

Digitalisierung

Ärzte arbeiten schon seit Jahrzehnten technikaffin. Problematisch in der Praxis ist allerdings die Verpflichtung zu einer Digitalisierung, die nicht verlässlich funktioniert. Denn auf diese Weise kostet Digitalisierung Zeit, die eigentlich für Patienten da sein sollte, und Geld, das anderswo im System fehlt.

Was läuft falsch bei der elektronischen Patientenakte (ePA)?

Zu langsam: Auf Grund diverser Sicherheitsvorgaben dauert es 20-50 Sekunden, bis eine ePA-Instanz und die zugehörige ePA-Session im Konnektor einsatzbereit sind. Wird diese dann für 20 Minuten nicht verwendet, wird sie wieder heruntergefahren. Ein neuer Zugriff erfordert einen erneuten Start der Instanz und erneut 20 bis 50 Sekunden Wartezeit. Wenn die ePA in Zukunft bei immer mehr Patienten zum Einsatz kommt, summieren sich diese Zeiten schnell zu 1 Stunde Wartezeit pro Tag.

Zudem liegen die Dokumente aus Sicherheitsgründen Ende-zu-Ende-verschlüsselt in der ePA. Will sich ein Arzt Dokumente der ePA anschauen, müssen diese heruntergeladen und lokal durch den Konnektor entschlüsselt werden. Dieser Vorgang kostet zusätzlich Zeit: 3 bis 5 Sekunden pro Dokument, bei großen Dokumenten und hoher lokaler Last auch deutlich länger. Mal eben 10 ePA-Dokumente digital „durchblättern“, kostet dann zusätzlich ca. eine Minute reine Wartezeit – ohne das Lesen!

Wenn man das alles zusammenrechnet, stellt man fest: Damit lässt sich bei einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 6 bis 8 Minuten nicht sinnvoll arbeiten.

Fehlende Standardisierung: Aktuell sieht es danach aus, als ob es beinahe so viele E-PA-Varianten wie Krankenkassen geben wird. Die Praxen müssen sich also in rund 100 verschiedene E-PAs einarbeiten. Auch die Patienten werden sich mit Fragen zur ePA zuerst an die Praxisteams wenden, sodass für Praxen ein erheblicher Zeitaufwand entsteht, die ePA zu erklären.

Aufwändige Pflege: Nach aktuellen Plänen sollen die Ärzte die Befüllung der ePA übernehmen. Da automatisierte 1-Klick-Lösungen nicht in Sicht sind und aufgrund der fehlenden Standardisierung, bedeutet das großen Zusatzaufwand für die Praxisteams. Dieser wird aktuell aber nicht ausreichend vergütet. Für die Erstbefüllung der ePA erhält eine Praxis, unabhängig vom Aufwand, nur 10,03 Euro.

Keine verlässliche Datenbasis: Aktuell haben Patienten das Recht, gezielt Informationen aus der ePA zu „verschatten“, sodass z. B. der Facharzt eine Diagnose oder ein Medikament des Hausarztes nicht sieht. Das kann problematisch sein, da Patienten nicht immer wissen, ob eine Information für Diagnose und Therapie tatsächlich unerheblich ist (z. B. kann ein Medikament gegen Depressionen Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten haben). Damit Ärzte sich sicher sein können, dass sie möglichst vollständige Daten haben, müssen sie daher weiterhin parallel eigene Akten führen – das bedeutet doppelten Aufwand.

PDF statt strukturierter Daten: Aktuell werden z. B. Arztbrief in der ePA als PDFs abgelegt. Eine strukturierte Aufbereitung der Daten ist damit nicht möglich. Das Blättern in Papier-Arztbriefen geht schneller als sich durch unzählige PDFs zu klicken.

Stabilitätsprobleme: Viele Praxen berichten von häufigen Systemabstürzen in Zusammenhang mit der Telematikinfrastruktur (TI). Auch das kostet wertvolle Zeit.

Was läuft falsch beim eRezept?

Das eRezept wird zum 1.1.2024 zur Pflichtanwendung für Arztpraxen, ohne dass es zuvor umfangreich getestet werden konnte. Gleichzeitig werden Arztpraxen, die nicht pünktlich in der Lage sind, eRezepte zu versenden, mit Sanktionen in Form von Honorarabzügen bedroht.

Technisch gibt es noch viele Fehlerquellen bei eRezept: Praxen berichten u. a. von häufigen Problemen in Zusammenhang mit der Telematik-Infrastruktur (TI), fehlerhaftem Versand, von nicht nachvollziehbaren Fehlern durch ausbleibende Fehlermeldungen, fehlenden Schnittstellen der Praxisverwaltungssysteme (PVS) und von fehlendem technischem Equipment auf Seiten der Empfänger.

In einer Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) berichteten 59 Prozent der befragten Ärzte von zeitweisen Problemen beim digitalen Versand. 67 Prozent haben die Erfahrung gemacht, dass die IT-Dienstleister und -Anbieter schlecht erreichbar sind. 51 Prozent gaben außerdem Schwierigkeiten beim Einlösen der eRezepte in der Apotheke an.

Die meisten Patienten sind im Umgang mit dem eRezept noch nicht vertraut und unsicher, sodass das eRezept für die Praxen eine sehr erklärungsbedürftige Anwendung ist. Das führt dazu, dass nach aktuellem Stand (Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein) in rund 90 % aller Fälle weiterhin ein Papierausdruck des Rezepts notwendig ist.

Zudem dauert das Ausstellen eines eRezepts mit 25 Sekunden deutlich länger als jenes eines herkömmlichen Rezepts – trotz Stapelverarbeitung bzw. Komfortsignatur. Bei 1,5 Mio. ausgestellten Rezepten pro Tag, summieren sich selbst kleine Zeitaufwände. Wenn der Verordnungsprozess künftig nur 10 Sekunden länger dauert, fehlen pro Tag mehr als 4.000 Stunden in der Patientenversorgung in Deutschland.

Was läuft falsch bei der eAU?

Größtes Hindernis für die Anwendung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) sind Probleme mit der Telematikinfrastruktur. Nur 30 Prozent der Arztpraxen, die bereits Erfahrungen mit der eAU gemacht haben, berichteten in einer Befragung der KBV, dass das Ausstellen und der Versand der eAU bis auf kleinere Probleme gut laufe. Über 60 Prozent gaben dagegen an, dass der digitale Versand zeitweise nicht möglich sei.

Fast jeder Zweite nannte Probleme bei der Erreichbarkeit von IT-Dienstleistern und -Anbietern. Technische Probleme mit der Software oder dem KIM-Dienst würden, so das Feedback aus den Praxen, zum Teil über Monate nicht behoben.

34 Prozent der Befragten monierten auch häufige Fehlermeldungen der Krankenkassen. Rückmeldungen aus den Praxen ergeben, dass auch bis zu 50 Prozent der Arbeitgeber die eAU nicht digital abrufen kann. Selbst die Agentur für Arbeit ist dazu – im Fall von arbeitslosen Personen – nicht in der Lage.

Oft ist daher doch ein Papierausdruck der AU nötig. Zudem erhalten gesetzlich Versicherte weiter ihren Teil der AU (jenen mit der Diagnose) in Papierform. Vertragsärzte müssen also weiterhin zweigleisig fahren und sowohl eine eAU als auch eine Papier-AU bereitstellen. Für Privatversicherte gibt es noch gar keine eAU. Auch diese Zweigleisigkeit verursacht Mehraufwand.

Ist die Digitalisierung des Gesundheitswesens notwendig?

Die Digitalisierung ist richtig und notwendig. Sie ist aber kein Allheilmittel gegen den Ärzte- bzw. Fachkräftemangel, auch wenn die Politik das gerne so darstellt. Digitale Prozesse können im Idealfall eine Entlastung bringen und mehr Zeit für die menschliche Seite der Medizin – die Zuwendung und das Gespräch – schaffen.

Mobile Anwendungen werden bereits erfolgreich z. B. zur Überwachung von Diabetespatienten eingesetzt. Telemedizin entlastet Ärzte von Hausbesuchen und ermöglicht, Aufgaben an medizinisches Personal zu delegieren. Die Versorgung kann dort verbessert werden, wo der Ärztemangel besonders spürbar ist. Die Analyse große Datenmengen (Big Data) kann neue Informationen zu Krankheitsentstehung, Prävention und individualisierter Therapie liefern.

Die Ärzteschaft ist in der überwiegenden Mehrheit digital-affin und neuen digitalen Anwendungen gegenüber positiv eingestellt. Digitale Technologien müssen aber klaren Nutzen für Ärzte und Patienten bringen. Sie müssen die medizinische Versorgung besser machen und Zeit sparen, indem sie sich reibungslos in die Praxisabläufe einbinden lassen. Dazu ist es nötig, die späteren Anwender bereits in der Entwicklungsphase intensiv zu befragen. Aktuell werden Anwendungen allzu oft an ihnen vorbei entwickelt und sorgen dann beim Roll-out in der Praxis für Frust und Akzeptanzprobleme.

Profitieren Ärzte von der Digitalisierung?

Bislang spüren die meisten niedergelassenen Ärzte zu wenig vom Nutzen der Digitalisierung.

Zeitfresser statt Zeitersparnis: Häufige Systemabstürze der Telematik-Infrastruktur und ihrer Komponenten, lange Ladezeiten und Klickpfade („Manchmal braucht man 15 bis 20 Sekunden für eine Signatur und kann in der Zeit nichts anderes am Computer machen“), unübersichtliche und nicht userfreundliche Darstellung, sowie insgesamt längere Prozesse durch die Digitalisierung sind in den Praxen an der Tagesordnung. Z. B. sind beim Anlegen eines Notfalldatensatzes ein Kartenlesegerät mit Arztausweis und Gesundheitskarte des Patienten, zwei 6-stellige PIN-Nummern und zahlreiche Mausclicks nötig.

Zu oft werden störungsfreie, schnelle und etablierte, aber analoge Prozesse durch fehleranfällige, langsamere digitale Prozesse ersetzt wurde. Die Vorteile des digitalen Prozesses genießen andere

Akteure, z. B. die Krankenkassen, die nun einen Teil ihrer Verwaltungsarbeit an die Praxen outgesourct haben.

Ungenügende Kostenerstattung: De facto erhalten die Praxen ihre Kosten für die Anschaffung und Installation sowie die nötige Wartung der Komponenten der Telematik-Infrastruktur nicht voll vergütet. 2023 hat der Gesetzgeber eine TI-Pauschale beschlossen, die um bis zu 100 % gekürzt werden kann, wenn nur zwei oder mehr Anwendungen (z. B. KIM) nicht vorgehalten werden. Durch die neue Pauschale müssen Praxen finanziell in Vorleistung gehen. Auch ist die Pauschale nicht kostendeckend, da u. a. der Zeiteinsatz von Ärzten und MFA bei der Einrichtung und Problembehebung nicht einkalkuliert wurde.

Sanktionen: Praxen, die nicht an die TI angeschlossen sind oder einzelne Komponenten nicht installiert haben (z. B. weil sie sie gar nicht sinnvoll nutzen können), werden finanziell durch Kürzung der TI-Pauschale und/oder Honorarabzug bestraft. Der Honorarabzug ist besonders problematisch, da rückwirkend die Vergütung für eine bereits erbrachte medizinische Leistung gekürzt wird, nur weil diese ohne Zuhilfenahme bestimmter digitaler Mittel durchgeführt wurde.

Tatsächliche Vorteile wären z. B. Zeitersparnis im Praxisalltag durch automatisierte Übertragung von Daten in den Medikationsplan und die Patientenakte, und besserer Schutz vor Missbrauch z. B. bei BTM-Rezepten. Daher sollten neue Anwendungen nur eingeführt werden, wenn sie für die Anwender klaren Nutzen haben und technisch auf ihre Reife getestet wurden.

Warum kommt die Digitalisierung nicht voran?

Der Selbstverwaltung aus Ärzteschaft und Krankenkassen wurde oft vorgeworfen, in der Vergangenheit bei der Digitalisierung gebremst zu haben. Die Kritik ist zum Teil berechtigt. Allerdings zeigt sich, dass auch der aktuelle Kurs, die Digitalisierung mit Zwang und von oben durchzusetzen, nicht besonders erfolgreich ist.

Die Sanktionen rund um die TI haben sich als kontraproduktiv erwiesen. Die Ärzteschaft fordert digitale Produkte, die von sich aus überzeugend und attraktiv sind und deren Nutzung nicht erzwungen werden muss.

Vieles, was in Ministerbüros und von Entwicklern geplant wird und auf dem Reißbrett sinnvoll wirkt, entpuppt sich in der realen Anwendung als nicht zielführend. Deswegen muss die Anwender-Perspektive so früh wie möglich im Entwicklungsprozess einbezogen werden. Dazu kommt, dass vielfach Prozesse wie beim eRezept einfach digitalisiert wurden, ohne sie im selben Zug zu transformieren und dadurch besser bzw. schneller zu machen.

Ein weiteres Problem ist die heterogene Software-Landschaft: Es gibt unzählige Praxisverwaltungssysteme mit sehr unterschiedlichen Voraussetzungen. Viele davon waren z. B. zur Einführung der ePA in den Praxen gar nicht bereit, diese zu unterstützen.

Die Gematik verantwortet nur die Vorgaben an die TI-Anteile des Gesamtsystems. Für die Umsetzung in den jeweiligen Primärsystemen und dafür, dass die Kette der Industrieprodukte am Ende beim Arzt funktionieren, hat sie keinen gesetzlichen Auftrag. Da die Gematik von Versicherungsgeldern bezahlt wird, darf sie gemäß gesetzlicher Vorgaben aber nur zu Dingen tätig werden, zu denen sie gesetzlich beauftragt wurde – nicht mehr.

Welche konkreten Verbesserungsvorschläge gibt es?

Die **ärztliche Perspektive** muss – genauso wie Perspektive anderer Anwender – von Beginn an in der Entwicklung berücksichtigt werden. Usability muss stärker in den Fokus gerückt werden. Bei der Entwicklung müssen Nutzer-Ziele formuliert werden. Beispiel Medikationstherapie: Das Ziel ist nicht, dass es einen Medikationsplan gibt, sondern dass die Anzahl der schweren und tödlichen Wechselwirkungen und der nicht wirkenden Medikationstherapien reduziert wird.

Sanktionen sind kontraproduktiv. Anwendungen müssen überzeugen, dann setzen sie sich von selbst durch. Was beim iPhone funktioniert hat, sollte auch für die TI gelten.

Für die sehr heterogene PVS-Landschaft braucht es **eindeutige Schnittstellendefinitionen** und mehr Austausch. Außerdem muss es für Praxen leichter möglich werden, den PVS-Hersteller zu wechseln. Die PVS-Anbieter müssen zu offenen Schnittstellen in ihren Programmen verpflichtet werden, ohne daraus wieder ein eigenes Geschäftsmodell zu entwickeln.

Es muss einen **Gesamtverantwortlichen** geben, der überwacht, dass die digitalen Produkte, die in den Arztpraxen ankommen auch funktionieren und die Hersteller bei Nichterfüllung zur Rechenschaft ziehen kann. Zudem muss es möglich werden, neue Anwendungen nicht nur innerhalb eines Systems, sondern im Zusammenspiel mehrerer Systeme von Anfang bis Ende zu auf Interoperabilität zu prüfen.

Ein **Patienten-Check-in** über das Smartphone vor dem Praxisbesuch, ähnlich wie vor Flugreisen oder bei Hotelbuchungen, würde Medizinische Fachangestellte von vielen unnötigen bürokratischen Aufgaben entlasten (z. B. Stammdatenabgleich). Zudem ließen sich so Folgeprozesse wie Recalls oder auch eine Terminausfallgebühr (eingezogen über die Krankenkasse) leichter implementieren.

Des Weiteren sind die **Krankenkassen** in der Verantwortung, ihre Versicherten bei digitalen Anwendungen zu unterstützen. Es kann nicht Aufgabe der Praxisärzte und deren Teams sein, die digitalen Anwendungen, wie das eRezept, die eAU oder die elektronische Patientenakte der Krankenkasse, den Versicherten zu erläutern und sie bei der Bedienung zu unterstützen.

Bei der ePA brauchen Ärzte eine **rechtliche Absicherung** bei unvollständigen Daten. Zudem sollte eine einheitliche elektronische Gesundheitsakte entwickelt werden statt Insellösungen einzelner Kassen.

Anwendungen wie KIM (Kommunikation im Medizinwesen) sollten nicht nur für Arztpraxen zur Pflicht werden, sondern gleichzeitig bei sämtlichen Anwendern eingeführt werden. Aktuell scheitert der Austausch über KIM u. a. daran, dass z. B. Krankenhäuser, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenkassen, Alten- und Pflegeheime, Apotheken, und Heilmittelerbringer (z. B. Physiotherapeuten) weiterhin analog kommunizieren, was zu Medienbrüchen führt.

Weiterführende Literatur:

1. <https://www.virchowbund.de/praxisaerzte-blog/7-thesen-zur-digitalisierung-im-gesundheitswesen>
2. <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/KBV-konfrontiert-CompuGroup-mit-Beschwerden-ueber-TI-Vertraege-und-Konnektorbetrieb-442796.html>

3. <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Niedersachsen-Aerzte-aergern-sich-ueber-Preiserhoehungen-einiger-PVS-Hersteller-441567.html>
4. <https://www.kbv.de/html/58533.php>