



Thema  
Jahrestagung  
DGAUM 2019

# Telemedizin

E-Health in der Arbeitsmedizin

**ecomed**  
MEDIZIN

**DGAUM**  
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
ARBEITSMEDIZIN UND UMWELTMEDIZIN



Die Informations- und Kommunikationstechnologie ist die Schlüsseltechnologie des 21. Jahrhunderts. Ihr Einsatz gewinnt im Gesundheitswesen, häufig unter dem Überbegriff „Telemedizin“, zunehmend an Bedeutung. Digitale Technologien bzw. E-Health können helfen, die Herausforderungen im Gesundheitssystem (u.a. demografischer Wandel, Mangel an Ärztinnen und Ärzten, z.T. abnehmende medizinische Versorgung in ländlichen Gebieten) zu lösen.

Meist wird in diesem Kontext an eine bessere und effizientere Versorgung im Bereich der kurativen Medizin gedacht, Gesichtspunkte der präventiven Medizin, z.B. der Arbeitsmedizin, werden (noch) nicht ausreichend berücksichtigt, obwohl hier eine Vielzahl von Anwendungsmöglichkeiten (z.B. arbeitsmedizinische Vorsorge, Unterstützung der Gefährdungsbeurteilung, Aus-, Fort- und Weiterbildung) bestehen und man sich einig ist, dass hier zukünftig eine vermehrte Nutzung von E-Health zu erwarten ist.

E-Health wird aktuell sehr stark propagiert, der entsprechende Nutzen sowie mögliche Nachteile bzw. „Nebenwirkungen“ werden nicht immer ausgewogen dargestellt.

Damit die Chancen und Möglichkeiten sowie die Grenzen dieser neuen Technologien für die Arbeitsmedizin besser erkannt werden können, braucht es hierzu klare Vorstellungen und Informationen, insbesondere zu

- den rechtlichen Rahmenbedingungen,
- den Anwendungsmöglichkeiten bei der Gefährdungsbeurteilung,
- der Teleberatung bzw. dem Telekonsil,
- der telemedizinischen Befunderhebung sowie
- dem Teleteaching.

Das neue „DGAUM-Buch“ geht zum einen auf die Rahmenbedingungen von E-Health im Bereich des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz und der Arbeitssicherheit ein, zum anderen werden exemplarisch Perspektiven zum weiteren Einsatz dieser Technologie, insbesondere für die Arbeitsmedizin, sowie erste Erfahrungen und Anwendungsbeispiele aus der Praxis dargestellt.

Das Buch richtet sich an alle Beteiligten des betrieblichen Gesundheitsschutzes, die an einer zukunftsorientierten Weiterentwicklung der arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Versorgung der Beschäftigten interessiert sind und dabei den Einsatz digitaler Anwendungen in der Praxis nutzen wollen.

Ihr direkter Weg zum Verlag:  
[www.ecomed-storck.de](http://www.ecomed-storck.de)

ISBN 978-3-609-10540-6



9 783609 105406

Letzel · Schmitz-Spanke · Lang · Nowak (Hrsg.)

# Telemedizin

E-Health in der Arbeitsmedizin

### Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns zukunftsbewusst für umweltverträgliche und wiederverwertbare Materialien entschieden.

*Hinweis: Bezeichnungen mit Bezug auf männliche bzw. weibliche Personen beziehen jeweils das andere Geschlecht ein bzw. sind geschlechtsunabhängig zu sehen.*

ISBN 978-3-609-10540-6

E-Mail: kundenservice@ecomед-storck.de  
Telefon: 089/2183-7922  
Telefax: 089/2183-7620

Titelbild: www.fotolia.com

Letzel · Schmitz-Spanke · Lang · Nowak (Hrsg.)  
Telemedizin

© 2020 ecomed MEDIZIN, ecomed-Storck GmbH, Landsberg am Lech

www.ecomed-storck.de  
www.ecomed-medizin.de

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Projektmanagement: Manuela Czech  
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH  
Druck: Westermann Druck, Zwickau

# Inhalt

- 1 Vorwort und Geleitworte** ..... 7
  - 1.1 Vorwort der Herausgeber ..... 7
  - 1.2 Geleitwort des Bundesministers für Arbeit und Soziales ..... 9
  - 1.3 Geleitwort der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin ..... 10
  - 1.4 Geleitwort seitens der Arbeitgeber ..... 12
  - 1.5 Geleitwort seitens der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen ..... 13
- 2 Allgemeines** ..... 15
  - 2.1 Perspektiven und Potenziale der Telemedizin ..... 15
    - S. SECER UND S. VON BANDEMER
  - 2.2 Digital Health, E-Health, Telemedizin und Co: terminologische Einordnung ..... 29
    - S. LETZEL
  - 2.3 Einschätzung der zukünftigen Nutzung von Telematik und Telemedizin in der Arbeitsmedizin ..... 33
    - C. QUITTKAT, S. SEDLACZEK UND R. LÖSCH
  - 2.4 E-Health als Wirtschaftsfaktor ..... 43
    - T. RETHAGE UND M. KERN
  - 2.5 Ethische Aspekte von E-Health in der Arbeitsmedizin ..... 49
    - E. DAHLKE UND I. ILKILIC
- 3 Rahmenbedingungen** ..... 59
  - 3.1 Fernbehandlung und Berufsrecht ..... 59
    - A. SCHOELLER
  - 3.2 Curriculum „Digitale Gesundheitsanwendungen in Praxis und Klinik“ der Bundesärztekammer ..... 68
    - A. SCHOELLER
  - 3.3 Datenschutz und Sicherheit von E-Health ..... 81
    - C. BAUER UND F. EICKMEIER
  - 3.4 Telematik in der arbeitsmedizinischen Vorsorge ..... 96
    - S. LETZEL, P. KEGEL, K. SCHÖNE UND D.-M. ROSE
- 4 Digitale Gefährdungsbeurteilung** ..... 103
  - 4.1 Vom „Online-Selbstcheck“ zum „Cockpit IfL“ – Eine digitale Möglichkeit zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung an Schulen ..... 103
    - J. BECKER UND J. DASSOW
  - 4.2 Online-Gefährdungsbeurteilung im Rahmen des Mutterschutzes ..... 114
    - A.-K. JAKOBS UND S. HERTLEIN

4.3 Erfahrungen mit einer Online-Gefährdungsbeurteilung für die Erfassung psychischer Belastung ..... 121  
 J. LANG

5 **Telemedizin/Videosprechstunde/Teleberatung/Telekonsil (Erfahrungen)** ..... 135

5.1 Telemedizin in einem global agierenden Chemieunternehmen ..... 135  
 CH. OBERLINNER, W. FROSCH, D. SCHIFFERS, A. HALBGEWACHS UND J. DINIES

5.2 Erfahrungen bei Infraseriv Höchst, Frankfurt ..... 145  
 T. RETHAGE UND M. KERN

5.3 Erfahrungen aus dem Institut für Lehrer Gesundheit ..... 149  
 P. KEGEL

5.4 Erfahrungen aus kleinen und mittleren Unternehmen aus Sicht eines überbetrieblichen Dienstes ..... 158  
 H. WILDGANS

5.5 E-Health aus Sicht der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung ..... 167  
 J. PETERSEN

6 **Telemedizinische Befunderhebung** ..... 177

6.1 Sehtest ..... 177  
 T. RETHAGE UND M. KERN

6.2 Hörtest ..... 181  
 O. MICHEL

6.3 Teledermatologie ..... 191  
 P. ELSNER

6.4 Lungenfunktion ..... 201  
 M. BARCZOK

6.5 Telepsychiatrische Diagnostik ..... 209  
 T. BEUTEL

6.6 Online-UV-Anamnese-Tool ..... 217  
 W. WEISTENHÖFER UND J. KIESEL

7 **Teleteaching – digitales Lernen** ..... 225

7.1 Digitales Lehren und Lernen in der Arbeitsmedizin ..... 225  
 K. RADON UND D. NOWAK

7.2 Chancen und Grenzen digital unterstützter Infektionsschutzbelehren an staatlichen Schulen aus Rheinland-Pfalz ..... 232  
 K. SCHÖNE

7.3 E-Learning in der arbeitsmedizinischen Fortbildung – ein Praxisbeispiel ..... 240  
 C. QUITTKAT UND S. SEDLACZEK

8 **Anwendungsbeispiele in der Arbeitsmedizin** ..... 251

8.1 E-Mental-Health am Beispiel Depression ..... 251  
 T. BEUTEL UND J. BECKER

8.2 Psychische Gesundheitsförderung für Führungskräfte und Beschäftigte ..... 262  
 J. LANG

8.3 Digitale Hilfe zur Reiseberatung und digitale Hilfsmittel für Sicherheit und Gesundheit auf beruflichen Reisen ..... 269  
 S. SIEGMANN, S. EßER, D.-M. ROSE, E. DAHLKE UND K. SCHÖNE

8.4 STIKO@rki: Die erste Impf-App für Ärzte ..... 284  
 B. BÖDEKER, J. KOCH, Y. BICHEL UND O. WICHMANN

8.5 Lärmmessung ..... 293  
 O. MICHEL

8.6 Bewegungsmessung  
 E-Health: Aktuelle Verfahren zur Messung körperlicher Aktivität – wissenschaftliche Güte und praktische Anwendbarkeit ..... 299  
 S. HELLER, S. LETZEL UND P. DIETZ

8.7 App-basierte Erfassung von Arbeitszeit und -struktur bei Lehrkräften ..... 310  
 R. SEIBT, C. FELSING, R. STOLL UND S. KREUZFELD

8.8 Elektronische Gesundheitskarte ..... 328  
 O. SCHÖFFSKI UND T. ADELHARDT

8.9 E-Learning-Tool zur Unterstützung von kleinen und mittelständischen Unternehmen zur Entwicklung eines „gesunden Unternehmens“ ..... 337  
 T. KRAUS

9 **Einsatz von E-Health** ..... 343

9.1 Telemedizin offshore ..... 343  
 A. M. PREISSER, E. HAMPEL, R. FRANZ UND V. HARTH

9.2 Telemedizin in der Seeschifffahrt ..... 352  
 M. OLDENBURG, M. BURKERT UND V. HARTH

9.3 Telemedizin bei beruflichen Auslandsreisen im Rahmen assistenzmedizinischer Betreuung ..... 363  
 S. EßER, S. SIEGMANN UND E. DAHLKE

9.4 Telemedizinische Erfahrung in der Raumfahrt ..... 376  
 J. SCHMITZ, S. KERKHOFF, M. MIESEN UND J. HINKELBEIN

10 **Verzeichnisse** ..... 383

10.1 Verzeichnis der Autorenschaft ..... 383

10.2 Abkürzungsverzeichnis ..... 392

10.3 Stichwortverzeichnis ..... 398

## 2.5 Ethische Aspekte von E-Health in der Arbeitsmedizin

E. DAHLKE UND I. ILKILIC

### Zusammenfassung

E-Health ist in unterschiedlichen Anwendungsvarianten bereits Teil arbeitsmedizinischer Praxis. Es bedarf einer fortlaufenden, auch ethischen Evaluation der positiven wie negativen Effekte, die die Einführung solch umfassender technischer Eingriffsmöglichkeiten mit sich bringt.

### Einleitung

Die WHO definiert E-Health als die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien im Kontext von Gesundheit. E-Health soll dazu dienen, den Informationsfluss durch elektronische Kommunikation zu verbessern und die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen und das Management von Gesundheitssystemen zu unterstützen (WHO 2019). Finnland gilt weltweit als E-Health-Vorreiter. Digitale Technologien sind im Gesundheits- und Sozialwesen fest etabliert (Schmitt-Sausen 2018). Auf europäischer Ebene ist E-Health seit der eEurope Initiative 1999 Teil der Digitalen Agenda für Europa. E-Health wird hierbei als Anwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitssektor beschrieben, welche Produkte, Systeme und Dienstleistungen verschiedenster Art inkludieren<sup>1)</sup>.

Gute Gründe sprechen für die technische Unterstützung der Interaktionen zwischen Patienten bzw. Klienten und Ärzten sowie Ärztinnen. Auch in Deutschland hat sich die Nutzung von E-Health sowie die Digitalisierung im Gesundheitssystem weithin etabliert und ist mittlerweile fester Bestandteil vor allem der Radiologie und Dermatologie, aber auch zunehmend der Notfallmedizin (Gries et al. 2017). Trotz zahlreichem Nutzen solcher Anwendungen sind hierbei neue ethische Fragen und Probleme entstanden, die im Rahmen dieses Beitrags mit Fokussierung auf die Arbeitsmedizin analysiert und reflektiert werden. Da das Feld sehr umfangreich ist, wird in diesem Beitrag die ethische Diskussion um Gestaltung und Probleme dieser Anwendungen auf die folgenden Themenbereiche der Anwendung von E-Health in der Arbeitsmedizin

- unidirektionale Informationsvermittlung,
- Datenspeicherung und Datenaustausch,
- telemedizinische Interaktion zwischen Arbeitnehmern und Ärzten sowie
- telemedizinische Interaktion im interkulturellen Kontext

<sup>1)</sup> <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/european-hospital-survey-benchmarking-deployment-ehealth-services-2012-2013>; Europäische Union (2013): European Hospital Survey: Benchmarking Deployment of eHealth Services (2012-2013)

fokussiert. Dabei werden die zentralen ethischen Prinzipien wie Patientenautonomie, Vertrauen, Nutzen und Schadensvermeidung diskussionsleitend sein.

## Unidirektionale Informationsvermittlung

Unter unidirektionaler Informationsvermittlung wird hier die kontrollierte, validierte arbeitsmedizinische Informationsvermittlung mittels Apps, Filmen oder andersartigen Homepageinhalten in Abgrenzung zu unkontrollierten Internet-Inhalten und Produkten verstanden.

Gesundheitskommunikation dient der kontextbezogenen Prävention, Therapie und Rehabilitation (Schaper et al. 2019). Hierbei hat vor allem die Nutzung des Internets mit unkontrolliertem und ungefiltertem Zugang, auch zu medizinischen Fachinformationen, den Umgang mit professionellen Informationen verändert (Townsend et al. 2015). „*e-Patienten der 1. Generation*“ bezeichnen Nutzer internetbasierter medizinischer Recherche. Für die Nutzung dieser Klientel charakteristisch ist der unkontrollierte, nicht wissenschaftlich fundierte Zugang zu medizinischen Themen wie auch der Austausch innerhalb von Laienforen (Scott Duncan et al. 2019). Dem gegenüber steht im Kontext der unidirektionalen Wissensvermittlung die Bereitstellung wissenschaftlich fundierter Inhalte durch vorsortierte, ausgestaltete und validierte Zugänge für Nutzende zu Arbeitsschutz- und Arbeitsmedizin-bezogener Information. In Apps, Filmen oder anderen Varianten der interaktiven Informationsvermittlung werden ausgewählte Inhalte nutzbar. Für die Nutzenden ist dies ein niederschwelliger Zugang zu arbeitsmedizinischer Fachinformation. Er kann inklusiv sein durch vereinfachte Sprache, Gebärden-unterstützte oder graphische Umsetzung von komplexen Inhalten. Die zeit- und raumunabhängige Bereitstellung medizinischen Fachwissens dient der verbesserten informativen Versorgung (Groß u. Schmidt 2018).

Im arbeitsmedizinischen Kontext ist die Informiertheit der Arbeitnehmer in Bezug auf betriebliche Prävention und Gesunderhaltung oder Rehabilitation von besonderer Bedeutung. Zur individuellen Gesundheit kommt die ökonomische, existenzsichernde, eventuell familiäre Verpflichtung hinzu. Die transparente Möglichkeit der Informationsaneignung stärkt die Arbeitnehmer als ebenbürtige Gesprächspartner in der Interaktion mit den Ärzten. Im arbeitsmedizinischen Kontext sind die Arbeitnehmer gefragt als Experten in Bezug auf den individuellen Arbeitsplatz und die spezifischen Tätigkeiten. Die individuelle gesundheitliche Disposition und z.B. Bereitschaft zu rehabilitativen Maßnahmen kann insbesondere in Abhängigkeit von sozioökonomischen, auch familiären Faktoren, das Engagement bezüglich der individuellen Gesunderhaltung oder der Wiederherstellung der Gesundheit beeinflussen. Die Option der Mehrsprachigkeit von Informationsangeboten ermöglicht eine interkulturelle Partizipation an Informationen und einen kultursensiblen Umgang gerade auch bezüglich kulturkreisspezifisch tabuisierter Themen (Ilkic et al. 2004). Dieser Zugang zu medizinischer Information kann Anonymität bieten für stigmatisierend empfundene Krankheitsbilder zum Beispiel des infektiologischen wie psychologischen Formkreises. Die technisierte Darbietung medizinisch relevanter Information eröffnet

neue zielgruppenorientierte  
medizinischer Fachinhalte  
Unterschiede im Umgang  
im medizinischen  
fisch Zielgruppen.

Ärzte können sich  
beitnehmer auf die  
vorbereiten.

Nicht technikabhängiger  
gang eine Benachteiligung  
kann ein limitieren  
und Einkommen sowie  
-inhalten mit einer  
u. Schmidt 2018).  
eine geführte Auswertung  
an Eigeninitiative,  
heit, insbesondere  
dem Aspekt der arbeits-  
beitnehmer unterse-

Das Lern- und  
nen bedingt für alle  
gen in der Einführ-  
medizinischer Interak-

Respekt vor au  
Allgemeinen erlan  
erhaltung. Um jed  
welche die Autono  
und somit allen zug  
notwendige Inform  
auch die Globalisie  
an Arbeitnehmer w  
diese Diversität un  
zu Technik und zu  
schiedlichen Gesun  
et al. 2004). Bildun  
kreises eine wesent  
vermittlung. Zugär  
mit verschiedenspr  
nenten wie Gebärd  
und Qualität des In  
der Nutzenden und

neue zielgruppenorientierte Zugangswege. Game-based learning kann die Akzeptanz medizinischer Fachinformation erhöhen (Haruna et al. 2018). Geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit digitalisierter Informationsvermittlung, insbesondere im medizinischen Kontext, können gezielt eingesetzt werden, um anwenderspezifisch Zielgruppen zu erschließen (Sieverding u. Kendel 2012).

*Ärzte können somit gezielt validierte Information zur Verfügung stellen und Arbeitnehmer auf die Mitarbeit für eine erfolgreiche Kooperation und Kommunikation vorbereiten.*

Nicht technikaffine Mitarbeitende hingegen können durch den technisierten Zugang eine Benachteiligung erfahren. Der Zugang mittels Computer oder Smartphone kann ein limitierender Faktor unter anderem in Bezug auf Alter, Geschlecht, Bildung und Einkommen sein. Generell ist durch die Vielzahl an Informationszugängen und -inhalten mit einer Überforderung von Arbeitnehmern und Ärzten zu rechnen (Groß u. Schmidt 2018). Die angebotene Informationsmenge, wenn auch limitiert durch eine geführte Auswahl innerhalb der dargebotenen Medien, erfordert ein hohes Maß an Eigeninitiative, Zutrauen und Verantwortungsbewusstsein für die eigene Gesundheit, insbesondere im Kontext des Arbeitsplatzes. Diese Verpflichtung, gerade unter dem Aspekt der arbeitsabhängigen familiären Versorgungssituation, ist für viele Arbeitnehmer unterschiedlicher Soziodemografie ungewohnt (Groß u. Schmidt 2018).

*Das Lern- und Erfahrungsdefizit in der Bewältigung zu erarbeitender Informationen bedingt für alle Beteiligten einen erhöhten Zeitaufwand und Einfühlungsvermögen in der Einführung, Erklärung und Begleitung selbstverantwortlicher arbeitsmedizinischer Interaktion und Wissensvermittlung.*

Respekt vor autonomen Entscheidungen von Arbeitnehmern und Patienten im Allgemeinen erlangt immer mehr Bedeutung in Bezug auf Gesundheit und Gesunderhaltung. Um jedoch diese Form der Verantwortung und Selbständigkeit auszuüben, welche die Autonomie als Grundvoraussetzung in sich trägt, bedarf es dem gerechten und somit allen zugänglichen Zugriff auf für selbstbestimmte Entscheidungsprozesse notwendige Informationen. Sowohl die internationale Mobilität der Arbeitenden als auch die Globalisierung an sich sind eine sprachliche wie kulturelle Herausforderung an Arbeitnehmer wie an Arbeitgeber. Der Öffnung der Märkte folgend potenziert sich diese Diversität um den Faktor der unterschiedlichen Muttersprachlichkeit, Affinität zu Technik und zu medizinischen, gesundheitsfördernden Themen sowie der unterschiedlichen Gesundheits- bzw. Krankheitskultur des eigenen Kulturkreises (Ilkılıç et al. 2004). Bildungsgradienten spielen bereits innerhalb eines Sprach- oder Kulturkreises eine wesentliche Rolle in der im medizinischen Setting intimen Informationsvermittlung. Zugänge in einfacher Sprache oder graphischer Umsetzung zusammen mit verschiedensprachigen Schulungsmedien erreichen neben integrativen Komponenten wie Gebärdens-unterstützten Filmen ihre jeweilige Zielgruppe. Die Auswahl und Qualität des Informationsgehalts innerhalb dieser Medien können die Autonomie der Nutzenden und den gerechten Zugang zu Informationen stärken.

## Datenspeicherung und Datenaustausch

Im Rahmen von betrieblichem Gesundheitsmanagement müssen Daten aus medizinischer Diagnostik als auch Daten aus individuellem Tracking, z.B. im Rahmen von betrieblichem Gesundheitsmanagement, sicher gespeichert und sensibel verwaltet werden können. Datensicherung und -verwaltung ist ein allgemein diskutiertes Thema, nicht nur in Bezug auf medizinische Daten. Die Ambivalenz zwischen Preisgabe sensibler Daten und Skepsis ist groß. Gleichzeitig besteht Unsicherheit im Kontext von Algorithmen und Künstlicher Intelligenz möglicher zu konstruierender Zusammenhänge zwischen primär nicht medizinischer und medizinisch erfasster Nutzerdaten (Weber et al. 2014). Von „e-Patienten der 1. Generation“ und deren eher ungefilterter Nutzung im Internet verfügbarer medizinischer Information und Austausch lassen sich „e-Patienten der 2. Generation“ abgrenzen. Die „e-Patienten der 2. Generation“ zeichnen sich durch ihre Sammlung individueller Gesundheitsdaten mittels Apps und tragbarer Geräte (Wearables) aus. Diese individuellen Daten können als Basis für individualisierte medizinische Maßnahmen und Handlungskonzepte dienen (Scott Duncan et al. 2019).

Die Datenspeicherung über Wearables, Apps und elektronische Tagebücher bietet den Anwendenden, ob zur Gesunderhaltung oder Gesundung, vielfältige Möglichkeiten der Dokumentation medizinisch und betrieblich relevanter Daten. Im Unterschied zur Momentaufnahme beim konventionellen Praxisbesuch bieten kontinuierliche Messungen im arbeitsmedizinischen Kontext weiterführende Informationen. Belastungs- und tagesablaufspezifische Verlaufsmessungen generieren insbesondere im Hinblick auf die Beanspruchung am Arbeitsplatz individuelle Daten.

Health Data-Tracking im Rahmen von betrieblichem Gesundheitsmanagement kann primär motivierend und gesundheitsfördernd sein. Die Sicherheit von Daten beziehungsweise des Zugriffs und der Nutzung der gesammelten Daten sind Kernfragen der Gestaltung von Digitalisierung. Messwerte, digitale Spuren und Profile generieren eine neuartige „narrative Identität“ im virtuellen und somit auch öffentlichen Raum. Durch die Neuartigkeit dieser medialen Präsenz verliert der Mensch das Gefühl für Privatheit als Basis für Vertraulichkeit und Vertrauen, einem Grundbedürfnis über alle Kulturen hinweg (Hurst Samia 2018). Die Ambivalenz der Nutzer oszilliert zwischen öffentlichem Präsentationsdrang – zum Beispiel in Form gelaufener Kilometer auf Fitness Apps – und dem gleichzeitig vorhandenen Bedürfnis nach Erhalt der Privatsphäre. Insbesondere in Bezug auf die Rolle der Arbeitgeber bedarf es hier einer Klärung von Zugriffs- und Ausleserechten, gerade wenn im Rahmen von betrieblichem Gesundheitsmanagement auch nicht-medizinisches Personal in Auslesevorgänge und Interpretation involviert ist. Trotz der Verankerung einiger Geräte im Medizinproduktgesetz bleiben technische sowie juristische Unsicherheiten und Uneindeutigkeiten vor allem für Wearables, welche von internationalen Konsortien außerhalb des originären Medizinproduktmarktes angeboten werden. Die Möglichkeit von Big-Data-Operationen, welche scheinbar unsensible, nicht rein medizinische Daten, zum Beispiel der individuellen Bestellhistorie im Internethandel oder

von App-Käufen, verändern Möglich (Weber et al. 2014 wendenden über ih ten und der Arbeits auch in der Begler im Sinne der Verm und Individualisier auch der Compliant

Health Data-Tr ments Arbeitnehm So kann ein Quers Ethnie, erhoben w (Schenk et al. 2006 den Daten ist Grun Eine elektronische übergreifenden vo den, Rehabilitation auf Dienstreisen o möglich sowie zeit Verteilungshoheit Kernforderungen d scher Ethikrat 201 den Ärzten Zugriff einer beruflichen V

*Datenschutz un die Basis für ein ve*

## Telemedizin und Ärzten

Telemedizin beinh schen Arbeitnehm intraprofessionelle Datenbanken wird nischen Setting wa welche eine Gehe Blick- und Körper hier nicht nur medi Berufsethos der Ä für alle Beteiligten kommt der Aspek Auftraggeber hinz

von App-Käufen, zu einem medizinischen Risikoprofil zusammenführen können, verändern Möglichkeiten der Nachnutzung und somit des Missbrauchs exponentiell (Weber et al. 2014). Unter der Annahme von Datenschutz und Datenhoheit der Anwendenden über ihre Daten wäre der Austausch zwischen primär versorgenden Ärzten und der Arbeitsmedizin möglich und sinnvoll. Sowohl in der Akutversorgung als auch in der Begleitung chronisch Kranker im Betrieb wären synergistische Effekte im Sinne der Vermeidung von Informations- und Zeitverlust, Doppeluntersuchungen und Individualisierung und die qualitative Verbesserung der Behandlung und damit auch der Compliance zu erwarten (Groß u. Schmidt 2018).

Health Data-Tracking erfasst im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements Arbeitnehmer jeglicher Soziodemografie im Sinne der Zugangsgerechtigkeit. So kann ein Querschnitt an Gesundheitsdaten, z.B. bezüglich Alter, Geschlecht und Ethnie, erhoben werden, welche die Arbeitnehmer in ihrer Heterogenität erfassen (Schenk et al. 2006). Die Verteilungshoheit der Arbeitnehmer über die zu speichernden Daten ist Grundlage für den autonomen Umgang mit den gespeicherten Daten. Eine elektronische Gesundheitsakte bietet die technische Möglichkeit eines sektorenübergreifenden von Arbeitnehmern gesteuerten Zugriffs zwischen Primärversorgenden, Rehabilitationsmediziner und Arbeitsmedizinern. Auch medizinische Kontakte auf Dienstreisen oder Auslandsaufenthalten sind so ohne redundante Untersuchung möglich sowie zeitnah verfügbar. Die Datensouveränität im Sinne der Zugangs- und Verteilungshoheit prähospital wie hospital in der Hand der Patienten ist eine der Kernforderungen des Deutschen Ethikrates zu Big Data im Gesundheitswesen (Deutscher Ethikrat 2018). Im telemedizinischen Kontext kann durch den Arbeitnehmer den Ärzten Zugriff auf bestimmte Datenpakete gewährt werden, z.B. um den Verlauf einer beruflichen Wiedereingliederung zu begleiten.

*Datenschutz und Klarheit über die Verwendungshoheit der Anwendenden bilden die Basis für ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arbeitnehmern und Ärzten.*

## Telemedizinische Interaktion zwischen Arbeitnehmern und Ärzten

Telemedizin beinhaltet unter anderem den Austausch und die Kommunikation zwischen Arbeitnehmern und Ärzten unter Verwendung digitaler Möglichkeiten. Auch intraprofessionelle Kommunikation mit ärztlichen Kollegen, Labor, Röntgen und Datenbanken wird hierunter subsumiert. Vertrauensvolle Kommunikation im medizinischen Setting war bisher gekennzeichnet durch die Anwesenheit im selben Raum, welche eine Geheimhaltung suggerierte, ohne Anwesenheit einer dritten Person. Blick- und Körperkontakt waren Teil dieser authentischen Kontaktform. Kontakt hat hier nicht nur medizinische Bedeutung, sondern ist auch bewussteinbildend für das Berufsethos der Ärzte. Diese klassische Symbolik des Vertrauens fehlt weitgehend für alle Beteiligten im telemedizinischen Setting. Im arbeitsmedizinischen Kontext kommt der Aspekt der oft unterstellten Befangenheit der Ärzte in Bezug auf ihre Auftraggeber hinzu. Die Grenzen ärztlicher Schweigepflicht sind auch für Arbeits-

mediziner von jeher klar definiert, mit der Novellierung der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge im Jahr 2013 wird darauf nochmals explizit verwiesen (ArbMedVV<sup>2)</sup>): „Die geänderte ArbMedVV stärkt die sprechende und hörende Medizin“, insbesondere in Bezug auf „gute Aufklärung und Beratung“ für ein explizit „vertrauensvolles Verhältnis zum Betriebsarzt“. Die ärztliche Schweigepflicht der Betriebsärzte wird betont. Eignungsuntersuchungen hingegen, welche weit mehr in die Persönlichkeitsrechte der Arbeitnehmer eingreifen, bedürfen einer speziellen Rechtsgrundlage. Dieses Dilemma um die ärztliche Unvoreingenommenheit „kann den Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin nach billigem Ermessen (§ 315 Abs. 1 BGB) verpflichten (...), einen anderen Arzt bzw. Ärztin mit der Begutachtung zu beauftragen“<sup>3)</sup>.

Durch den Filter technischer Modifikation erfährt die telemedizinische Kommunikation eine neue Kalibrierung der Position der Agierenden. Beide Protagonisten sind gleichermaßen eingeschränkt. Durch die medial vermittelte Limitierung kann es auf der Seite der Ärzte für eine gelingende Kommunikation notwendig sein, dass Arbeitnehmer und Ärzte gewohnte ärztliche Kommunikationsformen erweitern. Spezifisches Nachfragen, vermeintlich ein Zeichen von Schwäche, führt im Idealfall zu einer stärkeren Individualisierung der (arbeits-)medizinischen Kommunikation. Informationen und Daten aus dem vorgenannten Bereich der Informationsvermittlung und Datensammlung können den Austausch bereichern und ein komplexes Bild an medizinischen und arbeitsplatzspezifischen Informationen liefern. So kann ein Dialog zwischen Experten mit arbeitsmedizinischem Wissen auf der einen und individuellem Wissen um Rehabilitationswille und -möglichkeit auf der anderen Seite entstehen. Klassische Hierarchien, durch Sitzposition und Situation vorgegeben, werden aufgelöst. Die Entscheidung der Arbeitnehmer über den Interaktionsort und zu zeigende Bild- oder Filmausschnitte erhält und stärkt die Informationshoheit und Verantwortung über die preisgebende Information. Schichtarbeitenden ermöglicht diese Form der Kommunikation den Wegfall zusätzlicher Anfahrten und damit weitere Eingriffe in deren Biorhythmus, soweit die arbeitsmedizinische Betreuung nur in Tagschicht erfolgt. Arbeitsmedizinische Kommunikation kann je nach Indikation auch in strukturschwachen Regionen erfolgen. Auch mobil Arbeitende können ressourcenschonend und dadurch mit mehr Zeit für einzelne Kontakte versorgt werden. In Bezug auf beruflich Reisende bieten alle Formen der oben genannten Kommunikation während der Reise die Möglichkeit der medizinischen Konsultation, auch aus dem Ausland, mit möglichem Zugriff auf die individuelle Gesundheitsakte und Vorfunde.

*Die Technisierung der Kommunikation ermöglicht die Neugestaltung der Interaktion zwischen Arbeitnehmern und Ärzten, von Experten zu Experten sowohl mit Nutzen als auch Beeinträchtigungen.*

Der technisierte Austausch bedeutet auch Limitierung für beide Seiten. Durch die räumliche und technische Distanz der Akteure und das Ausbleiben des persönlichen Kontakts sind inhaltliche wie emotionale Öffnung eingeschränkt. Schwellenängste

<sup>2)</sup> <https://www.gesetze-im-internet.de/arbmedvv/>

<sup>3)</sup> vgl. BAG, Urteil vom 27.09.2012, 2 AZR 811/11; <https://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/250-010.pdf>

aufgrund der Neuaufnahme und Reproduktion emotionaler Einflüsse Vertraulichkeit basiert

*Zur Überwindung emotionaler Kompetenzen für die Behandlung besonderen Betonung*

Die telemedizinische Wahl eine Form von Notwendigkeit nach arbeitsmedizinischen Hierarchie im klinischen Experten, einerseits auf der individuellen Rehabilitationsbereitschaft gleichermaßen durch Hören, Nachfragen, können im Idealfall zu führen kann. Bei telemedizinischen Personen kann die sprachliche Ausübungsautomatizität auf diese Maßnahme die Rückzugsmöglichkeiten werden.

*E-Health kann die freie Zeit zum Einüben von Kommunikationsformen*

## Telemedizinische

Eine flächendeckende telemedizinische Versorgung erfordert eine heterogene Kulturstrategie, dass in interkulturellen Kontexten entstehen. Dazu gehören kulturbedingte Phänomene

Die Anwendung von Telemedizin wird nicht nur durch sprachliche Barrieren, die e-

aufgrund der Neuartigkeit und möglichen Unzuverlässigkeit der technischen Hilfsmittel beeinträchtigen die offene Kommunikation. Sprachbarrieren gesundheitlicher und kultureller Art wirken sich deutlicher aus. Die technische Möglichkeit der Aufnahme und Reproduzierbarkeit und damit nachträglichen Kontrollierbarkeit der Kommunikation nimmt der therapeutischen Beziehung die Individualität und die spontan-emotionale Einmaligkeit. Dies kann die Ausbildung einer auf Vertrauen und Vertraulichkeit basierenden Beziehung zwischen den Akteuren beeinträchtigen.

*Zur Überwindung der kommunikativen Hindernisse bedarf es sprachlicher und emotionaler Kompetenz sowie entsprechender Ausbildungsinhalte und Lernangebote für die Behandelnden. Vertraulichkeit und technische Absicherung bedürfen einer besonderen Betonung.*

Die telemedizinische Interaktion ermöglicht den Arbeitnehmern durch die Ortswahl eine Form von Privatheit im Vergleich zu der Öffentlichkeit eines Wartezimmers bzw. der Notwendigkeit einer Terminfreistellung innerhalb der Arbeitszeit je nach arbeitsmedizinischem Beratungsanlass. Auch der Wegfall der situationsgegebenen Hierarchie im klassischen Behandlungszimmer setting kann den Dialog zwischen Experten, einerseits auf der allgemeinen arbeitsmedizinischen Ebene und andererseits auf der individuellen Ebene, die berufliche Tätigkeit sowie die individuelle Rehabilitationsbereitschaft betreffende Ebene, fördern. Gleichzeitig sind beide Akteure gleichermaßen durch das vermittelnde Medium beeinträchtigt, so dass aktives Zuhören, Nachfragen, Eingeständnis der Einschränkung gegenüber den Gesprächspartnern im Idealfall zu einer individualisierten, zugewandteren Kommunikationsform führen kann. Bei telemedizinischer Beratung durch fremdsprachenkompetente Personen kann die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der Arbeitnehmer gestärkt werden. Die Ausübungsautonomie der Ärzte erfordert die zeitliche Ausgestaltung der Umstellung auf diese Medien sowie entsprechende Lernangebote. Allen Parteien sollte die Rückzugsmöglichkeit auf andere „klassische“ Interaktionsformen ermöglicht werden.

*E-Health kann die Patientenautonomie fördern. Arbeitnehmern und Ärzten sollten Zeit zum Einüben dieser Kommunikationsform und der Rückzug auf andere Kommunikationsformen offenstehen.*

## Telemedizinische Interaktion im interkulturellen Kontext

Eine flächendeckende Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten in der Arbeitsmedizin erfordert eine gewisse homogene Nutzungskultur. Berücksichtigt man plurale heterogene Kulturstrukturen in modernen Gesellschaften, so ist es nicht verwunderlich, dass in interkulturellen telemedizinischen Anwendungen zusätzliche Probleme entstehen. Dazu gehören sicherlich Kommunikationsbarrieren und weitere kulturbedingte Phänomene wie beispielsweise das Schamgefühl.

Die Anwendungen bei Menschen mit Migrationshintergrund der ersten Generation wird nicht nur durch fehlende Technikaffinität, sondern auch aufgrund sprachlicher Barrieren, die erfolgreiche Nutzung von Telemedizin beeinträchtigen. Dazu ist

eventuell eine dritte Person erforderlich, um diese Technik einwandfrei zu nutzen. Für eine gelingende telemedizinische Interaktion kann weiterhin eine dolmetschende Person erforderlich sein. Ist diese dolmetschende Person ein Familienmitglied, so sind, wie auch im direkten Kontakt, sprachliche Kompetenz und Unparteilichkeit zu überprüfen. Die Schweigepflicht, insbesondere des nicht professionellen Dolmetschenden, muss – wie im direkten Kontakt – betont werden.

Die Weiterentwicklung von Übersetzungsprogrammen kann auch in der telemedizinischen Anwendung hilfreich sein, um Sprachbarrieren zu überwinden. Im sprachsensitiven Feld psychiatrischer Interviews werden sie zur Überwindung der Sprachbarriere von Geflüchteten in Echtzeit mit geringer Latenz eingesetzt. Kontrollmechanismen müssen zur Verfügung stehen, mit denen die Beteiligten die Angemessenheit der Übersetzung überprüfen und entsprechend Rückmeldung bezüglich der erzeugten Übersetzung geben können. Die Skepsis gegenüber solchen technischen Möglichkeiten ist groß. Die Durchführung bedarf engmaschiger Kontrolle in der Entwicklungsphase wie im Verlauf<sup>4)</sup>.

Es darf nicht vergessen werden, dass hier, wie auch in der humanen Übersetzung durch Menschen, kleine Fehler fatale Folgen haben können.

Das Schamgefühl gehört im interkulturellen Kontext in der Diskussion um telemedizinische Maßnahmen zu den wichtigen kulturellen Phänomenen. Schamgefühl ist in fast jedem Menschen vorzufinden, jedoch bedingt durch kulturelle Prägungen mit unterschiedlicher Intensität. Das Darstellen dermatologischer Veränderungen kann, z.B. im Rahmen der telemedizinischen Interaktion, Wahrnehmung und Perzeption der Offenlegung in beide Richtungen verändern. Die Unterschiedlichkeit der Intensität von Schamgefühl sowie die Modifikation durch die neue Technik beeinflussen die Akzeptanz solcher Anwendungen entscheidend. Die telemedizinische Interaktion findet nicht im klassischen Setting, das heißt in vier Wänden und unter vier Augen statt. Trotz zahlreicher technischer Sicherheitsmaßnahmen ist es theoretisch möglich, dass zeitgleich oder im Nachhinein Dritte Zugang zu diesen Gesprächen haben. Auch die Unsicherheit, ob sich Dritte außerhalb des dargebotenen Blickwinkels auf Seiten der Arbeitnehmer oder der Ärzte befinden, dürfte die Akzeptanz beeinflussen. Das Wissen um die mögliche Gefährdung der Vertraulichkeit beeinflusst Arbeitnehmer und Ärzte gleichermaßen. Wie in der Praxis das Verhalten in bestimmten Kulturkreisen als Reaktion auf die Einführung der Technik ausfallen wird, kann erst durch Etablierung solcher Maßnahmen und im Verlauf erfahren werden.

Umgekehrte Effekte können jedoch auch entstehen. Da bei der Nutzung der telemedizinischen Konsultation primär kein realer Mensch, z.B. den nackten Körper des Patienten im Patientenzimmer direkt beobachtet, könnte dies dazu führen, dass weniger Scham empfunden wird. So ist für konservative Gesellschaften die Nutzung von Webseiten als Informationsquelle zu gesellschaftlich als Tabu geltende Themen dokumentiert (Ilkiliç et al. 2004).

<sup>4)</sup> <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/echtzeit-sprachubersetzung-fur-psychiatrische-diagnosen-und-mobile-kommunikationsplattform-8809.php>

Die Problematik haben in dieser D...  
heit sagen, welch...  
bei der flächendeckende...  
Ärzten und Patien...  
sollten vielmehr d...

Bei der Etablierung...  
Bereich der Interaktion...  
rell geprägte Werte...

## Fazit

E-Health im Allge...  
zahlreiche neue A...  
mehrere Vorteile n...  
bleme entstehen, ...  
dungsmöglichkeiten...  
Nutzungskultur un...  
rung dieser Nutzu...  
den und Nutzen a...  
werden. Diese Ab...  
den, sondern sollt...  
reevaluieren. Neb...  
Schulungsmöglich...  
schen Umgang le...  
verbundenen ethis...  
Fortbildungsange...  
niederschwellig z...  
der Gesellschaft s...  
denen Online-Sch...  
ten-Kontakten<sup>5)</sup> s...  
weitert werden. S...  
zu verhindern und...

## Literatur

Deutscher Ethikrat (2019).  
gestaltung. Stellungnahme...

Gries BM, Helm M, et al. (2019).  
2.0. Der Anaesthetist...

<sup>5)</sup> <https://elearning.h-com.de/>

Die Problematisierung kulturell bedingter Haltungen und deren ethische Relevanz haben in dieser Diskussion hypothetischen Charakter. Wir können nicht mit Sicherheit sagen, welchen Einfluss die kulturellen Wertvorstellungen und Werthaltungen bei der flächendeckenden Nutzung der telemedizinischen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten haben werden. Die möglichen kulturbedingten Entwicklungen sollten vielmehr durch entsprechende Forschung verifiziert oder falsifiziert werden.

*Bei der Etablierung und Fortentwicklung der telemedizinischen Nutzungen im Bereich der Interaktion zwischen Arbeitsmedizinern und Beschäftigten sollten kulturell geprägte Wertvorstellungen und Werthaltungen berücksichtigt werden.*

## Fazit

E-Health im Allgemeinen und Telemedizin im Speziellen kann in der Arbeitsmedizin zahlreiche neue Anwendungsbereiche eröffnen und ermöglichen. Diese können zwar mehrere Vorteile mit sich bringen, lassen jedoch zugleich neue unterschiedliche Probleme entstehen, die von ethischer Relevanz sind. Da diese technischen Anwendungsmöglichkeiten neu und disruptiv sind, brauchen wir eine ethisch reflektierte Nutzungskultur und Begleitung der Einführung dieser Technologien. Bei der Etablierung dieser Nutzungskultur müssen – wie bei jeder ethischen Entscheidung – Schaden und Nutzen aus unterschiedlichen Perspektiven präzise miteinander abgewogen werden. Diese Abwägung darf keineswegs als einmalige Initiative verstanden werden, sondern sollte den Prozess kontinuierlich begleiten und die Konsequenzen stets reevaluiert werden. Neben dieser ethischen Bewertung sollten für alle Beteiligten diverse Schulungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden, die nicht nur den technischen Umgang lehren, sondern auch die Teilnehmenden über die mit dieser Praxis verbundenen ethischen Fragen informieren und dafür sensibilisieren. Schulungs- und Fortbildungsangebote sollten nicht nur für Mediziner, sondern auch für Arbeitnehmer niederschwellig zugänglich sein. Unter Berücksichtigung der kulturellen Diversität der Gesellschaft sollten diese Angebote kultursensibel gestaltet werden. Die vorhandenen Online-Schulungsangebote zur Gestaltung von herausfordernden Arzt-Patienten-Kontakten<sup>5)</sup> sollten um arbeitsmedizinische und telemedizinische Aspekte erweitert werden. Solche Schulungen haben das Potenzial, Nachteile abzumildern oder zu verhindern und Vorteile zu erhöhen.

## Literatur

- Deutscher Ethikrat (2018). Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informelle Freiheitsgestaltung. Stellungnahme. Stand: 30. November 2017. Deutscher Ethikrat, Berlin
- Gries BM, Helm M, Brokmann J, Gräsner JT (2017). Zukunft der Notfallmedizin in Deutschland 2.0. *Der Anaesthesist* 66(5): 307–317. doi: 10.1007/s00101-017-0308-2

<sup>5)</sup> <https://clearing.h-com.eu/login/index.php>

- Groß D, Schmidt M (2018). E-Health und Gesundheitsapps aus medizinethischer Sicht: Wollen wir alles, was wir können? Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 61 (3): 349–357. doi: 10.1007/s00103-018-2697-z
- Haruna H, Hu X, Chu SKW, Mellecker RR, Gabriel G, Ndekao PS (2018). Improving sexual health education programs for adolescent students through game-based learning and gamification. Int J Environ Res Public Health 15 (9). doi: 10.3390/ijerph15092027
- Hurst S (2018). Eigentümer seiner selbst. Ethische Implikationen von Autonomie im digitalen Zeitalter, 41–44. doi: 10.5281/zenodo.1493150
- Ilkılıç I, Ince I, Pourgholam-Ernst A (2004). E-health in muslimischen Kulturen. Medizinethische Materialien, Heft 158. Zentrum für Medizinische Ethik, Bochum
- Schaper M, Hansen SL, Schicktanz S (2019). Überreden für die gute Sache? Techniken öffentlicher Gesundheitskommunikation und ihre ethischen Implikationen. Ethik Med 31(1): 23–44. doi: 10.1007/s00481-018-0507-7
- Schenk L, Bau AM, Borde T, Butler J, Lampert T, Neuhauser H et al. (2006). Mindestindikatoren-satz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 49(9): 853–860. doi: 10.1007/s00103-006-0018-4
- Schmitt-Sausen N (2018). E-Health: Finnland lebt die Digitalisierung. Deutsches Ärzteblatt 115(41): A-1802–1806
- Scott Duncan T, Riggare S, Koch S, Sharp L, Hägglund M (2019). From information seekers to innovators: qualitative analysis describing experiences of the second generation of e-patients. J Med Internet Res 21(8), e13022. doi: 10.2196/13022
- Sieverding M, Kendel F (2012). Geschlechter(rollen)aspekte in der Arzt-Patient-Interaktion. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 55(9): 1118–1124. doi: 10.1007/s00103-012-1543-y
- Townsend A, Leese J, Adam P, McDonald M, Li LC, Kerr S, Backman CL (2015). eHealth, Participatory medicine, and ethical care: a focus group study of patients' and health care providers' use of health-related internet information. J Med Internet Res 17(6): e155. doi: 10.2196/jmir.3792
- Weber Griffin M, Mandl KD, Kohane IS (2014). Finding the missing link for big biomedical data. JAMA 311(24): 2479–2480. doi: 10.1001/jama.2014.4228
- WHO (2019). National eHealth Strategy Toolkit Overview. <https://www.who.int/ehealth/publications/overview.pdf?ua=1>

## 3 Rahmen

### 3.1 Fernbe

A. SCHOELLER

#### Zusammenfassu

Der 121. Deutsche (Muster-)Berufsordnung beschlossen und die Behandlung von Patienten und soll nun durchgesetzt werden, aber die notwendigen Maßnahmen zu beachten sind. Die Ärzte unterstützen

#### Einleitung

Der 121. Deutsche (Muster-)Berufsordnung beschlossen. Die Regelung im persönlichen Bereich zu erfolgen hat. Die ärztlichen Handelnsweisen im Kontakt im Spitalzeitalter in den

Die ärztliche Tätigkeit aber die notwendigen Maßnahmen. Ziel dieser Öffnung der Weiterentwicklung der beruflichen Möglichkeiten der ärztlichen Versorgung den Forderungen der Fernberatung aus der Ferne seitens dem persönlich