



x.press

IT IN DER PRAXIS.

4,80 Euro



„Die können es nicht.“

Der IT-Frust in den Praxen hat viele Ursachen.

Infografik

Praxissoftware im Rechenzentrum

Digitalisierung

PKV bietet ePA und eRezept an.



Gemeinsam Versorgung verbessern

Daten spenden – Zukunft mitgestalten

Sie wünschen sich für Ihre Patientinnen und Patienten die wirksamsten Behandlungsmethoden? Durch die täglich in der Praxis erhobenen Versorgungsdaten können Rückschlüsse auf die Wirksamkeit von Behandlungen und Therapien gezogen und neue Methoden entwickelt werden. Mit diesen Daten können Sie die Zukunft der Gesundheitsversorgung mitgestalten. **x.panel** sorgt für eine einfache und datenschutzkonforme Übermittlung der anonymisierten Daten.

Die Teilnahme an x.panel lohnt sich doppelt:

Mit der Teilnahme an **x.panel** haben Praxen die Chance, zur Versorgungsverbesserung beizutragen. Darüber hinaus bietet **x.panel** einen weiteren Vorteil: Teilnehmende Praxen erhalten eine Aufwandsentschädigung, die je nach Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in der Praxis 30,00 €* bis 40,00 €* Reduktion der monatlichen Softwarepflegegebühr beträgt.

Versorgung verbessern und den Praxisvorteil nutzen mit x.panel: Jetzt teilnehmen!

x-panel.de

* Beträge zzgl. MwSt. x.panel ist für die Praxissoftware medatixx, x.concept, x.comfort, x.isynet verfügbar.

10

„Die können es nicht.“

Die Ursachen für den IT-Frust in den Praxen.



16

Man muss nicht alles selbst machen

Rechenzentrumsbetrieb entlastet Praxen.



20

Zeit zum Andocken

Die PKV unterstützt TI-Anwendungen wie ePA und eRezept.



Kompakt	04
Porträt	18
bunt gemixt	24
Kolumne, Impressum	26

Es kann nur gemeinsam gelingen.

Nicht zuletzt durch die Einführung von eRezept, eAU und eArztbrief sorgt die Digitalisierung im Gesundheitswesen kontinuierlich für Gesprächsstoff. Leider erklingen kaum Lobgesänge auf die neuen Anwendungen der Telematikinfrastruktur, sondern die Praxisteams berichten oft voller Frust von einem störungsreichen Praxisalltag. Immer wieder müssen wir den letzten Monaten Instabilitäten der TI erleben, von denen viele Ärztinnen, Ärzte und medizinische Fachangestellte einfach nur „die Nase voll“ haben und die selbst hartgesottene Digitalisierungsoptimisten zweifeln lassen.

In unserem Leitartikel thematisieren wir diesen deutlich wahrnehmbaren Verdruss und die damit verbundenen, teils heftigen Schuldzuweisungen zwischen den einzelnen Akteuren. Unsere feste Überzeugung dabei ist: Gegenseitige Vorwürfe und Beschuldigungen lösen die Probleme nicht. Alle Beteiligten müssen sich auf ein lösungsorientiertes Miteinander verständigen. Digitalisierung ist unbestritten ein komplexer Vorgang, dessen Gelingen nur in vertrauensvoller Zusammenarbeit aller Bereiche, mit klaren Rollenverteilungen und nicht zuletzt mit Respekt vor dem Beitrag und den Bemühungen des jeweils anderen möglich ist. Auch wenn es zuweilen anstrengend ist: Nur wenn alle Beteiligten ihre Kräfte bündeln und an einem Strang ziehen, kann das

Ziel, mithilfe digitaler Tools auch weiterhin eine gute Patientenversorgung sicherzustellen, erreicht werden.

Diese Tools bergen für Patientinnen und Patienten und die medizinischen Einrichtungen ein großes Potenzial. Richtig eingesetzt, kann mittels digitaler Anwendungen sichergestellt werden, dass zur richtigen Zeit am richtigen Ort die richtigen Daten für Diagnostik- und Therapieentscheidungen bereitstehen sowie organisatorische Prozesse effizient gemanagt werden.

Gegenseitige Vorwürfe und Beschuldigungen lösen die Probleme nicht.

Ein wichtiger Schritt zur Klärstellung von Verantwortlichkeiten und Festlegung verbindlicher Regeln und Standards ist das Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz (GDAG), das sich gerade im parlamentarischen Prozess befindet. Wir werden im nächsten Heft ausführlich darüber berichten.

Ich wünsche Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre und einen erholsamen und erlebnisreichen Sommer.

Mit den besten Grüßen
Jens Naumann



ALZHEIMER

Früherkennung per App

Leichte kognitive Beeinträchtigungen, die im Frühstadium einer Alzheimer-Erkrankung auftreten können, lassen sich mit Gedächtnistests feststellen. Diese Untersuchungen wurden bislang in Arztpraxen durch eine medizinische Fachkraft durchgeführt, weil sie ohne eine professionelle Betreuung nicht aussagekräftig waren. Künftig sollen Patientinnen und Patienten diese Gedächtnistests auch selbstständig zu Hause durchführen können. Forscherinnen und Forscher des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), der



Universität Magdeburg, der University of Wisconsin-Madison und dem Unternehmen neotiv konnten mit einer Studie zeigen, dass der Gedächtnistest mit der App neotiv genauso zuverlässig ist wie der Test durch eine medizinische Fachkraft. Durch die Verwendung der App ist es möglich, Krankheitsverläufe engmaschiger zu erfassen und Gedächtnisstörungen frühzeitig zu erkennen. Die Auswertung des Tests erfolgt in der Arztpraxis. Die App läuft sowohl auf Smartphones als auch auf Tablets, ist wissenschaftlich geprüft und wird bereits in der Alzheimerforschung verwendet. Sie wird auch Arztpraxen für die Früherkennung angeboten. An der ersten Studie haben 199 Frauen und Männer über 60 Jahre teilgenommen. Der neue Gedächtnistest soll jetzt an einer noch größeren Gruppe untersucht werden. Die Forscher wollen prüfen, ob die App sich auch eignet, um die Entwicklung einer Alzheimer-Erkrankung über einen längeren Zeitraum zu beobachten.< [DZNE.DE](#)

HIRNFORSCHUNG

3D-Computermodell liefert neue Erkenntnisse

Forscherinnen und Forscher des Center for Brain Science der Universität Harvard haben das bislang detaillierteste 3D-Computermodell des menschlichen Gehirns erstellt. Dazu haben sie 5 000 Schnitte eines ein Kubikmillimeter großen Stücks des Temporallappens der Großhirnrinde im Elektronenmikroskop aufgenommen. Experten von Google Research haben aus den Aufnahmen mit maschinellem Lernen ein 1 400 Terabyte großes 3D-Computermodell erzeugt, auf dem 57 000 Zellen, darunter 16 000 Neuronen, 150 Millionen Synapsen und 23 Zentimeter Blutgefäße zu sehen sind.< [NEWS.HARVARD.EDU](#)

DiGA

Bestandsaufnahme zur DiGA-Verordnung

Die Techniker Krankenkasse (TK), das Forschungsinstitut Vandage und die Universität Bielefeld haben zum zweiten Mal ihren DiGA-Report veröffentlicht. Seit der Einführung der digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) im Oktober 2020 haben die TK-Versicherten insgesamt 106 000 digitale Gesundheitsanwendungen eingelöst. Während 82 Prozent der DiGA auf Initiative des Arztes oder der Ärztin verordnet wurden, gingen 18 Prozent der Verordnungen auf Anfragen der Patientinnen und Patienten zurück. Unter den 22 000 Ärztinnen und Ärzten, die bisher DiGA verschrieben haben, stellen die Hausärzte mit 38 Prozent die

größte Gruppe, gefolgt von den Orthopäden (17 Prozent) und Psychotherapeuten/Psychiatern (15 Prozent). Die am häufigsten verordneten DiGA betrafen die psychische Gesundheit,

Häufiger für Frauen verordnet

Knie- und Rückenschmerzen sowie Übergewicht und Diabetes. Nur in 15 Prozent aller Fälle haben Patientinnen und Patienten Folgeverordnungen in Anspruch genommen. DiGA werden häufiger für Frauen verordnet als für Männer. Das Durchschnittsalter der Nutzerinnen und Nutzer liegt bei 45 Jahren. Wie die TK bekannt gab, sind die durchschnittlichen Preise für eine DiGA zwischen 2020 und 2023 um 50 Prozent gestiegen.< [TK.DE](#)

HERZFEHLER BEI NEUGEBORENE

Algorithmus wertet Videos aus

Bei schwer kranken Neugeborenen oder Frühchen kann es nach der Geburt zu einer Verengung der Lungenarterien kommen. Dann ist der Sauerstofftransport im Blut zu den Lungen beeinträchtigt und die Sauerstoffsättigung im Blut reduziert. In solchen Fällen ist eine rasche Abklärung der pulmonalen Hypertonie durch einen Kinderkardiologen oder eine Kinderkardiologin erforderlich. Diese Prozedur ist aufwendig und erfordert viel Erfahrung. Forscherinnen und Forscher der ETH Zürich haben deshalb zusammen mit der KUNO Klinik St. Hedwig in Regensburg einen Algorithmus entwickelt, mit dem sie diesen Herzfehler bei Neugeborenen automatisch und zuverlässig erkennen können. Der Algorithmus

wurde mit Hunderten von Videoaufnahmen von Herz-Ultraschalluntersuchungen von 192 Neugeborenen trainiert. Der Datensatz enthält sowohl Videos des schlagenden Herzens als auch die von erfahrenen Kinderkardiologen gestellte Diagnose [pulmonale Hypertonie] sowie eine Einschätzung der Schwere der Erkrankung [mild, moderat bis schwer]. Die Überprüfung des Algorithmus erfolgte mit dem ursprünglichen Datensatz und einem zweiten, unbekanntem Datensatz, der die Ultraschallbilder von 78 Neugeborenen enthält. In 80 bis 90 Prozent der Fälle stellte der Algorithmus eine korrekte Diagnose, in 65 bis 85 Prozent konnte er den Schweregrad einer Krankheit richtig bestimmen.<

Hohe Trefferquote



eREZEPT

Die Einführung aus Sicht der Ärzte

Die Stiftung Gesundheit hat im ersten Quartal 2024 rund 1000 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker zur Einführung des eRezepts befragt. Die überwiegende Mehrheit der Ärztinnen und Ärz-

te [77,6 Prozent] stellt Rezepte ausschließlich oder zu meist digital aus. Der Ausdruck des QR-Codes bildet die Ausnahme. Nur 2,7 Prozent nutzen meistens oder ausschließlich den QR-Code-Ausdruck. 3,5 Prozent der Befragten verordnen digitale Rezepte genauso häufig wie QR-Codes, 16 Prozent stellen keine Rezepte aus. Fast die Hälfte der Ärzte und Ärztinnen gab an, dass das elektronische Rezept bei ihnen läuft. Viele monierten jedoch, dass es einen höheren Aufwand verursacht. Aufseiten der Patientinnen und Patienten hatten ein Drittel technische Probleme und ein Fünftel Schwierigkeiten mit der Einlösung in der Apotheke.<



BILANZ: Das eRezept funktioniert.



KOLUMNE

Dierks' Antwort



Ist das Gesundheitsdatennutzungsgesetz der Quantensprung für die medizinische Forschung?

Ein Quantensprung ist die kleinstmögliche Bewegung innerhalb eines Atoms. Aber einen Schritt weiter sind wir schon, denn nach dem Gesetz dürfen gesundheitsdatenverarbeitende Einrichtungen nun mit „ihren“ (kein Eigentum!) Daten forschen. Diese Selbstverständlichkeit regeln wir in 2024 nun gesetzlich. Für die Weitergabe an Dritte braucht es aber nach wie vor eine Einwilligung oder gesetzliche Grundlage (mit der Weitergabe an Dritte ist nicht die Auftragsverarbeitung gemeint, denn der Auftragsverarbeiter ist kein „Dritter“). Ausgenommen vom Weitergabeverbot sind immerhin öffentlich geförderte Verbundforschungsprojekte mit Geneh-

„
Die Weitergabe pseudonymisierter Daten bedarf einer Rechtsgrundlage.“

ZAHL DES QUARTALS

355 385 731

KIM-Nachrichten wurden bislang versendet.
[Stand: 08.06.2024]

Quelle: gematik

migung der Datenschutzbehörde. Von dem „Quantensprung“ ebenfalls nicht erfasst ist die Weitergabe pseudonymisierter Daten, die in Deutschland als personenbezogen gelten. Sie bedarf einer Rechtsgrundlage, wie in einigen Krankenhausgesetzen. Es gibt eine weitere, sehr erfreuliche Regelung: Die Anonymisierung bedarf keiner gesonderten Einwilligung. Das wussten wir zwar schon, aber manche Datenschutzbehörde wusste es noch nicht. Nun steht es im Gesetz. Freilich hilft dies nur begrenzt weiter, denn anonymisierte Daten erlauben weder eine periodenübergreifende Forschung noch eine Kontaktaufnahme mit dem Patienten, wenn wichtige Ergebnisse vorliegen („Recht auf Gefundenwerden“). So gesehen besteht noch Potenzial für das Medizinforschungsgesetz, denn wir brauchen dringend eine bundesgesetzliche Grundlage für Verbundforschung mit pseudonymisierten Daten!<

PROF. DR. DR. CHRISTIAN DIERKS
ist Rechtsanwalt und Facharzt für Allgemeinmedizin. Vorwiegend berät er mit seiner Kanzlei Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Ein Schwerpunkt sind die Rechtsfragen von Telemedizin und E-Health.

INTERVIEW **Spielraum für Verschlinkung**

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) brauchen bald obligat eine **Anbindung** an die elektronische Patientenakte (ePA). Macht das Sinn? Und wenn ja, wie geht das?



STEFAN MÜLLER-MIELITZ
Berater, unterstützt DiGA
beim Zugang zur TI

■ **DiGA sind derzeit digitale Solitäre. Künftig sollen sie an die ePA angebunden werden. Warum?**

DiGA stellen eine weitere Form der Datenbereitstellung dar, wie Labor-, Arztpraxis- und Krankenhaus-IT-Systeme, nur dass bei der DiGA der Patient oder die Patientin selbst die Datenquelle ist. Das macht bei vielen Erkrankungen Sinn, weil so Daten für die Behandlung – übrigens auch für die Forschung – zur Verfügung gestellt werden können, die sonst entweder gar nicht oder nur analog vorlägen. Die DiGA ist ein Datenkanal, der voll und ganz patientenseitig kontrolliert wird – in der digitalen Welt der erste derartige Kanal.

■ **Wie funktioniert die Anbindung genau? Und welche Nutzungsszenarien werden dann möglich?**

Prinzipiell werden die DiGA als MIO in die ePA eingebunden. Allerdings handelt es sich dabei um ein allgemeingültiges MIO, das durch alle DiGA gefüllt werden kann. Dadurch geht die Spezifität der DiGA-Daten verloren und das begrenzt den Nutzen der Daten deutlich. Ich kann mir gut vorstellen, dass Tagebücher eine zunehmende Rolle bei der Therapiebegleitung spielen werden, bei Adipositas zum Beispiel. Auch werden künftig Medizingeräte über die DiGA als „MIO Device“ Daten einspeisen können: also Blutdruckmessgerät, Waage, Sensoren unter anderem für Blutzucker. Das wird aber noch dauern.

■ **Um mit der ePA zu kommunizieren, muss die DiGA die Krankenversicherungsnummer kennen. Woher kennt sie die?**

Hier kommt die neue digita-

le Gesundheits-ID ins Spiel. Nutzer oder Nutzerin werden sich dazu mit ihrer Gesundheits-ID bei der DiGA anmelden. Es folgt ein Sprung in die Kassen-App, wo ein Log-in nötig wird. Ist das erfolgt, erhält die DiGA die Krankenversicherungsnummer aus der Identity-Provider-Föderation auf dem Umweg über das DiGA-Backend. Ich sehe trotzdem Spielraum für eine Verschlinkung, da anschließend der Patient oder die Patientin noch mal die DiGA für das Schreiben in die eigene ePA freischalten muss. Man kann schon die Frage stellen, wie sinnvoll es ist, dass ich mich selbst berechtigen muss, in meine eigene ePA schreiben zu dürfen. Eine zusätzliche Hürde kann es sein, dass der Patient oder die Patientin seine oder ihre DiGA aus dem Verzeichnisdienst auswählen muss.

■ **Gibt es auch aufseiten der Praxissoftware-Hersteller Handlungsbedarf?**

Da ist das Thema bei der ePA vor allem die Darstellung der Daten. Es gibt dazu den MIO-Viewer als Angebot an die Hersteller. Das Problem: Solange niemand weiß, was eigentlich im DiGA MIO drin ist, kann man sich natürlich auch schlecht über die Darstellung Gedanken machen.<

”
Bei der DiGA ist der Patient oder die Patientin die Datenquelle.

SCHUPPENFLECHTE

Eine Telemedizin-Lösung für geplagte Patientinnen und Patienten

In Deutschland sind acht Millionen Menschen von Psoriasis [Schuppenflechte] betroffen. Die Erkrankung verläuft chronisch. Eine lange Behandlungsdauer sowie häufige Rückfälle stellen für die Betroffenen eine psychische Belastung dar. Um die Behandlungsqualität trotz fester Termine und langer Wartezeiten in den Praxen zu verbessern, setzen Würzburger Hautärztinnen und Hautärzte die App HybridVITA ein. Ihre Patientinnen und Patienten sollen damit die charakteristischen roten Hautveränderungen [Psoriasis-Plaques] fotografieren und an die behandelnde Arztpraxis übermitteln. Eine künstliche Intelligenz [KI] wertet die Bilder aus. Bei einer Verschlechterung kann schnell die erforderliche Therapie eingeleitet werden. Über die App können die Patientinnen und Patienten auch eine virtuelle



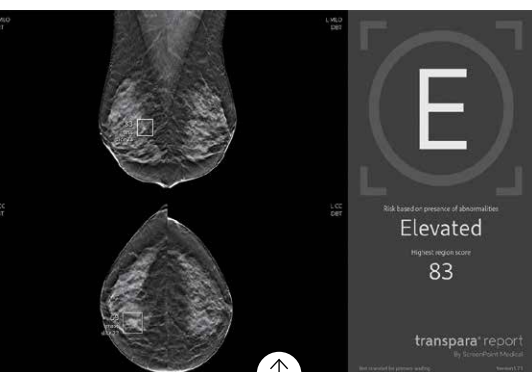
DATENHANDSCHUH: Hautveränderungen remote ertasten

Visite vereinbaren. Bei dieser „Visite“ tragen die Dermatologinnen und Dermatologen eine Virtual-Reality-Brille, mit der sie die Hautveränderungen in

einer 3D-Ansicht betrachten und mittels Sensorhandschuh die Tiefe der Plaques ertasten können. An der Entwicklung der App waren mehrere Unternehmen und Einrichtungen beteiligt: Das Unternehmen HS-Analysis aus Karlsruhe hat für die KI-basierte Analyse der Hautveränderungen bis zu 4000 Bilder ausgewertet. Vom Forschungszentrum Informatik aus Karlsruhe stammt das visio-taktile System, mit dem der Arzt oder die Ärztin die Hautoberfläche aus der Ferne fühlen kann. Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim hat ein begleitendes psychotherapeutisches Coaching für die Betroffenen entwickelt. An den Unikliniken Mannheim, Heidelberg und Würzburg soll eine Machbarkeitsstudie mit 100 Psoriasis-Patientinnen und -Patienten durchgeführt werden.<

MAMMOGRAFIE

Brustkrebserkennung in sehr frühen Stadien



MAMMOGRAFIE: Die KI-basierte Software wertet die Bildaufnahme der Brust automatisch aus und ordnet sie einer von drei Risikokategorien zu.

Das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden verwendet eine Software, die unterschiedliche Arten von Brustkrebs in sehr frühen Stadien erkennen kann. Die Software Transpara basiert auf Deep-Learning-Algorithmen, die mit über fünf Millionen Mammografien aus Europa und den USA trainiert wurden. In Studi-

en konnte die Software kleinste Knoten und Kalkgruppen, die auf eine Vorstufe einer Krebserkrankung hindeuten, mit den Daten dieser fünf Millionen Aufnahmen vergleichen, was schnellere Befunde ermöglichte. In Studien entdeckte der Algorithmus bei sechs von 1000 Frauen ein Karzinom. Bei der Befundung nach dem Vier-Augen-Prinzip waren es fünf von 1000 Frauen. Die Software teilt die Aufnahmen in drei Kategorien ein: Low (geringes Risiko), Intermediate (mittleres Risiko) und Elevated (erhöhtes Risiko). Den Dresdner Ärztinnen und Ärzten zufolge ist in 90 Prozent aller Fälle der entdeckte Herd tatsächlich auch ein Karzinom. Die verdächtige Stelle markiert Transpara auf dem Bildschirm. Künstliche Intelligenz soll die Radiologen nicht ersetzen. Am Vier-Augen-Prinzip möchten die Dresdner Ärztinnen und Ärzte weiterhin festhalten.<

[UNIKLINIKUM-DRESDEN.DE](https://www.uniklinikum-dresden.de)

ePA UND DATENSPENDE

So tickt die Bevölkerung

Ab 2025 erhalten alle gesetzlich Versicherten automatisch eine elektronische Patientenakte (ePA). Die in dieser Akte gespeicherten Gesundheitsdaten sollen der Forschung zur Verfügung gestellt werden. Versicherte, die keine ePA nutzen oder eine Weitergabe ihrer Daten zu Forschungszwecken verhindern möchten, müssen aktiv Widerspruch einlegen. Eine Studie der Ernst-Abbe-Hochschule Jena hat untersucht, wie die Bevölkerung gegenüber der ePA eingestellt ist und wie groß die Bereitschaft ist, Gesundheitsdaten der Forschung zu überlassen. Ergebnis: Obwohl die ePA bislang nicht aktiv beworben wurde, hat sie in der Bevölkerung einen hohen Bekanntheitsgrad. 76 Prozent haben schon einmal von der ePA gehört. Genutzt wird sie jedoch kaum. Interes-

Weitergabe nur nach Einwilligung

siert an der ePA ist vor allem die Altersgruppe unter 40 Jahren, die als besonders digitalaffin gilt. Als ein Hemmnis für eine breite Nutzung haben die Forscherinnen und Forscher bürokratische Verfahren und technische Hürden identifiziert. Vor allem für die ältere Generation und Menschen mit geringer Bildung ist der Zugang zur ePA nicht einfach. Bei der Nutzung der Gesundheitsdaten zeigt sich, dass die Bevölkerung die Kontrolle behalten möchte: Zwar sind 47 Prozent bereit, ihre Daten an die Forschung weiterzugeben. Eine deutliche Mehrheit von 88 Prozent wünscht sich jedoch, dass ihre Daten nur nach aktiver Zustimmung weitergegeben werden. Lediglich 48 Prozent akzeptieren eine passive Einwilligung.<

[EAH-JENA.DE](https://www.eah-jena.de)

CHATGPT

Einsatz in der Patienteninformation

Kann künstliche Intelligenz (KI) Ärztinnen und Ärzte bei der Patienteninformation entlasten? Angesichts des Fachärztemangels in der Rheumatologie haben sich Forscherinnen und Forscher des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf mit dieser Frage befasst. Die Diagnose einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung bedeutet für die Betroffenen, dass sie meist für den Rest ihres Lebens eine Behandlung benötigen und ihre Lebensqualität deutlich eingeschränkt ist. In



der ChatSLE-Studie musste ChatGPT-4 die 100 häufigsten Patientenfragen beantworten, die der Verband Lupus Europe für die Erkrankung des Systemischen Lupus Erythematoses (SLE) auf einer Webseite zusammen mit den Antworten in 14 Sprachen aufgelistet hat. Die Antworten der künstlichen Intelligenz wurden mit den Antworten der Rheumatologinnen und Rheumatologen von Lupus Europe verglichen. Dabei zeigte sich, dass die Antworten der KI eine höhere Qualität hatten. Untersucht wurde auch, wie empathisch die Antworten ausfielen. Hier schnitt die KI genauso gut ab wie die Expertinnen und Experten. Allerdings wurde diese Beurteilung von Medizinerinnen und Medizinern vorgenommen. Eine Bestätigung durch Patientinnen und Patienten steht noch aus.<

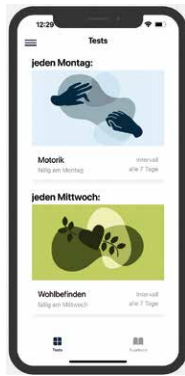
[DGRH.DE](https://www.dgrh.de)

PARKINSON

Technologie soll Lebensqualität verbessern

Schätzungen zufolge sind rund 400.000 Menschen in Deutschland an Parkinson erkrankt. Die Betroffenen leiden unter motorischen Störungen wie Zittern oder verlangsamten Bewegungen. Weitere Symptome sind zum Beispiel Gleichgewichtsstörungen oder eine Verschlechterung des Gedächtnisses. Die neurodegenerative Erkrankung ist nicht heilbar, lässt sich aber mit Medikamenten in den Griff bekommen. Aufgrund der eingeschränkten Bewegung und teils langer Anfahrtswege zur Neurologie-Praxis finden Untersuchungen oft im Abstand von mehreren Monaten statt. In der Zeit dazwischen können neue Symptome auftreten, die von den Erkrankten oder deren Angehörigen nicht erkannt werden. Forscherinnen und

Forscher des Fraunhofer-Instituts für Angewandte Informationstechnik FIT entwickeln deshalb zusammen mit Partnern im Projekt Park-



ProReakt eine Webplattform, über die alle an der Versorgung eines Parkinsonpatienten oder einer Parkinsonpatientin Beteiligten sich miteinander austauschen können. Die Erkrankten erhalten die Smartphone-App Active PD und eine Smartwatch, mit deren Sensorik sie zwei

Mal pro Woche mit standardisierten Tests die motorischen Fähigkeiten messen und Fragen zur Befindlichkeit beantworten sollen. Das Konzept soll in klinischen Studien mit 170 Patientinnen und Patienten über einen Zeitraum von sechs Monaten erprobt werden.<

[KLINIKUM.UNI-HEIDELBERG.DE](https://www.klinikum.uni-heidelberg.de)

KARDIOLOGIE

Das schwebende Herz

Science-Fiction war gestern: Am Herz- und Diabeteszentrum NRW in Bad Oeynhausen testen Ärztinnen und Ärzte europaweit erstmals ein Holografie-System für die Herzmedizin. Während bisher bei einem minimalinvasiven Eingriff an der Herzklappe eine computerto-

mografische Bildrekonstruktion des Herzens auf einem Monitor dargestellt wird, schwebt im Katheterlabor in Bad Oeynhausen zusätzlich ein dreidimensionales Echtzeit-Hologramm des Patientenherzens in Augenhöhe des OP-Teams [siehe Montage]. Der Arzt oder die Ärztin

kann das „schwebende Herz“ mit der Fingerspitze drehen, vergrößern, hineinsehen, es ausmessen und in einen Teilbereich einzoomen. Die Echtzeit-Daten für das Hologramm entstehen durch transösophageale Echokardiographie. Mit diesem „Schluckecho“ werden Ultraschalldaten des Herzens über die Speiseröhre gesammelt.<



HOLOGRAMM: Der Arzt dreht das virtuelle Herz.

[HDZ-NRW.DE](https://www.hdz-nrw.de)

WISSENSCHAFTSTICKER

+++ Das große deutsche Medikationsprojekt AdAM (Anwendung digital-gestütztes Arzneimitteltherapie- und Versorgungs-Management) hat unter Leitung von Robin Brünn, Universität Frankfurt/Main, untersucht, wie sich ein **DIGITALES MEDIKATIONSMANAGEMENT** auf das Polypharmazie-Problem auswirkt (Dtsch Arztebl Int 2024; 19:arztebl.m2024.0007). Zum Einsatz kam ein computerunterstütztes Decision-Support-Programm, das die Medikationslisten regelmäßig auswertet. Die Cluster-randomisierte Studie in Westfalen-Lippe, an der 688 Hausarztpraxen teilnahmen, zeigte keinen Effekt der AdAM-Intervention auf Sterblichkeit oder Klinik-einweisungen. +++ Lutz Siemen, Universität Twente, berichtet über einen randomisierten Vergleich zwischen Face-to-Face-**RAUCHENTWÖHNUNG** und einem Blended-Care-Ansatz. Bei Letzterem erfolgte die Entwöhnung zur Hälfte über eine Webanwendung. Das Ergebnis überzeugte nicht (J Med Internet Res 2024; 26:e47040). Die Nichtunterlegenheit konnte nicht demonstriert werden, in einigen Dimensionen war die Face-to-Face-Versorgung signifikant überlegen. +++ Kann eine elternzentrierte, kognitive **VERHALTENSTHERAPIE** bei Kindern mit Angststörungen auch digital erfolgen? Cathy Creswell von der Universität Oxford hat das in einer pragmatischen, randomisierten Studie untersucht, an der 34 kinderpsychiatrische Einrichtungen in Großbritannien mit insgesamt 706 Familien teilnahmen (Lancet Psychiatry 2024; 11 (3):193-209). Die Nichtunterlegenheit konnte nachgewiesen werden, und ersten Auswertungen zufolge war die Sache kostenseitig neutral. +++ Ist künstliche Intelligenz (KI) gut für den Darm? Johanna Schöler, Universitätsklinikum Göteborg, hat in einer randomisierten Studie untersucht, ob eine KI-basierte Software bei der **KOLOSKOPIE** die Polypen- und Adenomdetektionsrate verbessern kann (BMJ Open Gastroenterol 2024; 11 (1):e001247). Zwei KI-Systeme kamen zum Einsatz, eins von Fujifilm und eins von Medtronic. Bei der Adenom-Detektionsrate machte die KI mit 41 Prozent Detektionsrate (vs. 43 Prozent) keinen signifikanten Unterschied. Bei den Polypen gab es dagegen einen Trend zugunsten der KI, und signifikant wurde die Sache bei den sogenannten sitzenden gezackten Läsionen (22 Prozent vs. 11 Prozent; p=0,004). Diese gelten hinsichtlich Krebsentwicklung als besonders problematisch. +++

PODCAST

Informationen für Entscheider

Der Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung [SVDGV] wendet sich mit seinem Podcast „Weekly Digital Health Briefing SVDGV – Health, Bits & Bites“ an Entscheider und Innovatoren im Gesundheitswesen. Die Nutzerinnen und Nutzer erhalten an jedem Donnerstag ein Briefing zu aktuellen Themen, die den Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung beschäftigen. Den Podcast bestreiten die SVDGV-Geschäftsführerin Dr. Anne Sophie Geier und der Vorstandsvorsitzende Dr. Paul Hadrossek. In Folge 17 setzen sich die beiden damit auseinander, was die Telemedizin benötigt, um einen

Nutzen zu haben. Am Beispiel der elektronischen Patientenakte [ePA] weisen die Podcaster darauf hin, dass die Telemedizin der analogen Versorgung noch nicht gleichgestellt ist. Ärzte oder Ärztinnen können Einträge in die ePA bislang nur in der Arztpraxis, nicht aber unterwegs vornehmen. In Folge 18 geht es um das BSI [Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik] und die neuen Datenschutzrichtlinien oder auch um TIM, den TI-Messenger, dessen Start sich verzögert hat.<



[PODCASTERS.SPOTIFY.COM](https://podcasters.spotify.com)

COVID-19

Corona-Infektion und Alzheimer



CORONA-INFektion: Analyse von Blut-Hirn-Schranken-Modellen

Zu Beginn der Pandemie kam der Verdacht auf, dass eine Infektion mit Sars-CoV-2 zu Parkinson-ähnlichen Symptomen führen kann. Hinweise deuten darauf hin, dass eine Corona-Infektion bei einigen Patientinnen und Patienten eine Neuroinflammation auslöst. Im EU-Projekt COMMUTE [COMMorbidity Mechanisms UTILized in HealthcarE] untersuchen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Fraunhofer-Instituts für Algorithmen und Wissenschaftliches Rechnen SCAI zusammen mit europäischen Kollegen, wie es in Folge einer

Corona-Infektion zu einer neurodegenerativen Erkrankung wie Alzheimer oder Parkinson kommen kann. Gefährdete Patientengruppen sollen so identifiziert werden. Die Forscherinnen und Forscher möchten ein Empfehlungssystem entwickeln, das den Betroffenen eine individuelle Risikoabschätzung ermöglichen soll. Im Projekt verfolgen sie zwei Ansätze. Einmal untersuchen sie vorhandene Patientendaten mit Methoden der künstlichen Intelligenz, um herauszufinden, ob Corona-Infektionen zu einem erhöhten Risiko für eine neurodegenerative Erkrankung, vor allem von Alzheimer oder Parkinson, führen. In einem zweiten Ansatz werden intelligente Algorithmen eingesetzt, um verschiedene Krankheitsthesen anhand der verfügbaren wissenschaftlichen Literatur zu testen. Die EU-Kommission fördert das Projekt über vier Jahre mit 7,3 Millionen Euro.<

[SCAI.FRAUNHOFER.DE](https://www.scai.fraunhofer.de)

Pharmakommunikationsstudie

Wenn Sie eine Nebenwirkung eines Medikamentes abschaffen könnten, welche würden Sie wählen?



Zielgerichtete Kommunikation zu Arzneimitteln und Wirkstoffen.

IQVIA bietet Ihnen eine aktive Partnerschaft im Zusammenhang mit der Erhebung wissenschaftlicher Daten an.

Sie können Ihre Meinung neutral und anonym äußern. Mit Ihrem Feedback verbessern Sie die Qualität der Kommunikation und gestalten das Umdenken.

Machen Sie mit!



Als neue/r Teilnehmer/in erhalten Sie zusätzlich einen Willkommens-Bonus.

Telefon: 0800 724 40 80 (kostenfrei)
E-Mail: researchsupport.de@iqvia.com





IT-FRUST IN DER PRAXIS

„Die können es nicht.“

Mit der Einführung von eRezept, eAU und eArztbrief kommt Dampf auf die Telematikinfrastruktur (TI). Endlich! Allerdings gab es in den letzten Monaten immer wieder Störungen, die vielen Ärztinnen und Ärzten zum Hals raushängen. Schuldige zu suchen, hilft nicht weiter. **Zusammenarbeit ist gefragt.**

A

m 15. April um 11.10 Uhr kommt es zu Beeinträchtigungen bei einem Anbieter von Vertrauensdiensten für die TI, in der Folge zu Problemen beim Erstellen und Einlösen von eRezepten. Am selben Tag, um 15.45 Uhr, gibt es Einschränkungen beim Versichererstammdatenmanagement (VSDM) und damit beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Begleitend treten Störungen beim Einlösen des eRezepts auf. Zwei Stunden später, um 17.45 Uhr, wird die Störungsmeldung für den VSDM aufgehoben. Am 16. April um 11.45 Uhr treten erneut VSDM-Probleme auf. Vier Stunden später: Entwarnung. 17. April um 17.30 Uhr: Es finden Modernisierungsmaßnahmen bei einem Vertrauensdiensteanbieter statt, diese führen zu Beeinträchtigungen in Spitzenlastzeiten. Das Erstellen und Einlösen von eRezepten dauert deswegen teilweise ungewöhnlich lang. Drei nahezu beliebige Tage im digitalen deutschen Gesundheitswesen im Frühjahr 2024.

Nachlesen lässt sich das alles auf der Informationsseite zum TI-Status der gematik, jener zu 51 Prozent dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gehörenden Organisation, die für die TI (Telematikinfrastruktur) und ihre zentralen Dienste verantwortlich ist. Wer sich durch die Störungsmeldungen klickt, der findet dort das ganze Panorama der deutschen TI-Komponenten. Mal gibt es Probleme beim Abfragen von Zertifikaten, mal zickt ein KIM-Dienst (KIM, Kommunikation im Medizinwesen) herum, mal gibt der VSDM-Dienst den Geist auf und mal macht dieser oder jener

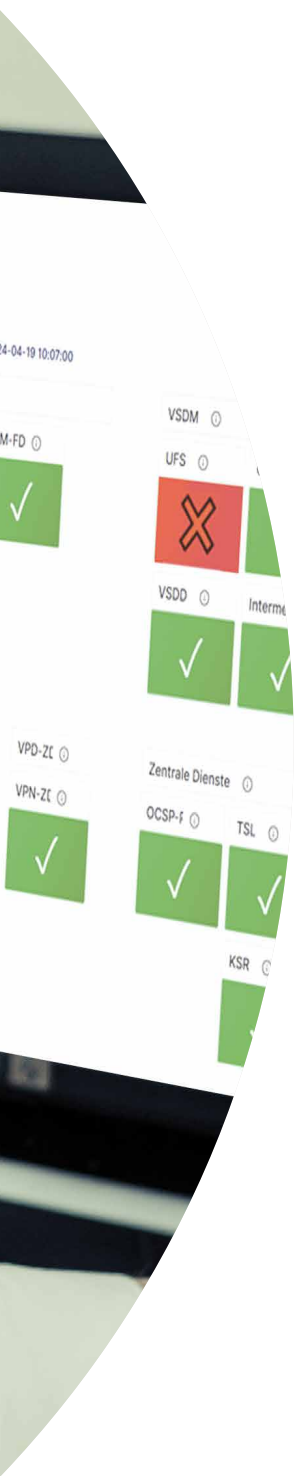
Identity Provider Probleme. Das alles wird penibel aufgelistet, an die Anwenderinnen und Anwender auf Wunsch auch direkt per Messenger verschickt. Mangelnde Transparenz bei den TI-Störungen ist nicht das Problem. Es sind einfach zu viele Störungen.

Viel los im Maschinenraum

Szenenwechsel. In den Support-Abteilungen der Hersteller von Praxis-IT-Systemen in Deutschland ist in den ersten Monaten des Jahres 2024 Hochbetrieb. Überstunden sind an der Tagesordnung. Unzufriedene Kundinnen und Kunden machen ihrem Ärger Luft, und das zehrt an den Nerven. Zumal der Krankenstand in dieser Zeit vergleichsweise hoch ist – wie überall im Land und wie natürlich auch in den Arztpraxen und anderen medizinischen Einrichtungen.

Der Support der Praxis-IT-Hersteller kümmert sich traditionell um Probleme, die die Anwenderinnen und Anwender mit ihrem jeweiligen Praxisverwaltungssystem (PVS) haben. Solche Probleme kommen immer mal wieder vor, sagt Jens Naumann, Geschäftsführer von medatixx: „Eine Praxis-IT für das deutsche Gesundheitswesen ist ein hochkomplexes System. Wir testen unsere Programme umfangreich, aber trotzdem entdecken wir manche Fehler erst im Echtbetrieb.“ In der Regel können diese Fehler dann zügig behoben werden: Die Entwicklerinnen und Entwickler kennen ihre Software und wissen, wo sie ansetzen müssen, wenn sie ein Problem identifiziert haben. Kann das Problem nicht sofort behoben werden, wird ein Weg gesucht, der es zumindest temporär löst.

Bei Störungen der TI ist das anders. Auch hier melden sich die Anwenderinnen und Anwender häufig im Support der Praxis-IT-Hersteller. Wo sollen sie sich auch sonst melden? Aber die dortigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können in diesen Fällen wenig tun, außer auf die Meldungen der gematik zu verweisen: „Wir sind in diesen Situationen die Überbringer der schlechten Nachrichten“, so Naumann. Nicht nur die schlechten Nachrichten sind das Problem – sondern auch, dass der Support phasenweise geradezu überrannt wird: „Das lässt sich gut an unseren Statistiken zeigen: Größere TI-Störungen gehen regelmäßig mit einem erhöhten Support-Aufkommen einher, und darunter leidet die Erreichbarkeit insgesamt. Das kann für unsere Kundinnen und



INTERVIEW „Wir brauchen eine stabilere TI“

KBV-Vorständin Dr. Sibylle Steiner äußert sich zur Kritik an der Software-Branche und zur Störanfälligkeit der Telematikinfrastruktur (TI). Eine Konsequenz aus der aktuellen Diskussion: KBV **kommuniziert jetzt verstärkt** mit den Praxissoftwareherstellern.



DR. SIBYLLE STEINER

Ärztin und Gesundheitsökonomin,
Mitglied im Vorstand der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung (KBV)

■ Wie ist aktuell die Stimmung bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Sachen Digitalisierung? Ruckelt sich das eRezept langsam ein?

Licht und Schatten. Wenn wir mit dem Licht beginnen: Auch wenn das erst mal überraschend klingt, aber wir bekommen beim eRezept in Umfragen im Prinzip positive Rückmeldungen. Schon im Februar haben immerhin sechzig Prozent gesagt, dass das gut läuft. Ich bin sicher, dass dieser Wert noch steigt, auch weil jetzt die Patientinnen und Patienten, die regelmäßig kommen, das eRezept langsam alle kennen. Die Schattenseite ist aber, dass wir immer noch und eigentlich ständig mit der störanfälligen TI zu kämpfen haben. Wir haben jetzt Mitte April, bisher werden die Ausfälle nicht weniger. Die Stabilität der TI ist nicht gut. Punkt.

■ Wie sehen diese Störungen in den Praxen konkret aus?

Das sieht so aus, dass zum Beispiel das Einlesen der eGK nicht funktioniert. Dann können die Praxen kein eRezept ausstellen, gehen ins Ersatzverfahren mit Muster 16 und nach zwei Stunden kommt dann wieder der Startschuss für das digitale Arbeiten. Das passiert mitunter mehrmals die Woche. Und wenn verpflichtende Anwendungen wie eRezept, eAU und VSDM nicht funktionieren, führt das natürlich zu Frust und Ärger in den Praxen.

■ Sie haben vor rund einem Jahr einen der drei Vorstandsposten bei der KBV übernommen und sind für das Thema Digitalisierung zuständig. Wie gehen Sie an dieses Thema ran?

Ich habe mich bewusst unter anderem für dieses Thema entschieden. Es ist ein schwieriges Thema, aber eben auch ein total wichtiges Zukunftsthema. Aus ärztlicher Sicht meine ich, dass wir von dieser reinen Technikdiskussion wegkommen müssen. Wir müssen mehr darüber nachdenken, wie wir mit Digitalisierung medizinische Versorgungsprozesse unterstützen können. Die Frage sollte eigentlich nicht sein: Läuft die Patientenversorgung trotz Digitalisierung? Sondern: Wie unterstützt Digitalisierung die Versorgungsprozesse?

■ Praxissoftware ist quasi die Nutzerperspektive der Praxen auf IT-Anwendungen aller Art. Die KBV hat kürzlich eine Pressemeldung

verschickt unter dem Titel „Praxissoftware darf kein Glücksspiel sein“. Was sind Ihre Kritikpunkte an der Softwarebranche?

Was fehlt, ist Transparenz. Wie informiert sich ein Arzt oder eine Ärztin bei einer Praxisgründung über das Thema IT? Wie können die Systeme untereinander verglichen werden? Was leisten die unterschiedlichen Systeme? Was passt zu einer speziellen Praxisgründung? Aus unserer Sicht fehlt es da an Information. Das ist ein wichtiger Kritikpunkt und das, was wir mit „Glücksspiel“ meinen. Es ist der Punkt, den wir mit der neuen Rahmenvereinbarung in erster Linie adressieren wollen:

”

Wir sollten auch von verpflichtenden Stichtagsregelungen wegkommen.

Transparenz schaffen. Ein zweiter Punkt ist, dass es möglich sein muss, das PVS-System einfacher zu wechseln, wenn man unzufrieden ist – und bessere Informationen über das Angebot zu bekommen. Wir wollen aber niemanden zu irgendetwas überreden, und wir wollen auch keine Werbung für irgendwelche Systeme machen.

■ Insgesamt war das Verhältnis zwischen Ärzteschaft und IT-Industrie in den letzten Monaten ja eher angespannt. Wie kann ein besseres Miteinander gelingen?

Ich glaube, dass der Prozess, den wir im Zusammenhang mit der Rahmenvereinbarung angestoßen haben, schon eine erste Antwort auf diese Frage ist. Wir kommunizieren mehr, wir hatten einen sehr intensiven Austausch mit den Herstellern, mit dem Verband bvtg, und auf Ärzteseite haben sich nicht nur wir bei der KBV, sondern auch die KVen sehr intensiv eingebracht. Dieser Austausch geht auch weiter, der ist nicht vorbei. Wir bieten den Herstellern zum Beispiel Sprechstunden zur Rahmenver-

einbarung an, in denen sie auch außerhalb der existierenden Formate mit uns in Austausch kommen können. Ich bin eigentlich ganz optimistisch.

■ Bei den IT-Pannen zeigt im Moment jeder auf jeden: Die Gematik auf die Praxis-IT-Branche, die Praxis-IT-Branche auf die TI und die KVen mal in die eine, mal in die andere, mal in beide Richtungen. Wie kommen wir weg von diesem Fingerring?

Der erste Schritt ist, dass wir eine stabilere TI brauchen. Solange das nicht gewährleistet ist, wird sich die Stimmung nicht verbessern. Wir sollten aus unserer Sicht auch von verpflichtenden Stichtagsregelungen wegkommen, insbesondere von Fristen, von denen jeder weiß, dass sie völlig unrealistisch sind. Es kann nicht sein, dass am Ende die Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Form von Sanktionen die Zeche zahlen müssen, wenn die IT-Systeme die Anwendungen nicht vorhalten. Diese Sanktionen und Bußgelder müssen ersatzlos gestrichen werden. Wir werden auch schärfere Performance-Vorgaben für die TI und die PVS fordern. Bisher fokussiert die Gesetzgebung noch zu stark ausschließlich auf Interoperabilität. Die ist wichtig, und dafür arbeiten wir ja auch viel. Aber Performance und Funktionsfähigkeit sind für den Alltag in den Praxen mindestens genauso wichtig.

■ Stabile TI geht in Richtung Gematik, Fristen und Sanktionen gehen in Richtung Gesetzgeber. Was erwarten Sie von den Praxissoftwareherstellern?

Ansprechpartner, Reaktionszeiten und Usability sind hier die zentralen Themen. Das ist das, was wir immer wieder hören. Ärztinnen und Ärzte müssen wissen, an wen sie sich wenden können. Der Support muss schnell, die Preismodelle im Support-Bereich müssen akzeptabel sein, und die Basisfunktionen, besonders bei den verpflichtenden TI-Anwendungen wie zum Beispiel der ePA, müssen nutzerfreundlich sein.<

Kunden ärgerlich sein. Und es ist übrigens auch nicht schön für unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.“

Ist die Praxis-IT-Branche schuld?

In der durch die vielen Störungen emotional aufgeladenen Atmosphäre wird dann oft und gerne mit dem Finger auf andere gezeigt. Am Ende zeigt jeder auf jeden, aber die Praxis-IT-Branche bekam in den letzten Monaten besonders viel ab. „Die können es nicht“, war immer wieder zu hören. Und es wird fleißig gedroht, die Daumenschrauben anzuziehen. Aufseiten des Bundesrats hat beispielsweise die Gesundheitsministerkonferenz Ende Januar das BMG aufgefordert, den Praxis-IT-Herstellern stärkere Auflagen im Hinblick auf die TI-Anwendungen zu machen. Ähnliche Vorschläge kamen in den vergangenen Monaten von einigen Ärztekammern und KVen. Im BMG werden diese Bälle gerne aufgenommen: In kommenden Gesetzen würden einmal mehr die Primärsysteme in Sachen Funktion, Umfang und Verlässlichkeit in den Blick genommen, ließ sich ein BMG-Mitarbeiter im Ärztlichen Nachrichtendienst zitieren.

Selbst der Digitalchef einer großen Krankenkasse gerierte sich kürzlich als gut informierter Arztpraxisdigitalisierungsberater und empfahl den Ärztinnen und Ärzten, Druck auf ihre IT-Hersteller auszuüben – man sei ja schließlich Kunde und müsse technische Probleme und eine unkomfortable Bedienung im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte, der ePA, nicht hinnehmen. Das Beispiel ist deswegen besonders pikant, weil viele Krankenkassen bisher nicht gerade durch nutzerfreundliche Digitalangebote für ihre Versicherten aufgefallen sind. Besonders die ePA der Krankenkassen ist in ihrer derzeitigen Version für die reale Versorgung bekanntlich weitgehend dysfunktional.

Zi-Umfrage ergibt differenziertes Bild

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte versuchten zuletzt, auf Basis von mehreren Befragungen ein besseres Gefühl für die Probleme mit digitalen Anwendungen in der Versorgung zu bekommen. Eine solche Umfrage fand auf Initiative des Ärztenetzwerks Berlin statt und wurde vom Zentralinstitut für die kasernenärztliche Versorgung (Zi) durchgeführt. Die Ergebnispräsentation fand Ende 2023 mit anschließender Diskussion statt – eine Veranstaltung, die auch online übertragen wurde und auf YouTube einsehbar ist.

An der Befragung selbst nahmen 385 Ärztinnen und Ärzte teil. Die Umfrage gibt die Stimmung realistisch wieder, macht aber auch die Stolpersteine deutlich, die es bei der Diskussion über IT-Störungen in der ambulanten Versorgung gibt. Rund 44 Prozent der Befragten berichteten über IT-Probleme mehrmals im Monat. Die Fragestellung suggerierte dabei bereits, dass die Praxis-IT das Hindernis sei: „Wie häufig funktionieren Prozesse in Ihrem PVS nicht?“ So wurde die Umfrage dann auch in der Online-Veranstaltung des Zi diskutiert. Der Zi-Geschäftsführer verkündete, dass ein Großteil der Praxissoftwarelösungen schlicht zu alt sei, und seitens der Gematik wurde in dasselbe Horn geblasen.

Tatsächlich wird die Umfrage der Vielfalt des Praxis-IT-Markts durchaus gerecht und zeichnet ein sehr differenziertes Bild, das bei ehrlicher Auswertung keinem Beteiligten besonders schmeicheln kann. So wird beispielsweise nach unterschiedlichen IT-Sys-



Es wird fleißig gedroht, die Daumenschrauben anzuziehen.

temen differenziert, und einige schneiden hinsichtlich Störungen besser ab als andere. Die Schneise verläuft dabei einerseits, das kann gar nicht anders sein, zwischen älteren und neueren Systemen. Viel breiter ist der Graben aber zwischen Systemen für Ärztinnen und Ärzte einerseits und für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten andererseits.

Warum ist das so? Praxissoftwarelösungen für die psychotherapeutische Berufsgruppe sind weniger komplex, und vor allem nutzen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bisher sehr viel weniger TI-Anwendungen. Die Zi-Umfrage könnte hier deutlicher nicht sein: Während nur rund 10 Prozent der Ärztinnen und Ärzte angeben, einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) entweder gar nicht zu besitzen oder nicht zu nutzen, liegt diese Quote auf psychotherapeutischer Seite bei rund 80 Prozent. Dazu passt auch die Frage, in welchen Situationen überhaupt Probleme auftreten. Auf Platz eins und zwei landet dabei die TI mit dem Auslesen der eGK (76 Prozent) und der Nutzung von TI-Anwendungen (72 Prozent). Erst auf Platz drei kommen Probleme mit Updates der Praxis-IT.

Industrie-Bashing als Wegbereiter für mehr Regulierung

Viele in der Praxis-IT-Branche ärgern sich über die Pauschalität und zumindest teilweise Vehemenz der Vorwürfe gegen die Praxissoftwarehersteller, auch weil sie auf dem Weg über eine ständige Wiederholung in die Politik einsickern. Dieses Industrie-Bashing findet sich sogar in Äußerungen von Bundestagsabgeordneten wieder, die noch nie eine Praxissoftwarelösung mit eigenen Augen gesehen haben: „Es entsteht ein Narrativ, wonach Praxissoftwarelösungen allesamt veraltet seien und deren Hersteller nur Geld verdienen wollten, ohne sich für sonst irgendwas zu interessieren“, so Naumann. „Das wird dann als Begründung genommen, um einen Markt, der ohnehin enorm reguliert ist, noch stärker zu regulieren.“

Wer sich diese Denke zu eigen macht, der will in letzter Konsequenz in der Regel durch staatliche Eingriffe für mehr Wettbewerb im Praxis-IT-Markt sorgen. Als jemand, der zu DDR-Zeiten in Sachsen aufgewachsen ist und die Misserfolge einer maximal durchregulierten Wirtschaft noch aus nächster Nähe kennenlernen durfte, kann Naumann diesem Konzept wenig abgewinnen. Er sieht es eher als Teil eines breiteren und in seinen Augen zutiefst kontraproduktiven Trends dahingehend, die strukturellen Herausforderungen moderner Gesundheitssysteme durch immer mehr Staat zu lösen.

Am eRezept orientieren

Naumann und vielen anderen in der Praxis-IT-Branche schwebt etwas anderes vor: „Die Stärke des deutschen Praxis-IT-Markts ist seine Vielfalt. Mangelnder Wettbewerb ist nicht das Problem. Wir müssen das Know-how einer sehr agilen und sehr motivierten Branche besser nutzen, um hohen Nutzerkomfort und eine bestmögliche Umsetzung von TI-Anwendungen zu erreichen.“ Die Tatsache, dass es in dem im internationalen Vergleich ausgesprochen bunten, deutschen Praxis-IT-Markt eine große Zahl von IT-Entwicklerinnen und IT-Entwicklern gibt, die sehr nah an der Versorgung, an den Praxen und damit an den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten dran sind, sei ein Pfund, mit dem viel zu wenig gewuchert werde.

Das eRezept kann durchaus als ein Beispiel dienen. Was die Umsetzung in den Praxis-IT-Systemen angeht, hat es nämlich sehr gute Noten erhalten: „Wenn die TI stabil ist, ist das eRezept eine Erfolgsgeschichte“, so Naumann. Das bestätigt auch die KBV-Vorständin Dr. Sibylle Steiner im Interview mit x.press (siehe Seite 12). Und es ist das, was jeder hört, der niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu ihren Erfahrungen mit dem eRezept befragt. Was die Anwenderschaft nervt, sind – siehe oben – die TI-Ausfälle, die dann den Wechsel auf das Muster 16 erzwingen. Der Rezeptierungsvorgang in der Praxis-IT an sich wird nicht kritisiert, im Gegenteil: Er wird sogar oft gelobt.

Dass das eRezept – von den gravierenden Problemen mit der zentralen Infrastruktur abgesehen – gut funktioniert hat, liegt auch daran, dass die Praxis-IT-Hersteller in großem Umfang Personal zur Verfügung gestellt haben. Das hat dafür gesorgt, dass die eRezept-Spezifikationen besser, praxisnäher, nutzerfreundlicher wurden. Dieses Engagement soll auch beibehalten werden: „Allein von uns arbeiten sechs Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kontinuierlich und viele weitere situativ in den Arbeitsgruppen des Verbands bvitg mit der gematik und mit der mio42, um die Sicht unserer Kundinnen und Kunden einzubringen. Und wir sind ja nur eins von vielen Unternehmen, das sich da engagiert“, so Naumann.

Gemeinsam für eine gute ePA

Beim eRezept ist dieser kooperative Optimierungsprozess noch nicht abgeschlossen, die Entwicklung geht weiter. Auch wenn die

Die Stärke des deutschen Praxis-IT-Markts ist seine Vielfalt. Mangelnder Wettbewerb ist nicht das Problem.

Jens Naumann
Geschäftsführung medatixx

Umsetzung in den Praxis-IT-Systemen vielfach gelobt wird, gibt es noch Verbesserungsmöglichkeiten. Und jenseits des eRezepts? Nach dem eRezept ist vor der ePA: Sie ist das nächste große Thema, bei dem Praxis-IT-Branche und gematik sowie andere relevante Institutionen beweisen müssen, dass sie nicht primär an sich selbst, sondern vorrangig an den Bedürfnissen der Anwenderinnen und Anwender sowie Patientinnen und Patienten interessiert sind.

Zu einem Erfolg, so Naumann, werde die ePA dann, wenn alle Beteiligten ihre jeweiligen Aufgaben bestmöglich und kooperativ, nicht konfrontativ, erledigen. Die Praxis-IT-Branche will, nach dem Vorbild des eRezepts, ihren Teil zum Erfolg beitragen – durch eine komfortable Umsetzung mit möglichst wenigen Klicks und möglichst viel Automatisierung unter Wahrung der Hoheit der Praxen. Die gematik muss die Stabilität der Infrastruktur gewährleisten. Aufseiten der Krankenkassen ist eine breit angelegte Informationskampagne nötig, damit möglichst wenig „Erklärarbeit“ an den Arztpraxen hängenbleibt. Die Politik wiederum muss die Einführung so gestalten, dass all das auch realistisch umsetzbar ist, statt mit dem Holzhammer Fristen durchzusetzen, die jedenfalls nicht der Sache dienen. „Solche Projekte gehen nur gemeinsam“, betont Naumann. „Wir müssen aufhören, aufeinander rumzuhacken, und wir müssen aufhören, immer mehr staatliche Regulation als Lösung für alle Probleme anzusehen. Gute Produkte zu günstigen Preisen entstehen nur im Wettbewerb. Dafür stehen wir, und dafür steht die ganze Branche.“ <

PHILIPP GRÄTZEL

INFO **So macht es medatixx**



UNTERSTÜTZUNG. Das Unternehmen medatixx ist, unter anderem über den Branchenverband bvitg, in die Entwicklung von Anwendungen wie eRezept und ePA frühzeitig eingebunden. Mehrere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten den entsprechenden Arbeitsgruppen auf Bundesebene zu und sorgen dafür, dass die Nutzerperspektive der Ärztinnen und Ärzte so umfassend wie möglich Berücksichtigung findet. Bei der anstehenden Umsetzung der ePA in die Praxissoftwarelösungen von medatixx ist es das Ziel, dass alle Kundinnen und Kunden nach dem Aufrufen des jeweiligen Patienten oder der jeweiligen Patientin vollautomatisch die jeweils hinterlegten Verordnungen der Kollegen sehen und Dokumente niedrigschwellig hochladen und einsehen können. Im Verlauf werden dann auch die über die Medikation hinausgehenden ePA-Inhalte sukzessive eingebunden, sobald die entsprechenden Vorgaben vorliegen.

Wissen rund um digitale Anwendungen bietet medatixx auf dip, dem Infoportal zur Digitalisierung in der Praxis. Auf dip.medatixx.de stehen kostenfrei Informationen zu E-Health-Themen von der ePA bis zur Videosprechstunde bereit. Über Neuerungen bei der Praxissoftware informiert medatixx ihre Kundinnen und Kunden im E-Learning-Bereich auf medatixx-akademie.de. Die

medatixx-akademie bietet derzeit über 420 E-Learnings zu unterschiedlichsten Aspekten der Praxis-IT-Nutzung an, heruntergebrochen auf die unterschiedlichen Praxissoftwarelösungen von medatixx, nach Kategorien sortiert und mit einer Suchfunktion hinterlegt. Aktuelle Informationen erhalten Anwenderinnen und Anwender auch direkt in ihrer Praxissoftware. Bei x.isynet, x.concept und x.comfort gibt es zu diesem Zweck das x.servicecenter; bei der Praxissoftware medatixx den leicht erreichbaren Nachrichtenbereich. Auf medatixx.de finden sich entsprechende Informationen im Bereich „Kundenservice“, unter info.medatixx.de beantwortet der Digitale Assistent ebenfalls Fragen zu eAU, eRezept und Co.

Hilfe bei Störungen erhalten Anwenderinnen und Anwender im medatixx-Support des Unternehmens oder bei ihren regionalen Vertriebspartnern. Dort wird kein Anruf während der Öffnungszeiten abgelehnt. Es gibt außerdem – auch außerhalb der Öffnungszeiten – spezifische Bandansagen, die insbesondere bei Störungen der Telematikinfrastruktur über das aktuelle Problem informieren und unter anderem Hilfestellungen zum Systemneustart geben, wenn nach Ende der TI-Störung weiterhin Probleme auftreten sollten.<

Hilfe bei Störungen

SEIT MAI 2022 BEI MEDATIXX VERFÜGBAR

Happy birthday, eRezept!

Der Roll-out der **eRezept-Funktionalität** begann beim Praxissoftwarehersteller medatixx bereits vor mehr als zwei Jahren.

Seit Beginn des Jahres 2024 ist das eRezept endgültig in der Regelversorgung angekommen. Dafür hat der Praxissoftwarehersteller medatixx frühzeitig die Weichen gestellt. Bereits im Mai 2022 startete die Implementierung der elektronischen Verordnung in den hauseigenen Praxissoftwarelösungen und feierte somit vor kurzem ihren zweiten Geburtstag.

Praxen konnten das eRezept ausprobieren

Mit der frühzeitigen Bereitstellung sollte Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit gegeben werden, das eRezept auszuprobieren, einzurichten und im Praxisalltag zu etablieren. Parallel dazu informierte medatixx kontinuierlich zu aktuellen Entwicklungen bei der digitalen Verordnung über virtuelle Anwendertreffen, unternehmenseigene Magazine wie das x.press, E-Mailings,

ausführliche Informationen auf dem Infoportal dip.medatixx.de und E-Learnings auf medatixx-akademie.de.

Das Interesse am eRezept steigerte sich bei der Ärzteschaft kontinuierlich: Während beim digitalen Anwendertreffen meet medatixx im Juli 2022 gut 500 Teilnehmerinnen und Teilnehmer dabei waren, stieg diese Zahl vor allem im letzten Quartal 2023 rapide an: An den Veranstaltungen im Oktober des vergangenen Jahres nahmen insgesamt knapp 2.500 Interessierte teil.

Erhöhter Erklärungsbedarf in den Praxen

Mit dem Beginn der sanktionsbehafteten eRezept-Pflicht Anfang dieses Jahres nahm das Thema richtig Fahrt auf. Die digitale Verordnung funktionierte



technisch im Wesentlichen, jedoch trafen die Arztpraxen oft auf uninformierte Patientinnen und Patienten – vielen war die Einführung des eRezepts nicht bekannt.

Das verursachte erhöhten Erklärungsbedarf, beispielsweise zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte für die Rezepteinlösung in der Apotheke, und band somit die ohnehin schon knappen Ressourcen der Praxen.

„Bei Themen rund um die Digitalisierung in der Arztpraxis muss im Voraus geklärt werden, wer die Aufklärungsarbeit übernimmt – sonst werden die Lasten einfach auf die Praxen abgewälzt“, sagt Jessica Birkmann, Leitung Stabsstelle Politik. „Um komplexe Einführungsprozesse weiter zu entzerren, sollten Arztpraxen außerdem verschiedene Anreize für eine frühzeitige Umstellung gegeben werden.“

ANZEIGE



**3* JAHRE
GARANTIE
*bei Registrierung**

ScanSnap iX1600

Moderne Medizin braucht digitale Hilfe – kostenlose 3 Jahres Garantieverlängerung auf alle ScanSnap Produkte

Der ScanSnap iX1600 verfügt über eine fortschrittliche und einfach zu bedienende Technologie. Jeder ist in der Lage sehr schnell und einfach digitale Abbilder von Akten in Papierform, wie den traditionellen Patientenakten, zu erstellen, da der Scan-Prozess so einfach ist. Scannen, speichern und freigeben – es ist wirklich so einfach.

Aufgepasst: Jedes ScanSnap Modell wird derzeit standardmäßig mit einer 1-Jahres-Garantie ausgeliefert, aber jetzt können Kunden durch die Registrierung ihres Produkts auf der ScanSnap-Website unter

<https://www.scansnapit.com/uk/support/warranty> eine zusätzliche Garantie von 2 Jahren Garantie kostenlos in Anspruch nehmen!

3 Jahre Garantie für alle ScanSnap-Modelle jetzt inklusive

Man muss nicht alles selbst machen

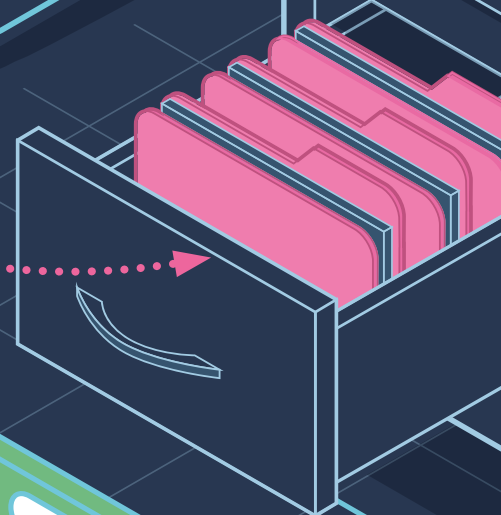
Praxen müssen ihre **IT-Infrastruktur** nicht mehr in den eigenen vier Wänden betreiben. Der Trend geht zur Auslagerung der Hard- und/oder Software an ein Rechenzentrum. Wir stellen verschiedene Möglichkeiten und Anwendungen vor.

Software im Rechenzentrum

Im einfachsten Fall mietet die Praxis einen Hardware-Stellplatz in einem Rechenzentrum an und betreibt dort ihre **Software in Eigenregie**. Sie kann ihre Software aber auch von einem **Anbieter in einem Rechenzentrum** mit dessen Hardware betreiben lassen. Die Verwaltung der Infrastruktur verantwortet dann der Betreiber. Für die Sicherung und Aktualisierung der Software ist aber weiterhin die Praxis zuständig. Da eine individuelle Zusammenstellung von Diensten technisch anspruchsvoll und teuer ist, stehen im Rechenzentrum in der Regel standardisierte Pakete zur Verfügung. Einen Schritt weiter geht Software as a Service (SaaS) – Praxen erhalten in einem Rundum-sorglos-Paket regelmäßige Updates und Support vom Anbieter, was die Wartung erleichtert. Sicherheitsmaßnahmen wie Verschlüsselung, Patch-Management und Sicherheits-Audits sorgen für eine hohe Resilienz gegenüber Störungen und Cyberangriffen.

IT-Sicherheit

Ein Beispiel für eine Rechenzentrumsanwendung sind **Virenschutzprogramme**. Diese können hier auf zentralisierte Server installiert und verwaltet werden, um den Schutz vor Schadsoftware und anderen Bedrohungen für die gesamte IT-Infrastruktur einer Praxis zu gewährleisten. Somit entfallen die Installation des Virenschanners in der Praxis sowie das Herunterladen von aktuellen Virus-signaturen. Durch die zentralisierte Bereitstellung und Verwaltung können Updates und Sicherheitsrichtlinien effizient implementiert werden, um potenzielle Risiken zu minimieren.



Datensicherheit und Datenschutz

Praxen, die ihre Daten einem Rechenzentrum überlassen, müssen sich darauf verlassen können, dass diese dort sicher sind. Die Sicherheitszertifizierungen der Betreiber geben einen Überblick über die Sicherheitsstandards. Neben der Norm ISO/IEC 22237 für Planung, Bau und Betrieb von Rechenzentren wird künftig auch der **Kriterienkatalog C5** (Cloud Computing Compliance Criteria Catalogue) des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik angewendet. Mit der Aufnahme von C5 in das neue Digital-Gesetz (DigiG) reagiert der Gesetzgeber auf die Entwicklung hin zu Rechenzentrumsbetrieb und Software as a Service. Ab dem 1. Juli 2025 müssen die Betreiber von Cloud-Computing-Diensten ein sogenanntes C5-Typ-2-Testat vorweisen. Bis dahin ist ein C5-Typ-1-Testat ausreichend.

Back-up

Die **Datensicherung** ist ebenfalls in einem Rechenzentrum gut aufgehoben. Dies entlastet die Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ihre Daten selbst auf externen Festplatten sichern, was lästig und fehleranfällig ist. Bei einem Brand in der Praxis können sämtliche vor Ort gelagerten Speichermedien beschädigt werden. Die Sicherung der Praxisdaten im Rechenzentrum eines zertifizierten Anbieters erfolgt automatisch und DSGVO-konform verschlüsselt. Eine mehrfache Sicherung an verschiedenen Standorten bietet zusätzlichen Schutz. Nutzer, die auch ihre Datenbank im Rechenzentrum sichern, können von dort aus direkt ein Online-Back-up durchführen. Die Daten werden dann nicht mehr von der Praxis in das Rechenzentrum übertragen, was die Geschwindigkeit des Back-ups und die Ausfallsicherheit erhöht.

INFO So macht es medatixx



RECHENZENTRUMSBETRIEB. Schon seit Jahren findet eine Entwicklung von der vor Ort installierten Software hin zum Rechenzentrumsbetrieb statt. medatixx unterstützt Praxen bei der Nutzung des Rechenzentrumsbetriebs, der letztendlich ein Zwischenschritt zu Software as a Service [SaaS] darstellt. Das Unternehmen bereitet sich darauf vor, dass aufgrund der Komplexität der Anwendungen und der steigenden gesetzlichen Anforderungen die Nachfrage nach SaaS-Lösungen in den kommenden Jahren zunehmen wird.<



MICHAIL SIEGEL

Geboren wird Siegel 1986 in der russischen Hauptstadt Moskau. Dabei wird ihm die Medizin-IT quasi in die Wiege gelegt: Seine Mutter ist Informatikerin und sein Vater Mediziner. 1992 kommt seine Familie nach Deutschland und lässt sich im Raum Düsseldorf nieder. Die Mutter weckt schon früh sein Interesse für Technik. Mit neun Jahren bekommt er seinen ersten Computer. Siegel erinnert sich: „1995 waren ein Pentium mit 60 Megahertz und eine Festplatte mit 630 Megabyte noch aktueller Stand der Technik.“ Mit der Programmierung kleiner textbasierter Spiele schnuppert er in die Programmierung. „Ich fand toll, was man mit dem Computer machen konnte und wie schnell neue Möglichkeiten dazukamen.“

In der Schule begeistert sich Siegel für Naturwissenschaften. Der Aufbau und die Funktionsweise des menschlichen Körpers faszinieren ihn und nach dem Abitur im Jahr 2005 beginnt er ein Medizinstudium in Dresden. „Die Universität hatte in Rankings sehr gut abgeschnitten und die Mieten in dieser schönen Stadt waren noch günstig“, erklärt er seine Wahl für den Studienstandort. Siegel schließt sein Studium 2011 ab. Dann steht die Frage an, für welche fachärztliche Richtung er sich entscheiden soll. Die Wahl fällt auf die Urologie,

Der Vermittler

Mehr als zehn Jahre hat Michail Siegel als Arzt gearbeitet. Dann ist er zum Praxissoftwarehersteller medatixx gewechselt. Hier kann er in seiner neuen Tätigkeit im Produktmanagement zwei Bereiche vereinen, die ihn seit jeher begeistern – **Medizin und IT**.

denn „anders als viele denken, ist das Fach unheimlich vielfältig und spannend. Man behandelt Patientinnen und Patienten aller Altersklassen mit so unterschiedlichen Krankheitsbildern wie Krebs, hormonellen Störungen oder Steinerkrankungen und Inkontinenz.“ Siegel fährt fort: „Außerdem habe ich Urologen immer als bodenständige Ärzte wahrgenommen, die sich selbst nicht zu ernst nehmen. Das mochte ich.“

Das wundert nicht weiter, denn er selbst scheint ebenso. Seine Neugierde und Offenheit für neue Herausforderungen führen ihn immer wieder auf neue interessante berufliche Wege – und leiten ihn auch, wenn er seinem Hobby, dem Kochen, nachgeht. Unterschiedliche Länderküchen zu entdecken, macht ihm Spaß, „aber ich koche nicht einfach nur so vor mich hin. Ich finde es schön, Freunde einzuladen, sie zu bewirten und mit ihnen über Gott und die Welt zu reden“, betont Siegel. Die Geselligkeit ist vielleicht auch ein bisschen typisch für den Rheinländer, denen diese Eigenschaft im Allgemeinen ja auch gerne nachgesagt wird.

Erste Schritte in die Transfusionsmedizin

In ebenjenes Rheinland zieht es ihn nach dem Studium für seine Facharztausbildung. Mit seiner damaligen Freundin und späteren Frau geht es wieder nach Düsseldorf. Von 2013 bis 2018 lebt Siegel hier, arbeitet in der Urologie und lernt zusätzlich in der Transfusionsmedizin. Dabei gefällt ihm, dass die Transfusionsmedizin eine andere Arbeitsweise erfordert. Während der Urologe ein typischer Kliniker mit engem Patientenkontakt ist, bewegt sich der Transfusionsmediziner im Labor, betreibt Diagnostik und arbeitet beratend und vermittelnd mit unterschiedlichen Abteilungen zusammen.

Nach seiner Zeit in der Transfusionsmedizin schließt Siegel 2018 seine Facharztweiterbildung zum Urologen ab und ist zunächst für ein Pharmaunternehmen im Bereich Onkologie tätig. Doch der Arzt merkt schnell, dass ihm der Kontakt zu den Patientinnen und Patienten fehlt. „Ich habe gemerkt, dass ich wieder zurückwollte. Als Mediziner studiert man ja auch, um Arzt zu werden, und bis man sich erlaubt, das aufzugeben, braucht es eine gewisse Zeit. Damals war es noch zu früh für mich, um der klinischen Medizin den Rücken zu kehren“, sagt Siegel. Darum verlässt er das pharmazeutische Unternehmen und lässt sich in einer urologischen Praxis anstellen.

Während seiner gesamten beruflichen Laufbahn beschäftigt er sich nebenbei immer wieder mit IT. „Schon als Jugendlicher habe ich mir etwas dazuverdient, indem ich Arztpraxen und andere Selbstständige bei Computerproblemen unterstützt habe“, erinnert sich der



↑
FREIZEIT: Abschalten in der Natur

Mediziner. Im Laufe seiner ärztlichen Tätigkeit in Klinik, Ambulanz, Labor und Praxis arbeitet er mit unterschiedlichster Arztsoftware und bemerkt: „Bei allen Systemen habe ich gesehen, dass man Dinge für die Anwenderinnen und Anwender verbessern könnte. Und genau daran wollte ich mitarbeiten.“

Schon als Jugendlicher hat er sich mit IT etwas dazuverdient.

Menschlicher Kontakt ist unersetzbar

Siegel befasst sich auch eingehend mit KI, ihren Vorzügen und den Grenzen dessen, was sie leisten kann. Den menschlichen Kontakt betrachtet er als zentrales Element des Arztberufs. Während seiner praktischen ärztlichen Tätigkeit hat er immer wieder erlebt, dass dies einen wichtigen Baustein bei der Heilung darstellt. „Das wird auch eine KI niemals ersetzen können“, ist er sich sicher. „Das Kernproblem für die meisten Ärztinnen und Ärzte ist mangelnde Zeit für die Patientenbetreuung und hier kann und muss KI helfen. Wenn die Technik Dokumentationen übernimmt, Arbeitsweisen automatisiert und etwa auf Fehler bei der Medikation hinweist, sparen wir Zeit und können diese in die Behandlung der Patientinnen und Patienten stecken.“ Siegel ist sich sicher, dass sich mit solchen positiven Effekten auch die Ärzteschaft überzeugen lassen.

Nur in der Theorie darüber nachzudenken, was man verbessern könnte, reicht ihm aber nicht, er will solche Entwicklungen aktiv mitgestalten und entschließt sich daher, auf die Herstellerseite zu wechseln. Siegel sucht Kontakt zu verschiedenen Softwareanbietern aus dem Klinik- und Praxisbereich und erkundigt sich über berufliche Perspektiven. „Ich wollte zu einem großen Anbieter, der ein breites Spektrum abdeckt und

dessen Produkte bei vielen Kundinnen und Kunden im Einsatz sind. Da war medatixx sehr interessant für mich“, so der Mediziner.

Beim Bewerbungsgespräch in Bamberg merkt Siegel schnell, dass das Unternehmen und die infrage kommende Stelle sehr gut zu seinen Vorstellungen passen. Ihm gefällt

besonders die nette und lockere Atmosphäre, die am Ende den Ausschlag für seine Entscheidung für medatixx als seinen neuen Arbeitgeber gibt. Seit etwas mehr als einem Jahr ist er nun bei der Firma angestellt.

Die Liebe zur IT weitergeben

Als Produktmanager ist Siegel dafür zuständig, relevante fachliche Themen für die Softwareentwicklungsteams auszuarbeiten. Dabei stellt der Mediziner sich Fragen wie: Was muss die Software können? Welche regulatorischen Vorgaben gilt es zu erfüllen? Welche Wünsche haben Anwenderinnen und Anwender an das Produkt? Siegel sagt, dass er auch als Arzt immer



↑
ARBEIT: Engagement in der Softwareentwicklung

wieder komplexe Zusammenhänge und Abläufe verständlich an seine Patienten vermitteln musste. In dieser Vermittlerrolle fühlt er sich zu Hause.

Die Liebe zur Technik hat der Vater von zwei Kindern übrigens an seine Tochter weitergegeben. In seiner Freizeit tüftelt er gerne mit ihr an einem Raspberry Pi. Das ist ein Einplatinencomputer, der von der britischen Raspberry Pi Foundation entwickelt wurde. Der Computer hat die Größe einer Kreditkarte. Siegel fühlt sich bei dieser Freizeitbeschäftigung auch an seinen Großvater erinnert, der mit ihm als Kind Taschenlampen und Radios zusammenschraubte. Heute basteln Vater und Tochter mit dem Raspberry Pi eine eigene Jukebox zusammen. Für die nächste Generation IT-Fans ist demnach gesorgt und das mit der Medizin lässt sich sicher auch noch deichseln, denn bekanntlich ist das ja auch oft eine generationenübergreifende Passion.<

↳ MIRIAM MIRZA

INFO Der Arbeitgeber

MEDATIXX. medatixx ist Anbieter von Praxissoftwarelösungen, der sich auf die Entwicklung und Bereitstellung von Praxis-, MVZ- und Ambulanzsoftware sowie Dienstleistungen für Ärzte und Psychotherapeuten spezialisiert hat. Das Unternehmen bietet Lösungen an, die darauf abzielen, die digitale Kommunikation im Gesundheitswesen zu verbessern und die Arbeitsabläufe innerhalb von Praxen zu optimieren. Mehr als 30 Prozent aller niedergelassenen Humanmediziner und etwa 22 300 Einrichtungen arbeiten mit einer Softwarelösung von medatixx.<

↳ [MEDATIXX.DE](https://www.medatixx.de)

Zeit zum Andocken

Wann immer über die elektronische Patientenakte und das elektronische Rezept gesprochen wird, betrifft es den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Doch auch bei den **Privatversicherungen** tut sich etwas.

Drei Jahre nach ihrer Einführung fällt die Bilanz der elektronischen Patientenakte (ePA) ernüchternd aus: Laut TI-Dashboard der gematik haben bislang nur etwa 1,16 Millionen Versicherte eine ePA heruntergeladen (Stand: Mitte April 2024). Bei insgesamt circa 73 Millionen gesetzlich Versicherten spielt sie damit in der Versorgung so gut wie keine Rolle. Ganz anders sieht es beim eRezept aus, das (Zahn-)Ärztinnen und (-)Ärzte sowie Krankenhäuser seit Beginn dieses Jahres verpflichtend ausstellen müssen: Bis Mitte April wurden bereits über 152 Millionen digitale Verordnungen eingelöst. Es sieht ganz so aus, als hätte das eRezept das Zeug zum lange ersehnten „Digital-Booster“ – obwohl es bei seinem Start in den ersten Monaten hier und da ruckelte wie eine Berliner Straßenbahn in der Kurve.

Mit dem Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung im Gesundheitswesen (Digital-Gesetz, kurz DigiG) will Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach der ePA nun zum Durchbruch verhelfen: Bis zum 15. Januar 2025 sollen diese alle gesetzlich Versicherten erhalten. Wer das nicht möchte, kann bei seiner Krankenkasse Widerspruch einlegen. Mithilfe dieses Opt-out-Verfahrens soll die ePA endlich großflächig bei den Menschen ankommen – 80 Prozent der Versicherten sollen sie dann nutzen, so Lauterbachs erklärtes Ziel. Wer auf welche Daten zugreifen darf, entscheiden die Versicherten. Ärzte und Psychotherapeuten sind verpflichtet, Daten zur Behandlung in die ePA einzupflegen. Es sei denn, ihre Patientinnen und Patienten möchten das nicht.

Die PKV zieht mit

Die gesetzlichen Vorgaben beziehen sich auf den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Und was ist mit den 8,7 Millionen Privatversicherten? Zieht die Digitalisierung an ihnen vorüber, werden ihre Krankenakten und Rezepte weiterhin auf Papier ausgegeben? „Nein“, sagt Laura Fenger aus der Abteilung E-Health und Digitalisierung des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV). „Schon heute stehen den Privatversicherten mit dem eRezept und der ePA zentrale digitale Fachanwendungen im Grundsatz zur Verfügung – wenn auch noch nicht flächendeckend. Sie können mit der GesundheitsID genutzt werden.“ Die GesundheitsID ist eine Form der digitalen Identität, die Krankenkassen ihren Versicherten

Erste Krankenversicherungen bieten das eRezept bereits an.

ten seit Beginn dieses Jahres auf Wunsch zur Verfügung stellen. Sie fungiert als Schlüssel, der die Tür zu Online-Gesundheitsanwendungen öffnet. Benutzerinnen und Benutzer können sich damit über das Smartphone in Apps einloggen, um die ePA oder das eRezept zu nutzen – so wie sie das von ihrem Bankkonto oder Google-Account kennen. Um eine digitale Identität zu erhalten, müssen sich Versicherte identifizieren: entweder per Post-Ident-Verfahren oder über die Online-Ausweisfunktion ihres Personalausweises.

Erste private Krankenversicherungen bieten das eRezept bereits an. „Im vergangenen Jahr ist viel Bewegung in die Sache gekommen“, erläutert Fenger. „Die Praxis- und Apotheken-Softwaresysteme erhalten in den nächsten Wochen die erforderlichen Updates, damit darüber private eRezepte ausgestellt und eingelöst werden können.“ Anders als in der GKV

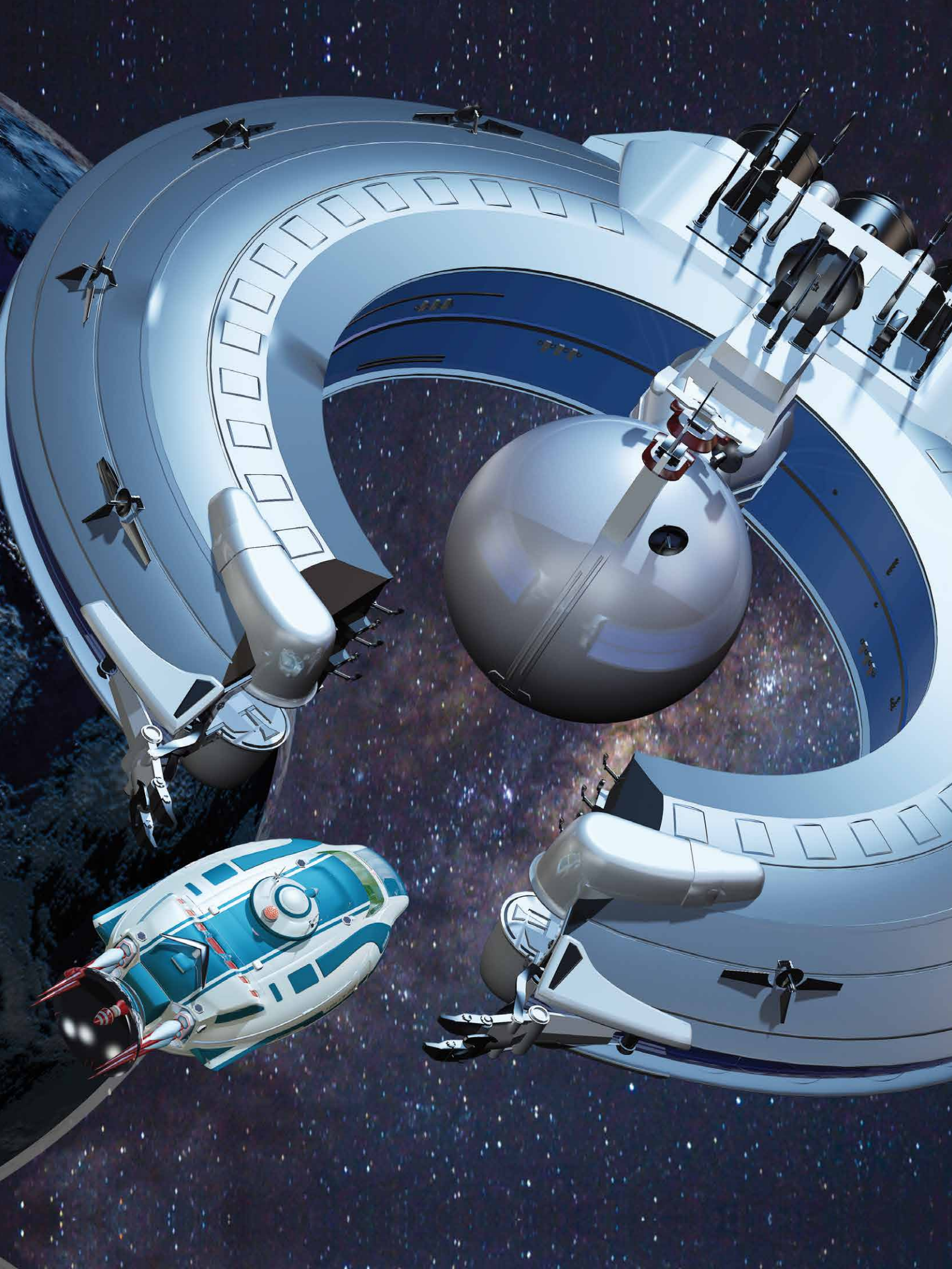
ist die Nutzung des eRezepts in der PKV sowohl für Versicherer als auch für Versicherte jedoch freiwillig – das heißt, jede private Krankenversicherung entscheidet selbst, ob sie das eRezept anbieten möchte. Und Privatpatientinnen und Privatpatienten können sich überlegen, ob sie davon Gebrauch machen möchten. Ist das der Fall, benötigen sie dafür eine Krankensicherungsnummer (KVNR). Derzeit fragen Versicherungen bei ihren Kundinnen und Kunden ab, ob sie eine KVNR für sie anlegen dürfen. Die Resonanz sei sehr gut, sagt PKV-Geschäftsführer Christian Hälker (siehe Interview Seite 22).

Online-Check-in für Privatversicherte

Diese KVNR können Versicherte per Online-Check-in an die Arztpraxis übermitteln. „Der Online-Check-in wird in die Apps der Versicherungsgesellschaften integriert, damit die Versicherten nicht unzählige Apps auf ihrem Smartphone haben müssen“, erklärt Fenger. Die Versicherten scannen damit einen QR-Code, den die Praxis idealerweise am Tresen bereitstellt. Die App zeigt zunächst die Praxisdaten an. Bestätigt der oder die Versicherte die Datenübermittlung, sendet die App eine Anfrage an die Krankenversicherung. Über den bereits in den Praxen etablierten Kommunikationsdienst KIM gelangen die KVNR und andere Standarddaten der Versicherten dann in die Praxissoftware. Mit diesen Daten kann die Praxis das eRezept ausstellen.

Um ein eRezept einzulösen, müssen Patientinnen und Patienten der GKV lediglich ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK) in der Apotheke vorlegen. Mit der „Card für Privatversicherte“, die viele private Krankenkassen ausgeben und die in Praxen und Kliniken zum Einlesen der Daten genutzt werden kann, geht dies jedoch nicht.





INTERVIEW

Wir sehen uns als Digitalisierungs-Architekten



CHRISTIAN HÄLKER

Geschäftsführer beim PKV-Verband
und Leiter des Geschäftsbereichs Finanzen,
Personal, Organisation und IT

In Sachen Digitalisierung klaffen die Interessen der gesetzlichen (GKV) und der **privaten Krankenversicherung (PKV)** nicht so weit auseinander, wie ihre natürliche Konkurrenz vermuten ließe. Christian Hälker, Geschäftsführer beim PKV-Verband, erläutert den aktuellen Stand.

■ **2025 kommt die „ePA für alle“. Erklärtes Ziel des Bundesgesundheitsministers Karl Lauterbach ist, dass 80 Prozent der gesetzlich Versicherten dann eine elektronische Patientenakte haben werden. Was bedeutet das für die PKV?**

Private Krankenversicherungen sind gesetzlich nicht dazu verpflichtet, eine elektronische Patientenakte anzubieten. Wir sind da also ganz flexibel. Unsere Mitgliedsunternehmen schauen, wo es den meisten Mehrwert gibt. Die ePA hat in ihrer heutigen Form bislang weder den Patientinnen und Patienten besonders viel gebracht noch sich als Business Case bewährt. Das wird sich mit der neuen ePA sicherlich ändern. Wenn die richtig ins Rollen kommt, für Leistungserbringer leichter zu befüllen ist, mehr medizinische Informationsobjekte enthält und damit ihren Nutzen richtig entfalten kann, werden auch mehr Privatversicherungen eine ePA anbieten.

■ **Das klingt ein wenig so, als würde die PKV der Digitalisierung hinterherlaufen.**

Ganz im Gegenteil! Wir setzen seit vielen Jahren Digitalisierungsprojekte um. Das eRezept funktioniert auch für Privatversicherte schon sehr gut. Seit Jahresbeginn wurden 11 000 private eRezepte ausgestellt (Stand: Anfang April), das ist eine beachtliche Zahl. Viele unserer Mitgliedsunternehmen sind damit gestartet und nicht mit der ePA, weil die Vorteile des eRezepts auf der Hand liegen – auch wenn es hier und da in der technischen Umsetzung noch etwas hakt. Aber die Fehlerquote fällt gemessen an den insgesamt 152 Millionen eRezepten (Stand: 16. April), die bislang ausgestellt worden sind, sehr gering aus. Weil wir sie anwendungsfreundlicher finden als die elektronische Gesundheitskarte, setzen wir auf die digitale Identität als Zugang zur TI – deren Entwicklung hat sich leider verzögert, das hat uns in unserem Zeitplan etwas zurückgeworfen. Aber als Vorstufe haben wir den Online-Check-in für Arztpraxen etabliert. Derzeit statten wir die Versicherten dafür mit ihrer Krankenversicherungsnummer aus. Alles in allem verstehen wir uns als Ar-

chitekten der Digitalisierung. Seit 2020 sind wir als PKV auch wieder als Gesellschafter in der gematik vertreten und arbeiten aktiv an der Gestaltung der Telematikinfrastruktur 2.0 mit.

■ **Ein Beispiel?**

Wir arbeiten derzeit an der elektronischen Rechnung (eRechnung). Sie macht das ganze Verfahren viel schneller und weniger anfällig für Fehler, als wenn die Versicherten die Rechnung auf Papier erhalten. Damit die gematik das Thema überhaupt in Angriff nehmen konnte, musste die eRechnung zunächst gesetzlich als TI-Anwendung verankert werden. Das ist mit dem Digital-Gesetz erfolgt.

”
Wir setzen seit vielen Jahren Digitalisierungsprojekte um.

■ **Sie konzentrieren sich also auf PKV-spezifische Anwendungen?**

Nein. Es gibt zwar einen Wettbewerb zwischen PKV und GKV – aber die Trennung der beiden Systeme macht in der Digitalisierung überhaupt keinen Sinn. Technisch gesehen läuft alles über die gleichen Server, und auch der Standard für den Austausch der Daten ist derselbe. Außerdem haben wir sehr ähnliche Interessen. Bei der digitalen Identität haben wir eng mit einer gesetzlichen Krankenkasse zusammengearbeitet, ebenso beim Online-Check-in. In der gematik sitzen wir sowieso alle in einem Boot und müssen an einem Strang ziehen. Gemeinsame Standards und ähnliche Prozesse sind auch für die Akzeptanz bei den Leistungserbringern sehr wichtig,

weil sie die Handhabung für Arztpraxen und Apotheken erleichtern.

■ **Welche weiteren Entwicklungen schweben Ihnen vor?**

Sehr interessant für uns ist das elektronische Beantragungs- und Genehmigungsverfahren Zahnärzte (EBZ). Dabei verschicken Zahnärztinnen und Zahnärzte die Behandlungspläne, die sie früher auf Papier bei den Krankenkassen einreichen mussten, direkt aus ihrem Praxisverwaltungssystem an die Krankenkasse und erhalten auf gleichem Wege deren Antwort. Bislang sind schon über zwölf Millionen Heil- und Kostenpläne auf diesem Wege ausgetauscht worden. Wir würden uns dort gern einklinken, denn viele Zahnzusatzversicherungen sind Privatversicherungen. Es wäre sehr komfortabel für einen Patienten, wenn er zusammen mit dem Kostenvorschlag erfahren würde, welchen Anteil die Zahnzusatzversicherung übernehmen würde und wie viel er selbst bezahlen muss. Auch ansonsten sind Zusatzversicherungen ein spannendes Thema für uns – etwa die Frage, wie Informationen über eine private Zusatzversicherung in der ePA eines gesetzlich Versicherten abgelegt werden können oder wie dann mit dem Abrechnungsprozess insgesamt umgegangen werden kann. Wir suchen auch nach einer Lösung, wie privatversicherte Eltern die Patientenakten oder eRezepte ihrer Kinder verwalten können.

■ **Wann ist denn damit zu rechnen?**

Wir gehen davon aus, dass am Ende des ersten Quartals 2025 ungefähr sieben Millionen PKV-Versicherte über eine ePA verfügen oder ein eRezept einlösen können. Bei den anderen Funktionalitäten sind wir in den Startlöchern. Wann wir das Ziel erreichen, kann ich noch nicht sagen.<

Privatversicherte benötigen deshalb eine eRezept-App. Dafür kommt entweder die App ihrer Versicherung oder die eRezept-App der gematik infrage. „Mit der App-Lösung sind Privatversicherte klar im Vorteil“, findet Fenger. „Denn damit sehen sie schwarz auf weiß, was der Arzt oder die Ärztin ihnen verordnet hat.“ Außerdem könnten sie prüfen, fährt Fenger fort, ob sie ihr Rezept bereits einlösen können. Das sei vor dem Hintergrund hilfreich, dass die Patientinnen und Patienten teilweise schneller in der Apotheke ankommen als ihr Rezept und dann warten oder zu einem späteren Zeitpunkt wiederkommen müssen. Denn ein Blick in die App zeige, ob die Arztpraxis das eRezept bereits elektronisch signiert hat und die verschriebenen Medikamente abholbereit sind.

Ebenso können auch Selbstzahler-Rezepte auf elektronischem Weg ausgestellt werden. Für die Ärztinnen und Ärzte ändert sich dadurch nichts. Wenn sie ein Medikament verordnen, das nicht über die Kasse verschrieben werden kann, wählt die Praxissoftware automatisch ein blaues oder grünes Rezept aus. Außerdem kann sie bei jedem Medikament manuell von „Kasse“ auf „Privat“ umstellen.

Das Ende der Zettelwirtschaft

Laura Fenger ist zuversichtlich, dass sich das eRezept auch bei den Privatversicherten durchsetzen wird. „Die Vorteile liegen klar auf der Hand“, sagt sie. „Zum einen bedeutet das eRezept das Ende der Zettelwirtschaft, zum anderen lassen sich damit Zeit und Wege sparen.“ So kann ein Folgerezept, dem keine Untersuchung vorausgehen muss, ohne erneuten Praxisbesuch ausgestellt werden. Ihre Kostenbelege für Medikamente können Privatversicherte künftig direkt in der eRezept-App abrufen und an die PKV-App zur Erstattung weiterleiten. Außerdem soll das eRezept mit der ePA verknüpft werden: „Ab 2025 sollen Daten aus dem eRezept in die elektronische Patientenakte laufen und dort als Medikationsliste angezeigt werden“, unterstreicht Fenger. Sie diene dem persönlichen Überblick, unterstütze aber auch Ärztinnen und Ärzte bei sicheren Verschreibungen.

„Darüber hinaus wird es in Zukunft auch bei der PKV ePA-Apps mit eRezept-Funktion geben“, so Fenger. Bislang sind private Versicherungsunternehmen im Hinblick auf die ePA eher zurückhaltend, die wenigsten haben bislang eine ePA-App für ihre Versicherten entwickelt. Das liege zum einen daran, dass die ePA im PKV-Bereich anders als im GKV-Bereich nicht gesetzlich vorgeschrieben ist. Zum anderen sei ihr Mehrwert sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Krankenkassen in der bestehenden ePA-Version begrenzt. Mit der „ePA für alle“ werde sich dies jedoch ändern, ist Fenger überzeugt. Spätestens wenn die ePA neben dem eRezept noch weitere Anwendungsfälle unterstützt, etwa die elek-

INFO So macht es medatixx



ONLINE-CHECK-IN. In einem Pilotprojekt hat medatixx – zunächst mit der Praxissoftware x.isynet – zusammen mit dem PKV-Verband den Online-Check-in und das eRezept für privatversicherte Patientinnen und Patienten im vergangenen Jahr erfolgreich erprobt. Die Patientinnen und Patienten benötigen dafür die ePA-App ihrer Versicherung. Dort können sie den Vorgang „Online-Check-in“ auswählen und einen QR-Code scannen, den die Praxis bereitstellt. Wenn sie bestätigt haben, dass die Daten korrekt sind, sendet die App eine Anfrage an die Versicherung. Via KIM gelangen die Versicherungsnummer und andere Standarddaten der Versicherten dann in die Praxissoftware. Dort werden die Patientendaten angelegt oder aktualisiert. Das Praxisteam kann daraufhin in der Software ein eRezept ausstellen. Um das einzulösen, benötigen Privatversicherte eine eRezept-App. Diese zeigt die Verordnung an, die dann auch gleich an die Apotheke übermittelt werden kann. Privatversicherte können in der Apotheke aber auch das Papierrezept oder den Rezeptcode vorlegen. Der Prozess funktioniert ebenso ohne Online-Check-in. Die Patientinnen und Patienten müssen dafür lediglich ihre Krankenversicherungsnummer dabei haben, die die Medizinische Fachangestellte dann manuell in die Praxissoftware eintippen kann.<

tronische Patientenkurzakte oder die Hinterlegung von Labordaten, „werden die Privaten nachziehen“.

Rein technisch betrachtet, gibt es zwischen GKV- und PKV-Patienten keinen Unterschied: „Alle Daten fließen über dieselbe Telematikinfrastruktur und werden in funktional gleichen Fachdiensten abgelegt“, erklärt Heiko Gerber, Strategischer Produktmanager für Karten und Vertrauensdienste bei der gematik. Besonderheiten ergäben sich lediglich aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher Bestimmungen, sagt Fenger. So gilt die vorgesehene Freigabe von Daten für Forschungszwecke nur für gesetzlich Versicherte, nicht aber für Privatpatientinnen und -patienten. Zudem sind private Krankenversicherungen nicht dazu verpflichtet, Abrechnungsdaten in die ePA einzuspeisen. „Deshalb wird das auch erst einmal nicht stattfinden“, sagt Fenger.

TI auch im privatärztlichen Bereich

Auch Ärztinnen und Ärzte ohne kassenärztliche Zulassung können eRezepte ausstellen und ePAs befüllen. Gesetzlich dazu verpflichtet sind sie je-

doch aktuell nicht. Wenn sie es denn wollten, könnten sie bei Stift und Papier bleiben. Es gibt allerdings Ausnahmen: Niedergelassene Plastische Chirurgen – viele von ihnen dürften ausschließlich privatärztlich tätig sein – kommen künftig ohne Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) nicht aus. Wenn im Juli 2024 das Implantateregister Deutschland seinen Regelbetrieb aufnimmt, müssen sie Brustimplantat-Operationen an das Register melden. „Daraus ergibt sich dann doch eine Pflicht zur TI-Anbindung“, sagt Gerber. Sie benötigen dafür die gleichen Hard- und Software-Komponenten wie alle anderen Arztpraxen und Gesundheitseinrichtungen. Für die Ausgabe der Institutionskarten (SMC-B) an Praxen privatärztlich tätiger Ärztinnen und Ärzte ist die gematik verantwortlich. Ihr gegenüber müssen sie nachweisen, dass sie privatärztlich niedergelassen tätig sind. Eine entsprechende Bescheinigung erhalten sie von ihrer zuständigen Ärztekammer. Für den Antragsprozess, die Produktion und die Auslieferung der Karten hat die gematik den Vertrauensdiensteanbieter D-Trust beauftragt.<

 JANA EHRHARDT-JOSWIG

INFO QR-Code

QR-CODE. Damit Privatpatienten online in die dafür vorgesehene Praxissoftware einchecken können, benötigen Praxisinhaber den QR-Code ihrer Praxis. Einige Hersteller stellen diesen QR-Code zur Verfügung; Praxisinhaber können ihn aber auch selbstständig über den QR-Code-Generator der gematik anfordern.<

 [PRAXIS-CHECK-IN.DE/LEISTUNGSERBRINGER](https://www.gematik.de/praxis-check-in.de/leistungserbringer)

MELDUNGEN

Aus aller Welt

Laufen dank KI



NEUROPATHIE: Eine Plattform hilft Betroffenen.

INDIEN. Ein indischer Biomediziner hat für seine an diabetischer Neuropathie leidende Mutter ein Verfahren entwickelt, das die Nerven im Fuß durch elektrische Impulse stimuliert. Die Elektronik für diese Neuromodulation hat der Ingenieur zusammen mit Sensoren in einen Schuh eingebaut. Dieser zeichnet Informationen wie Druck, Temperatur, das Ansprechen auf Reize und die Bewegung auf. Die Verarbeitung der Daten auf einer Plattform erfolgt mittels Hybrid Cloud Computing. Bei diesem Verfahren wird die eigene IT mit der Infrastruktur eines Cloud-Anbieters kombiniert. Als Ergebnis erhält der Träger oder die Trägerin des Schuhs eine personalisierte Therapie in Form von elektrischen oder magnetischen Reizen, Vibrationen oder Wärme- und Lichtimpulsen. Die aufgezeichneten Daten werden auch dazu verwendet, einen digitalen Zwilling zu erstellen. Damit sollen nicht nur die Therapien besser angepasst, sondern auch Komplikationen verhindert werden. Inzwischen arbeitet das Unternehmen auch an einer Telemedizin-

Lösung, die den behandelnden Arzt oder die Ärztin informiert, sobald das System eine Anomalie entdeckt.<

XFINITO.COM

WIE GEFÄLLT IHNEN

XPRESS?

Wir freuen uns über Ihre Meinung, Ihre Verbesserungsvorschläge und Ihre Anregungen:
x.press@medatixx.de

Mobile Geräte für MS-Therapie

SCHWEIZ. Schweizer Ärztinnen und Ärzte haben untersucht, wie sie die Behandlungsqualität bei Multipler Sklerose (MS) verbessern können. Üblicherweise befragen sie die Patientinnen und Patienten regelmäßig nach Beschwerden und zum Krankheitsverlauf, um die Therapie anzupassen. Diese wiederum können sich oft nicht genau an ihr Befinden oder ihre Leistungsfähigkeit in den vergangenen Monaten erinnern. Um eine genauere Datengrundlage für die Therapieentscheidung zu erhalten, wurden in einer Studie 55 MS-Patientinnen und -Patienten sowie 24 Kontrollpersonen mit einer Fitnessuhr ausgestattet. Zwei Wochen lang sammelten die Forscherinnen und Forscher der ETH Zürich und des Universitätsospitals Zürich Daten der Fitnessuhren und der Smartphones der Probandinnen und Probanden. Die Auswertung mittels künstlicher Intelligenz ergab, dass die Daten zur körperlichen Aktivität und

zum Puls am aussagekräftigsten waren: Je geringer diese Werte, desto müder waren die Probandinnen und Probanden. Darüber hinaus untersuchten sie mit einem an der ETH Zürich entwickelten spieleähnlichen Test auf dem Smartphone die motorischen Fähigkeiten der Probanden. Nach Angaben der Forscherinnen und Forscher können die so erhobenen Langzeitdaten die Qualität der Behandlung verbessern.<

ETHZ.CH



TRACKING: MS-Patienten sammeln Fitnessdaten.

Krebspatienten messen selbst

GROSSBRITANNIEN. Britische Krebspatientinnen und -patienten müssen künftig keinen Arzt mehr aufsuchen, um ihr Blutbild analysieren zu lassen. Wie der britische Nachrichtensender BBC berichtet, hat das weltweit erste Gerät zur Blutbildanalyse für den Heimbereich im Vereinigten Königreich die Zulassung erhalten. Die Patientinnen

und Patienten sollen damit in der Zeit zwischen zwei Behandlungen ohne Aufsicht beispielsweise den Hämoglobinspiegel und die Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen messen. Zur Analyse genügt ein Tropfen Blut, der durch einen Stich in den Finger entnommen und in das laptopgroße Gerät gegeben wird. Das Blut wird mittels Zentrifugation getrennt, mit optischen Verfahren untersucht und einer Software analysiert. Die Ergebnisse übermittelt das Gerät über ein sicheres Cloud-Netzwerk an die behandelnden Onkologinnen und Onkologen. Nach einer Erprobung an einem großen britischen Krebsbehandlungszentrum soll das Verfahren jetzt an zwölf NHS-Standorten eingesetzt werden. Durch die Fernüberwachung wird Personal eingespart, das sonst für die Blutmessungen abgestellt wird.<

ENTIA.CO



BLUTUNTERSUCHUNG: Ein Tropfen genügt.

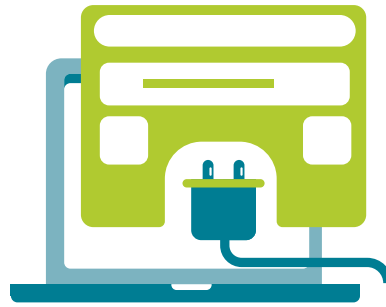
Was ist eigentlich ... PLUG-IN?

Die meisten Nutzerinnen und Nutzer sind schon einmal mit einem **Zusatzprogramm** in Kontakt gekommen, ohne es zu merken. Unaufällig erweitern sie eine Software um zusätzliche Funktionen.

Der Begriff Plug-in stammt aus dem Englischen und bedeutet einstöpseln. Ein Plug-in ist ein Zusatzprogramm, das über eine standardisierte Programmierschnittstelle (API, Application Programming Interface) in eine Software eingebunden wird und dort neue Funktionen bereitstellt. Der Vorteil eines Plug-ins besteht darin, dass es eine Software erweitert, ohne dass hierfür Veränderungen am Quellcode vorgenommen werden müssen. Deshalb lässt sich die Software durch eine Deinstallation des Plug-ins wieder in den ursprünglichen Zustand versetzen. Meist stammt ein Plug-in von einem anderen Hersteller als die eigentliche Software und kann auch allein verwendet werden.

Plug-ins, Add-ons und Add-ins

Neben den Plug-ins gibt es noch Add-ons und Add-ins. Hierbei handelt es sich aber nicht um Zusatzprogramme, sondern um Unterprogramme. Add-ons und Add-ins stammen deshalb in der Regel vom Hersteller der Software, deren Funktionalität sie erweitern. Im Unterschied zum Plug-in funktionieren sie nicht allein. Beim Add-on handelt es sich um ein Softwaremodul, das op-



Auch für TI-Anwendungen gibt es Plug-ins.

ditional verwendet werden kann. Das eigentliche Programm funktioniert auch ohne das Add-on. Das Add-in wiederum ist kein Modul. Es ist so tief in eine Software integriert, dass es nicht entfernt werden kann, ohne die Funktionsweise der Software zu stören. Ein Beispiel für ein Add-in sind die XLA-Dateien, die Microsoft-Office-Programme erweitern. Die Google-Toolbar wiederum ist ein Add-on.

Plug-ins gibt es für die unterschiedlichsten Software-Lösungen: Browser-Plug-ins zum Beispiel erweitern Internetbrowser um die verschiedenen Funktionen. Bekannte Plug-ins sind etwa der Adobe Flash Player oder das Java-Plug-in. Auch bei den Werblockern handelt es sich um Plug-ins. Grafik-Plug-ins wiederum ergänzen die vorhandenen Werkzeuge, Filter oder Effekte von Grafikprogrammen wie Photoshop. Software für die Audio- und Videobearbeitung bindet über Plug-ins spezielle Sound- beziehungsweise Videoeffekte oder auch Filter und Instrumente ein. Die Funktionalität eines Content-Management-Systems (CMS) wie WordPress lässt sich über CMS-Plug-ins erweitern, um zum Beispiel Funktionen für die Suchmaschinen-Optimierung, die Sicherheit der Website oder soziale Medien zu integrieren. In Entwickler-Umgebungen sind Plug-ins gebräuchlich zur Unterstützung von Programmiersprachen oder für Codeanalysen.

Auch die Praxissoftware kann Plug-ins nutzen, beispielsweise um Ärztinnen und Ärzte bei der Erstellung von Arztbriefvorlagen mit Microsoft Word zu unterstützen. Die gematik arbeitet ebenfalls mit Plug-ins, um TI-Anwendungen zu erweitern. So gibt es unter anderem ein Plug-in, um das E-Mail-Programm Thunderbird in Verbindung mit KIM zu nutzen.<

Das medatixx-Quiz

A

Wozu dient ein Passkey?

1. Zum Log-in ohne Passwort
2. Zum Verschlüsseln eines Passworts
3. Als Einmalpasswort

B

Wie schnell rechnet ein Exaflop-Computer?

1. Eine Billion Rechenoperationen pro Sekunde
2. Eine Billionarde Rechenoperationen pro Sekunde
3. Eine Trillion Rechenoperationen pro Sekunde

C

Welcher TV-Gerichtsmediziner ist tatsächlich Arzt?

1. Jan-Josef Liefers (Münsteraner Tatort)
2. Joe Bausch (Kölner Tatort)
3. Jürgen Hartmann (Stuttgarter Tatort)

A. 1. Zum Log-in ohne Passwort B. 3. Eine Trillion Rechenoperationen pro Sekunde C. 2. Joe Bausch (Kölner Tatort)

APP AKTUELL **dabeipackzettel**



MEDIKATION. Beipackzettel für Arzneimittel enthalten wichtige Informationen für Patientinnen und Patienten oft in einer sehr kleinen Schrift, die vor allem ältere Menschen schlecht lesen können. Vielfach wird auch kritisiert, dass die Begriffe un- oder missverständlich seien. Das möchte die App dabeipackzettel der Dr. Pfleger Arzneimittel ändern. Hierbei handelt es sich nicht einfach um eine Sammlung von PDF-Dokumenten, sondern um einen interaktiven Beipackzettel. Medikamente lassen sich durch Scannen der PZN [Pharmazentralnummer] oder Eingabe des Medikamentennamens in eine Suchmaske schnell finden. Nutzerinnen und Nutzer können die Medikamentennamen in der App speichern. Im Schnellzugriff werden Icons angezeigt, die zu Informationen beispielsweise über Dosierung oder Nebenwirkungen des betreffenden Medikaments führen. Die Icons variieren je nach Medikament. Nutzerinnen und Nutzer können Notizen zu ihren Arzneimitteln erstellen und auch anonym Bewertungen abgeben.<

 [DABEIPACKZETTEL.DE](https://www.dabeipackzettel.de)

Wir brauchen einen Relaunch

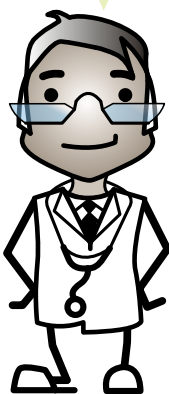
Leitende Arztpraxen haben derzeit politisch keinen leichten Stand. Zwar gehört es zum guten Ton, kraftvoll die Fahne der Ambulantisierung zu schwingen, wenn man im gesundheitspolitischen Diskurs Gehör finden will. Aber sind wir mal ehrlich: An die traditionelle Arztpraxis denkt eigentlich keiner dieser Ambulantisierungs-Cheerleader.

Ambulantisierung? Auf jeden Fall! Aber wenn, dann bitte mit angestellten Ärztinnen und Ärzten in Medizinischen Versorgungszentren oder ambulanten OP-Zentren oder ähnlichen Strukturen. Und das Ganze – „Die Polikliniken in der DDR haben doch auch super funktioniert!“ – möglichst in Eigentümerschaft der Kommune. Notfalls auch der Kirche, wir sind ja nicht im Sozialismus. Wenn sich Gewinne schon nicht vermeiden lassen, wollen wir sie doch lieber an den Herrgott weiterleiten. Oder an den Staat, was in manchen Milieus ja irgendwie das Gleiche ist.

Angesichts dieser merkwürdigen Mischung aus politischer Nostalgie und Gott-beziehungsweise Staatsvertrauen stellt sich die Frage: Wie konnte es so weit kommen, dass der Ruf der ambulanten Arztpraxis so ist, wie er ist? Ich glaube, wir alle haben daran kräftig mitgearbeitet: Die ambulante Arztpraxis wurde systematisch schlechtgeredet.

Das passierte zum einen auf Ebene der Standesvertretungen. Ich kenne Präsidenten von Landesärztekammern und Geschäftsführer von KVen, die den vor zehn, fünfzehn Jahren aufgekommenen Ausdruck der „autistischen Einzelpraxis“ gern im Mund führten (sich damit aber natürlich nie zitieren lassen wollten). Schlechtrede gibt es aber nicht nur bei den Standesvertretern. Das ewige Lamentieren über die finanziellen Nöte der ambulanten Medizin ist seit 25 Jahren der immergleiche Refrain.

**AN DIE
TRADITIONELLE
ARZTPRAXIS DENKT
EIGENTLICH KEINER
DIESER
AMBULANTISIERUNGS-
CHEERLEADER.**



Ganz klar: Die ambulante Medizin braucht dringend einen anderen Refrain, sonst ist bald keiner mehr da, der singen könnte.

Die Schlechtrede findet vor dem Hintergrund eines Gesundheitswesens statt, in dem sich die Prioritäten verschoben haben. Das Schlagwort lautet „Präzisionsmedizin“, ein – wie der Ethiker Andreas Lob-Hüdepohl es kürzlich beim Internistenkongress treffend nannte – moralisches Hochwort. Es führt dazu, dass bei allem, was präzise, innovativ, teuer und technikintensiv ist, nahezu beliebige Preisschilder akzeptiert werden, während das Unpräzise, und damit die Standardversorgung, einen Imageschaden erleidet, der sich dann – siehe oben – tatsächlich finanziell abbilden kann.

Meine Freundin aus dem Marketing würde an dieser Stelle sagen: Ihr braucht einen Relaunch. Tatsächlich versuchte Lob-Hüdepohl, uns genau dabei zu helfen, indem er den Begriff der „Lebenslagenpräzisen, personalisierten Versorgung“ einführte. Der Maximalmedizin für alle wird damit eine differenzierte, an individuellen Lebenslagen orientierte und in ihrer Intensität klug abgestufte Versorgung gegenübergestellt. Der Begriff ist so sperrig, dass sich meine Marketingfreundin darüber kaputtlacht.

Es sei noch angemerkt, dass eine konsequente Digitalisierung der Versorgung uns bei unserem Relaunch natürlich in die Hände spielen wird, weil sie die Handlungsmöglichkeiten kleiner Versorgungseinheiten in einer immer komplexeren Versorgungslandschaft vergrößert.

Wir ambulanten Ärztinnen und Ärzte sind nicht die Bachelors unter den medizinischen Versorgern, sondern die Versorgungs-CEOs, die dafür sorgen, dass die ganzen, in Kliniken angestellten Präzisionsmedizin-Master auf dem Teppich der Realität bleiben. Das müssen die jetzt nur noch begreifen.

**Herzlichst,
Ihr Dr. Doxx**

IMPRESSUM

x.press. IT in der Praxis.

Herausgeber

medatixx GmbH & Co. KG
Kronacher Straße 43, 96052 Bamberg
Im Kappelhof 1, 65343 Eltville/Rhein
medatixx.de, x.press@medatixx.de

Verlag

HEALTH-CARE-COM GmbH
Kaiserleistraße 8A, 63067 Offenbach am Main
Telefon. 069 840006 3001, Telefax. 069 840006 8001
health-care-com.de

Redaktion medatixx

Alexandra John, Jens Naumann (V.i.S.d.P.),
Marc Tussetschläger

Redaktion HEALTH-CARE-COM

Hans-Peter Bröckerhoff, Beate Gehm (Objektleitung),
Philipp Grätzel von Grätz, Dr. Michael Lang, Silke Weidner (Korrektur)

Weitere Autoren dieser Ausgabe

Prof. Dr. Dr. Christian Dierks, Jana Ehrhardt-Joswig,
Miriam Mirza

Art direction

Katharina Doering

Erscheinungsweise

Quartalsweise, 4 Ausgaben pro Jahr

Preis

Einzelheft 4,80 Euro, Jahresabonnement (4 Ausgaben)
18,80 Euro, inklusive Versand (innerhalb Deutschlands)

Abo service

x.press-abo@medatixx.de, Telefon: 069 840006 3001
Abo Service x.press, HEALTH-CARE-COM GmbH
Kaiserleistraße 8A, 63067 Offenbach am Main

Anzeigen

Beate Gehm
Telefon: 069 840006 3030, Telefax: 069 840006 8030
b.gehm@health-care-com.de

Auflage

25 000

ISSN

2192-0397

Aufgrund der besseren Lesbarkeit verzichten wir teilweise auf die geschlechtsspezifische Differenzierung. Sämtliche Rollenbezeichnungen gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Eine Haftung für die Richtigkeit der Veröffentlichungen kann trotz sorgfältiger Prüfung durch die Redaktion nicht übernommen werden.

Bildnachweise

Titel: iStock.com/Jun S. 4: Google Research & Lichtman Lab/Harvard University; iStock.com/sorbetto S. 5: Prof. Dr. Dr. Christian Dierks; iStock.com/Gaitanides S. 6: Privat; HybridVITA S. 7: Transpara; iStock.com/sorbetto S. 8: Fraunhofer FIT; HDZ NRW/DukkArt S. 9: Martin Kunze / Fraunhofer ITMP; Adobestock.com/kimly S. 10: iStock / arthobbit S. 12: KBV; S. 13: Adobestock.com/ Giulio_Fornasar S. 15: medatixx S. 16/17: iStock.com/Golden Sikorka S. 18/19: Privat S. 21: Adobestock/pgottschalk S. 22: Verband der Privaten Krankenversicherung S. 24: Adobestock/weerasak; entia; iStock.com/NguyenDucQuang S. 25: Adobestock/Sammby





Weniger Anrufe = zufriedene Gesichter

Terminanfragen per Telefon belasten nicht nur das Praxisteam. Wartezeiten sorgen auch für lange Gesichter bei Patientinnen und Patienten. Das muss nicht sein. Bieten Sie Termine zur Buchung auf Ihrer Webseite an – mit **x.webtermin**. Das Online-Terminmanagement von medatixx sorgt für weniger Anrufe und damit allseits zufriedene Gesichter.

Unsere aktuelle Aktion hinterlässt bestimmt auch bei Ihnen ein zufriedenes Gesicht. **Bei Buchung sparen Sie die Softwarepflegegebühr für 6 Monate!*** Details hierzu unter

xwebtermin.de

* Aktion gültig bis 31.08.2024. Kein Nachlass auf einmalige Lizenzpreise sowie bestehende Verträge. Nicht mit anderen Aktionen kombinierbar. Alle Bedingungen: xwebtermin.de

Jetzt haben wir den Salat.

Die Praxissoftware medatixx sorgt für einen gesunden Alltag in Ihrer Arztpraxis.

Selbst-Update

Software hält sich selbst aktuell

Permanentbereich

Übersicht wesentlicher Patientendaten

medatixx mobile

App für den Überblick unterwegs

Aufgabenmanagement

Organisation praxisrelevanter Arbeiten

Dashboard

wichtige Patienteninformationen selbst zusammenstellen

Mit medatixx meistern Sie Ihre Arbeit im Handumdrehen. Profitieren Sie schon heute von den Vorteilen.



medatixx.de/praxissoftware