

Der Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V. informiert



Editorial

Problem Wartezeiten – Lösungen in Sicht?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

jeder niedergelassene Gastroenterologe hat ein Problem – gemeinsam mit vielen anderen Fachärzten und Hausärzten: Wartezeiten. Dass sie existieren, ist nicht zu bestreiten. Dass sie ärgerlich für alle Beteiligten sind, liegt auf der Hand: Die Patienten ärgern sich, wenn sie vier bis acht Wochen oder noch länger auf einen Termin warten müssen oder – inzwischen bundesweite Realität – gar keinen (Haus-) Arzt mehr finden. Hausärzte ärgern sich, wenn sie bei uns um zeitnahe Termine für ihre Patienten betteln müssen. Die Mitarbeiterinnen der Facharztpraxen leiden darunter, dass sie die Patienten trösten oder abweisen und sich bei solchen Telefonaten manche böse Reaktion gefallen lassen müssen. Wir Gastroenterologen und die anderen Fachärzte würden die Patienten gerne zeitnah untersuchen und gezielt behandeln, bevor unspezifische oder unpassende Therapien eingeleitet werden. Seit Jahren steht als Jahresziel in meinem QM-System: „Keine Leistungsausweitung der Praxis“. Seit Jahren verfehle ich das Ziel, weil wir es nicht schaffen, alle Terminnachfragen „abzuwimmeln“ oder auf später zu trösten.

Lösungsvorschläge

1. Im Koalitionsvertrag der großen Koalition wird vorgeschlagen, die Pflichtstundenzahl zur Behandlung von Kassenpatienten von 20 auf 25 Stunden zu erhöhen. Was bringt das? Nach Schätzungen in unserem KV-Bereich liegt der Anteil der Kassenärzte mit vollem Versorgungsauftrag, die weniger als 25 Stunden arbeiten, unter 1 Prozent. Es lässt sich leicht ausrechnen, dass selbst dann, wenn diese Kollegen ca. 10 Stunden pro Woche mehr arbeiten würden, der Zugewinn an

ärztlicher Arbeitszeit verschwindend gering ist. Er läge umgerechnet bei weniger als 1 min/Arzt/Woche. Tatsächlich würde nicht mal diese Zeit den Patienten zur Verfügung stehen: Die meist älteren Kollegen, die vor oder neben der Rente noch etwas arbeiten, also weniger als 20 Stunden/Woche, werden sagen: „Wenn das kommt, dann arbeite ich halt gar nicht mehr“. Einen Ersatz für diese Ärzte gibt es aber gar nicht.

2. Einrichtung einer Video-Sprechstunde: Ich glaube, dass eine Videosprechstunde ein sinnvolles Angebot für die Behandlung unserer chronisch kranken Patienten (z. B. CED) darstellen kann – wenn möglich mit Vergütung, was derzeit bei Beratungen in unseren Praxen ja nicht gegeben ist. Sie erspart dem Patienten eine möglicherweise lange Anfahrt zur Sprechstunde, in der oft nur ein aktuelles Problem oder eine Therapieänderung besprochen werden muss. So sinnvoll und hilfreich das für die Patienten ist: Wie soll so eine Videoberatung Zeiterparnis für den Arzt und damit neue Valenzen für die Praxis bringen?

3. Online-Terminvergabe: Jeden Tag erlebe ich, wie viel Mühe es meinen sehr erfahrenen und kompetenten Mitarbeiterinnen macht, herauszufinden, für welche Untersuchung oder Behandlung ein Patient einen Termin braucht und wie dringlich der Termin ist. Ich sehe, wie aufwändig es ist, dann einen passenden, gezielten Termin vorzuschlagen und zu besprechen, was für diesen Termin zu beachten und mitzubringen ist. Nicht nur ich habe große Zweifel, dass außer zu einer ungezielten Sprechstunde, eine Online-Terminvergabe praktikabel ist. Fehlbuchungen der angebotenen Termine werden eher die Regel als die Ausnahme sein, was Zeit kostet

und unweigerlich zu einem Folgetermin führt, der bei guter Planung vermeidbar gewesen wäre. Auch eine offene Sprechstunde – vorgeschlagen wurde ein Vormittag pro Woche – ist für uns keine sinnvolle Lösung, sondern Verschwendung von kostbarer Arbeitszeit, die den Patienten fehlt, die gezielt zu Diagnostik und Behandlung einen Termin brauchen.

4. Das gleiche gilt für die Terminservicestellen (TSS). Man kann über die TSS wie im Online-Verfahren nur einfache, ungezielte Sprechstundentermine anbieten, alles andere funktioniert nicht. Es kam, wie es zu befürchten war: Die praktischen Erfahrungen mit Patienten, die über die TSS vermittelt wurden, sind fast durchgehend negativ. Neue Valenzen in der Praxis lassen sich darüber auf jeden Fall nicht gewinnen.

Alternativen

Sind wir Ärzte faul und zu träge, etwas Neues zu versuchen, um Wartezeiten zu verkürzen? Blockieren wir wertvolle Innovationen? Das glaube ich nicht. Das Problem liegt vielmehr darin, dass die vorgeschlagenen Lösungsversuche nur am Symptom herumdoktern, aber die Krankheit im System weder erkennen noch behandeln. Wenn Wartezeiten verkürzt werden sollen, dann müssen Valenzen an ärztlicher Arbeitszeit zusätzlich geschaffen oder vorhandene Valenzen freigemacht werden:

1. Das Angebot an ärztlicher Arbeitskraft erhöhen: Mehr Studienplätze, weniger Teilzeitstellen, weniger Abwandern von Ärzten in andere Bereiche, Mehrarbeit für den Arzt in der Praxis attraktiv machen.

Keine dieser Möglichkeiten wird derzeit ernsthaft verfolgt.

2. Arbeit von Ärzten auf nicht-ärztliches Personal verlagern (Delegation oder Substitution): Dazu werden derzeit Konzepte erarbeitet, und vielleicht wird das sinnvoll umsetzbar sein, ohne dass sich hier arztfreie Parallelstrukturen verselbständigen. Allerdings ist auch das Angebot an medizi-

nischen Fachangestellten und Pflegepersonal erkennbar begrenzt.

3. Die Nachfrage vermindern, z. B. durch Selbstbeteiligung, Einschränkung des Leistungskatalogs des Gesundheitssystems und Priorisierung. Das sind aber so heiße Eisen, dass kein Politiker darangehen und sich die Finger verbrennen will. Weil die notwendige Diskussion darüber aber seit Jahren verwei-

gert wird, greift man offensichtlich lieber zu den oben angeführten Scheinlösungen. Helfen wird das aber leider nicht.



Dr. Franz Josef Heil
(bng-Vorstand)

Wer ist betroffen?

Betriebliche Datenschutzbeauftragte in Arztpraxen

Das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) fordert für Arztpraxen, Kliniken und Apotheken ab einer Anzahl von zehn Personen die Benennung eines Datenschutzbeauftragten (DSB). Die benannten betrieblichen DSB tragen dabei eine große Verantwortung, denn gerade im Gesundheitswesen handelt es sich um ganz besonders sensible Patientendaten. Nicht zuletzt geht es neben dem Schutz von Gesundheitsdaten auch um die Sicherheit wichtiger Betriebsdaten, wie Mitarbeiter- oder Abrechnungsdaten.

Mit immer größeren Schritten nähert sich der Stichtag 25. Mai 2018. An diesem Tag entfalten die europäische Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sowie eine Neufassung des BDSG ihre Wirkung. Doch was bedeutet dies für niedergelassene Gastroenterologen?

Benennung

Die Pflicht zur Benennung eines Datenschutzbeauftragten ist im Prinzip nichts Neues. Auch nach der derzeit gültigen Rechtslage sind Arztpraxen dazu verpflichtet, einen DSB zu benennen, soweit mehr als zehn Personen ständig mit der Datenverarbeitung befasst sind. Wer bisher einen DSB bestellen musste, muss in der Regel auch weiterhin einen DSB benennen. Für mittlere und größere Praxen bleibt die Pflicht daher nach wie vor bestehen.

Nach derzeitigem Erkenntnisstand der Rechtslage lässt sich vorsichtig formulieren,

dass eine Benennung für Einzelarztpraxen nach wie vor nicht erforderlich ist. Eine Ausnahme ergibt sich jedoch dann, wenn die Datenverarbeitung eines einzelnen niedergelassenen Arztes überdurchschnittlich hoch ist. Ungeachtet dessen ist jedoch auch für alle Praxen, die sich unterhalb der Zehn-Personen-Grenze bewegen, dringend empfohlen, einen DSB auf freiwilliger Basis zu benennen. Dies kann die Umsetzung und Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften ungemein erleichtern und damit unter Umständen aufsichtsbehördliche Maßnahmen oder empfindliche Bußgelder vermeiden.

Aufgaben

Der Kreis der Aufgaben, die auf den DSB oder – falls keine Benennungspflicht für einen DSB besteht – auf den verantwortlichen Praxisinhaber zukommen, sind äußerst vielseitig und anspruchsvoll. Dabei ergeben sich unter vielen anderen folgende Aufgaben:

- Die Schulung und Unterweisung der Beschäftigten bezüglich ihrer Datenschutz-Pflichten.
- Eine kontinuierliche Überwachung aller Datenschutzvorschriften und Abläufe der Praxis.
- Die Erstellung und Aktualisierung eines sog. Verzeichnisses (eine Übersicht aller Datenschutzvorgänge und weiterer Angaben, die unter Umständen von den Aufsichtsbehörden eingefordert werden können).

- Die Beratung und Kontrolle bezüglich datenschutzrechtlicher Belange rund um die Praxis-IT.
- Die Zusammenarbeit mit den Aufsichtsbehörden.

EXKLUSIV FÜR BNG-MITGLIEDER

Die DeltaMed-AKADEMIE bildet speziell für Arztpraxen Datenschutzbeauftragte im Rahmen eines kompakten Wochenkurses aus. Eine aussagekräftige Personenzertifizierung durch die DEKRA Certification ist dabei inklusive. Ziel der Ausbildung ist dabei die Vermittlung von umfassenden Datenschutzkenntnissen mit dem Schwerpunkt Gesundheitswesen. Dies beinhaltet die Schulung von wichtigen gesetzlichen Grundlagen bis hin zu praktischen Umsetzungsmaßnahmen für Ihren Praxisalltag. Dabei stehen insbesondere die für Arztpraxen relevanten Aspekte im Vordergrund.

Aktuelle Kurse 2018 finden vom 02.07. bis zum 06.07.2018, vom 09.07. bis zum 13.07.2018 und vom 22.07. bis zum 26.07.2018 jeweils von 09.00 Uhr bis 17.00 Uhr in Stuttgart statt. bng-Mitglieder können sich zu Vorzugsbedingungen unter www.bng-service.de anmelden.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter:

www.deltamed-akademie.de/events/ausbildung-datenschutzbeauftragter/

Hinzu kommt auch die Beratung von Patienten und Praxismitarbeitern zu allen Fragen, die mit ihrer persönlichen Datenverarbeitung in Zusammenhang stehen.

Erforderliche Fachkunde

Nach Betrachtung des umfangreichen Aufgabenspektrums eines DSB sowie unter Berücksichtigung hoher Haftungsrisiken für die Praxis drängt sich die Frage auf, in welchem Rahmen ein DSB qualifiziert sein muss, um seine Tätigkeit angemessen auszuüben. Ganz grundsätzlich gilt der Leitsatz: Umso mehr Daten verarbeitet werden und umso sensibler die Daten sind, umso besser sollte der DSB qualifiziert und ausgebildet sein. Nach diesem Leitsatz ergibt

sich, dass für die meisten DSB eine Tages- oder Halbtagesfortbildung auf keinen Fall ausreichend ist.

Jüngst ergaben behördliche Kontrollen in Baden-Württemberg, dass eine Vielzahl an betrieblichen DSB gar nicht oder nur unzureichend qualifiziert ist. Letztlich sollten daher hinsichtlich der erforderlichen Fachkunde eines DSB zwei Aspekte unbedingt beachtet werden: Einerseits muss der DSB in der Praxis ein fundiertes Wissen im Datenschutzrecht aufweisen können. Andererseits muss dieses Wissen immer in Kombination mit branchenspezifischen, also praxisspezifischen Kenntnissen untermauert werden.

Rechtsfolgen vermeiden

Sowohl die Nicht-Benennung trotz einer Benennungspflicht als auch eine unzureichende Unterstützung oder Qualifikation eines DSB sind mit Geldbuße bedroht. Dies gilt freilich auch für eine Vielzahl anderer Verletzungen und Verstöße, die im Datenschutz möglich sind. Aus diesen Gründen kann sich ein professionell ausgebildeter DSB für jede Praxis auszahlen.



Dr. Matthias Kahl
(Sprecher der Regionalgruppe Hamburg im bng)

Bericht der Fachgruppe Pankreatologie

38. Jahrestagung des Deutschen Pankreasclubs

Dieses Jahr tagte der Deutsche Pankreasclub (DPC) in der Ulmer Wissenschaftsstadt. Die Bezeichnung als Wissenschaftsstadt wurde dem Programm unter der Leitung des Tagungspräsidenten Prof. Dr. Alexander Kleger in seiner Konzeption durchaus gerecht.

Der Kongress umfasste von Donnerstag, den 25.1.2018 bis Samstag, den 27.1.2018 insgesamt acht Sitzungspunkte und beschäftigte sich mit akuter und chronischer Pankreatitis, Autoimmunpankreatitis, Pankreastumoren, Tumorenvironment, Diabetes, (Epi)genomics, Biomarkern sowie Innovationen in der Pankreaschirurgie, Schmerzgenese bei tumorösen und inflammatorischen Prozessen und vielem mehr. Jede Session wurde von ein bis zwei (inter)nationalen Keynote-Rednern eröffnet und von nationalen Experten und den im Mittelpunkt stehenden freien Vorträgen des Nachwuchses komplettiert.

Bei den zystischen Pankreaserkrankungen wurden insbesondere unter dem Aspekt der Malignität die muzinös zystischen Läsionen sowie die intraduktal papillär muzinösen Neoplasien (IPMN) mit Hauptgang, Seitenangang und Mischtyp thematisiert. Hierzu ist eine klinische Studie von Prof. Dr. Felix Rückert unter dem Namen ICAROS von der Chirurgie der Uni Mannheim initialisiert. Interessierte Zentren können sich hier anmelden.

Des Weiteren erläuterte David Chang, Glasgow, die neuesten Erkenntnisse aus der Genomik des duktales Pankreaskarzinoms (PDAC) und wie die bisherigen genomweiten Sequenzierdaten der letzten Jahre nun funktionellen Einzug in die Klinik und prognostische Relevanz bekommen. Dazu wurde u. a. die bekannte Klassifikation in vier Subtypen nach Bailey in Immunogenic, Pancreatic, Progenitor, ADEX (azinär und endokrine Differenzierung) um die Kategorie squamös erweitert. Der squamöse Subtyp mit der schlechtesten Prognose vor allem für PDAC mit Defekten in der DNA-Reparatur präsentiert eine neue Klassifikation mit klinischer Relevanz und direkter Behandlungskonsequenz und fungiert gleichzeitig in hunderten Zelllinien als präklinisches Modell.

Zunehmend Relevanz erlangt außerdem das Epigenom des PDAC mit Chromatin und den Histonen sowie das Tumorstroma. Hier sind Einflussgrößen wie Signaltransduktion, Immunantwort, aktivierte Fibroblasten sowie die Hyaluronsäure zu nennen, die als sogenannte biophysikalische Komponente eine Drucksteigerung im Interstitium bewirkt. Organoidkulturen, die in Echtzeit bei Erstdiagnose eines PDAC angelegt werden, können eventuell in Zukunft helfen, die Therapie bei Patienten mit Pankreaskarzinom besser zu steuern.

In den Fokus der Pankreaschirurgie rückten nicht nur rein auf das Pankreas bezogene Aspekte, sondern auch die assoziierte Metastasen Chirurgie. Eine dann auch mit einem Sachpreis ausgezeichnete Arbeit des Heidelberger Pankreaschirurgen Oliver Strobel präsentierte einen präoperativen Score zur Abschätzung des Gesamtüberlebens bei der Pankreaskarzinomchirurgie. Diese Information ist für die Entscheidung für oder gegen die Operation insbesondere für Hochrisikopatienten sehr relevant. Bei der Zielgenauigkeit zur Diagnose von Pankreasprozessen konnte in einer von Alexander Hann (Ulm) vorgestellten Studie leider kein relevanter Fortschritt berichtet werden: Hier erbrachte eine Nitinol-basierte Punktionsvorrichtung zwar eine zeitliche Verkürzung des Punktionsprozesses, aber keine Verbesserung der Zielgenauigkeit.

Im Rahmen des Kongresses wurden zahlreichen Preise vergeben. So wurden unter den 45 freien Vorträgen der Hans-Chiari-Preis (Preisträger Frau Z. Dantes, München) für pankreatologische Grundlagenforschung sowie der Abraham-Vater-Preis (Preisträger Frau M. Egidi, Halle) für klinische Pankreasforschung, beide jeweils dotiert mit 1000 Euro, sowie unter den 102 Posterbeiträgen weitere Geld- und Sachpreise vergeben, um den wissenschaftlichen Nachwuchs zu un-

terstützen. Unter den insgesamt 147 eingereichten Beiträgen wurden im Vorfeld von einem unabhängigen achtköpfigen Komitee die besten Abstracts prämiert und dafür zehn Reisestipendien vergeben. Dieses Novum bestärkt die jungen Forscherinnen und Forscher in ihren jeweiligen Arbeiten und motiviert sicher auch die zukünftigen Aktivitäten und Zielsetzungen. Zu betonen ist, dass der Präsident ermöglichte, dass

aus Zeitgründen nicht präsentierte Poster am Folgetag besprochen werden konnten und so eine Würdigung erfuhren.

Damit war der Ulmer DPC ein voller Erfolg mit einem Rekord an Beiträgen und Teilnehmern sowie einem balancierten Portfolio an Vorträgen zur (prä-) klinischen und praktischen Pankreatologie. Der nächste DPC fin-

det 2019 vom 7. bis zum 9. Februar in Göttingen statt und wird bestimmt spannend.



Dr. Kai Uwe Rehbehn
(Sprecher der Fachgruppe
Pankreatologie im bng)

Botschafter des Jahres 2018

Stiftung LebensBlicke würdigt niedergelassenen Magen-Darm-Arzt

Die Stiftung LebensBlicke hat sich dem Kampf gegen den Darmkrebs verschrieben und engagiert sich seit 1998 dafür, die Akzeptanz von Vorsorge und Früherkennung dieser bösartigen Tumorerkrankung in der Bevölkerung zu stärken. Mit der Ernennung von Privatdozent Dr. Christoph Schmidt zum „Botschafter des Jahres“ würdigt sie den Einsatz des niedergelassenen Magen-Darm-Arzt im Bereich der Aufklärung über die Risiken des familiären Darmkrebses.

Der Leiter des Integrativen Darmzentrums Bonn / Rhein-Sieg engagiert sich seit Jahren für die berufspolitische Arbeit des bng. Derzeit entwickelt er für den Berufsverband ein Konzept, mit dem nahe Angehörige von Darmkrebspatienten für ihr erhöhtes Erkrankungsrisiko sensibilisiert werden sollen.

Mit der Ernennung zu ihrem Botschafter 2018 unterstreicht die Stiftung LebensBlicke die Bedeutung der familiären Anamnese bei Darmkrebs. Sie empfiehlt betroffenen Personen dringend, die Möglichkeiten der Darmkrebsvorsorge zu nutzen. Eine Reihe strukturierter Maßnahmen führt in Deutschland mittlerweile zu einer Senkung der Darmkrebssterblichkeit. Die niedergelassenen Magen-Darm-Ärzte bilden ein gewichtiges Fundament in dieser Versorgungskette. Ohne den Einsatz und das Engagement der

niedergelassenen Kollegen wären wir im Kampf gegen den Darmkrebs noch lange nicht da, wo wir heute stehen.



PD Dr. Christoph Schmidt

IMPRESSUM

Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e. V.

Holdergärten 13, 89 081 Ulm
www.bng-gastro.de,
Kontakt@bng-gastro.de

Redaktion:

Dr. Holger Böhm,
www.skriptstudio.de,
bng@skriptstudio.de

Termine

01. – 02.06.2018	Hepatitis Nurse Grundkurs	Düsseldorf
04. – 06.06.2018	G2-Sedierungskurs	Mainz
07. – 08.06.2018	Viszeralmedizin NRW	Dortmund
08.06.2018	Qualitätszirkel CED	Regensburg
09.06.2018	MV der Regionalgruppe Bayern	Regensburg
15. – 16.06.2018	Dünndarm-Kapselendoskopie	Frankfurt
18. – 20.06.2018	G2-Sedierungskurs	Mainz
21. – 22.06.2018	Sachkunde Endoskopie	Mainz
06. – 07.07.2018	Sachkunde Endoskopie	Stuttgart
20. – 21.07.2018	Hepatologischer Workshop	Ulm

Weitere Einzelheiten auf der bng-Service-Seite: <http://www.bng-service.de>.

Jobbörse

MFA in Heidelberg gesucht	info@praxis-schmidt-schlenker.de
Gastroenterologe in Bielefeld gesucht	LHU@dr-med-heuer.de

Nutzen Sie die Jobbörse auf der bng-Homepage: <http://www.bng-gastro.de>.