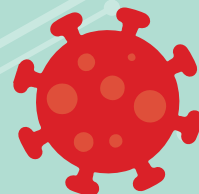


im dialog

Magazin für Ärzte und Netze im GNS

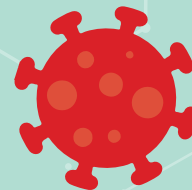


Corona Live-Talk
/ Corona Zentren

TI:
Unendliche Reihe
von Pannen und
Peinlichkeiten

ze:roPRAXEN
mit Work-Life-
Balance

Digitalisierung-
treiber Covid-19



Liebes Mitglied, liebe Leser*in,

Einmal angenommen ...

... der Bayerische Ministerpräsident, Markus Söder, hätte recht und das deutsche Gesundheitssystem müsste, so wie am 9. April im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht, nach Corona reformiert werden. Welche wären dann die zentralen Reformfelder? Hat er schon die richtigen Baustellen ausgewiesen, wenn er fordert, dass ein Notfallplan im Hinblick auf Medikamente, Material und Produktionskapazitäten im eigenen Land aufgebaut werden müsse? Liegt er richtig, wenn er die Verbesserung der Krankenhausfinanzierung thematisiert, um für Notfälle und Intensivmedizin besser ausgestattet zu sein? Aus meiner Sicht sind das Felder, die man angehen sollte. Aber es sind längst nicht alle und bei Weitem nicht die Wichtigsten. Auch ich werde es nicht allein schaffen, die wichtigsten (wer entscheidet das?) Reformfelder vollständig zu benennen. Allerdings möchte ich einen Beitrag dazu leisten, mögliche Reformen in die richtigen Richtungen zu lenken. Corona hat eklatante Schwächen im öffentlichen Gesundheitsdienst offengelegt. Was nicht verwunderlich ist, da die Schwierigkeiten, die eine weltweite Pandemie dieses Ausmaßes hervorruft, weder vorhersehbar noch planbar sind. Dass also sowohl die Übung nicht vorhanden, als auch das Personal und v. a. die Infrastruktur den neuen Anforderungen nicht ad hoc gewachsen waren ist verständlich. Nun soll eine Milliardeninvestition Abhilfe schaffen. Vier Milliarden Euro bis 2026 und 5.000 neue Stellen im ÖGD sollen es richten. Vorausgegangen ist eine Online-Umfrage des Deutschen Landkreistages. Die Umfrage des Landkreistages umfasste 17 Fragen zu den ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern in den Gesundheitsämtern. Allerdings wurde in der Umfrage nicht zwischen Teilzeit- und Vollzeitstellen unterschieden. Weder die Qualifikation der Beschäftigten noch die Altersentwicklung im ÖGD spielten in der Umfrage eine Rolle. Welche Erkenntnisse die Umfrage brachte und ob sie die Grundlage für 5.000 neue Stellen liefert, ist für mich unklar. Klar ist jedoch, dass üblicherweise zuerst die Aufgaben und Rahmenbedingungen definiert sein müssen bevor Personalentscheidungen fallen. Ich vermissem eine umfassende Aufgabendiskussion und eine schonungslose Ressourcendiskussion, denn mit Zettel und Bleistift werden auch 5.000 neue Mitarbeiter nicht reüssieren.



Überhaupt hat die Pandemie doch eigentlich vor allem im Feld des Datentransfers Schwächen offengelegt. Und zwar Schwächen innerhalb jedes einzelnen Sektors des Gesundheitssystems. Innerhalb des stationären, des ambulanten und des öffentlichen Gesundheitssektors sowie in jeder denkbaren sektorenübergreifenden Form. Ich plädiere daher dafür, in einer der kommenden Gesundheitsreformen die Thematik der sicheren Informationsverarbeitung vor dem Hintergrund moderner Informationsverarbeitungsmöglichkeiten in den Reformprozess zu integrieren. Günstigere Voraussetzungen, um wirklich etwas zu verändern werden wahrscheinlich erst nach der nächsten Pandemie, von der wieder niemand genau wissen wird wann sie kommt, existieren.

Herzliche Grüße

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'W. Bachmann'. The signature is fluid and cursive, written on a white background.

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

Inhalt

Seite 2: **Vorwort**

Redaktioneller Beitrag/GNS aktuell

Seite 4: Arzt-Intern – Der Corona Live-Talk

Seite 6: Die Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen
– Unendliche Reihe von Pannen und Peinlichkeiten

Seite 10: Corona Zentren – ein Fazit

Seite 16: Jofodo Boost Live-Talk – die zero:PRAXEN bewerben sich um Nachwuchs

Laborecke

Seite 8: Serologischer Nachweis einer Infektion mit SARS-CoV-2

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

Zeiten der Zusammenarbeit

von Lisa Bachmann, freie Journalistin

Vieles hat sich im Jahr 2020 verändert – manches zum Guten, anderes zum Schlechten. Durch unsere bisherigen Erfahrungen mit der Corona-Pandemie haben wir nicht nur gelernt, uns sozial zu distanzieren, sondern auch, auf professioneller Ebene enger zusammenzurücken.

Die GNS eG befasst sich als Zusammenschluss von Haus- und Fachärzten schon lange mit der Aufgabe der Vernetzung von Strukturen. Um den Austausch fachübergreifend, interdisziplinär und überregional voranzutreiben, gibt es seit Juli ein neues digitales Format namens **Arzt-Intern**. Am 17.07.2020 veranstaltete die GNS die erste Online-Talk-Show „**Corona Live-Talk**“ mit diversen Fachleuten aus dem Gesundheitswesen. Produziert und ausgestrahlt wurde die Sendung von jofodo.tv.

Der Corona Live-Talk

„Ärztinnen und Ärzte setzen sich seit Wochen sowohl persönlichen als auch finanziellen Risiken aus. Wir brauchen dringend einen offenen und fachübergreifenden Austausch zu Erfahrungen während der Pandemie“, so Wolfgang Bachmann, Vorstand bei GNS.

Die Online-Gesprächsrunde traf sich unter dem Motto „**Corona Live-Talk**“, um über fachspezifische Themen zu debattieren und dadurch sowohl Infor-

mationen auszutauschen als auch Einblicke in persönliche Erfahrungen zu gewähren und klare Forderungen bezüglich zukünftiger Vorgehensweisen zu formulieren. Die Gesprächsteilnehmer waren Ärzte, vertreten durch **Andreas Rost**, Hausarzt in Ehingen, und **Dr. med. Diethard Müller**, Facharzt für Laboratoriumsmedizin und Geschäftsleiter des MVZ Labor Ravensburg sowie **Kai Sonntag**, Pressesprecher der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und **Winfried Plötze**, Landesgeschäftsführer Baden-Württemberg der BARMER. Moderiert wurde das Gespräch von **Wolfgang Bachmann**.

In der einstündigen Livesendung wurden unter anderem Themen wie bürokratische Hürden in Arztpraxen, Arbeitsteiligkeit in der ambulanten Gesundheitsversorgung und die Belastbarkeit des Corona-Rettungsschirms besprochen. Auch die Zuschauer*innen diskutierten interaktiv im Livechat mit und hatten die Möglichkeit Fragen zu stellen, die gegen Ende des Gesprächs vom Podium beantwortet wurden.

Fazit: Der gemeinsame Weg

So unterschiedlich die Belastungen sind, von denen die Teilnehmer berichteten, so einheitlich ist die Forderung nach Verbesserung und die Zuversicht, die zusätzlichen Anforderungen,

geschaffen von der außerplanmäßigen Pandemie, zukünftig noch besser kontrollieren zu können.

Die anfängliche Verunsicherung bei den Akteuren sei unter anderem der hohen Dynamik der Pandemie geschuldet, erklärte Allgemeinmediziner Andreas Rost. Er verantwortet in Ulm und im Alb-Donau-Kreis gemeinsam mit einem Kollegen die Corona-Versorgung. Neben seiner Aufgabe als Hausarzt hat er binnen kürzester Zeit zwei Corona-Testzentren eröffnet und geleitet.

Das Arbeitspensum sei enorm gewesen, auch weil die analoge Kommunikation zwischen den zuständigen Stellen viele Prozesse deutlich erschwerte, erklärt er. Rost kritisierte in der Diskussionsrunde die Unklarheiten der Zuständigkeiten und forderte für Patient*innen einen *„einheitliche(n) Ort, der Lösungen bietet und nicht nur Ring-Verweise.“*

In den vergangenen Monaten war es häufig so, dass Patient*innen mit Sorgen und Krankheiten ihre gewohnten Hausarztpraxen aufsuchten, die Hausärzt*innen sie bei Verdacht auf Corona aber an das Gesundheitsamt verweisen mussten. Die Gesundheitsämter ihrerseits überwiesen Hilfesuchende zur Beratung oftmals zurück an die Hausärzt*innen.



Die Beratung und Behandlung der Patient*innen würde erleichtert, bekämen Hausärzt*innen, die als erste Anlaufstellen fungieren, mehr Verantwortung übertragen. Andreas Rost fordert daher stellvertretend: „*Gebt uns die Aufgabe und wir lösen sie.*“

Lösungsansätze

Auch für die KV steht aktuell pragmatisches Handeln im Vordergrund. Kai Sonntag geht davon aus, dass „*die KV künftig dezentraler und ortsunabhängiger organisiert werden wird. Das Thema Digitalisierung spielt intern eine große Rolle.*“

Um mehr Klarheit für Patient*innen und medizinisches Fachpersonal zu schaffen, ist die Vernetzung der zuständigen Stellen ebenso unerlässlich wie die Modernisierung und Vereinfachung der Kommunikation. Das Stichwort, welches die Teilnehmer des Live-Talks verbindet, ist: Digitalisierung.

In den vergangenen Monaten hätten sich, laut Empfehlung, zuständige Mediziner zweimal täglich über die neuesten Entwicklungen zum Umgang

mit dem neuartigen SARS-CoV-2 informieren müssen. Sich neben den beruflichen Alltagsaufgaben jeden Tag 20-25 Seiten Fachlektüre online zu erlesen, sei für Viele schlichtweg unmöglich, erklärte Andreas Rost. Es müsse einen einfacheren Zugang zum aktuellen Stand der Dinge geben. Um die bisher häufig unterschiedlichen Wissensstände der Mediziner, auf die auch Dr. Diethard Müller zu sprechen kommt, auf einen gemeinsamen Konsens zu bringen, bräuchte man eine Art „Corona-Logbuch“. In einem solchen digitalen Logbuch könnten Entwicklungen chronologisch erfasst und der aktuelle Kenntnisstand und Forschungsergebnisse effektiv dargestellt werden.

Dr. Diethard Müller äußerte sich in der Sendung insbesondere im Hinblick auf das Winterquartal, in dem erfahrungsgemäß viele Patienten mit respiratorischen Problemen zu erwarten sind. Um teilweise unerwartet große Mengen an Proben testen zu können, sei die Digitalisierung diverser Arbeitsschritte unerlässlich. Müller forderte außerdem die Verbesserung der

Ländergrenzen überschreitenden Zusammenarbeit, so dass für Labore die Möglichkeit bestünde, untereinander Arbeit weiterzugeben, sollten ihre Kapazitätsgrenzen erreicht sein. Dafür bräuchte es einheitliche, unter den Kassenärztlichen Vereinigungen abgestimmte Vorgehensweisen.

Die Grundstimmung aller Gesprächsteilnehmer scheint jedoch optimistisch. „*Ich bin überzeugt davon, dass wir eine zweite Welle, sofern sie kommt, deutlich professioneller managen werden als im März*“, so Winfried Plötze.

Das Resümee der Gesprächsrunde ist daher, dass von einem gemeinsamen Weg alle Fachleute des Gesundheitswesens sowie betroffene Bürger*innen profitieren würden. Um eine fachübergreifende Zusammenarbeit reibungsloser und zeiteffizient zu gestalten, müssen allerdings in absehbarer Zukunft moderne Wege der Kommunikation und des Datenaustauschs begangen werden.

Über das Format „Arzt-Intern“

Mit dem „Arzt-Intern“ hat GNS ein Sendeformat entwickelt, das live, digital und interaktiv aktuelle, wichtige und drängende Probleme der Ärzteschaft und der Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt stellt. Die Zielgruppe sind Professionals in der Patientenversorgung und Akteure der Gesundheitspolitik. In einem professionell ausgestatteten Studio findet ein Live-Talk mit ausgewählten Gästen statt. Dieser wird durch Hintergrundreportagen zu den jeweiligen Themen angereichert. Die Produktion erfolgt durch die GNS-Tochtergesellschaft Jofodo AG.

Über den QR-Code oder Link die Aufzeichnung des Live-Talks sehen



<https://jofodo.do/gct>

"Unendliche Reihe von Pannen und Peinlichkeiten"

Jörg Simpfendörfer

Die Telematikinfrastruktur (TI) sorgt im deutschen Gesundheitswesen nun seit zahlreichen Jahren für intensive Diskussionen. Undurchsichtig in der Konzeption, kurzzeitig in der Konstruktion und weit ab von einem zweckmäßig niedrigschwelligen Einsatz im Alltag von Arzt und Patient. Kurz: die TI hinkt in vielen Bereichen den Erwartungen und Ansprüchen bedenklich hinterher.

Grundsätzlich bezeichnet der Begriff Telematik erst einmal nichts anderes als eine Vernetzung unterschiedlicher IT-Systeme. Der Begriff als solcher ist dabei eine Wortschöpfung, die der Kombination der Begriffe Telekommunikation und Informatik entspringt. Kurz gesagt geht es darum, Informationen zu verknüpfen, die aus unterschiedlichen Quellen stammen. Sollen also alle Akteure aus dem Segment der gesetzlichen Krankenversicherung sektoren- und systemübergreifend miteinander sicher digital verbunden werden, dann sprechen wir von der "TI".

Im Alltag sind wir es mittlerweile gewohnt, dass zahllose Daten schnell, unkompliziert und sicher ausgetauscht werden können. Dies gilt im geschäftlichen wie auch im privaten Bereich. Es hat unser Tagesgeschehen in vielen Bereichen einfacher, aber auch schneller gemacht, weshalb die Erwartungshaltung konsequenterweise dieselbe ist. Je sensibler die ausgetauschten Daten jedoch werden, desto ausgefeiltere und damit auch kompliziertere Lösungen müssen aus Sicherheitsgründen gefunden werden. Die Gefahr dabei ist nicht nur, dass diese Sicherheitsbarrieren nicht hoch bzw. engmaschig genug ausfallen, sondern auch, dass die Vorkehrungen derart ausgestaltet werden, dass die oben skizzierte schnelle und unkomplizierte Nutzung nicht mehr möglich ist und somit die Nutzung ad absurdum geführt wird. Dies ist ein grundlegender Zielkonflikt zwischen Sicherheit und Praktikabilität.

Der Zugang zu dem "Datenhighway" der "TI" ist unter dem Aspekt der Sicherheit folglich streng begrenzt. Die "Auffahrt" wird nur mittels eines entsprechenden Konnektors und einem Heilberufs- und Praxisausweis erlaubt. Dies ist auch gleichzeitig ein gutes Beispiel für den oben angesprochenen Zielkonflikt zwischen Praktikabilität und Sicherheit. In einem Test Ende des vergangenen Jahres gelang es nämlich dem Chaos-Computer-Club ohne substantielle persönliche Identifikation (weil praktikabel), einen Heilberufsausweis, einen Praxisausweis, eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) sowie einen zertifizierten TI-Konnektor zu bestellen. Kurioserweise wurde dabei keine Schwachstelle der IT, sondern eine Schwachstelle der Lieferprozesse ausgenutzt und der Beweis geführt, dass bereits die analoge Identifizierung erhebliche Sicherheitslücken aufweist. In der Folge führte dies zu einem einstweiligen Stopp der Ausgabe weiterer Heilberufsausweise.

Hinzu kommen zahlreiche weitere Stolpersteine, die der "Auffahrt" auf den "Datenhighway" bisweilen eher die Atmosphäre einer Expedition in eine Terra incognita verleihen. Ein kurzer Abriss der Probleme aus der jüngeren Vergangenheit: Konnektoren waren nicht lieferbar und die Bereitschaft der Ärzteschaft zur Installation nur gering ausgeprägt. Als einer von drei Konnektoren-Anbietern (mittlerweile vier) hatte sich die Telekom kurzfristig zurückgezogen, sicherte aber zu, dass alle gelieferten Geräte zukunftstauglich wären. Dieses Jahr wurde angekündigt, dass alle Geräte des o. g. Anbieters ausgetauscht werden müssen, da nun doch keine Updates mehr bereitgestellt würden.

Wurde dann schlussendlich der Konnektor eines beliebigen Herstellers in der Praxis installiert, musste diese Installation durch einen entsprechend geschulten Techniker vorgenommen werden. Leider kam es hierbei jedoch zu zahlreichen

fehlerhaft durchgeführten Anschlüssen an die TI, bei denen die lokale Firewall der Praxen deaktiviert wurde und die Konnektoren in der Form eines Parallelbetriebs angeschlossen wurden, so dass die Schutzfunktion des Konnektors mit Blick auf die Sicherheit des gesamten Praxisnetzwerks nicht entsprechend greifen konnte. Für ein auf diese Weise gegebenenfalls entstehendes Datenleck ist letztlich die Praxis haftbar zu machen.

Im Juni dieses Jahres wurde dann bekannt, dass aktuell eine Störung bei der "TI", also auf dem "Datenhighway" selbst vorliegt, die den Abgleich der Versichertenstammdaten betraf. Dieser Abgleich der Versichertenstammdaten gehört neben den eVerordnungen und der Verwendung der europäischen Krankversicherung zu den definierten Pflichtanwendungen.

Die Versichertenstammdaten sind auf der eGK gespeichert und werden beim Besuch der Praxis respektive des Krankenhauses ausgelesen und dienen dazu, den Patienten als Versicherten einer gesetzlichen Krankenversicherung auszuweisen. Die Stammdaten bestehen aus den administrativ notwendigen Daten und ggf. relevanten Zusatzinformationen. Änderten sich diese Daten im Laufe der Zeit, wurden die Daten bisher nicht überschrieben, vielmehr erhielt der Patient stattdessen eine neue Karte von seiner Versicherung.

Mit dem Onlineabgleich der Versichertenstammdaten soll dies jedoch der Vergangenheit angehören. Diese Anwendung prüft online die Aktualität der auf der eGK gespeicherten Versichertenstammdaten. Ggf. werden die Daten dann direkt aktualisiert. Diese Überprüfung ist bei jedem ersten Patientenkontakt je Quartal Pflicht.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtete, wie zuvor beschrieben, am 29.05.2020 erstmals über eine aktuelle Störung der "TI", die den Praxisbetrieb massiv behindere. Ein Konfigurationsfehler in der zentralen "TI" habe zu einem Ausfall geführt, der die Durchführung des Onlineabgleichs der Versichertenstammdaten unmöglich mache. Den Leistungserbringern sollen dadurch weder Kosten noch Nachteile entstehen. Zur Behebung sollten sich betroffene Leistungserbringer umgehend an ihren persönlichen IT-Dienstleister vor Ort wenden, um ein notwendiges Update vorzubereiten. Diese Aufforderung wurde am 04.06.2020 erneuert. Unklar ist, wer die Kosten dafür übernehmen wird. Faktisch waren über einen großen Teil des Sommers 80.000 Praxen von der "TI" abgeschnitten und konnten den Abgleich der Versichertenstammdaten nicht durchführen.

Ein flüssiger Rollout einer zentralen Infrastruktur des deutschen Gesundheitswesens unter Beachtung der entscheidenden Parameter Sicherheit und Praktikabilität hat man sich mit Gewissheit anders vorgestellt. Ganz abgesehen von technisch-organisatorischen Startschwierigkeiten stellt ein umfassender Ausfall der "TI" im Realbetrieb eine ernsthafte Bedrohung der Versorgungssicherheit dar.

Dieses ganze Schlamassel endete im Juli vorerst in einem Brandbrief von neun Länder-KVen an den KBV-Vorstand. Dieser wurde von der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg zum Rücktritt aufgefordert, da er schwere Fehler im Umgang mit der "TI" begangen habe. Sie forderte drastische Reformen: "...(die) "TI"-Ausgestaltung kann so nicht mehr akzeptiert werden".

Die Landesvorstände sahen sich nicht mehr im Stande, „die "TI" mit ihrer inzwischen unendlichen Reihe von Pannen und Peinlichkeiten, bei gleichzeitigem Null-Nutzen, unseren Mitgliedern weiter zu vermitteln. Die ärztlichen und psychotherapeutischen Mitglieder in den unterzeichnenden KVen akzeptieren einfach die Rahmenbedingungen der TI-Ausgestaltung in der derzeitigen Form nicht mehr“. Zu den Unterzeichnern gehörten neben den Vorständen der sogenannten FALK-KVen mit Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Hessen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Saarland und Westfalen-Lippe auch der Vorstand der KV Niedersachsen.

Als Versäumnisse wurden dem KBV-Vorstand insbesondere vorgeworfen:

- Verwendung eines "Steinzeitkonnektors"
- Missmanagement der gematik GmbH
- Einfluss von Industrie, Politik und gesetzgeberischen Rahmenbedingungen
- Anschlusskosten für Konnektoren, die den Erstattungsbetrag i. d. R. deutlich übersteigen
- Wochenlang andauernde Störung der TI mit bis zu 80.000 betroffenen Praxen
- Bis dato ungeklärte Frage nach der Kostenübernahme für die Störung
- Die nach wie vor fehlende Datenschutzfolgeabschätzung der gematik GmbH
- Und letztlich die Diskussion um die Kosten der IT-Sicherheitsrichtlinie

Der Auftrag folgte auf dem Fuße: Der KBV-Vorstand solle in Kürze beim Bundesgesundheitsminister Jens Spahn vorstellig werden und sich dort für die Aussetzung der TI-Sanktionen einsetzen bis eine sichere softwarebasierte Vernetzungslösung vorhanden sei.

Der KBV-Vorstand, derart unter Druck geraten, setzte dies auch umgehend in die Tat um und es wurde ein gemeinsamer offener Brief der KBV und der Länder KVen an den Bundesgesundheitsminister aufgesetzt, der deutlich machen sollte, dass die derzeitigen Rahmenbedingungen und Ausgestaltungen der TI nun nicht mehr tolerabel seien und Gefahr liefen, die notwendige Akzeptanz in der Ärzteschaft einzubüßen und somit letztlich einer erfolgreichen digitalen Vernetzung der Niedergelassenen im Wege ständen.

Daher lauteten die Forderungen wie folgt:

- Der Mehrwert einer TI-Anbindung müsse für die Ärzteschaft erkennbar werden
- Vor der Einführung neuer Systeme müsse deren Funktionsfähigkeit gewährleistet sein und ein dauerhaftes Ersatzverfahren bereitstehen
- Die Zeiträume für die verbindliche Einführung müssen mit Blick auf Plausibilität und Machbarkeit angemessen sein
- Sanktionsandrohungen erzeugen Widerstände und seien kontraproduktiv
- Kosten der TI-Anbindung sowie daraus entstehende Folgekosten müssen abgedeckt werden. Dies beträfe auch die Kosten der Datenschutzfolgeabschätzung
- Die KVen benötigen die Möglichkeit, eigene industrieunabhängige Lösungen für den PVS/IT-Bereich zu entwickeln
- Die IT-Sicherheitsrichtlinie müsse unter der Vorgabe ausgestaltet werden, dass die technischen Anforderungen sinnvoll und tragbar für die Praxen sind

Eine Antwort aus dem Bundesministerium für Gesundheit lag bis zum Redaktionsschluss nicht vor.

Bei allem Verständnis für die Notwendigkeit der Digitalisierung des Gesundheitswesens und bei aller Nachsicht für Fehler die dabei passieren können, wenn Neuland betreten wird, bei aller Geduld, die in den vergangenen 14 Jahren Entwicklungsdauer aufgebracht werden musste, bei aller Großzügigkeit für die bisher dafür aufgebrachten finanziellen Mittel, und bei aller Toleranz für die mittlerweile notwendige Geschwindigkeit bei der Entwicklung und Einführung der "TI"-Infrastruktur – letztlich bleiben doch Verwunderung und Entsetzen zurück, wenn bewusst wird, wie weit man doch von einer sicheren und praktikablen Nutzung derzeit entfernt zu sein scheint.

Nach Aussage der gematik GmbH tritt die "TI" mit keinem geringeren Anspruch an, als "... das sicherste elektronische Kommunikationsnetzwerk zu werden, das es im deutschen Gesundheitswesen jemals gab."

Der Weg ist klar, allmählich wird auch klar, wie weit er noch mindestens sein wird. Bleibt die Frage, wie lange an ihm festgehalten wird, wenn sich neue, sicherere und wie von der KV-Baden-Württemberg bereits geforderte softwarebasierte Lösungen als zukunftsfähiger abzeichnen. In diesem Zusammenhang und zum Abschluss ein Zitat aus dem Mund des Unternehmenssprechers der Telekom, die die Produktion von Konnektoren bereits 2019 wieder fallengelassen hat: „Wir verfolgen die Bewegungen im Markt aufmerksam mit und wollen ihn mitgestalten. Nach ersten Überlegungen für alternative Zugangswege zu Patientendaten denken wir in Richtung zukünftiger Lösungen nach.“

Quellen:

<https://www.hausarzt.digital/praxis/e-health-und-it/da-warens-nur-noch-drei-57026.html>
<https://www.hausarzt.digital/praxis/e-health-und-it/konnektoren-von-t-systems-muessen-ausgetauscht-werden-63870.html>
<https://www.dzw.de/telematikinfrastruktur-der-spahnplan>
<https://dzw.de/telematikinfrastruktur-datenschutz-it-sicherheit>
<https://www.kbv.de/html/47255.php>
<https://www.aend.de/article/207253>



Serologischer Nachweis einer Infektion mit SARS-CoV-2

Hintergrund: Eine Infektion mit SARS-CoV-2 verursacht die Erkrankung COVID-19, welche mit respiratorischen Symptomen jeder Schwere, Fieber und Influenza-ähnlichen Symptomen, neben weiteren Organmanifestationen, einhergehen kann.

Der Nachweis von IgG-AK kann eine abgelaufene Infektion mit SARS-CoV-2 belegen. IgG-AK gegen SARS-CoV-2 sind bei Erkrankten ab etwa zehn Tagen, im Median 13 Tage und mit großer Wahrscheinlichkeit ca. 4 Wochen nach Symptombeginn nachweisbar. Die Abnahme der Serumprobe sollte daher ab 4-5 Wochen nach vermutetem Infektionszeitpunkt erfolgen.

Indikationen zur SARS-CoV-2-IgG-Bestimmung

- Abklärung einer durchgemachten SARS-CoV-2-Infektion
- Nachweis einer bestehenden Infektion bei symptomatischen Patienten, falls der Erregernachweis mittels PCR im Respirationstrakt nicht gelingt.
- Epidemiologische Fragestellungen

Die Antikörper-Bestimmung ersetzt nicht den Direktnachweis mittels PCR!

Befundbewertung

- Der Nachweis von SARS-CoV-2-IgG weist bei Gesunden auf eine durchgemachte Infektion hin. Dabei kann es sich sowohl um eine symptomatische, als auch um eine asymptomatische Infektion gehandelt haben.
- Der Nachweis von SARS-CoV-2-IgG bei Erkrankten mit typischer Symptomatik für COVID-19 kann auf eine bestehende COVID-19-Erkrankung hinweisen.
- Es liegen derzeit noch keine belastbaren Daten vor, ob der Nachweis von IgG-AK gegen SARS-CoV-2 auf eine Immunität gegen COVID-19 hinweist. Für Personen mit nachweisbaren SARS-CoV-2-IgG-AK gelten daher die gleichen Hygieneempfehlungen wie für serologisch negative Personen!
- Bei grenzwertigen oder sehr schwach positiven IgG-Ergebnissen kann es sich um eine frühe Phase der IgG-AK-Bildung, d.h. einen eher kürzlich zurückliegenden Erregerkontakt, oder auch um eine mögliche Kreuzreaktion mit einem anderen Virus oder eine unspezifische Reaktion handeln. In diesem Fall empfehlen wir eine Verlaufskontrolle in einigen Wochen.

- Ein fehlender Nachweis von SARS-CoV-2-IgG schließt eine zurückliegende Infektion nicht aus. Der Antikörpernachweis gelingt mit hoher Zuverlässigkeit erst ca. 4-5 Wochen nach vermutetem Erregerkontakt.

Einige Studien zeigen, dass schwer erkrankte Personen früher und höhere Antikörpertiter als leichter erkrankte Personen gegen SARS-CoV-2 bilden.

Testmethoden

Die Bestimmung von SARS-CoV-2-IgG-AK und Gesamt-AK erfolgt vornehmlich mit Immunoassays. Der Test der Firma Roche weist im Gegensatz zu anderen Testen nicht nur IgG-AK, sondern auch IgM- und IgA-AK nach, wobei die Aussagekraft jedoch vergleichbar ist, da die Mehrheit der nachgewiesenen Antikörper IgG-AK repräsentieren. Nähere Informationen finden Sie in unserem Leistungsverzeichnis unter <http://leistungsverzeichnis.labor-gaertner.de>.

Ergebnisse, die mit verschiedenen Testmethoden erhoben wurden, sind nur in Bezug auf das qualitative Ergebnis (positiv, negativ), aber nicht in Bezug auf die Wertehöhe vergleichbar. Eine Bestimmung von IgM- und IgA-AK gegen SARS-CoV-2 wird aufgrund der geringen Aussagekraft nicht empfohlen.

Aussagekraft der eingesetzten Teste

Die Spezifität der bei uns eingesetzten Teste liegt laut Herstellerdaten bei 99,6 - 100 %.

Die Sensitivität der Verfahren wird anhand der Untersuchung von Proben klinisch und labordiagnostisch gesicherten COVID-19-Patienten bestimmt. Sie hängt wesentlich vom Zeitpunkt der Blutentnahme bezogen auf den Symptombeginn sowie der Schwere der Erkrankung ab. Laut Hersteller beträgt die Sensitivität der Teste bei einem Untersuchungszeitpunkt von >3 Wochen nach Symptombeginn 94 - 100 %. Die Positivrate ist jedoch insbesondere bei leicht erkrankten und asymptomatisch infizierten Personen geringer.

Meldepflicht

Der indirekte Nachweis von SARS-CoV-2 ist meldepflichtig nach IfSG, soweit er auf eine akute Infektion hinweist.

Autorin: Prof. Dr. med. Nele Wellinghausen,
Fachärztin für Laboratoriumsmedizin, Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, MVZ Labor Ravensburg

www.labor-gaertner.de

Corona Zentren

Jörg Simpfendörfer

Am Freitag, den 19.06.2020 hatte das Abstrichzentrum Ehingen zum vorerst letzten Mal seine Pforten geöffnet. Die Corona-Lage im Landkreis Alb-Donau und Stadtkreis Ulm hat sich entspannt. Eine anstrengende Zeit neigte sich ihrem vorläufigen Ende entgegen. Zuletzt waren es deutlich weniger als zehn Tests pro Tag, die die Ärzte und Helfer im „Corona-Drive-In“ am Standort Ehingen abnehmen mussten.

Wer einen berechtigten Verdacht hatte, sich mit dem Corona-Virus infiziert zu haben, der konnte von seinem Hausarzt in ein sogenanntes Abstrichzentrum überwiesen werden. Dort wurde dann in der Folge ein Rachenabstrich gemacht, ohne dass die vermeintlich infizierte Person dafür aus dem Auto aussteigen musste. Insgesamt 3308 Abstriche sind auf diese Weise auf dem Gelände beim Ehinger Stadion (1530 an diesem Standort) und auf dem Ulmer Messegelände (1778 an diesem Standort) seit dem 20. März durchgeführt worden.

Insbesondere zu Beginn der Corona-Pandemie war die Nachfrage nach dieser Leistung immens. In keinem der beiden Kreise war die Pandemie jemals außer Kontrolle, dazu haben alle Beteiligten zu schnell und besonnen reagiert. Zur Wahrheit gehört aber auch, dass dazu die Bewältigung einer

steilen Lernkurve aller Beteiligten an den Standorten notwendig war.

Eine mittlerweile deutlich zurückgegangene Nachfrage auf Seiten der Patienten und eine zunehmende Sicherheit im Umgang mit Corona-Infizierten in der medizinischen Versorgung führten dazu, dass man nun an einem Punkt angekommen ist, an dem man sich die berechtigte Frage stellen muss, ob die Abstrichzentren in ihrer jetzigen Form weiter benötigt werden.

Gerade Letzteres führt auch dazu, dass man einer möglichen zweiten Welle derzeit gefasst entgegen sehen kann, da die Testmöglichkeiten bei den Hausärzten vor Ort mittlerweile entsprechend gut ausgebaut sind. Wohlwissend, dass man mit den heutigen

Erfahrungswerten einen Trumpf in der Hinterhand hat und die Abstrichzentren im Notfall kurzfristig den Dienst wieder aufnehmen könnten. Die Abläufe sind nun eingeübt, Schutzausrüstung ist kein limitierender Faktor mehr und an die Stelle einer gewissen Unsicherheit ist Routine getreten. Man ist auf ein derartiges Szenario nun erheblich besser vorbereitet als das im Frühjahr noch der Fall war.

Ohne großen Vorlauf mussten damals nach dem Vorbild südkoreanischer Einrichtungen binnen weniger Tage die Abstrichzentren aus dem Boden gestampft werden. Für die Standorte Ehingen und Ulm betrug die Vorbereitungszeit bis zur Inbetriebnahme zusammen gerade einmal 6,5 Tage.



Natürlich gehört zum Betrieb einer derartigen Struktur sehr viel mehr als die zentrale Tätigkeit des Abstreichens. Es bedarf einerseits klarer Strukturen und Verantwortlichkeiten sowie definierter Abläufe, andererseits Organisationstalent und Entscheidungsfreude um alle beteiligten „Gewerke“ so einzubinden, dass sie reibungsfrei miteinander arbeiten können.

In den gut drei Monaten, in denen die Abstrichzentren in Betrieb waren, haben nun also alle Beteiligten zahlreiche Erfahrungen sammeln können. Dazu gehören die positiven wie auch die negativen. Insbesondere der gelebte Datenschutz geriet an dieser Stelle zu einem spürbaren Stolperstein. Eine vollständige Liste aller Ärztinnen und Ärzte im Alb-Donau-Kreis und der Stadt Ulm inklusive der vollständigen Kontaktdaten war nicht zu bekommen. Es ist müßig auszuführen, dass gerade diese Daten enorm wichtig sind, um die Gesamtheit der Ärzteschaft mit den aktuellen Informationen zu versorgen, und es einer derartigen Unternehmung nicht gut tut, wenn sie Ihre Botschaften nicht auf dem schnellsten Weg an die relevanten Empfänger bekommt.

Hinzu kommt, dass auch derartige Strukturen absurderweise nicht von böswilligen Taten verschont bleiben. So gab es am Standort Ehingen in der Tat einen Einbruchversuch. Dies erstaunt insbesondere vor dem Hintergrund, dass zum Zeitpunkt des Einbruchversuchs Schutzrüstung bereits keinen Engpass mehr darstellte und wieder entsprechend „günstig“ zu beschaffen war. Wer die Täter waren bzw. was sie dort zu erbeuten erhofften, ist unklar.

Unter dem Strich wertete Andreas Rost den Betrieb der Abstrichzentren jedoch als großen Erfolg, der ohne die rege Beteiligung zahlreicher Personen und Gruppen so nicht möglich gewesen

wäre. Dazu zählen die 80 ehrenamtlichen Helfer des Deutschen Roten Kreuzes und deren Arbeitgeber, die ihre Angestellten für diese Tätigkeit freigestellt hatten. Insgesamt 50 Ärzte leisteten in den Abstrichzentren ihren Beitrag zusätzlich zur Regelversorgung. Was das in diesem Fall bedeutet, macht Herr Rost am eigenen Beispiel deutlich: Zu 50 Wochenstunden in der eigenen Praxis kamen bis zu 40 weitere Wochenstunden an den Abstrichzentren dazu. Hinzu kommt die Arbeit unter den erschwerten Bedingungen, die die notwendigen Schutzmaßnahmen mit sich bringen. Nach einem Tag im Schutzanzug ist man so nass „wie frisch geduscht, und zwar mit Klamotten“ so Andreas Rost. Trotzdem haben sich die ergriffenen Vorsichtsmaßnahmen bezahlt gemacht. Nicht ein Helfer hat sich in dieser Zeit mit dem Corona-Virus infiziert.

Am 19.06.2020 war das Abstrichzentrum in Ehingen vorerst letztmalig in Betrieb.

Besonders intensiv war die Tätigkeit in den Abstrichzentren direkt zu Beginn.

Das sind beachtliche Zahlen, die der statistische Ausweis einer enormen gemeinschaftlichen Kraftanstrengung zahlreicher Akteure sind und nur unzulänglich widerspiegeln können, was der Betrieb einer derartigen Struktur parallel zum „Tagesgeschäft“ von den Beteiligten abverlangte.

Aber in Krisenzeiten misst sich Erfolg und Anspruch an der Notwendigkeit. Notwendig ist auch eine Zusammenarbeit und Teamleistung, frei von Ständedenken und über Zuständigkeiten hinweg. Ein großer Dank geht daher an: Landratsamt und Kommunen, DRK Kreisverband, Rettungsleitstelle, Ärztekammer Baden-Württemberg, Kreisärzteschaft Alb-Donau-Kreis, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Gesundheitsnetz Süd, Ärztenetz G'sundregion, Ärztlicher Notdienst, Notfallpraxis Ehingen, Labor Dr. Gärtner Ravensburg, ein engagiertes Ehrenamt und freiwillige Ärzte. Nicht zu vergessen alle Helfer und Unterstützer wie Security und Medien, die ein hohes Einfühlungsvermögen beim Umgang mit teilweise verunsicherten Patientinnen und Patienten gezeigt haben.

Anbei die Zahlen in der Übersicht:

Organisatorischer Vorlauf für diese Struktur:	6,5 Tage
STP Ulm	21.03.2020 – 05.06.2020 8 – 150 Abstriche pro Tag
STP Ehingen	20.03.2020 – 19.06.2020 6 – 89 Abstriche
50 Ärzte zusätzlich zur Regelversorgung,	~ 1100 Einsatzstunden
80 DRK-Ehrenamtliche Helfer	~ 2300 Einsatzstunden
Materialkosten für den Betrieb:	~ 50.000 Euro (Vorschussleistung der Ärzte)

Epidemie Herzinsuffizienz 2020

Dr. med Ralf Hartenstein
niedergelassener Kardiologe, Esslingen

Die Corona-Virus-Epidemie verändert unsere Welt. Die Zahlen der Johns-Hopkins-University verdeutlichen dies. Am 14.04.2020 gab es weltweit knapp 2 Millionen bestätigte Fälle der SARS-CoV-2-induzierten Atemwegserkrankung COVID-19, davon sind 120.000 verstorben. Das entspricht einer Gesamtmortalität von über 6%.

Weit weniger beachtet, ist die viel gefährlichere, schleichende Epidemie der Herzinsuffizienz, die in Deutschland seit Jahren die häufigste, zu stati-

onären Aufnahmen führende Gesundheitsstörung ist. Ähnlich wie die Steigerungsrate derzeitiger Corona-Infektionsfälle, beträgt die Steigerungsrate bei Herzinsuffizienz – insbesondere in unserer alternden Gesellschaft – etwa 5% pro Jahr! Trotz hervorragender medizinischer Versorgung von Patienten mit Herzerkrankungen, liegt die Prävalenz der Herzinsuffizienz bei den 75- bis 84-Jährigen in Deutschland bei >16%. Hierdurch steigen die Gesundheitskosten, vor allem auch aufgrund der Krankenhaus-

einweisungen, in den letzten Jahren kontinuierlich an.

Die Herzinsuffizienz belegt weiterhin Platz 1 in der Rangfolge der Todesursachen bei stationärer Behandlung und sie belegt Platz 2 bei der Anzahl an Krankenhausbelegungstagen.

Obwohl die Therapie der Herzinsuffizienz in den letzten 30 Jahren – zuletzt durch neue Medikamente wie Sacubitril-Valsartan – erheblich verbessert werden konnte und die Mortalität bei



**GUT BERATEN IN
DIE ZUKUNFT**

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

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.



**Zusammen.
Zukunft.
Gestalten.**

Patienten mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF) in den letzten drei Dekaden um bis zu 60% reduziert wurde, führt die Herzinsuffizienz weiterhin innerhalb von einem Jahr bei 40% der Patienten zu einer Hospitalisierung und in 50% der Fälle innerhalb von 4 Jahren zum Tod!

Unter diesen Aspekten stellt sich uns behandelnden Kardiologen immer wieder die Frage, inwieweit die bisherige konservative Therapie ausreicht, die Prognose eines Herzinsuffizienz-Patienten zu verbessern. Nach neuesten Studien führt eine nicht begonnene Herzinsuffizienztherapie zu einer Mortalitätssteigerung von 12% pro Jahr. Auch eine Therapiepause kann nach aktueller Datenlage durchaus bereits nach wenigen Tagen zu einer Verschlechterung verschiedener Parameter führen: Anstieg des NT-pro-BNP-Wertes, Vergrößerung des

enddiastolischen Volumens am linken Vorhof oder Reduktion der Vorhofkontraktion innerhalb weniger Tage um bis zu 12%. Nach diesen Daten kann man daher nicht von einer „stabilen“ Herzinsuffizienz sprechen. Um der wachsenden Anzahl von herzinsuffizienten Patienten besser gerecht zu werden, empfehlen die Europäischen Leitlinien strukturierte Programme an ambulanten und stationären Herzinsuffizienzeinheiten, sogenannten „HFUs“, die auf hohem Niveau in gemeinsam strukturierten Netzwerken jeden Schweregrad einer Herzinsuffizienz kompetent behandeln.

Bis Ende März 2020 zertifizierte die DGK insgesamt 32 überregionale HFU-Zentren, 37 HFU-Schwerpunkt-kliniken und 46 HFU-Schwerpunkt-praxen in Deutschland. Auch die Schulung herzinsuffizienter Patienten ist wichtig. Sie kann in Zusammenarbeit

von ärztlichen Kollegen und spezialisierten Herzinsuffizienz-MFA oder -Nurses erfolgen. Daneben muss auch der sichere Übergang aus der stationären Behandlung in die ambulante Betreuung gewährleistet werden (Entlassmanagement).

Im Vergleich zur grassierenden Corona-Virus-Epidemie, die weltweit mit Hochdruck beforscht wird, besteht also bei der verdeckt verlaufenden Herzinsuffizienz-Epidemie ein enormer Nachholbedarf, vor allem wenn man bedenkt, dass diese mindestens ebenso weitreichende gesundheitliche und ökonomische Einschnitte in den nächsten Jahrzehnten mit sich bringen wird.

 **Entresto®**
sacubitril/valsartan
Für das Herz, für das Leben.

Wirksamer die Herzfunktion erhalten.* 1,2

Bei Herzinsuffizienz (HFrEF)**
rechtzeitig den besseren Weg einschlagen.* 1,2

Bei symptomatischer, chronischer Herzinsuffizienz (HFrEF)³

Stärkerer Schutz von Anfang an*:

- Weniger Hospitalisierungen¹
- Länger leben^{1,2}
- Aktiver leben^{1,4}

* vs. ACE-Hemmer (Enalapril 10 mg 2x täglich als Vergleichsmedikation vs. ENTRESTO® 200 mg 2x täglich). ** Symptomatische, chronische Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion (HFrEF).

1. McMurray JJV et al., Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. N Engl J Med. 371(11):993–1004 (2014). 2. Velazquez E, Morrow D, DeVore, A, et al., Angiotensin-Nepirylsin Inhibition in Acute Decompensated Heart Failure. N Engl J Med. 2018. doi: 10.1056/NEJMoa1812851. 3. Fachinformation ENTRESTO® 4. Chandra A et al. Effects of Sacubitril-Valsartan on physical and social activity limitations in patients with heart failure – A secondary analysis of the PARADIGM-HF Trial. JAMA Cardiol, in press (2018).

Entresto® 24 mg/26 mg Filmtabletten. Entresto® 49 mg/51 mg Filmtabletten. Entresto® 97 mg/103 mg Filmtabletten. ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Wirkstoffe: Sacubitril u. Valsartan. Zus.-setz.: Arzneil. wirks. Bestandt.: 1 Filmtabl. enth.: 24,3 mg bzw. 48,6 mg bzw. 97,2 mg Sacubitril und 25,7 mg bzw. 51,4 mg bzw. 102,8 mg Valsartan (als Sacubitril-Natrium-Valsartan-Dinatrium (1:1) 2,5 H₂O). Sonst. Bestandt.: Tabl.-kern: Mikrokrist. Cellulose, niedrig substituierte Hyprolose, Crospovidon (Typ A), Magnesiumstearat, Talkum, hochdisp. Siliciumdioxid. Filmüberzug: Hypromellose, Substitutionstyp 2910 (3 mPa·s), Titandioxid (E171), Macrogol (4000), Talkum, Eisen(III)-oxid (E172), -24 mg/26 mg Filmtabl. u. -97 mg/103 mg Filmtabl. zusätzl.: Eisen(II,III)-oxid (E172), -49 mg/51 mg Filmtabl. zusätzl.: Eisen(II)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). Anwend.-gebiete: Bei erwachsenen Patienten zur Behandl. einer symptomatischen, chronischen Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion. Gegenanz.: Überempfindlichk. gegen die Wirkstoffe od. einen der sonst. Bestandt. Gleichzeit. Anwend. von ACE-Hemmern. Entresto darf erst 36 Stunden nach Absetzen einer Therapie mit ACE-Hemmern gegeben werden. Anamnestic bekanntes Angioödem im Zus.-hang mit e. früheren ACE-Hemmer- od. ARB-Therapie. Hereditäres od. idiopathisches Angioödem. Bei Auftreten e. Angioödems muss Entresto sofort abgesetzt werden. Gleichzeit. Anwend. mit Aiskiren-haltigen AM bei Patienten mit Diabetes mellitus od. bei Patienten mit Nierenfunktionsstörung (eGFR < 60 ml/min/1,73 m²). Schwere Leberinsuffizienz, biliäre Zirrhose od. Cholestase. Zweites u. drittes Schwangerschafts-Trimester. Stillzeit. Nebenw.: Sehr häufig: Hyperkaliämie, Hypotonie, Nierenfunktionsstör. Häufig: Anämie, Hypokaliämie, Hypoglykämie, Schwindel, Kopfschmerzen, Synkope, Vertigo, Orthostat. Hypotonie, Husten, Diarrhö, Übelkeit, Gastritis, Nierenversagen (einschl. akutes Nierenversagen), Ermüdung, Asthenie. Gelegentl.: Überempfindlichkeit, Posturaler Schwindel, Pruritus, Hautausschlag, Angioödem. Verschreibungspflichtig. Weit. Hinweis: S. Fachinformation. Stand: November 2019 (MS 12/19.9). Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg, Tel.: (0911) 273-0, Fax: (0911) 273-12 653. www.novartis.de

„Ich schenke meinen Patienten durch Videosprechstunden viel Zeit“

CLICKDOC VIDEOSPRECHSTUNDE hat sich für Bochumer Allgemeinmediziner in der Krise bewährt



Dr. Kenan Katmer

Nah am Patienten, trotz der aktuellen Lage um Corona: Für Dr. Kenan Katmer, Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin aus Bochum, schließen sich medizinische Behandlung und räumliche Distanz nicht aus. Seit der Pandemie nutzt er, wie viele andere Ärzte auch,

die CLICKDOC VIDEOSPRECHSTUNDE. Und die kommt bei seinen Patienten sehr gut an. Damit ist er einer von über 85.000 Ärzten weltweit, die sich im Zuge von Corona neu für diesen Service der CompuGroup Medical registriert haben. Im Interview spricht Dr. Katmer über seine Erfahrungen mit der Videosprechstunde als modernen Zusatz für sich und sein Praxisteam, berichtet von seinen Erfahrungen und macht Mut zur modernen Arzt-Patientenkommunikation.

Herr Dr. Katmer, warum haben Sie sich entschlossen, die CLICKDOC VIDEOSPRECHSTUNDE anzubieten? Was war der Auslöser?

Herr Dr. Katmer: Der Auslöser war tatsächlich die aktuelle COVID-19 Pandemie. Das Interesse meinerseits war zwar auch schon vorher vorhanden, doch mit der akuten Lage ist auch der Bedarf seitens der Patienten spürbarer gestiegen. Viele Risikopatienten oder Patienten mit Atemwegsinfekt konnte man per Videosprechstunde sicherer versorgen und gleichzeitig die Versorgung anderer Patienten weiterhin ermöglichen.

Wie hat sich der Praxisalltag für Ihr Team und Sie durch die Videosprechstunde verändert?

Herr Dr. Katmer: Ein enormer Pluspunkt liegt im Zeitgewinn: Mit der Videosprechstunde werden die Wartezeiten meiner Patienten reduziert und somit Praxisbesuche, bei

denen kein physischer Besuch notwendig ist, stark verringert. Die Patienten warten nun in virtuellen Warteräumen, also vor ihrem Laptop oder Handy bequem von zu Hause oder von unterwegs. Das senkt zusätzlich das Infektionsrisiko, welches ja auch bei einer „gewöhnlichen“ Grippe gegeben ist. Auch meinen Mitarbeitern bringt die Videosprechstunde viel Komfort. Zum Beispiel bringt meine VERAH-Qualifizierte Mitarbeiterin (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) Frau Bazan, die meine älteren Patienten zu Hause besucht, mich als Arzt direkt zu den Patienten nach Hause. Dort schalte ich mich per Video zu ihnen und wir führen eine Sprechstunde durch. Die weitere Behandlung wie Verbandswechsel oder Blutdruck messen kann dann nach Absprache durchgeführt werden. Mit der CLICKDOC VIDEOSPRECHSTUNDE bleibt also insgesamt mehr Zeit für unsere Patienten.

Welche Vorteile bieten Videosprechstunden für niedergelassene Ärzte wie Sie?

Herr Dr. Katmer: Besonders bei Rückfragen, Beratungen oder Befundbesprechungen zeigen Videosprechstunden ihren Nutzen. Viele Patienten profitieren von dem zusätzlichen Kommunikationskanal. Mit Videosprechstunden können unnötige Praxisbesuche verhindert werden. Wir nutzen die gewonnene Zeit, indem wir Patienten, die aufgrund von akuten Notfällen in die Praxis kommen, mehr Aufmerksamkeit schenken können.

Eine aktuelle Umfrage der Stiftung Gesundheit hat ergeben, dass während der Pandemie die Videosprechstunden um bis zu 40 Prozent angestiegen ist. Doch warum sind Videosprechstunden nicht nur in Krisenzeiten wie Corona ein wichtiges medizinisches Element?

Herr Dr. Katmer: Unsere Welt wird immer digitaler und schnelllebiger. Wir müssen unsere Gesundheit auch in unseren täglichen acht bis zehn Arbeitsstunden schützen und pflegen. Es kann für mich als Arzt Stunden dauern einen Fachkollegen zu erreichen. Diese verlorene Zeit geht auf Kosten der Gesundheit meiner Patienten. Mit der Videosprechstunde erreicht man den Arzt ohne lange Wartezeiten. Für Patienten ist das sehr angenehm und sehr zeitsparend.

Denn sie können sich den Weg zum Facharzt dann oftmals sparen, welcher im schlimmsten Fall erst in einigen Monaten einen Termin frei hätte. Das zeigt: Nicht nur in Krisenzeiten, wie mit COVID-19, besteht erheblicher Bedarf an Videosprechstunden. Im Arbeitsleben und beim Einkaufen ist digitale Kommunikation normal. Warum sollen wir als Ärzte das nicht auch anbieten?

Was würden Sie all jenen Kolleginnen und Kollegen raten, die der Videosprechstunde noch kritisch gegenüberstehen?

Herr Dr. Katmer: Das Thema Datenschutz ist sehr wichtig und wird es auch bleiben. Die CLICKDOC VIDEO-SPRECHSTUNDE zeigt mir als Anwender ganz klar die Schritte in Sachen Datenschutz auf, an die ich mich halten muss und bei Fragen finde ich immer Hilfe. Entweder online oder im Support. Aus meiner Sicht brauchen wir keine Angst beim Thema Datenschutz zu haben, da CLICKDOC VIDEO-SPRECHSTUNDE nach den Richtlinien der KBV entwickelt und vom TÜV zertifiziert wurde. Angst verhindert die Entwicklung der menschlichen Kommunikation und lässt in diesem Fall Menschen zurück, die nicht in meine Praxis kommen können.

Wie lautet Ihr bisheriges Fazit zur CLICKDOC VIDEO-SPRECHSTUNDE?

Herr Dr. Katmer: Mein bisheriges Fazit ist durchweg positiv. Ich bin sehr froh über unsere Entscheidung. Es wird immer mehr Patienten geben, die nicht persönlich vorbeikommen können, die kann ich als Arzt aber dennoch behandeln – aus der Distanz und trotzdem persönlich.

Weitere Infos zur CLICKDOC VIDEO-SPRECHSTUNDE gibt es unter:

https://www.cgm.com/de/clickdoc_videosprechstunde/vorteile.de.jsp

Bei Fragen können Sie sich gerne direkt an das CLICKDOC-Team wenden.

Per E-Mail an info.arzt@clickdoc.de oder telefonisch unter 0261 8000-5600.

RRR = Relative Risikoreduktion | * EMPA-REG OUT-COME®-Studienpopulation: erwachsene Patienten mit Typ-2-Diabetes und KHK oder pAVK oder vorangegangenen Myokardinfarkt oder Schlaganfall (Ereignis > 2 Monate). | a. Im Rahmen der Therapie des Typ-2-Diabetes. | 1. Fachinformation JARDIANCE® (Empagliflozin), Stand: Oktober 2019. | 2. Zinman B et al. N Engl J Med 2015; 373(22): 2117-28.

Jardiance® 10 mg/25 mg Filmtabletten. Wirkstoff: Empagliflozin. **Zusammensetzung:** Eine Tablette Jardiance® enthält 10 mg bzw. 25 mg Empagliflozin. **Sonstige Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Croscarmellose-Natrium, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Hypromellose, Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol (400), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172). Jede Tablette enthält weniger als 1 mmol Natrium (23 mg). **Anwendungsgebiete:** Jardiance wird zur Behandlung von Erwachsenen mit nicht ausreichend behandeltem Typ-2-Diabetes mellitus als Ergänzung zu Diät und Bewegung angewendet: als Monotherapie bei Metformin-unverträglichkeit u. zusätzlich zu anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes. Zu Studienergebnissen im Hinblick auf Kombinationen, die Wirkung auf Blutzuckerkontrolle und kardiovaskuläre Ereignisse sowie die untersuchten Populationen siehe Fachinformation, Abschnitte 4.4, 4.5 und 5.1. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Hypoglykämie (bei Kombination mit Sulfonylharnstoff oder Insulin). *Häufig:* vaginale Moniliasis, Vulvovaginitis, Balanitis, andere genitale Infektion, Harnwegsinfektion (einschließlich Pyelonephritis und Urosepsis), Pruritus (generalisiert), Hautausschlag, verstärkte Harnausscheidung, Durst, Serumlipide erhöht. *Gelegentlich:* Urtikaria, Volumenmangel, Dysurie, Kreatinin im Blut erhöht / glomeruläre Filtrationsrate vermindert, Hämatokrit erhöht. *Selten:* diabetische Ketoazidose. *Häufigkeit nicht bekannt:* Angioödem, nekrotisierende Fasziitis des Perineums (Fournier's Gangrän). **Warnhinweise:** Enthält Lactose. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation. Verschreibungspflichtig. **Stand:** Jan. 2019

Pharmazeutischer Unternehmer:
Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG,
Binger Str. 173, 55216 Ingelheim am Rhein,
Tel.: 08 00 / 77 90 90 0, Fax: 0 61 32 / 72 99 99,
E-Mail: info@boehringer-ingelheim.com



Therapie des Typ-2-Diabetes:

JARDIANCE - EINFACH STARK

SPÜRBAR STARK

Signifikante Senkung von Gewicht, Blutzucker und Blutdruck^{1,a}

LANGFRISTIG STARK

38 % RRR für kardiovaskuläre Mortalität^{1,2,*a}

35 % RRR für Hospitalisierungen aufgrund von Herzinsuffizienz^{1,2,*a}

Jardiance®
(Empagliflozin)



Praxen mit Work-Life-Balance

Helmut Laschet

Studium fertig, Approbation in der Tasche: Jetzt ist eine Richtungsentscheidung gefragt. Aktiv beim Nachwuchs bewerben sich die ze:roPRAXEN, ein Ärzte-Verbund in der Metropolregion Rhein-Neckar, der angehenden Allgemeinärzten und Ärzten für Innere Medizin eine strukturierte Weiterbildung und flexible Karrierechancen eröffnet.

Ein Freitagnachmittag Ende Juni im Studio der Jofodo AG in Niedernberg bei Aschaffenburg: Hier treffen sich die Allgemeinärztin Dr. Stephane Spiegler, der Onkologe Dr. Dominik Bruckner und der stellvertretende Geschäftsführer Dr. phil. Lutz Hager zum digitalen Live-Talk. Sie vertreten an diesem Tag die ze:roPRAXEN, ein Verbund von 25 Haus- und Facharztpraxen im Rhein-Neckar-Raum. Eine wichtige Zielgruppe des Live-Talks ist der ärztliche Nachwuchs, der nach abgeschlossenem Studium über seinen weiteren Berufsweg entscheiden muss.

Die ze:roPRAXEN sehen sich dabei ausdrücklich als Bewerber bei ihren möglichen zukünftigen Kollegen. Sie sollen die Möglichkeit haben, das Praxiskonzept, die Philosophie des ärztlichen Unternehmens, die Interdisziplinarität und Kollegialität, aber auch die besonderen Strukturen kennenzulernen.

„zero“ – die Null – steht für einen Neuanfang in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Entlehnt wurde die Idee der Künstlerbewegung „Zero“, die nach dem Zweiten Weltkrieg die Stunde Null in der deutschen Kunst ausrief und sie mit neuartigen Gestaltungsprinzipien revolutionieren wollte. Diesen Gedanken haben die Gründungsmitglieder im Jahr 2000 für die ambulante Medizin aufgegriffen und sich zum

Ziel gesetzt, als „dynamisches Unternehmen neue Wege zu beschreiten, um Patienten in der Metropolregion Rhein-Neckar die bestmögliche medizinische Versorgung zukommen zu lassen“.

Der Gründer und Geschäftsführer, der Nephrologe Professor Peter Rohmeiß, konkretisiert das so: „Wir sind ein ärztlich geführtes Unternehmen und verstehen uns als Gegenentwurf zu einer zunehmenden Industrialisierung der Medizin, ihrer Bürokratisierung und Ökonomisierung. Bei uns stehen der Patient und die Medizin im Mittelpunkt.“

Was ist ein Boost Live-Talk?

An einem Boost Live-Talk nehmen veränderungsbereite Ärzte aktiv und anonym teil. Sie erleben dort die Differenzierungsmerkmale von Arbeitgebern und können sich so für oder gegen eine Zusammenarbeit mit diesem Arbeitgeber entscheiden. Ein Boost Live-Talk ist ein interaktives Instrument des Personalmarketings. Der Arbeitgeber wird mittels Reportagen und durch Repräsentanten im Studio vorgestellt. Interessierte Ärzte nehmen live teil und stellen individuelle Fragen direkt ins Studio.



Über den QR-Code oder Link die Aufzeichnung des Live-Talks sehen

<https://jofodo.do/h5p>



- Alle 13 Gesellschafter sind Ärzte; in der Regel haben alle Gesellschafter eine Leitungsfunktion, in der sie sich vorab bewiesen und für eine Partnerschaft ausgezeichnet haben. Wesentlich ist, dass es keine medizinfremden Kapitalgeber gibt.
- Alle 68 Ärzte im Verbund können und sollen ihre Arbeit auf Medizin und Patientenversorgung fokussieren. Von allen organisatorisch-betriebswirtschaftlichen Aufgaben – von der Personalrekrutierung über die Materialbeschaffung, der IT-Infrastruktur bis hin zur Abrechnung – entlastet eine zentrale Verwaltung mit spezialisierten Abteilungen die Ärzte. Nach Daten des KBV-Ärztemonitors sind es im Schnitt mehr als sieben Stunden wöchentlich, die Ärzte für Bürokratie aufwenden müssen – Zeit, die Ärzte in zero:Praxen für ihre Patienten und die Weiterentwicklung der Versorgung zur Verfügung haben. Die gemeinsamen Strukturen sowie der hohe Vernetzungsgrad fördern zudem die Work-Life-Balance.
- In den Praxen arbeiten Ärzte in Teams sowie mit Kollegen aus neuen Gesundheitsberufen wie dem Physician Assistent, der delegierte ärztliche Tätigkeiten ausüben und die Ärzte entlasten kann.
- Im interdisziplinären Verbund ist eine über Jahre gewachsene Kooperation von Haus- und Fachärzten entstanden, die gegenseitige schnelle und vertrauensvolle Konsultation, aber auch verbundeigene Fortbildung ermöglicht. Neben den Haus- und Allgemeinärzten ist insbesondere die Innere Medizin mit den Schwerpunkten Onkologie, Kardiologie, Pneumologie und Nephrologie stark vertreten.

ze:roPRAXEN

- Verbund aus 25 haus- und fachärztlichen Praxen sowie Dialysezentrum in der Metropolregion Rhein-Neckar; Gründung im Jahr 2000; Hauptsitz Schwetzingen.
- Im Verbund praktizieren 68 Ärzte, 13 davon Gesellschafter, acht Ärzte in Weiterbildung. Fachgebiete sind schwerpunktmäßig Allgemeinmedizin und Innere Medizin mit den Schwerpunkten Onkologie, Pneumologie, Kardiologie, Nephrologie.
- Die ze:roPRAXEN setzen sich für eine patientenorientierte Versorgung und den Erhalt von Praxen in Wohnortnähe ein.
- Enge Kooperation mit Kliniken in der Region.
- Zentrale Verwaltung entlastet bei organisatorischen und administrativen Aufgaben, inklusive EDV, Personalrekrutierung und Einkauf.
- Stark wachstumsorientiert mit dem Ziel, mittelfristig auf 200 Ärzte zu wachsen; systematische Karriereplanung auch für angestellte Ärzte, zukünftige Partner (Gesellschafter), flexible Arbeitszeitmodelle.

Weitere Informationen: www.zero-praxen.de



- Die Ärzte im Verbund nehmen an der hausarztzentrierten Versorgung nach Paragraf 73 sowie an der besonderen Versorgung nach Paragraf 140a teil. Die Hausärzte werten es als einen Zugewinn in der Betreuung von Patienten, wenn diese einen Hausarzt ihres Vertrauens haben. Das sei aber deutlich mehr als eine „reine Lotsenfunktion“, betont die Allgemeinärztin Stephanie Spiegler; Ziel sei vielmehr, das ganze Spektrum der Allgemeinmedizin auszuschöpfen, um dem Patienten unmittelbar zu helfen.

Die Ziele des Verbundes sind ambitioniert: Mittelfristig soll die Zahl der teilnehmenden Ärzte auf 200 steigen, so der stellvertretende Geschäftsführer Lutz Hager. Ein wichtiges Anliegen ist es, die ambulante Versorgung in der Region nachhaltig zu sichern. Besonders gesucht sind daher Allgemeinärzte, auch solche, die ihre bestehenden Praxen in den Verbund einbringen wollen.

Ein besonderer Fokus richtet sich auf die Gewinnung von jungen Ärzten, die bei ze:roPRAXEN ihre Weiterbildung zum Allgemeinarzt absolvieren wollen und dabei auch an einer langfristigen Perspektive interessiert sind. Aus Sicht des Nachwuchses ist von besonderer Bedeutung eine reibungslos funktionierende Rotation zwischen den verschiedenen Fachgebieten, die der künftige Allgemeinarzt absolvieren muss. Von Vorteil ist, dass fast die gesamte allgemeinmedizinische Weiterbildung bei den ze:roPRAXEN absolviert werden kann. Der noch notwendige Pflichtanteil von 18 Monaten in der stationären Versorgung kann in einer mit den ze:roPRAXEN kooperierenden Klinik erbracht werden. Hinzu komme, so betont die Hausärztin Spiegler, dass die Verbundweiterbildung, so wie sie vom Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der Uni Heidelberg konzipiert ist, von den zero:Praxen auch „tatsächlich funktional und attraktiv für die Ärzte gelebt“ werde. Grundlage dafür sind Verträge mit Kliniken in Mannheim und Ludwigshafen.

Klar geregelt ist auch die arbeitsrechtliche Seite: Der Arzt in Weiterbildung ist über die gesamte Dauer bis zu seiner Facharztanerkennung Angestellter eines MVZ, es gibt keine Brüche. Idealerweise soll der Nachwuchsarzt in der Praxis seinen eigenen Patientenstamm aufbauen. Denn

grundsätzlich soll der Nachwuchs langfristig in die Teams und den Verbund integriert werden.

Dazu gehöre auch eine entsprechend flexible Karriereplanung, die sich an der jeweiligen Lebenssituation orientiert, betonen Spiegler und der Onkologe Dominik Bruckner: die Möglichkeit, auch nach der Facharztanerkennung als angestellter Arzt – auch in Teilzeit – zu arbeiten, wenn zum Beispiel die aktuelle Familiensituation das erfordert. Die Übernahme einer Leitungsposition und flexible Arbeitsmodelle schließen sich dabei nicht aus. Stephanie Spiegler ist ein gutes Beispiel dafür: Sie leitet bereits im ersten Jahr nach ihrer abgeschlossenen Weiterbildung gemeinsam mit einer Kollegin ein vierköpfiges Hausärzte-Team in einer Mannheimer Praxis als angestellte Ärztin, vier Tage in der Woche.

Aus einer solchen Position heraus kann sich eine Junior-Partnerschaft entwickeln, aus der heraus es möglich wird, Gesellschafter des Verbundes zu werden und damit auch an unternehmerischen Entscheidungen und der wirtschaftlichen Entwicklung des Unternehmens beteiligt zu sein.

Jofodo AG

- Das Akronym „Jofodo“ steht für „Jobs for Doctors“
- Die Jofodo AG wurde 2017 vom Gesundheitsnetz Süd eG gegründet und entwickelt innovative digitale Formate zur effektiven Ärzte-Rekrutierung.
- In dem Format „Boost“ bewerben sich Unternehmen, beispielsweise Ärztenetze oder – verbünde, aber auch Kliniken, bei Ärzten, die eine neue Herausforderung suchen. In aktuellen, im Internet übertragenen „Boost-Sendungen“ können Interessenten – auch anonym – Fragen an die sich bewerbenden Organisationen stellen.

Weitere Informationen: <https://jofodo.de>
wolfgang.bachmann@jofodo.de

Wir suchen für unseren Klienten



Fachärzte (m/w/d)

- für Hygiene und Umweltmedizin



jofodo.de/FA-Hygiene

- für Gynäkologie



jofodo.de/FA-Gynaekologie

- für Bereichsleitung Mikrobiologie



jofodo.de/FA-Mikrobiologie

Von dort ist es nur noch ein kleiner Schritt
zu Ihrem neuen Traumjob!

Gesundheitsnetz Süd eG, GNS, Hopfenhausstr. 2, 89584 Ehingen (Donau)

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