

medQN news

Neuigkeiten aus den Fachgebieten

Ärztebrief 16

Telematikinfrastruktur



- Telematikinfrastruktur .. 1
- Optionen der Telematikinfrastruktur3
- Gesundheitskompetenz, Kommunikation im medizinischen Alltag3
- Korrelation zwischen Zervikaler Lordose und Bandscheibenvorwölbungen.....5
- Neue Medikamente5

Die KBV treibt die Einführung der elektronischen Patientenakte voran. So wurden Vereinbarungen zur Einführung des elektronischen Impfpasses und des elektronischen Zahnbonusheftes getroffen.

Diese medizinischen Informationsobjekte (MIO) sollen Bestandteil der elektronischen Patientenakte werden.

Weitere Informationen zu MIO können Sie im geschlossenen Bereich für Ärzte auf unserer Website (www.medqn.de) abrufen.

Elektronische Patientenakte (ePA)

Die gesetzlichen Krankenkassen sind dazu verpflichtet, ihren Versicherten ab dem 01.01.2021 eine elektronische Patientenakte (ePA) anzubieten.

Impressum:

Herausgeber:

Med-QN Netzbüro, www.medqn.de

Tel.: (0234) 547 54 53,

Redaktion: Prof. Georg Juckel,

Dr. Michael Tenholt

Gestaltung: Brigitte Mayer,

www.b-m-grafikdesign.de

Fotos: AdobeStock:

© bearsky23 (1), © venimo (3),

© StockPhotoPro (4), © Siam (5)

Arztpraxen sind ab Mitte des Jahres 2021 dazu verpflichtet, die notwendige Ausstattung vorzuhalten, um Daten in die ePA zu übertragen und auslesen zu können.

Im Patientendatenschutzgesetz werden die Vorgaben an die elektronische Patientenakte konkretisiert. Ein Feldtest zu dieser Anwendung soll im 4. Quartal 2020 erfolgen.

Weitere TI-Anwendungen:

Anwendung	Verfügbarkeit ab
Notfalldatenmanagement (NFDM) elektronischer Medikationsplan (eMP) Kommunikation im Medizinwesen (KIM) Qualifizierte elektronische Signatur (QES)	Voraussichtlich ab Q 3/2020
elektronische Patientenakte (ePA)	01.01.2021
elektronisches Rezept	01.01.2022
elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)	01.01.2021

Diagnostik und Entscheidungsfindung sowie Robotik.

Während in anderen europäischen Ländern digitale Technologien im medizinischen Alltag verwendet werden, gibt es in Deutschland noch Schwierigkeiten bei der Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen soll weiter vorangetrieben werden: so ist zum Beispiel das E-Health-Gesetz

Dem Begriff „Digitalisierung“ kann man heutzutage nicht mehr aus dem Weg gehen – so auch nicht im Gesundheitswesen.

Darunter fallen unter anderem die elektronische Patientenakte, Gesundheits-Apps, Telematikinfrastruktur (TI), Video-Sprechstunde aber auch der Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI) bei der

zum 01.01.2016 in Kraft getreten und auch das seit dem 11.05.2019 wirksame TSVG (Terminservice und Versorgungsgesetz) enthält vielfältige Regelungen im Hinblick auf die digitale Zukunft. Zuletzt ist das DVG (Digitale-Versorgungs-Gesetz) am 19.12.2019 in Kraft getreten.

Quelle: KVWL, KBV, Servier

PRAKTISCHE KARDIOLOGIE – JOURNAL BY FAX

In Zusammenarbeit mit dem Bundesverband
Niedergelassener Kardiologen



Redaktion: S. Berrisch-Rahmel, Düsseldorf; D. Jesinghaus, Saarbrücken; F. Sonntag, Henstedt-Ulzburg; R. Zimmermann, Pforzheim. **Für den BNK:** N. Smetak, Kirchheim (Erster Bundesvorsitzender); F. de Haan, Solingen
Für die Inhalte der Artikel ist der jeweilige Autor verantwortlich.

Das neue DVG: Ein Schritt in Richtung digitale Zukunft

RA Thorsten Ebermann
München

Heutzutage kann man dem Trendwort „Digitalisierung“ in allen Lebensbereichen nicht mehr aus dem Weg gehen. Das gilt auch für das Gesundheitswesen. Gesprochen wird hier derzeit unter anderem über die elektronische Patientenakte, Gesundheits-Apps, die Telematikinfrastruktur (TI) als Datenautobahn, die Video-Sprechstunde aber auch über den Einsatz künstlicher Intelligenz (KI) bei der Diagnostik und Entscheidungsfindung sowie Robotik. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen eröffnet sicherlich enorme Chancen, Risiken können ihr aber auch nicht abgeschlagen werden. Im europäischen Vergleich ist Deutschland bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen weit abgeschlagen. In anderen europäischen Ländern sind digitale Technologien schon längst im medizinischen Alltag angekommen, während es in Deutschland noch Schwierigkeiten bei der Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen gibt. Das Gesundheitsministerium beabsichtigt die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben: So ist zum Beispiel das E-Health-Gesetz zum 01.01.2016 in Kraft getreten und auch das seit 11.05.2019 wirksame TSVG (Terminservice und Versorgungsgesetz) enthält vielfältige Regelungen im Hinblick auf die digitale Zukunft. Zuletzt ist das DVG (Digitale-Versorgung-Gesetz) am 19.12.2019 in Kraft getreten.

Was bringt das DVG mit sich?

Das DVG bringt vielschichtige Regelungen im Hinblick auf die Digitalisierung des Gesundheitswesens mit sich, wobei das Ziel des Gesetzes insbesondere die Optimierung der Patientenversorgung durch digitale Gesundheitsanwendungen ist. So sollen künftig Gesundheits-Apps, die zuvor vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) auf Sicherheit, Funktion, Qualität und Datensicherheit überprüft worden sind, vom Arzt verschrieben werden können.

Die Kosten dafür trägt dann die gesetzliche Krankenversicherung. Des Weiteren wird die verpflichtende Teilnahme an der Telematikinfrastruktur (TI) ausgeweitet, um Patienten möglichst bald flächendeckend die Einsicht in die elektronische Patientenakte ermöglichen zu können. Apotheken müssen sich bis 30.09.2020 und Krankenhäuser bis 01.01.2021 an die TI anschließen. Ärzte, die weiterhin die Nutzung der TI ablehnen, müssen ab 01.03.2020 Honorarkürzungen in Höhe von 2,5 Prozent in Kauf nehmen. Ebenfalls werden monetäre Anreize geschaffen, Arztbriefe nicht per Telefax, sondern elektronisch zu übermitteln, um das papierlose Arbeiten im Gesundheitswesen weiter voranzutreiben. Ein weiterer großer Schritt ist, dass die bei den Krankenkassen vorliegenden Abrechnungsdaten in einem Forschungsdatenzentrum in pseudonymisierter Form zusammengefasst und der Forschung auf Antrag zur Verfügung gestellt werden. Damit sollen der Wissenschaft künftig aktuellere und umfangreichere Daten mit dem Ziel der Schaffung neuer Erkenntnisse zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellt werden. Nutzungsberechtigt im Hinblick auf diese Daten sind ausschließlich öffentliche Stellen und Universitätskliniken.

Kritik an dem neuen Gesetz

Dies sind lediglich die wichtigsten Bestandteile des neuen DVG. Der derzeitige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn betont, man wolle „jetzt Geschwindigkeit machen, um unser Gesundheitswesen fit zu machen für die digitale Zukunft“. Diese grundsätzliche Zielsetzung des Gesetzes, digitale Innovationen schneller in die medizinische Versorgung zu integrieren, stößt im Ergebnis nach einhelliger Meinung auf Zuspruch. Allerdings wird das neue Gesetz nicht ausschließlich positiv wahrgenommen. Kritik wird in besonderem Maße hinsichtlich der Zurver-

fügungstellung von pseudonymisierten Daten zu Forschungszwecken geäußert. Der Bundesdatenschutzbeauftragte Ulrich Kelber äußerte trotz der Pseudonymisierung der Daten große datenschutzrechtliche Bedenken und sprach sich für eine Widerspruchsmöglichkeit der Patienten gegen die Verwendung der eigenen Daten aus. Das sieht der Industrieverband Bitcom, der das DVG als „Durchbruch für die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung“ ansieht, ganz anders: Von der Nutzung pseudonymisierter Gesundheitsdaten, die zu einem medizinischen Fortschritt führen werden, können Millionen Menschen profitieren. „Allerdings wird diese Regelung ihren vollen Nutzen nur entfalten, wenn die Gesundheitsdaten auch für private Forschung sowie für die Hersteller von Medikamenten und Gesundheitsanwendungen verfügbar gemacht werden“, so der Verband. Der Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) sieht unter diesem Aspekt ein ganz anderes Risiko: „Die größte Gefahr besteht nicht im Datenmissbrauch, sondern darin, Daten gar nicht erst zu nutzen.“

Als nächster Schritt in Richtung digitale Zukunft kommt das Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG). Ziel ist vordergründig die Sicherheit der Daten betreffend der elektronischen Patientenakte (ePA), die ab dem 01.01.2021 allen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherungen zur Verfügung gestellt werden soll.

Literatur:

1. Pressemitteilung McKinsey&Company vom 27.09.2018 zur McKinsey-Studie betr. Digitalisierung im Gesundheitswesen
2. PwC, Digitalisierung im Gesundheitswesen, <<https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/digitalisierung-im-gesundheitswesen.html>> (abgerufen am 13.02.2020)
3. Krüger-Brand (2019) Dtsch Arztebl 116(46): A-2111 / B-1729 / C-1689
4. Beerheide (2020) Dtsch Arztebl 117(6): A-238



VIACORAM® =BiPreterax®N

VIACORIND®

Servier. Für eine Zukunft mit Herz.

Ein wissenschaftlicher Service von:
Servier Deutschland GmbH
Elsenheimerstraße 53 | 80687 München

www.servier.de
Fax: 089 570 95 126
E-Mail: info-de@servier.com

Amtsgericht München HRB 105 119
Geschäftsführer: Christian Bazantay

Optionen der Telematikinfrastruktur



Bekanntermaßen ist das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) der Beginn des Einstiegs in die Digitalisierung der Arztpraxen. Es wird ein Datenetz geben, das neben dem VSDM andere versorgungsrelevante Anwendungen ermöglicht.

Es ist geplant, einige dieser Anwendungen verpflichtend einzuführen. So zum Beispiel das Notfalldatenmanagement (NFDM) und der elektronische Medikationsplan (eMP). Die Notfalldaten können in der elektronischen Gesundheitsakte (eGK) gespeichert werden und enthalten wichtige Daten für den Notfall, z.B. Vorerkrankungen und Medikamente.

Der schon bekannte bundeseinheitliche Medikationsplan ist eine Vorstufe des eMP und soll den Arzt bei der Festlegung der Arzneimitteltherapie unterstützen.

Hausärzte, Fachärzte und Apotheker können den Medikamentenplan auf der eGK aktualisieren und dann dem Patienten zur Verfügung stellen.

Für beide Anwendungen (NFDM und eMP) ist ein E-Health-Konnektor erforderlich.

E-Health-Konnektor

Der E-Health-Konnektor ist ein Software-Update für den bisher in den Praxen

installierten Konnektor für den Anschluss an die Telematikinfrastruktur. So wird die Umsetzung des NFDM, eMP, eArztbrief, eArbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und eRezept möglich.

eArztbrief, eAU und eRezept

Für die Verbesserung der Kommunikation ist ein sektorübergreifender Kommunikationsdienst vorgesehen, der die Umsetzung des eArztbriefs, der eAU und des eRezeptes ermöglicht. Dieser Kommunikationsdienst funktioniert ähnlich wie eine E-Mail und ist mit mehreren Sicherheitsmaßnahmen ausgestattet, wie z.B. der End-zu-End-Verschlüsselung. Das eRezept soll das bisherige Rezept in Papierform ablösen. Die eAU soll schon ab Januar 2021 elektronisch an die Krankenkassen übermittelt werden. Auch der Arbeitgeber und der Versicherte sollen in die elektronische Kommunikation eingeschlossen sein.

Elektronische Patientenakte (ePA)

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten ab Januar 2021 eine ePA anzubieten. Auch die Arztpraxen sollen verpflichtet werden, notwendige Ausstattungen für den ePA vorzuhalten.

*Dr. med. Michael Tenholt
1. Vorsitzender des MedQN
Quelle: Kassenärztliche
Bundesvereinigung*

Gesundheitskompetenz

Leitfaden zur Kommunikation im ärztlichen Alltag 1. nonverbale Kommunikation

Im Vordergrund des Patientengesprächs steht die verbale Kommunikation. Die Wissensvermittlung durch das gesprochene Wort wird durch die nonverbale Kommunikation unterstützt. Weitgehend unbekannt ist, dass der Anteil der Körpersprache – die nonverbale Kommunikation – dabei 55% beträgt.

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient wird de facto durch die Körpersprache nicht unwesentlich gestärkt. Das trägt zur Versorgungsqualität erheblich bei.

Zur nonverbalen Kommunikation gehören: Körperhaltung, Mimik, Gestik und Stimmlage.

Durch den Einsatz der Körpersprache können Sie die Wichtigkeit Ihrer Aussagen unterstützen und dazu beitragen, dass das Gesagte besser verstanden wird.

- So können Sie durch freundliche Begrüßung und Verabschiedung eine vertrauliche Atmosphäre schaffen
- Zeigen Sie zu Beginn des Gesprächs viel Aufmerksamkeit und Wertschätzung
- Sehen Sie Ihr Gegenüber an und unterstreichen dies durch eine zugewandte Sitzposition
- Zeigen Sie sich offen durch entsprechende Arm- und Beinhaltung.

Die nonverbale Kommunikation muss mit dem gesprochenen Wort inhaltlich übereinstimmen. Sie sollten so als authentisch wahrgenommen werden.

Vor allem bei besonderen Mitteilungen wie z.B. belastenden Befunden für den Patienten, ist Empathie und Fürsorge erforderlich. Strahlen Sie Ruhe und Besonnenheit aus, die sich auf den Patienten überträgt und ihm Sicherheit gibt, indem Sie Ihre Mitteilungen kompetent herüberbringen.

Achten Sie auch auf die Körpersprache des Patienten und vergewissern Sie sich, ob Sie verbal verstanden wurden und ob Ihr Beteiligungs- und Unterstützungsangebot wahrgenommen wurde.

Kommunikation im medizinischen Alltag

2. Verbale Kommunikation

Eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient beeinflusst entscheidend die Therapietreue des Patienten und damit den medizinischen Behandlungserfolg.

→ Ziele der Kommunikation

Um die Ziele der Kommunikation zu beschreiben, wurden Modellvorschläge erarbeitet.

Ein Vorschlag formuliert, dass es Ziel sein soll:

1. Daten zu gewinnen,
2. Patienten zu informieren und
3. auf die Gefühle der Patienten einzugehen.

Ein anderes Modell formuliert, dass es wichtig sei:

1. eine Beziehung zu entwickeln, beizubehalten und abzuschließen,
2. die Probleme zu identifizieren und den Verlauf zu überwachen,
3. beim Patienten Informationen zu vermitteln sowie Behandlungspläne zu implementieren.

→ Gesprächstechniken

Folgende Gesprächstechniken gibt es:

Festlegen von Zeitgrenzen und Themen,
Warten (Pausen),
Wiederholen,
Spiegeln,
Zusammenfassen

Die **Pausen** haben eine betonende Funktion.

Beim **Wiederholen** werden die Worte des Patienten aufgenommen, um den Gesprächsfluss aufrecht zu erhalten.

Beim **Spiegeln** greift der Arzt auf das zurück, was der Patient gehört oder wahrgenommen hat, und projiziert dies auf das vom Patienten geschilderte Problem.

Bei der **Zusammenfassung** kann der Arzt überprüfen, ob das, was er vom Patienten mitgeteilt bekommen hat, auch richtig verstanden wurde.



→ Umgang mit Emotionen

Der Arzt sollte im Gespräch wahrgenommene Emotionen benennen können, Verständnis ausdrücken, Respekt oder Anerkennung für den Patienten artikulieren, ihm Unterstützung anbieten und weitere Aspekte der Emotionen herausfinden.

Divergieren die gemeinsamen Vorstellungen erheblich, kann eine sinnvolle Diagnostik und Therapie unmöglich werden.

Am Ende des Gesprächs sollte eine Entscheidungsfindung erfolgen. sollte eine Entscheidung getroffen werden.

Der Arzt sollte sicherstellen, dass der Patient alle relevanten Informationen für die gemeinsame Entscheidung verstanden hat.

→ Informationsvermittlung

Es empfiehlt sich, den Prozess der Informationsvermittlung zu strukturieren, ähnlich wie ein Inhaltsverzeichnis in einem Buch.

Bei verschiedenen Entscheidungsoptionen sollten die Vor- und Nachteile benannt werden. Es gibt am Ende die Möglichkeit, dass der Patient dem Arzt die Entscheidung überlässt.

→ Warum, wie, wann?

Es sollen die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Verfahren in patientenverständlicher Sprache dargelegt werden.

Der genaue Ablauf sollte erklärt, die Risiken der Diagnostik und Therapie benannt und ein Ausblick auf das weitere Vorgehen gegeben werden.

Mit den Vorstellungen zwischen Arzt und Patient sollte lösungsorientiert umgegangen werden. Dazu gehört, gemeinsame Schnittmengen zu erarbeiten.

Bei weitgehend gleicher Vorstellung stören die eventuellen Unterschiede nicht.

Manchmal möchte der Patient die Entscheidung nicht ad hoc treffen, sondern erbittet sich Bedenkzeit oder wünscht eine Zweitmeinung.

Optimal wäre, wenn der Patient die Entscheidung gemeinsam mit dem Arzt trifft, nachdem sie das Für und Wider der Optionen miteinander besprochen haben.

*Dr. med. Michael Tenholt
1. Vorsitzender des MedQN*

Quelle: Leitlinien der Kommunikation im medizinischen Alltag – Ärztekammer Nordrhein



↗ Korrelation zwischen Zervikaler Lordose und Bandscheibenvorwölbungen bei jungen Patienten mit Nackenschmerzen

Bekannte Auslöser für Nackenschmerzen sind eine unphysiologische Haltung im Sinne einer Streckfehlhaltung oder sogar einer Kyphose und zervikale Bandscheibenprotrusionen. Eine Kenntnis dieser Faktoren ist ein wesentlicher Baustein einer konservativen Therapie. Eine aktuelle Studie hat diesen Zusammenhang zwischen zervikaler Lordose und zervikaler Bandscheibenprotrusion bei jungen Patienten mit chronischen Nackenschmerzen untersucht.¹

Es wurden insgesamt 300 Patienten mit chronischen Nackenschmerzen unter 40 Jahren eingeschlossen. Patienten mit strukturellen Veränderungen wie Traumafolgen, Dysplasien oder Operativen im Bereich der HWS wurden ausgeschlossen. Es wurden jeweils Röntgenbilder der HWS in 2 Ebenen und ein MRT der HWS durchgeführt. Anhand dieser Bilder erfolgte die Untersuchung nach festgelegten Parametern.

Die zervikale Lordose wurde im seitlichen Röntgenbild bestimmt. Es wurde als größter Abstand einer direkten senkrechten Linie von C2 nach C7 und einer Linie entlang der Hinterkanten von C2 nach C7 definiert. Im sagitalen MRT wurde der Grad der Kompression bestimmt durch

Bildung eines Quotienten aus dem sagitalen Durchmesser der Dura mater und des Spinalkanals im Bereich der stärksten Bandscheibenvorwölbung. In diesem Segment wurde zusätzlich die Höhe des Bandscheibenfaches zwischen End- und Deckplatte bestimmt. Schließlich wurde in den transversalen Schichten der Grad der Bandscheibenvorwölbung bestimmt.

Anhand der zervikalen Krümmung aus dem Röntgenbild wurden die Patienten in 3 Gruppen eingeteilt: Kyphose (<0mm, n=105), Geradstellung oder Steilstellung (0-7mm, n=99) und Lordose (>7mm, n=96). In der Gruppe der Kyphosepatienten war das mediane Alter signifikant am niedrigsten (30,4Jahre). Bei Frauen wurde häufiger eine Kyphose oder eine Steilstellung gefunden. In den MRT-Aufnahmen konnten bei 201 Patienten Bandscheibenvorwölbungen festgestellt werden. Die häufigste Lokalisation war bei C5/6. Die Ausprägung der Bandscheibenvorwölbung zeigte sich signifikant höher bei Kyphose ($3,3 \pm 1,5\text{mm}$) und bei Steilstellung ($1,6 \pm 1,5\text{mm}$) als bei einer Lordose ($0,9 \pm 1,3\text{mm}$). Ferner zeigte sich eine Abnahme des Grades der Bandscheibenvorwölbung bei zunehmender Lordose. Hier fand sich eine negative Korrelation. Der Quotient der zervikalen

Spinalkanalweite war bei Lordose ebenfalls signifikant höher als bei Steilstellung oder Kyphose, das bedeutet, dass der Spinalkanal bei Steilstellung und Kyphose signifikant enger war als bei Lordose.

Nach einer Intervention mit Sport oder Rehamaßnahmen wurde eine Nachuntersuchung durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass sich die Kyphose signifikant in Richtung Lordose verbesserte. Gleichzeitig reduzierten sich hier die Bandscheibenvorwölbungen ebenfalls signifikant im Vergleich zur ersten Untersuchung. Die Nackenschmerzen zeigten sich ebenfalls rückläufig.

Fazit

Es konnte gezeigt werden, dass der Grad der zervikalen Bandscheibenvorwölbung und der Grad der zervikalen Spinalkanalstenose negativ mit einer zervikalen Lordose korrelieren. Folglich ist bei der Behandlung von Nackenschmerzen die Wiederherstellung bzw. die Verbesserung der zervikalen Lordose anzustreben. Hierzu sind Sport und Physiotherapie geeignet.

1. Gao K et al. Correlation between cervical lordosis and cervical disc herniation in young patients with neckpain. *Medicine (Baltimore)* 2019 doi: 10.1097/MD

Falk Guddat

Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Facharzt für Orthopädie

↗ Neue Medikamente 2020

15 neue Medikamente sind im Jahr 2020 auf den Markt gekommen. Diese betreffen:

- Tumorerkrankungen
- spinale Muskelatrophie (auch bei Babys und Kindern)
- chronischer Immuntrombozytopenie
- Asthma-Behandlungen
- Covid-19
- Mycosos fungoides und Sézary-Syndrom
- Opioid-induzierter Obstipation
- HER2-negativer Brustkrebs
- Narkolepsie und Schlafapnoe
- Nicht metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom

Beiträge zu Einzelheiten können angefordert werden.