

News aus den Gesundheits- systemen

Diese Rubrik stellt aktuelle Informationen aus europäischen Gesundheitssystemen und der Europäischen Union dar, die Sie auch auf der LIG-Homepage unter www.lig-gesundheit.at finden.

INHALT

Veranstaltung: Auf ein Wort – Reden über Gesundheitspolitik: Attraktivierung der Landmedizin

Großbritannien: Gesundheitswesen Grund für hohe Sterblichkeit?

Deutschland: Hausbesuche stark rückläufig

Europa: EU-Gesundheitsprogramm in neuen Sozialfonds integriert

Niederlande: Rasanter Anstieg beim Schadenersatz

Schweiz: Ambulant vor Stationär

Österreich: Herzinsuffizienz-Netzwerk in Tirol

Deutschland: Bedarfsplanung neu für den ambulanten Bereich?

Niederlande: Team für mehr Cyber-Sicherheit

LIG-Newsletter

Die „News aus den Gesundheitssystemen“ können regelmäßig bezogen werden. Newsletter-Abo unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

VERANSTALTUNG**Auf ein Wort – Reden über Gesundheitspolitik:
Attraktivierung der Landmedizin**

Am 14. Juni lud die Ärztekammer für Oberösterreich dazu ein, im Rahmen der Veranstaltung „Auf ein Wort“ gemeinsam über die Attraktivierung der Landmedizin zu reden. Einstimmende Input-Statements, ein hochkarätig besetztes Podium und eine rege Publikumsbeteiligung waren die erfolgreichen Zutaten der Veranstaltung.

In Oberösterreich wurde und wird viel für die Neugestaltung des Berufs Hausarzt getan. Möglich ist das durch die konstruktive Zusammenarbeit aller Systempartner in Oberösterreich. Etwa der neu gestaltete Hausärztenotdienst HÄND ist eines der gelungenen Projekte dieser fruchtbaren Zusammenarbeit und auch die gemeinsame Finanzierung der Lehrpraxis. Nichtsdestotrotz muss noch viel getan werden, um den Beruf des Hausarztes wieder interessanter zu machen „Es braucht wieder ein positives Bild der Allgemeinmedizin, damit junge Menschen diesen Beruf auch ergreifen“, betonte etwa Gesundheitslandesrätin Mag. Christine Haberlander. Albert Maringer, Obmann der OÖGKK, wies zwar darauf hin, dass es in Oberösterreich für niedergelassene Allgemeinmediziner Spitzentarife gebe, räumte jedoch ein, dass es immer schwerer werde, Stellen nachzubesetzen. „Es handelt sich dabei nicht nur um eine Geldfrage, sondern es braucht geänderte Strukturen, um den Bedürfnissen der jungen Generation entgegenzukommen“, so der Vertreter der Sozialversicherung. Bürgermeister Peter Oberlehner, Vizepräsident des oberösterreichischen Gemeindebundes meinte, dass es für eine positive Weiterentwicklung einer noch besseren Zusammenarbeit auf allen Ebenen bedürfe: „Obwohl ich mir sicher bin, dass alle Player versuchen, in ihrem Bereich einen guten Job zu machen, braucht es öfter ein Zurücknehmen der Egoismen und ein Nachgeben zum Wohle des Ganzen.“

Hausapotheke erhalten

Einer der großen Themenbereiche der Veranstaltung waren die Regelungen zur Hausapotheke. Schon bei seinem Input-Statement machte MR Dr. Silvester Hutgrabner, Referent für Hausapotheken und Stv.-Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte, darauf aufmerksam, dass eine Hausapotheke durchaus zur Attraktivitätssteigerung von Hausarztstellen beitrage und daher in Zusam-

menarbeit mit der Apothekerkammer dringend an einer Änderung des derzeitigen Apothekengesetzes gearbeitet werden müsse. „Die jungen Hausärzte brauchen bei der Übernahme einer Praxis Rechtssicherheit und Planungssicherheit in Bezug auf die Hausapotheke, was vor allem in Zwei-Arzt-Gemeinden derzeit nicht der Fall ist. Daher sind diese Stellen auch so sehr schwer zu besetzen“, so Hutgrabner. Betroffene Bürgermeister aus dem Publikum äußerten sich im Rahmen der Diskussion zustimmend: „Der Hausarzt soll eine Garantie für die Hausapotheke erhalten, das ist ein wesentlicher Faktor, um die Versorgung in den ländlichen Gemeinden zu sichern“, so der O-Ton. Dabei wurden auch sonstige Unterstützungsmaßnahmen der Gemeinden genannt – von der kostenlosen Ordinationsausstattung bis hin zu mehrmonatigen Mietbefreiungen. Jedoch sei die Sicherstellung der Arztnachfolge keineswegs Aufgabe der Gemeinden: „Es kann nicht sein, dass der Bestbieter unter den Gemeinden den Zuschlag für den Arzt bekommt, diese Verantwortung darf nicht abgewälzt werden“, merkte ein Bürgermeister an.

Ausbildung, Einkommen, Tätigkeit

MR Dr. Wolfgang Ziegler, Stv.-Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte und Hausarzt in Kremsmünster, erklärte in seinem Input-Statement, warum junge Ärzte heute zu wenig auf den Hausarztberuf vorbereitet sind: „Die Ausbildung umfasst im Turnus weniger Stunden als früher, ist mehr bürokratiebeladen und bietet keine fachlichen Grundlagen zur Unternehmensführung.“ Es brauche daher in der Ausbildung auch wirtschaftliche Fächer und die Umsetzung des Facharztes für Allgemeinmedizin. Darüber hinaus müssten Bürokratie abgebaut und verschiedene Zusammenarbeitsformen, wie die Anstellung von Ärzten bei Ärzten, ermöglicht werden. „Es braucht ein ganzes Bündel an Maßnahmen, um die Attraktivität der Allgemeinmedizin zu steigern – und zwar schon heute“, betonte Ziegler.

Der Allgemeinmediziner und Bezirksärztevertreter aus Vöcklabruck, Dr. Dominik Stockinger, hielt fest, dass sich die zahlreichen Arbeitsstunden nicht immer im Entgelt niederschlagen. Bürgermeister Wolfgang Schirz aus St. Martin im Mühlkreis plädierte in diesem Zusammenhang für ein Ende der Neidgesellschaft: „Wer viel leistet, soll auch gut verdienen.“ Die junge Allgemeinmedizinerin Dr. Maria Sophie Stockinger übte hingegen vor allem Kritik am Arbeitsspektrum eines Hausarztes. Sie selber wolle nicht als Gesundheitsmanagerin arbeiten und ihren Arbeitstag z.B. mit Raucherberatungen zubringen, sondern mehr medizinisch tätig sein. Sie könne nicht verstehen, warum beratende Tätigkeiten nicht an geschultes Personal delegiert werden

dürften. Dafür müssten aus ihrer Sicht auch Laborleistungen und Ultraschalluntersuchungen vom Hausarzt angeboten werden können. Die Ärztin sprach sich außerdem für die Stärkung der laienmedizinischen Kompetenz in den Schulen aus.

Kein Zentralismus

Die aktuellen Geschehnisse zur Zusammenlegung der Kassen waren ebenfalls ein Diskussionspunkt. Albert Maringer sah darin eine negative Entwicklung, da sich Probleme seiner Meinung nach besser dezentral lösen ließen: „Dafür braucht es eine gute Vertrauensbasis zwischen den Akteuren und die haben wir in Oberösterreich.“ LAbg. Mag. Haberlander meinte, dass man durchaus versuchen werde, Kräfte zu bündeln und oberösterreichische Lösungen nach Wien zu tragen, jedoch müsse man die Bundesverfassung respektieren und dürfe keine Versprechungen machen, wenn die Kompetenz nicht hier im Land liege. Präsident Dr. Niedermoser zeigte sich davon überzeugt, dass man in Oberösterreich weiterhin Lösungen entwickeln werde, die aufgrund ihrer Vorzeigerolle auf Bundesebene übernommen werden würden. OMR Dr. Thomas Fiedler, Kurienobmann der niedergelassenen Ärzte, der die Moderation der Veranstaltung übernahm, schloss mit drei Botschaften an die politisch Verantwortlichen: mit Motivation an die Sache herangehen, Wertschätzung schaffen und unternehmerische Sicherheit geben.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Weitere Veranstaltungen unter www.lig-gesundheit.at/ueberblick

GROßBRITANNIEN

Gesundheitswesen Grund für hohe Sterblichkeit?

2018 begann in England und Wales nicht besonders rosig, denn in den ersten Wochen dieses Jahres wurde eine signifikant höhere Sterblichkeit in England und Wales verzeichnet. Auf der Suche nach Ursachen geriet die Gesundheitsversorgung der Briten ins Zentrum des Interesses.

Um 12,4 Prozent mehr Menschen starben Anfang dieses Jahres mehr als im Vergleichszeitraum des Vorjahres. Alarmierende Zahlen, deren Ursachen eine Studie, die im British Medical Journal veröffentlicht wurde, zu klären versuchte. Bereits 2013 gab es einen deutlichen Anstieg der Todesfälle, der damals mit der Alterung der Bevölkerung, dem Wetter und einer Grippewelle erklärt werden konnte. Diese Ursachen wurden dieses Mal jedoch von den Studienautoren ausgeschlossen.

Situation in den Spitälern

Die Studie verweist hingegen unter anderem auf die Situation in vielen Krankenhäusern, die sich bereits „auf oder jenseits ihrer sicheren Arbeitsebene“ befinden würden. Zu Beginn des Jahres wären außerdem viele nicht dringende Operationen vom National Health Service NHS annulliert worden. Es wurde auch betont, dass das Gesundheitssystem insgesamt in einer Krise stecke.

Leider wird der verzeichnete Anstieg der Todesfälle vom Ministerium für Gesundheit und Soziales nicht ernst genommen und die Studienautoren fordern deshalb eine gründliche Untersuchung durch einen Ausschuss des Unterhauses.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Großbritannien www.lig-gesundheit.at/grossbritannien

DEUTSCHLAND**Stipendien gegen Ärztemangel**

Aufgrund von Fällen, in denen Hausärzte hohe Beträge für geleistete Hausbesuche zurückzahlen mussten, ging die Zahl der Visiten in den letzten Jahren stark zurück. Diese Handhabe schreckt auch junge Kollegen ab und fördert damit den Landarztmangel.

Rückgang

Im Jahre 2009 wurden bundesweit 30,3 Millionen Hausarztbesuche durchgeführt, 2016 waren es nur noch 25,1 Millionen. Das entspricht einem Rückgang von über 17 Prozent, obwohl die Zahl der abgerechneten Leistungen der niedergelassenen Ärzte in diesem Zeitraum stetig zunahm und damit eigentlich ein gegenläufiger Trend herrschte. Eine Hochrechnung für das Jahr 2017 zeigt einen weiteren Rückgang der Hausbesuche auf 24,6 Millionen.

Hohe Rückzahlungen

Zurückzuführen sei das laut Achim Kessler, einem Gesundheitsexperten der Linkspartei, auf die Angst der Hausärzte vor hohen Honorar-Rückforderungen. Dabei sei nicht die Anzahl der Rückzahlungen das Problem, sondern deren Höhe. Im Fall von Wagner-Praus, einem hessischen Landarzt, der im Gilsberger Hochland praktiziert, und einer Kollegin belief sich diese Summe auf einen hohen fünfstelligen Betrag. Dabei würde ein Arzt durch Hausbesuche sicher nicht reich, denn die zusätzlichen 20 Euro für die Visite decken kaum den höheren Aufwand ab, so der Arzt.

Wirtschaftlichkeit

Die Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland sind zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit bei den Ärzten verpflichtet. Ärzte sind zudem zu einer wirtschaftlich angemessenen Versorgung ihrer Patienten verpflichtet. Rechnet ein Arzt deutlich mehr Hausbesuche ab als üblich, so kann dies Rückzahlungen zur Folge haben. Im Falle von Wagner-Praus entschied die unabhängige Prüfstelle, die aus einem Juristen, einem Vertreter der Krankenkassen und drei Ärzten bestand, dass nicht alle durchgeführten Hausbesuche notwendig waren. Hinweise auf die ländliche Umgebung mit älterer Bevölkerung und kaum regionalem Nahverkehr wurden nach Aussage von Dr. Wagner-Praus nicht zur Kenntnis genommen. Der Arzt führt derzeit täglich etwa fünf Haus-

besuche durch und meint: „Wir besuchen unsere Patienten schließlich nicht zu unserem Vergnügen, sondern weil es notwendig ist.“ Der Arzt fuhr deshalb auch schon mal zu 90-jährigen Damen mit Erkältung oder Kleinkindern mit hohem Fieber – um den Patienten Stress zu ersparen. Darüber hinaus hätten einige Patienten nicht die Möglichkeit, in die Praxis zu kommen, weil sie über kein Auto verfügen.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Deutschland www.lig-gesundheit.at/deutschland

EUROPA

EU-Gesundheitsprogramm in neuen Sozialfonds integriert

Für den nächsten langfristigen EU-Haushalt (2021–2027) schlägt die EU-Kommission die Integration mehrerer Fonds – darunter das EU-Gesundheitsprogramm – in den Europäischen Sozialfonds vor. Das soll zu mehr Flexibilität und Einfachheit führen.

Europäischer Sozialfonds Plus

Alle sieben Jahre wird von der EU-Kommission über einen neuen mehrjährigen Finanzrahmen entschieden. Ab 1. Jänner 2021 wird es der erste Haushalt der EU-27 sein.

Folgende Fonds sollen im Europäischen Sozialfonds Plus (ESF+) aufgehen:

- der Europäische Sozialfonds
- die Beschäftigungsinitiative für junge Menschen
- der Europäische Hilfsfonds für die am stärksten benachteiligten Personen
- das EU-Programm für Beschäftigung und soziale Innovation
- das EU-Gesundheitsprogramm

Die Zusammenlegung soll die derzeitige Fragmentierung der Finanzierungsinstrumente in der Sozialpolitik überwinden und so zu mehr Flexibilität führen. Im Bereich der Gesundheitssysteme sollen die Schwerpunkte auf der

Reduktion der Ungleichheiten beim Zugang zum Gesundheitswesen und bei der Qualität der Gesundheitsversorgung zwischen den Mitgliedsstaaten, dem Schutz vor grenzüberschreitenden Gesundheitsbedrohungen, der Stärkung der Gesundheitssysteme mit Schwerpunkt auf den digitalen Wandel und der Unterstützung von EU-Rechtsvorschriften im Gesundheitsbereich liegen.

Dieser neue Europäische Sozialfonds Plus soll für den Zeitraum 2021–2027 mit Mitteln in der Höhe von 101,2 Milliarden Euro ausgestattet werden. Zum Vergleich: Das EU-Gesundheitsprogramm wurde 2014–2020 auf 449,4 Millionen Euro dotiert.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

NIEDERLANDE

Rasanter Anstieg beim Schadenersatz

Die steigende Anzahl von Beschwerden ließ die Rechnung für Schadenersatzansprüche in niederländischen Spitälern in den letzten 10 Jahren regelrecht in die Höhe schnellen. Das könnte auch medizinische Folgen haben.

Kostenanstieg

Die Kosten für Behandlungsfehler in niederländischen Krankenhäusern beliefen sich 2007 auf 9,4 Mio. Euro, 2017 bereits auf 43,2 Mio. Euro. Das entspricht einer Steigerung von über 400 Prozent in zehn Jahren. Diese Erhöhung resultiert hauptsächlich aus einem Anstieg größerer Beschwerdefälle, die in diesem Zeitraum um 4,5 Prozent zunahmen. Die größte Schadenersatzsumme betrug in diesen 10 Jahren 1,9 Mio. Euro.

Folgen

Gesundheitsanwältin und Wissenschaftlerin Désirée Klemann berichtet, dass die Ärzte mit einem weiteren Anstieg der Beschwerden rechnen würden und dies zu einem defensiveren Zugang zur Medizin führe. Zum Beispiel würden in vielen Fällen mehr Untersuchungen durchgeführt, als notwendig wären. Allerdings sei die Situation in den Niederlanden noch lange nicht so drastisch

als in den USA, meint dazu Ageeth Bakker, die Vorsitzende von Centramed, einem der beiden großen Krankenversicherungsunternehmen des Landes. Jedoch sei Vorsicht geboten, dass die Entwicklung nicht weiter in diese Richtung gehe und in Zukunft Ärzte nicht mehr praktizieren wollen, weil sie sich die Versicherung nicht leisten können, mahnt Bakker.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in den Niederlanden www.lig-gesundheit.at/niederlande

SCHWEIZ

Ambulant vor Stationär

In der Schweiz werden vergleichsweise viele Eingriffe stationär vorgenommen, bei denen eigentlich eine ambulante Vorgangsweise angezeigt wäre. Das Eidgenössische Department des Innern (EDI) hat deshalb sechs Leistungsgruppen definiert, die nur noch in begründeten Ausnahmefällen auch stationär vergütet werden können.

Häufig werden medizinische Leistungen stationär erbracht, obwohl eine ambulante Behandlung für den Patienten vorteilhafter und gleichzeitig ressourcenschonender wäre. Das EDI bestimmte nun folgende sechs Gruppen von Eingriffen, die nur noch ambulant vorgenommen werden:

- Einseitige Krampfaderoperationen der Beine
- Eingriffe an Hämorrhoiden
- Einseitige Leistenhernienoperationen
- Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter
- Kniearthroskopien inkl. arthroskopische Eingriffe am Meniskus
- Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden

Der Beschluss vom 12. Februar 2018, der die Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV) ändert, tritt mit 1. Jänner 2019 in Kraft und gewährt den Spitälern und Versicherungen bis dahin eine Umstellungsphase zur Anpassung ihrer Organisation. Außerdem werden in diesem Zeitraum die Bestimmungen für

die Ausnahmen ausgearbeitet, für welche auch eine stationäre Behandlung übernommen werden kann.

Einsparungspotential und Finanzierungsverschiebung

Ein Bericht zum Verlagerungspotential zeigt, dass 33.000 Fälle im Jahr 2016 statt stationär auch ambulant operiert werden hätten können. Die sich daraus ergebenden Einsparungen werden sich künftig hauptsächlich bei den Kantonen manifestieren (über 90 Mio. Franken), da die stationäre Versorgung bis zu 55 Prozent durch die Kantone finanziert, die ambulante Versorgung hingegen komplett von den Versicherungen gedeckt wird. Die Leistungs- und Finanzierungsverschiebung sollte laut Berechnungen jedoch nicht zu Steigerungen der Krankenversicherungsprämien führen.

Evaluierung und kantonale Regelungen

In den ersten drei Jahren soll die Maßnahme in Hinsicht auf Qualität und Kosten untersucht und evaluiert werden. Nach dieser Phase soll darüber nachgedacht werden, weitere Leistungen in den Katalog ambulant zu erbringender Eingriffe aufzunehmen.

In den Kantonen gibt es eigene Listen zu ambulant zu erbringenden Leistungen, die mehr Eingriffe umfassen als die KLV. Dies soll auch weiterhin möglich sein.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in der Schweiz: www.lig-gesundheit.at/schweiz

ÖSTERREICH

Herzinsuffizienz-Netzwerk in Tirol

Aufgrund der alternden Bevölkerung sieht sich die Medizin mit immer mehr Menschen konfrontiert, die von Herzinsuffizienz betroffen sind. In Tirol wurde ein Netzwerk etabliert, das diesen Patientinnen und Patienten eine systematische Unterstützung anbietet und vor allem die notwendigen Spitalsaufenthalte reduziert.

Betroffenheit groß

Das Krankheitsbild der Herzinsuffizienz scheint mittlerweile zur Epidemie geworden zu sein. Ursache ist unter anderem, dass immer mehr Menschen einen Herzinfarkt überleben, der in späterer Folge in einer Herzschwäche resultieren kann. Diese Krankheit ist laut dem Innsbrucker Kardiologen Gerhard Pözl als schwer einzustufen, verläuft oft tödlich und verursacht hohe Kosten. Mittlerweile sind 2 Prozent der Bevölkerung davon betroffen – die Dunkelziffer nicht mitgerechnet. Bei über 65-jährigen Personen ist es die häufigste Ursache für eine Krankenhaus-Aufnahme. Grund genug, um Gegenmaßnahmen zu setzen.

HerzMobil Tirol

Der Tiroler Gesundheitslandesrat Bernhard Tilg streicht die Notwendigkeit einer flächendeckenden Versorgung von Herzinsuffizienz-Patienten hervor. Tirol verfügt über das zurzeit einzige Herzinsuffizienz-Programm Österreichs, das bereits in die Regelversorgung übergegangen ist. „HerzMobil Tirol“, so der Name der Initiative, setzt auf eine Kombination aus Telemonitoring und Hausbesuchen. Konkret senden die Patienten nach der Spitalsentlassung über ein Smartphone täglich Daten zu Blutdruck, Herzfrequenz, Körpergewicht, Wohlbefinden und Medikamenteneinnahme an das Versorgungsnetzwerk. Bei Auffälligkeiten nimmt eine speziell geschulte Pflegekraft einen Hausbesuch beim Patienten vor und berät diesen vor Ort.

Speziell geschulte Pflege

Ein Kernpunkt des Projektes ist eine spezielle Weiterbildung für Pflegekräfte zur Herzinsuffizienzberatung. Diese kann ausschließlich am Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe (AZW) in Innsbruck absolviert werden, da diese als einzige im deutschsprachigen Raum von der Heart Failure Associa-

tion (HFA) der Europäischen Kardiologengesellschaft die nötige Zertifizierung erhalten hat. Ziel der Herzinsuffizienzberatung ist vor allem die Stärkung der Eigenkompetenz des Patienten selber, aber auch eine deutliche Verkürzung der Krankenhausaufenthalte.

Ab Juni 2018 wird das Programm neben den Bezirken Innsbruck und Innsbruck Land auch im Bezirk Schwaz angeboten und soll bis 2021 flächendeckend in ganz Tirol angeboten werden.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Österreich: www.lig-gesundheit.at/oesterreich

DEUTSCHLAND

Bedarfsplanung neu für den ambulanten Bereich?

Das Versorgungsstrukturgesetz 2015 beauftragt den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) mit der Erarbeitung eines neuen Konzeptes für die Bedarfsplanung im ambulanten Bereich. Die Ergebnisse eines aktuellen Gutachtens weisen auf Maximal-Anreisezeiten als wesentlichstes Kriterium für die zukünftige Planung hin.

Der demografische Wandel, Landflucht und Urbanisierung führen dazu, dass die bisherigen Regeln zur Festlegung von Arztsitzen nach der bloßen Einwohnerzahl nicht mehr funktionieren. Für die Konzipierung einer neuen Methode wurde vom GBA im ersten Schritt ein Gutachten in Auftrag gegeben. Dessen erste Ergebnisse liegen jetzt vor.

Danach soll in Zukunft der wichtigste Aspekt für die Festlegung von Arztsitzen die Anreisedauer der Patienten zum Arzt sein. Beim Hausarzt sollen dies künftig nicht mehr als 15 Autominuten sein. Bei Kinderärzten und Gynäkologen maximal 20 Minuten. Fachärzte für die Grundversorgung müssen in längstens 30 Minuten erreichbar sein – das betrifft niedergelassene Urologen, Augenärzte, HNO-Ärzte, Chirurgen, Hautärzte, Orthopäden, Neurologen und Psychotherapeuten. Diese Regeln sollen zumindest für 99 Prozent der

Bevölkerung gelten – die anderen ein Prozent leben auf Inseln oder in sehr abgelegenen Gegenden.

Die Gutachter sprechen sich generell für eine differenziertere Planung aus. Für die vielen internistischen Disziplinen soll etwa genauer definiert werden, welche Arztgruppe welche Patienten versorgen soll. Darüber hinaus sollen Ärzte mit Kassenvertrag mehr als 20 Arztstunden für Kassenpatienten anbieten (Kassenärzte dürfen in Deutschland auch Privatpatienten behandeln). Um den vermehrten Bedarf der Patienten mit dem geringeren Ärzteangebot in Einklang bringen zu können, schlagen die Gutachter des Weiteren vor, vermehrt ärztliche Leistungen an nicht ärztliche Berufe zu delegieren, Telemedizin stärker einzusetzen und Überweisungen nach Dringlichkeit zu staffeln. Medizinstudenten sollen in Zukunft außerdem zu einem früheren Zeitpunkt über ihre künftige Tätigkeit in der Versorgung entschieden.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in Deutschland www.lig-gesundheit.at/deutschland

NIEDERLANDE

Team für mehr Cyber-Sicherheit formiert

Im Jänner 2018 startete in den Niederlanden ein Team, das für die Sicherheit von Gesundheitsorganisationen im Netz zuständig ist. Genauer gesagt sollen Präventionsmaßnahmen Cyber-Attacken verhindern und helfen, wenn es zu einem Vorfall gekommen ist.

Aufgaben

Das Team nennt sich „Computer Emergency Response Team for Healthcare“ (Z-CERT). Wurde ein Gesundheitsdienstleister Opfer einer Cyber-Attacke, dann verfügt Z-CERT über das Knowhow für entsprechende Sofortmaßnahmen und die weitere Vorgangsweise. Denn um eine sichere und kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten, muss das System einer Gesundheitsorganisation auch im Ernstfall stets einsatzfähig sein. Den zweiten Zuständigkeitsbereich des Teams bildet die Prävention: Z-CERT macht auf gefährdete

medizinische Geräte und Systeme aufmerksam und berät über weitere Maßnahmen.

Entwicklung

Die Idee zu einem solchen Team kam 2016 vom Gesundheitsminister, woraufhin ein Aktionsplan für Cybersicherheit formuliert wurde, der Sicherheit in der Informations- und Kommunikationstechnologie fördern sollte. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf Bewusstseinsbildung zum Thema, die Einhaltung vereinbarter Verhaltensweisen und die Struktur gelegt.

Mitgliedschaft

Jede Organisation im Gesundheitswesen, die den Service des Z-CERT-Teams in Anspruch nimmt, zahlt einen Beitrag, der sich nach der Anzahl vollzeitäquivalenter Arbeitskräfte berechnet. Zurzeit können lediglich Krankenhäuser und Psychiatrien Mitglied bei Z-CERN werden, der Service soll in Zukunft aber auch auf andere Gesundheitsdienstleister ausgeweitet werden. Das Team arbeitet (inter)national mit anderen CERTs zusammen und ist nicht gewinnorientiert.

Newsletter unter www.lig-gesundheit.at/newsletter

Mehr zum Gesundheitswesen in den Niederlanden www.lig-gesundheit.at/niederlande