittlichen Verweildauer in Tagen (D: 7,6 Tage; OECD: 6,4 Tage) weise Deutschland hohe Kennzahlen auf. Die entsprechenden Kennzahlen in Japan und Korea liegen deutlich höher, da in diesen Ländern die Altenpflege ebenfalls von Krankenhäusern betrieben wird.<sup>5</sup>

Interessant sei die Entwicklung über die Zeit, denn Deutschland sei auf dem besten Weg, Europameister zu werden.

Besonders interessant sei in diesem Zusammenhang die Betrachtung der Ärzte bzw. Pflegekräfte die je 1.000 Einwohner im Einsatz sind. In diesem Vergleich werden Kopffzahlen verwendet, die grundsätzlich zu hinterfragen seien, aber auch in den genannten Ländern genutzt werden. In Deutschland kommen 4,1 Ärzte auf 1.000 Einwohner und 13,3 Pflegekräfte auf 1.000 Einwohner. Deutschland lag somit im Jahr 2015 deutlich über dem jeweiligen OECD-Durchschnitt.<sup>6</sup>

Nach den Berechnungen von Prof. Gerlach müsse Deutschland mittlerweile in diesem Vergleich bereits auf Rang zwei platziert sein.

Vielfach wurde in der jüngeren Vergangenheit auf das dänische Gesundheitssystem verwiesen. Nach der Auffassung von Prof. Gerlach aus guten Gründen. Natürlich könne und solle das dänische System nicht ohne weiteres übernommen werden. Man solle sich jedoch folgendes bewusst machen: In Dänemark kämen nur 3,7 Ärzte auf 1.000 Einwohner, aber 16,7 Pflegekräfte auf 1.000 Einwohner. In diesem Zuge sollte auch die Anzahl der Ärzte und Pflegekräfte in Vollzeitäquivalenten pro 1.000 Belegungstagen betrachtet werden, da Deutschland mit 0,9 Ärzten pro 1.000 Belegungstagen weit abgeschlagen platziert sei. Dänemark liege dahingegen bei 3,3 Ärzten pro 1.000 Belegungstage. Mit anderen Worten verfügt Dänemark über weniger Ärzte pro Einwohner, am Krankenbett jedoch über fast viermal so viele Ärzte. Bei den Pflegekräften verhalte es sich ganz ähnlich, auch hier bilde Deutschland das Schlusslicht mit 2,2 Pflegekräften pro 1.000 Belegungstage und Dänemark mit 10,0. Dies ist das fünffache an Pflegekräften pro 1.000 Belegungstage.<sup>7</sup>

Diese Zahlen seien nach Auffassung von Prof. Gerlach das zentrale Dilemma. Der Grund dafür liege in den hohen Fall-

zahlen in Deutschland. Im stationären Bereich drehe sich somit ein Hamsterrad für Ärzte, Pflegekräfte und Patienten. Alle EU-Länder hätten im Durchschnitt 5,1 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner, Deutschland liege bei 8,1. Prof. Gerlach leitet daraus eine im Vergleich zu allen anderen EU-Ländern deutlich höhere Angebotskapazität ab.<sup>8</sup>

Seit 1990 beliefte sich der Zuwachs an Ärzten in Deutschland auf 162%, bezogen auf das Jahr 2017. In den letzten zehn Jahren seien nach Abzug der Ärzte, die in den Ruhestand gegangen sind, pro Jahr durchschnittlich 6.545 mehr Ärztinnen und Ärzte berufstätig geworden. In Jahr 2020 wird wohl die Grenze von 400.000 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten erreicht werden. Es sei davon auszugehen, dass wir in nicht allzu ferner Zukunft das Land mit der höchsten Anzahl an Ärzten pro Einwohner sein werden. In Kürze würden außerdem zwölf neue Fakultäten hinzukommen, die künftig Medizinstudenten ausbilden. Hinzu käme, dass 77 von 79 Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen in die Spezialisierung führen, die zunehmend feingliederiger werde. Aktuell (2018) sei es so, dass 1.567 von 13.338 Ärzten die generalistische Richtung gewählt haben.<sup>9</sup> Das sei eine gute Entwicklung, da die Zahl weiter steige, jedoch für ein Gesundheitssystem eher schädlich sei. Es könne kein Gesundheitssystem auf der Welt geben, in dem 88% der Ärztinnen und Ärzte Spezialisten seien und 12% als Generalisten für die Grundversorgung flächendeckend zur Verfügung stünden. Das sei weder für den Bedarf der Bevölkerung ausreichend noch finanzierbar. Diese Spezialisten würden dringend benötigt, aber das Verhältnis sei fatal.

Ein weiteres Phänomen, das unser Gesundheitssystem auszeichnet: Durch eine Änderung des Abrechnungssystems wurden die Arzt-Patient-Kontakte seit 2016 nicht mehr flächendeckend dokumentiert. Bereits damals wurden durchschnittlich 17,9 Arzt-Patient-Kontakte pro Jahr und Einwohner gezählt. Davon 7,1 bei Allgemeinärzten. Damit entfällt der Großteil der Arzt-Patient-Kontakte auf Spezialisten. 8% der Bevölkerung seien an einem beliebigen Montag in den Praxen der Ärzte gewesen. Fiele dieser Montag auf einen Quartalsanfang, dann können dies bis zu 11,75% der Bevölkerung oder 9,7 Millionen Menschen gewesen sein. Dazu komme, dass bei diesen Patienten 25,8 ICD-Abrechnungsdiagnosen codiert wurden.

Wenn diese um Doppeldiagnosen, Ausstellungen von Bescheinigungen etc. bereinigt würden, würde jeder Bundesbürger im Schnitt 9,3 abklärungs- und behandlungsbedürftige

### Quellen

<sup>1</sup> vgl.: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/der-digitale-patient/projektthemen/smarthealthsystems#c1203567>

<sup>2</sup> vgl.: [www.who.int/healthinfo/paper30.pdf](http://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf) S. 18 ff.

<sup>3</sup> vgl.: [www.interactives.commonwealthfund.org/2017/july/mirror-mirror/](http://www.interactives.commonwealthfund.org/2017/july/mirror-mirror/)

<sup>4</sup> vgl.: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019) S.22

<sup>5</sup> vgl.: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEBSEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf) S. 323 ff.

<sup>6</sup> vgl.: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEBSEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf) S. 331 ff.

<sup>7</sup> vgl.: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEBSEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf) S. 332 ff.

<sup>8</sup> vgl.: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEBSEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf) S. 323

<sup>9</sup> vgl.: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf)

Diagnosen aufweisen. Wird der Blick nun also erneut von außen auf Deutschland gerichtet, erwecke dies den Eindruck, dass es sich bei der deutschen Bevölkerung offenbar um sehr kranke Menschen handeln müsse, die sehr oft zum Arzt gingen und entsprechend viele Krankheiten hätten. Diese Frequenz sei mit Abschaffung der Praxisgebühr weiter angestiegen, konkrete Zahlen fehlen leider. Es scheine aber vertretbar, konservativ zu vermuten, dass Deutschland bei mittlerweile deutlich über 20 Arzt-Patient-Kontakte pro Einwohner und Jahr liege. Wohlgedenkt gehe es hierbei nicht um Scheine, sondern um Kontakte unter Ausschluss von Zahnärzten und ohne den stationären Bereich.<sup>10</sup>

Herr Prof. Gerlach kommt dementsprechend auch hier zu dem Schluss, dass sich das Hamsterrad im ambulanten Bereich mit einer ebenso hohen Frequenz drehe. Besonders deutlich mache dies auch der internationale Vergleich der Hausärzte. Betrachte die Behandlungszeit in Schweden bei 2,9 Arztkonsultationen pro Jahr durchschnittlich 24 Minuten, so liege der deutsche Hausarzt bei 10,0 Konsultationen und durchschnittlich 10 Minuten. Dies spiegele sich auch in der Zufriedenheit mit der verfügbaren Zeit der Ärztinnen und Ärzte wider.<sup>11</sup> Der schwedische Arzt arbeite in einem Gesundheitszentrum, habe Nurses und Assistenzberufe.

Herr Prof. Gerlach gesteht zu, dass dies natürlich zugespitzt dargestellt sei. Es habe dennoch viel damit zu tun, was unser Gesundheitssystem auszeichne. Nun gibt es Gründe für einen Ärztemangel in Form jener, die ihn verstärken, aber auch derer, die ihn vermindern. Leider sehen wir zu wenig, welche Gründe dies im Details sind. Natürlich gebe es Teilzeitarbeit, Work-Life-Balance, eine zunehmende Frauenquote, veränderte Einstellungen der jungen Kolleginnen und Kollegen, EU-Arbeitszeitregeln, eine systematische Arbeitszeiterfassung, eine Abwanderung von Ärzten in das Ausland, eine steigende Anforderung durch demographische Veränderung der Bevölkerung etc.. Diese Gründe seien alle richtig, aber es gebe mindestens genauso viele Gründe weshalb Deutschland keinen solchen Ärztemangel haben sollte oder ihn mindern könnte:

- Höherer Anteil an Einwanderern als Auswanderer bei Ärzten bedingt durch hohe Raten an Rückkehrern
- Mittlerweile bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Zahlreiche, jedoch wenig genutzte Delegationsmöglichkeiten an andere Berufsgruppen
- Interprofessionelle Zusammenarbeit
- Sektorenübergreifende Zusammenarbeit
- Digitalisierung

Aus der Sicht von Prof. Gerlach stünde Deutschland vor einem Strukturproblem und es sei durchaus einseitig zu

sagen: „Wir machen weiter wie bisher, aber verheizen einfach noch mehr Ärztinnen und Ärzte in diesem System.“

### Fazit:

#### Das Angebot

Die in Deutschland vorgehaltenen Angebotsstrukturen seien nicht bedarfsgerecht. Sie entsprechen nicht dem Bedarf der Bevölkerung.

1. Deutschland habe auffällig viele Krankenhäuser und sehr viele niedergelassene Fachspezialisten
2. Die meisten Ärzte seien spezialisiert oder subspezialisiert mit steigender Tendenz und dort tätig, wo sie am wenigsten benötigt würden
3. D.h. es liege eine doppelte Fehlverteilung vor: zum einen nach Disziplinen (Generalist vs. Spezialist) und zum anderen nach Regionen (Stadt vs. Land; arme Stadtteile vs. wohlhabendere Stadtteile)
4. Es bestünden weitgehend unverbundene Parallelstrukturen, bedingt durch die sektorale Trennung. Die Zusammenarbeit von Kliniken und Praxen sei nahezu unmöglich, da sie in verschiedenen Welten agieren. Haus- und Fachärzte würden gerne enger zusammenarbeiten und zum Teil tun sie das auch, aber die Strukturen erschweren es
5. Digitalisierung und Ambulantisierung habe Deutschland weitestgehend verschlafen

Dies sei ein kurzes Fazit einer Analyse, die natürlich deutlich vertiefter geführt werden könne und müsse. V. a. in der Ambulantisierung steckten noch enorme Potentiale, die bisher bei Weitem nicht ausgeschöpft wurden. Während in Deutschland beispielsweise etwa 7% der Leistenhernien ambulant operiert werden und ca. 93% stationär, sei das in vielen anderen Ländern genau umgekehrt der Fall. Aber solange eine OP in Deutschland nach DRG dreimal so hohe Erlöse generiere wie gem. EBM wird sich dieser Zustand zunächst nicht ändern. Dies sei schlicht durch die existierenden Anreizsysteme und Strukturen bedingt.

#### Die Inanspruchnahme durch die Patienten

Auch in diesem Bereich sei die Versorgung an vielen Stellen nicht bedarfsgerecht organisiert.

Die sehr gute Zugänglichkeit berge zugleich ein Problem. Denn da sie so gut sei, könne der Patient jederzeit überall Leistungen in Anspruch nehmen. Dies würde durch geringe bis keine Zuzahlungen, geringe Wartezeiten und das hohe Engagement der Ärzte verstärkt. Letzteres würde auch durch die bestehende Quartalslogik und den dadurch stets beginnenden Wettlauf, Patienten zu bedienen am Quartalsbeginn verstärkt.

Dies führe neben anderen Gründen zu einer auffällig hohen Verweildauer in deutschen Krankenhäusern und des Weite-

ren zu einer höheren Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im niedergelassenen Bereich. Das bringe beide Systeme in ein Hamsterrad und führe u. a. dazu, dass lediglich leicht Erkrankte oder Gesunde die Praxen quasi verstopfen würden, die folglich auch wieder einbestellt würden, denn sie seien leichter und besser zu behandelnde, effiziente Fälle. Patienten, die unter schweren oder komplexen Erkrankungen leiden, die aufgrund ihrer Komplexität bzw. Morbidität nicht attraktiv erschienen, erhielten nicht die eigentlich benötigten Kapazitäten. Jene komplexen Fälle würden sich mit einer 10-Minuten-Medizin auch nicht adäquat versorgen lassen. Dies führe dazu, dass insbesondere jene Patienten darunter leiden, die es am nötigsten hätten und folglich unter einer fehlenden bedarfsgerechten Prioritätensetzung und einer unkoordinierten Versorgung leiden. Man könne sogar so weit gehen, dass ein fehlender Schutz vor zu viel und falscher Medizin existiere. Ein anderes Thema sei die zunehmende Leistungssteigerung. Ein Beispiel aus der Schweiz zeige, dass dort 100% weniger Links-Herz-Katheter im Verhältnis zur Bevölkerung gemacht würden wie in Deutschland, 70% weniger in Österreich.

Die Hamsterräder in Klinik und Praxis und die derzeitige organisierte Verantwortungslosigkeit seien keineswegs zufällig entstanden. Diese seien bedingt durch das System sowie dessen Strukturen und Anreizsysteme. Die Anweisungen und Anforderungen des Systems führen zu einem Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Es käme zu Leistungssteigerung bei gleichzeitiger Fehl- bzw. Unterversorgung einzelner Bevölkerungsgruppen. Dementsprechend sei es an uns, an dieser Stelle einen Ausgleich zu schaffen: Exemplarisch könnten chronisch Kranke sowie die Notfallversorgung ins Feld geführt werden. Letztere sei deshalb überlaufen, weil dort nach Schätzungen 30-50% Patienten versorgt würden, die nicht bedarfsgerecht gesteuert würden. Diese Steuerungsdefizite auf der Angebotsseite (Leistungserbringer) und auf der Nachfrageseite (Patienten) seien die Ursache des Dilemmas. Des Weiteren bestünde kein allgemeiner Ärztemangel, weshalb die Forderung nach mehr Geld und mehr Ärzten allein keine Lösung sei.

Herr Prof. Gerlach räumt ein, dass Lösungen in der Realität leider nicht so einfach seien wie sie in einer akademischen und verkürzten Betrachtung dargestellt werden können. Es gebe vielfältige Ursachen für die beschriebenen Systemdefizite, weshalb ein vielfältiges Bündel von Steuerungsmaßnahmen zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung benötigt werde. Herr Prof. Gerlach verweist auf eine umfassende Betrachtung des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, die Sie ebenfalls unter den angegebenen Quellen finden können. Zum Abschluss stellt Herr Prof. Gerlach heraus, dass Abwar-

ten keine Option sei. Die Chance würde in naher Zukunft greifbar werden, nämlich wenn die Einnahmen der Krankenkassen absehbar knapper würden und die Ausgaben die Einnahmen übersteigen. Durch den steigenden finanziellen Druck könne die Politik reagieren und an diesen Stellen eingreifen. In Baden-Württemberg passiere bereits einiges.

Alle Gutachten und Empfehlungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sind online abrufbar unter [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)

Der Vortrag von Herrn Prof. Gerlach kann wohl als das bezeichnet werden, was man gemeinhin einen Rundumschlag nennt. Die Ergebnisse sind deutlich, die Datenlage mag, gerade bei einer Metaanalyse mehrerer internationaler Studien, etwas fragil und potentiell angreifbar erscheinen. Er zeigt uns jedoch auf, wo unsere Probleme liegen und wo unsere Potentiale. Die Kernaussage, das Gesundheitssystem müsse sich wandeln, teilen wir nicht uneingeschränkt. Ja, mit Sicherheit muss sich das Gesundheitssystem wandeln, aber das Gesundheitssystem ist nicht starr und befindet sich bereits im Wandel. Dieser Wandlungsprozess hat übrigens niemals aufgehört. Ein Blick auf die erlassenen Gesetze in den vergangenen Jahren und die aktuellen Gesetzesvorlagen spricht hier eine klare Sprache. Der Vortrag von Herrn Prof. Gerlach führt uns jedoch noch einmal plastisch vor Augen, dass dies gut und konsequent ist, dass wir uns auf dem richtigen Weg befinden und dass die bereits unternommenen und noch zu unternehmenden Anstrengungen die Mühe wert sein werden. **Der Blick auf andere Länder sollte nicht den Blick auf die eigenen Errungenschaften verstellen, sondern Anreiz, Ideengeber und Motivation für uns sein. Wir sind sehr gespannt, wie das Abschneiden in den diversen Rankings unter den Eindrücken des Corona Virus künftig beurteilt wird. Kurze Zugangswege und eine höhere Angebotskapazität sind in diesen Zeiten ein wichtiger Bestandteil der Daseins- und Krisenvorsorge. Abseits aller Theorie wird die „Performance“ unseres Gesundheitswesens gerade auf die denkbar schlechteste Weise einer Feuerprobe unterzogen.**

Weiterentwicklung tut Not, mutiges Voranschreiten und Beteiligung ist gefragt. Die GNS beteiligt sich durch zahlreiche Modellprojekte bereits seit nunmehr vier Jahren aktiv daran. Nicht alles Neue ist gut, nicht alles Neue ist schlecht. Es gilt, das Gute zu fördern und das Schlechte zu verhindern, damals wie heute und auch in Zukunft.

<sup>10</sup> vgl.: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEBSEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf) S. 109 ff.

<sup>11</sup> vgl.: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEBSEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf) S. 333 ff.

# Suchst Du noch oder **boost** Du schon?



Würde IKEA zu unserem  
neuen Recruiting Format  
sagen. Danke!

Du willst mehr über boost wissen:  
[dialog@jofodo.de](mailto:dialog@jofodo.de) Wolfgang Bachmann

# "Man sieht sich, man hört sich, aber man spart erheblich Zeit und Wege."

## Videosprechstunden in der ambulanten Versorgung



Seit 2017 setzt Dr. med. Hans-Jürgen Beckmann, Facharzt für Chirurgie, Visceralchirurgie, Phlebologie und Ästhetische Lasermedizin aus Bünde, die Videosprechstunde CGM ELVI ein. Im Alltag verschafft sie dem Vorstandsmitglied des Ärztenetzes MuM – Medizin

und Mehr eG vor allem mehr Sicherheit, wenn er es sich aus zeitlichen Gründen nicht leisten könnte, einen persönlichen Eindruck zu verschaffen. Im folgenden Interview berichtet er von seinen Erfahrungen, beschreibt Einsatzmöglichkeiten und räumt Vorurteile aus.

*Warum sollten Ärzte Videosprechstunden anbieten?*

**Dr. med. Beckmann:** In Arztpraxen nimmt die Zahl der Patienten zu, da die Arztzahlen in der Fläche abnehmen. Dazu werden die Patienten immer älter und kränker. Hier ist Entlastung erforderlich, die gut durch Videokonsultationen mit dem Patienten zu Hause oder mit Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden können.

Des Weiteren können und wollen Berufstätige unterschiedlichen Alters nicht mehr Stunden mit Warten in Arztpraxen verbringen. Diese Anforderungen bedienen am Markt bereits vorhandene medizinische Video-Callcenter, die ihre Leistungen bundesweit anbieten. Sie können online direkt kontaktiert werden und Patienten erhalten hier (zumindest bei nicht allzu komplizierten medizinischen Problemen) Hilfe. Bei dieser Art der Versorgung bleiben die regional tätigen Ärzte außen vor. Dieses Risiko sollte jedem niedergelassenen Kollegen bewusst sein. Leider höre ich immer noch zu oft: Ich habe genug Patienten.

Das wird sich nach meiner Einschätzung zukünftig aufgrund Veränderungen im Gesundheitsmarkt durch internationalen Wettbewerb ändern. Man bedenke, dass Patienten per Videokonsultation auch länderübergreifend Ärzte in Anspruch nehmen können.

*Wie setzen Sie die Videosprechstunden in Ihrer Praxis ein?*

**Dr. med. Beckmann:** Ich bin Gesellschafter in einer großen chirurgisch orthopädischen Gemeinschaftspraxis mit drei Standorten. Wir setzen die Videosprechstunde CGM ELVI häufig, d. h. mittlerweile ein- bis zehnmal am Tag, für die Verlaufsbeurteilung etwa bei chronischen Wunden von Patienten im häuslichen Umfeld oder in Pflegeeinrichtungen ein. Zudem nutzen wir CGM ELVI regelmäßig, um nach Operationen am Abend noch einmal kurz persönlich auf den Patienten und seinen Verband zu schauen. Das schafft zusätzliche Sicherheit für mich und den Patienten! Außerdem dient uns CGM ELVI standortübergreifend für kollegiale Abstimmungen (auch in Anwesenheit von Patienten) zur gemeinsamen Beurteilung eines Falles.

CGM ELVI kommt bei uns zusätzlich in zwei großen Projekten zum Einsatz. In einem Projekt geht es um Betreuung von Pflegeheimbewohnern. Im zweiten Projekt, dem Innovationsfondprojekt TELnet@NRW, haben wir per Videosprechstunde direkten Zugang zu Spezialisten an den Universitätskliniken Aachen und Münster. Hier können zum Beispiel komplizierte Fragen bei infektiologischen Fällen oder allgemein zu Antibiotikaverordnung geklärt werden.

*Welche Vorteile bieten Videosprechstunden in der ambulanten Versorgung?*

**Dr. med. Beckmann:** Ein entscheidender Vorteil ist der erhebliche Zeitgewinn bei der Klärung von Fragen. Und das gilt für Patienten wie Ärzte gleichermaßen. Beispielhaft ist hier neben der Reduktion von Hausbesuchen auch das ärztliche Konsil untereinander sowie der Wegfall umständlicher Transporte bettlägeriger Patienten zu nennen. Wir sind einfach schneller und effektiver, das ist für unser Praxismanagement unerlässlich.

Und die zusätzliche Sicherheit, die beispielweise der abendliche Blick auf den am Morgen operierten Patienten gibt, schätze ich sehr. Mittlerweile ist es ja auch endlich so, dass die Videosprechstunde vernünftig honoriert wird. Der EBM wurde im Oktober 2019 deutlich nachgebessert, so dass zwischen 30 und 50 € für die Durchführung von Videosprechstunden erlost werden können.

Fortsetzung auf Seite 15

# Videosprechstunde und eRezept: Und wieder gewinnen die Blockierer?

Wolfgang Bachmann

**Kontaktverbot – Ausgangssperre – Vermeiden sie den Kontakt zu anderen Menschen: Die Corona Pandemie schränkt unsere Freiheit in ungeahntem Maße ein. Gleichzeitig ist sozialer Kontakt gerade in der Krise von höchster Bedeutung. Der Mensch sucht Nähe, Geborgenheit, Gespräche. Kontaktverbot? Darf ich nicht telefonieren, nicht mailen, nicht skypen? Wer „Kontaktverbot“ schreibt, lebt in der alten analogen Welt. Gerade jetzt wo wir uns nicht gegenüberstehen oder gegenüber sitzen können, müssen wir Kontakte intensivieren, müssen wir zeigen, was uns Beziehungen wert sind. Mehr telefonieren, häufiger mailen, häufiger skypen – wir müssen die Möglichkeiten der digitalen Welt nutzen.**

Unabhängig von der Corona-Krise suchen die Verantwortlichen für das Gesundheitswesen seit einigen Jahren nach neuen digitalen Wegen der Patientenansprache und -betreuung. Wir waren von Anfang an dabei. Seit mehr als drei Jahren testen wir verschiedene Digitalisierungsmodelle. Sei es unser Projekt „Patient. Digital“ oder sei es das „Pneumomodell“. Alle diese Projekte haben bewiesen, dass die vorhandene Technologie funktioniert und eine sofortige Einsetzbarkeit gegeben ist.

**Neue Wege gibt es genug – fehlt es am Willen zur Umsetzung, an der Entschlossenheit zum Handeln?**

„Handeln ist wie Wollen, nur krasser“, habe ich letzts als Graffiti auf einer Mauer gelesen. Recht hat er, der Sprayer. Auch wenn er es sicherlich nicht für die einzelnen Interessengruppen im Gesundheitswesen

geschrieben hat. Nur im Schnecken-tempo setzt sich durch, was als politischer Wille geäußert wurde. Es hakt an allen Stellen. An der Bereitschaft zur Koordination, an klaren gesetzlichen Grundlagen, an eindeutigen rechtssicheren Prozessen. Auch wenn sich dies in der aktuellen Legislaturperiode schon deutlich gebessert hat.

**Nehmen wir ein aktuelles Beispiel: eIVI und GERDA**

Im Rahmen eines Modellprojektes arbeiten derzeit 50 Ärzte des Gesundheitsnetz Süd an der Umsetzung der Videosprechstunde mit eIVI. Wir haben hierzu in diesem Magazin bereits umfassend berichtet.

GERDA – so das Akronym für das vom Sozialministerium mit fast einer Million Euro unterstützte Projekt – wurde u.a. im Zusammenhang mit docdirekt, einem Projekt der KV Baden-Württemberg gesehen und sollte als Blaupause für das bundesweite eRezept dienen. So zumindest die Idee.

Da GERDA eine Funktionalität bereithält, die im Rahmen der Videosprechstunde unabdingbar ist, nämlich die elektronische Verordnung, haben sich die baden-württembergischen Apotheker und GNS kurzgeschlossen, um das Modellprojekt „eIVI“ mit dieser Funktionalität anzureichern.

Beide Institutionen teilen das gemeinsame Ziel, den Verordnungsprozess zu digitalisieren. Die Apotheken haben mit GERDA einen funktionierenden digitalen Prozess geschaffen und die Ärzte haben den Willen, diesen für ihre Patienten zu nutzen.

**Gut gemeint – gut gemacht?**

Man sollte meinen, dass dies als Voraussetzung für den Erfolg eines gemeinsamen Projektes ausreicht. Weit gefehlt. Nach anfänglich erfolgversprechenden Gesprächen unter allen Beteiligten und unter Einbeziehung der Praxissoftwarehersteller wurde aus Bewegung Erstarrung. Die Betonköpfe und Bedenkenträger, die Blockierer und Verhinderer machten sich breit. Angeführt in diesem Fall von den PVS – Betreibern.

**Kreativität ist ausreichend vorhanden: Tausend Gründe warum etwas nicht geht**

„Man dürfe sich das nicht zu leicht vorstellen, mehrere Mann-Monate könne man nicht so einfach aus dem Ärmel schütteln, und außerdem fehlten ja noch die Standards der Gematik und und und“ – warum auch über Lösungen nachdenken, wenn genügend Kreativität bei der Suche nach Problemen vorhanden ist. Nach diesen Worten, vorgetragen von privatwirtschaftlichen Unternehmen, war die Enttäuschung unter allen Beteiligten, ausgenommen den PVS Herstellern, mit Händen zu greifen.

Nach hoffnungsvollen Gesprächen, guter Stimmung und gemeinsamen Zielen wichtiger Institutionen hatten es ausgerechnet privatwirtschaftliche Unternehmen, denen man unterstellen darf, dass sie alles tun, um ihre Marktanteile auszubauen und ihre Gewinnfähigkeit zu sichern, geschafft, einen der wichtigsten Digitalisierungsprozesse, den es in der ambulanten Versorgung derzeit zu gestalten gilt, zu stoppen.

*Wie offen sind Patienten für Videosprechstunden?*

**Dr. med. Beckmann:** Patienten sind ehrlich gesagt offener für Videosprechstunden als manche ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. O-Ton einer 93-jährigen Patientin in einem abgelegenen Pflegeheim: „Mir ist es doch lieber, ich sehe meinen Hausarzt auf diese Weise einmal pro Woche, als sonst nur alle vier Wochen für zwei Minuten!“

Von jungen Leuten ganz zu schweigen. Etliche von denen kommen ja nicht zu uns, weil sie zu Praxisöffnungszeiten arbeiten müssen. Da können wir jetzt mal schnell eine Videokonsultation anbieten. Neben den Patienten selbst sind auch die Angehörigen Nutznießer. Sie können Fragen, zum Beispiel zu pflegebedürftigen Eltern, im Rahmen einer Videosprechstunde viel einfacher klären.

Fragen nach dem Datenschutz, der bei CGM ELVI mit peer-to-peer-Verbindung, SSL-Verschlüsselung, usw. im höchsten Maße gewahrt ist, beschäftigen die Patienten weniger. Ich sehe das daran, dass mir Patienten von sich aus ihre Befunde oder Fotos zu Erkrankungen per Whats App oder Skype schicken – meiner Meinung nach hochgradig unsichere Systeme! Insgesamt stelle ich gerade fest, dass ich so gar keine negativ besetzten oder kritischen Fragen von Patienten aufführen kann.

*Welchen Stellenwert messen Sie der Videosprechstunde in der zukünftigen Versorgung zu?*

**Dr. med. Beckmann:** Wir werden aus meiner Sicht auf dieses entlastende Instrument zukünftig nicht mehr verzichten können und wollen. Ich denke, wir haben es hier mit einer Entwicklung wie die der Handynutzung zu tun. Sie wird in kurzer Zeit nicht mehr aus dem Alltag wegzudenken sein. Es ist außerdem auch ein Service für Patienten. Viele anderen Branchen, von der Bank bis zum Rechtsanwalt, bieten das längst an. Heute haben wir nun endlich die notwendige Technologie, um dies auch in der Medizin unter Wahrung des Datenschutzes flächendeckend anbieten zu können.

*Wie verändert die Videosprechstunde ihren Alltag als Arzt?*

**Dr. med. Beckmann:** Eine wesentliche Änderung für mich ist, dass ich mir als behandelnder Arzt mehr Sicherheit verschaffen kann. Insbesondere in Situationen, in denen ich es sonst einfach aus zeitlichen Gründen nicht leisten könnte, mir einen persönlichen Eindruck zu verschaffen. Gerade in der Wundbehandlung haben wir die Betreuungsdichte durch die Videosprechstunde erhöhen können - und das bei Entlastung des Praxispersonals. Denn durch den Wegfall von Kontrollen in der Praxis bei sonst routinemäßig einbestellten Wundpatienten, konnten wir die Prozesse wie Vor- und Nachbereitung der benutzten Behandlungsräume, sofortige Entsorgung infizierter Verbände, etc. deutlich verschlanken. Das gilt vor allem für Patienten, die zum Teil wöchentlich aus dem Pflegeheim als „Liegendtransport“ mit der Feuerwehr kommen mussten und vielleicht auch noch mit MRSA infizierte Wunden hatten. Ansonsten ist der Unterschied des Videokontaktes zum tatsächlichen Kontakt in der Praxis nicht wesentlich anders. Man sieht sich, man hört sich, aber man spart erheblich Zeit und Wege.

**Lassen auch Sie sich von der Videosprechstunde CGM ELVI überzeugen!**

**Registrieren Sie sich noch heute für einen kostenlosen und unverbindlichen Testaccount unter [www.elvi.de](http://www.elvi.de). Nach Ablauf der zweiwöchigen Testphase ist keine Kündigung notwendig.**

**Bei Fragen oder für weitere Informationen steht Ihnen die CGM ELVI - Kundenbetreuung gerne zur Verfügung:**

**Frau Melissa Gabrisch, Telefon: 05223 / 4919286, E-Mail: [melissa.gabrisch@cgm.com](mailto:melissa.gabrisch@cgm.com)**

**Weitere Informationen finden Sie auch unter [www.elvi.de](http://www.elvi.de)**

**Warum sollen wir der Zukunft Raum zur Entfaltung geben? Wir lieben doch den Stillstand!**

Einfach so. Mit Argumenten, die man eigentlich nur Blockierern zutraut. Sollen wir uns das gefallen lassen? Oder ist es auch hier an der Zeit, zu rufen: „Whatever it takes!“ Es ist egal, was es braucht, aber wir lassen uns nicht mehr verströsten, kleinreden und auf der Nase herumtanzen. Es gibt

einfach Bereiche, in denen das Primat der Politik gilt. Wer über Jahre und Jahrzehnte gute Geschäfte mit dem Gesundheitswesen gemacht hat, hat in Zeiten, in denen es keine Zeit zu verlieren gilt, einfach das zu tun, was das System braucht. Ausreden und Verzögerungen braucht es nicht. Das steht fest. So zumindest meine Meinung – vorgetragen mit einer sicherlich verzeihbaren Wut im Bauch.

Wir wenden uns jetzt über die Politik an die PVS Hersteller, die guten Willens sind. Whatever it takes – wir brauchen die elektronische Verordnung zur elektronischen Sprechstunde. Denn jedes Kind weiß: Mama braucht ein Rezept vom lieben Onkel Doktor, sonst bekommt sie in der Apotheke nicht meine Medizin.

# Eröffnung der Corona Abstrichzentren an den Standorten Ehingen und Ulm

Jörg Simpfendörfer

**Das Coronavirus hält das deutsche Gesundheitswesen derzeit in Atem. Um Zustände wie in anderen europäischen Ländern zu vermeiden, werden zahlreiche Sicherheitsvorkehrungen getroffen. Die Bundesregierung schränkt das öffentliche Leben in einem bisher nicht gekannten Ausmaß ein.**

Systemrelevante Einrichtungen wie z. B. Kliniken oder Praxen unterliegen derzeit besonderen Bestimmungen, die eine unkontrollierte Ausbreitung der Erkrankung verhindern und insbesondere vulnerable Patientengruppen schützen sollen. Des Weiteren werden derzeit im Stationären vor allem die vorhandenen Kapazitäten im Bereich der elektiven Leistungen heruntergefahren und dafür im Bereich der Intensivmedizin Ressourcen aufgebaut.

Alles dient dem Ziel, die Ausbreitung zu verlangsamen und die vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen. Eine Überlastung des Gesundheitswesens durch das Coronavirus gilt es unbedingt zu vermeiden.

Dazu ist es aber auch notwendig, Erkrankte als Corona-Träger zu identifizieren und im Anschluss in einer Quarantäne zu isolieren. Zu diesem Zweck wurden unter der Gesamtleitung von Andreas Rost gemeinsam mit der Kreisärzteschaft, dem Roten Kreuz, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, dem Gesundheitsnetz Süd und der G'sundregion die Abstrichzentren in Ehingen und Ulm ins Leben gerufen. Nach einer Vorbereitungszeit von lediglich sechs Tagen wurden diese am 20.03.2020

(Ehingen) und am 21.03.2020 (Ulm) in Betrieb genommen und damit Erstaunliches geleistet.

Um die vorhandenen Ressourcen optimal zum Einsatz zu bringen, erfolgt ein Abstrich dort nur wenn gewisse Bedingungen erfüllt sind. Grundsätzlich gilt: Das Abstrichzentrum ist kein Diagnose- oder Beratungszentrum, Arzt-Patienten-Gespräche finden hier nicht statt. Der Zugang wird genauestens überwacht und ist nur mit dem PKW möglich. Weitere Zugangsvoraussetzungen sind, dass die Patienten an der Einfahrt einen Überweisungsschein in das Abstrichzentrum und ihre Versicherungskarte vorweisen können. Bei Privatpatienten, die nicht über eine Karte verfügen muss ersatzweise der Personalausweis vorgelegt werden.





Dazu im Interview Andreas Rost, Hausarzt, Kreiskatastrophenschutzbeauftragter und Leiter der Abstrichzentren.

**GNS:** Guten Tag Herr Rost, wir stehen heute am 20.03.2020 um 11:45 Uhr im Abstrich- bzw. Lagezentrum Ehingen. Das ist ein sehr umfassendes Zentrum mit weitem Zulauf. Seit wann planen Sie denn den Aufbau?

**Andreas Rost:** Es sind Stand jetzt 6,5 Tage Vorlauf. Seit Freitag Abend letzte Woche um 16:30 Uhr wissen wir, dass wir diesen Auftrag umzusetzen haben und ja, ein bisschen stolz sind wir schon, dass wir das in dieser kurzen Zeit so auf die Beine stellen konnten.

**GNS:** Wer erteilte den Auftrag zum Aufbau? Wer hat Sie angesprochen?

**Andreas Rost:** Der Auftrag kommt vom Gesundheitsamt unserer Region, wo wir im Krisenstab seit drei Wochen wöchentlich zusammensitzen. Hier hatten wir bereits vorgeschlagen, ein derartiges Abstrichzentrum zu eröffnen und haben nun auch den Auftrag dazu erhalten. Man kann es aber nur umsetzen, wenn alle mit im Boot sind. Dazu sind der logistische Aufwand und auch die Kosten für die technische Seite einfach zu groß. Ohne die Beteiligung des Landratsamts kann man so etwas auf der freien Fläche nicht betreiben.

**GNS:** Bleibt Ihnen derzeit noch Zeit für Erholung und Schlaf oder muss man in der aktuellen Situation einfach zurückstecken?

**Andreas Rost:** (lacht) Powerschlaf, mehr geht nicht.

**GNS:** Gibt es in diesem Zusammenhang eine Nachricht, die Sie Ihren Kolleginnen und Kollegen gerne zurufen wollen?

**Andreas Rost:** Den Hausärzten draußen möchte ich zurufen: Wacker, wacker, wir haben die Lage jetzt in unseren Händen und wir sorgen für Lösungen, wenn die Zuweisungen ehrlich und seriös gemacht sind. Ich bin überzeugt und voller Vertrauen, dass diese Arbeit richtig gemacht wird und diejenigen in die Abstrichzentren geschickt werden, die es auch brauchen und die Personen, die hier auf dem Platz stehen, da bin ich mir sicher, das sind die Richtigen und wir sind froh um jeden, der mit anpackt.

**GNS:** Eine kurze Abschlussfrage: Haben Sie schon einmal so eine Situation oder etwas Vergleichbares erlebt?

**Andreas Rost:** Nein, das ist bisher einmalig, ich brauche es auch kein zweites Mal.





# Histaminintoleranz – ein unterschätztes Krankheitsbild?

Viele Menschen mit unklaren Beschwerden nach Genuss bestimmter Nahrungsmittel finden sich in dem Krankheitsbild der Histaminintoleranz wieder. Ca. 1% der Gesamtbevölkerung ist davon betroffen, 80% sind Frauen mittleren Alters.

Die Histaminintoleranz resultiert aus einem Ungleichgewicht von im Körper akkumuliertem Histamin und dessen enzymatischen Abbau. Das wichtigste Enzym für den Histaminmetabolismus ist die Diaminoxidase (DAO). Bei Vorliegen einer verminderten Enzymkonzentration und/oder -aktivität, bei Einwirkung von Triggerfaktoren in den Katabolismus oder bei übermäßigem Konsum histaminhaltiger Kost kann eine Vielzahl von Symptomen auftreten, die nahezu alle Organsysteme betreffen.

## Klinik

Die Beschwerdebilder sind überaus vielfältig. Neben Hautreaktionen kann es u.a. zu gastrointestinalen Beschwerden kommen. Auch respiratorische Symptome und kardiale Komplikationen werden beschrieben.

## Labordiagnostik

Das diagnostische Vorgehen zur Abklärung einer Histaminintoleranz besteht aus dem Einsatz verschiedener Testverfahren. Diese haben neben Histamin, seine Abbauprodukte oder die am Abbau beteiligten Stoffwechselwege zum Ziel. Nur die Gesamtschau der Laborergebnisse zusammen mit den klinischen und anamnestischen Befunden macht eine Histaminintoleranz wahrscheinlicher oder unwahrscheinlicher.

## Histamin-Bestimmung

Histamin kann im Blut (EDTA-Plasma), Stuhl und Urin (Abbauprodukt Methylhistamin) bestimmt werden, abhängig von der klinischen Symptomatik. Generell sollte bei der Histamin-Bestimmung die Histaminzufuhr durch die Nahrung berücksichtigt werden und Bestimmungen nach histaminreicher und nach histaminarmer Kost erfolgen.

Zur labordiagnostischen Abklärung einer Histaminintoleranz empfehlen wir als Basisdiagnostik die Bestimmung von Histamin im Stuhl, DAO und THAK.



## Diaminoxidase (DAO) Konzentration im Serum

Eine DAO-Konzentration  $< 3$  U/ml in Zusammenhang mit der entsprechenden Symptomatik spricht für eine mögliche Histaminintoleranz.

## Totale Histamin-Abbaukapazität (THAK)

Mit diesem Testverfahren wird die Histaminabbaukapazität im Serum bestimmt. Vorteil dieser Diagnosemethode ist, dass der Test unabhängig von klinischen Symptomen durchgeführt werden kann. Eine den Patienten belastende Provokation ist nicht erforderlich.

## Genetische Abklärung der Histaminintoleranz

Eine verminderte DAO-Aktivität kann genetisch bedingt sein. Mittels Gendiagnostik lassen sich relevante Polymorphismen der DAO bestimmen, die zu einer reduzierten Aktivität des Enzyms führen.

## Therapie

Bleibt der Verdacht einer Histaminintoleranz nach ausführlicher Anamnese und diagnostischer Abklärung bestehen, so ist eine differenzierte Ernährungsberatung hilfreich, um die Betroffenen vor unnötigen Pauschaldiäten zu schützen.

**to be  
or not  
to be**



**Würde Hamlet zu unserem  
neuen Recruiting Format  
sagen. Danke!**

Du willst mehr über boost wissen:  
[dialog@jofodo.de](mailto:dialog@jofodo.de) Wolfgang Bachmann

# Boost

## Was ist das?



**Du willst es wissen:**

**[dialog@jofodo.de](mailto:dialog@jofodo.de)**

**Wolfgang Bachmann**