



Exkurs: Der mobile, smarte und digitale Patient

Lina Behrens und Ann-Kathrin Weigand

Der Patient von morgen als Gestalter seiner Gesundheitsversorgung

Vergleicht man den Patienten der Generation Z mit dem der Boomer-Generation fällt ein grundlegender Unterschied auf: Die Boomer-Generation vertraut meist über viele Jahrzehnte auf einen Hausarzt und nimmt damit sowohl eine Orts- als auch Zeitgebundenheit in Kauf. Die Gen Z hingegen ist auf der Suche nach einer Gesundheitsversorgung, die sich nahtlos in den Alltag – egal ob beruflich oder privat – integrieren lässt. Mit Slogans wie „Für dich mache ich die Nacht durch“ machen etwa die Berliner Vor-Ort-Apotheken diesen Shift deutlich.

Dem Patienten von morgen, der auch als Patient 2.0 bezeichnet werden kann, ist eine Versorgung geprägt durch Komfort und Service wichtig. Lange Wartezeiten auf einen Termin sind für ihn ebenso inakzeptabel wie ein überfülltes Wartezimmer oder eine lange Anreise zum Arzt. Auch die Nachfrage von Videosprechstunden ist – zusätzlich getrieben durch die Corona-Pandemie – von wenigen 100 Minuten pro Jahr bis 2019 auf über 1 Mio. Minuten im ersten Halbjahr 2020 angestiegen (Mangiapane et al. 2021). Dies leitet eine neue Art der Versorgung ein: Integrierte Gesundheitsdienstleistungen, die idealerweise bequem von Zuhause durchgeführt werden können und den gesamten Patientenpfad abbilden, integriert – wo notwendig – in die Versorgung vor-Ort.

Die Entwicklung macht deutlich, dass für den Patient 2.0 Gesundheit nicht mehr nur eine notwendige Pflichtleistung ist. Stattdessen wird vermehrt der Anspruch der Gesundheitsversorgung als Gesundheitserlebnis gesetzt. Damit wird der Begriff „Patient Experience“ immer wichtiger, der analog zur „Nutzerexperience“ im Einzelhandel, der Industrie und dem eCommerce verstanden werden kann. Erste Anbieter

wie bspw. das Münchner Unternehmen *Avi Medical* – spezialisiert auf die moderne Hausarztpraxis – richten ihr Angebot spezifisch an diesen Bedürfnissen aus.

Der Patient wird mündiger und aktiver Teil seiner Versorgung

Auch das Arzt-Patienten-Verhältnis wandelt sich. Dieser Wandel wird durch das veränderte Eigenverständnis des Patienten und seiner Nutzung von digitalen Angeboten getrieben. Die elektronische Patientenakte (ePA), die am 1. Januar 2021 in Deutschland eingeführt wurde und sukzessive ausgeweitet wird, ermöglicht die direkte Einbindung und Einflussnahme des Patienten. Entscheidend für die Akzeptanz ist dabei, dass die Datenhoheit und die Datenfreigabe in der Hand des Patienten liegen (Rohleder 2020).

Auch andere digitale Tools verhelfen dem Patienten zu einer stärkeren Mündigkeit („Patient Empowerment“). Eine Umfrage zeigt, dass bspw. 50% der Deutschen vor einem Arztbesuch „Dr. Google“ befragen (Paulsen 2020). Aus ähnlichen Gründen erfreuen sich Symptom-Checker wie *Ada Health* oder *Babylon Health* großer Beliebtheit. Die Folge: Der Patient hat bereits vor dem eigentlichen Arztbesuch einen Anhaltspunkt für mögliche Erkrankungen und damit auch, welcher Arzt oder Spezialist geeignet sein mag. Erste etablierte Akteure, wie bspw. die *Sana-Kliniken* haben diesen Trend bereits für sich erkannt und mit *Infermedica* einen eigenen Symptom-Checker in ihr Angebot integriert. Weitere digitale Tools wie „What’s in my meds“, „was hab’ ich?“ oder *BetterDoc* unterstützen dieses fortschreitende Patienten-Empowerment. Patienten erhalten über diese Anwendungen nutzerfreundliche Informationen über Inhaltsstoffe in Medikamenten, Übersetzungen von Befunden und Arztbriefen in Laiensprache oder eine Empfehlung für den bestmöglichen Arzt. Für den Arzt ist es daher notwendig, Patienten stärker mit einzubinden und auch kritische oder fachbezogene Fragen verständlich zu beantworten. Andernfalls ist damit zu rechnen, dass der Patient sich um eine alternative Anlaufstelle bemüht und das Arzt-Patienten-Verhältnis geschwächt wird. Die Begegnung auf Augenhöhe wird daher immer mehr zum Schlüsselfaktor für den Erfolg.

Patientenzentriertes Monitoring wird zum festen Bestandteil der medizinischen Versorgung

Die Anzahl an verkauften Smartwatches steigt zunehmend an (Lim 2020). Die meisten von ihnen sind mit der Möglichkeit ausgestattet, Gesundheitsparameter zu erfassen, wie etwa Herzfrequenz, Bewegung und Schlaf. Erste Geräte, wie bspw. die *Galaxy-Watch* von *Samsung*, nehmen bereits deutlich anspruchsvollere Messungen wie die des Blutdrucks als Funktion auf (Muioio 2021). Auch andere Remote-Monitoring-Lösungen wie Smart-Home-Geräte und sensor-basierte Kleidung und Accessoires erfreuen sich wachsender Beliebtheit. Spätestens mit einer Schnittstelle zur ePA haben Patienten die Möglichkeit, Daten aus eigenen Geräten strukturiert einzuspielen und ihren Ärzten zur Verfügung zu stellen. Diese Möglichkeiten rücken den Patienten in den Mittelpunkt und machen die Daten im medizinischen Kontext besser nutzbar. Gleichzeitig können die neuen Datenquellen eine Erwartungshaltung an den Leistungserbringer wecken, die vorhandenen Daten zur Personalisierung der Behandlung

oder für Behandlungsentscheidungen zu nutzen – und erfordern mitunter eine Adaption der Leistungserbringung.

Der Patient 2.0 erfordert eine Leistungserbringung 2.0

Der Patient 2.0 erwartet eine andere Leistungserbringung als seine Vorgänger. Anhaltspunkte liefert eine Befragung des *bitkom*: Waren im Mai 2019 lediglich 30% aller Befragten bereit per Videosprechstunde mit einem Arzt oder Therapeuten zu kommunizieren, lag diese Zahl im Juli 2020 bei 45%. Zusätzlich wollen 4 von 10 der Befragten eine App auf Rezept bei ihrem Arzt einfordern (Rohleder 2020). Diese Zahlen machen deutlich, dass die digitale Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten zukünftig immer stärker in den Vordergrund rücken wird.

Mit dem Patient 2.0 ändert sich der Eintrittspunkt in die Versorgung

War in der Vergangenheit primär der Hausarzt die erste Anlaufstelle für den hilfesuchenden Patienten, ändert sich dies mit dem Patient 2.0 (s. Abb. 1). Dadurch verliert der Hausarzt zunehmend die Rolle des Gatekeepers. Auch der stationäre und Facharzt-Sektor rückt in der Wertschöpfungskette somit weiter nach hinten. War die ursprüngliche Prämisse „ambulant vor stationär“ wird der Eintrittspunkt zukünftig digital erfolgen und daher die neue Logik „digital vor ambulant vor stationär“ etablieren. Wollen Leistungserbringer in Zukunft hier ansetzen und die Patientensteuerung beeinflussen, werden ein digitaler Auftritt, ein niedrigschwelliger digitaler Eintrittspunkt und ein umfassendes digitales Leistungsangebot immer wichtiger.

Die Patientensteuerung der Zukunft geschieht digital

In naher Zukunft wird der Einfluss auf die Patientensteuerung noch deutlicher werden (s. Abb. 2). Einen Eindruck, wie diese in Zukunft aussehen könnte, vermittelt der schwedische Telemedizinanbieter Kry: Durch eine Kooperation mit dem MVZ-An-

traditionelles System

Der Hausarzt ist die erste Anlaufstelle in der Versorgung.



zukünftiges System

Der Patient 2.0 tritt zunehmend auf dem digitalen Weg in die Versorgung ein. Der Hausarzt verliert damit seine Lotsenfunktion im System.

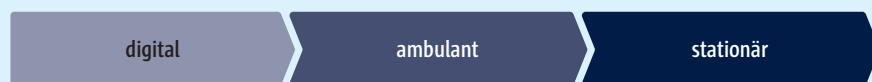


Abb. 1 Traditionelle und zukünftige Wertschöpfungskette in der medizinischen Leistungserbringung

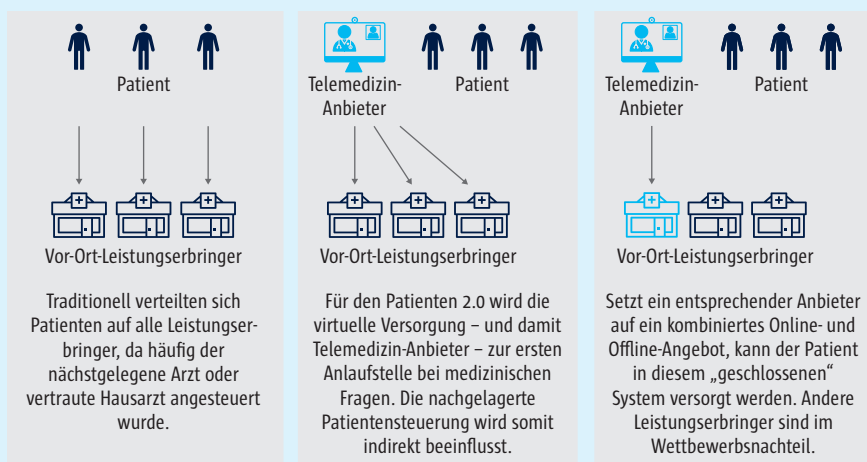


Abb. 2 Einfluss von digitalen Leistungserbringern auf die Patientensteuerung

bieter *Helsa* kann *Kry* seine Patienten nicht mehr nur innerhalb seines eigenen digitalen Systems steuern, sondern kann sie bei Bedarf auch gezielt an einen niedergelassenen Arzt im Netzwerk weiterleiten (Mageit 2020). Ein ähnlich ganzheitliches Angebot schafft der britische Anbieter *Babylon Health*. Bis 2030 wird dieser die virtuelle Primärversorgung der 300.000 Einwohner-Stadt Wolverhampton in den UK übernehmen (Evans 2020). Neben dem Remote Monitoring für Chroniker können Bewohner Videokonsultationen buchen oder sich ein eRezept ausstellen lassen. *Babylon Health* wird damit – zumindest für eine bestimmte und vor allem junge Patientengruppe – zur ersten Anlaufstelle für den Eintritt in die Versorgung (Quigley et al. 2019). Ein Platz, der bisher vielfach durch den Hausarzt besetzt wurde.

Neue Gesundheitsakteure sind Experten für Services aus einer Hand

Auch andere Telemedizinanbieter haben die Bedürfnisse des Patienten 2.0 erkannt und adressieren sie. Dabei steht ein umfassendes Leistungsportfolio, das bequem von zu Hause wahrgenommen werden kann, sowie eine 24/7-Betreuung und -Erreichbarkeit im Fokus. Eine Möglichkeit, die Patient Experience und den Komfort noch weiter auszubauen und Patienten möglichst lange an einen Anbieter zu binden, bilden One-Stop-Shops. Bisher besonders verbreitet in den USA, bieten sie Gesundheitsleistungen meist in einer spezifischen Indikation oder für eine Zielgruppe vereint unter einem virtuellen Dach. Bekannte Anbieter sind die US-Unternehmen *Roman Health Ventures* und *Hims & Hers Health*, welche zunächst im Bereich Männergesundheit gestartet sind, ihr Angebot aber sukzessive frauenspezifisch mit den Plattformen *Rory* und *Hers* erweitert haben. Über die Plattformen können telemedizinische Leistungen genutzt oder Produkte bestellt und geliefert werden. Auch in Deutschland lassen sich bereits Parallelen erkennen: Mithilfe von Gesundheitsplattformen wie *gesund.de* und *DocMorris+* sollen Patienten zukünftig die Möglichkeit haben, ihre Gesundheit umfassend selbst digital zu managen. Bereits aus anderen Bereichen wie bspw. dem eCommerce sind Konsumenten – und somit auch Patienten – diesen Ökosystem-Ansatz gewöhnt.

Fazit: Die Ausgestaltung eines digitalen Patientenpfads wird entscheidend für den Erfolg etablierter Gesundheitsakteure

Fazit: Die Ausgestaltung eines digitalen Patientenpfads wird entscheidend für den Erfolg etablierter Gesundheitsakteure

Die Beispiele machen deutlich, worauf es bei der Behandlung des Patienten der Zukunft ankommt: Der Patient wünscht kurze und unkomplizierte Wege und möchte sich ohne Brüche im System bewegen können. Im bisherigen System der Regelversorgung sind diese Attribute meist schwer abzubilden, sodass der Patient mit sektoralen Grenzen – zum Beispiel zwischen ambulant und stationär – und einem fragmentierten Markt konfrontiert ist. In diesem muss er sich ohne einen Lotsen zurechtfinden. Klarheit und ein intuitives System zu schaffen, kann somit zukünftig zum Wettbewerbsvorteil werden. Die Sichtbarkeit und eine Möglichkeit für einen niedrigschwelligen Zugang werden zu entscheidenden Parametern bei der zukünftigen Arztwahl. Auch die Konkurrenzsituation für Leistungserbringer verändert sich durch die Digitalisierung der Versorgung, denn grundsätzlich wird es für einen Patienten möglich mithilfe von Videosprechstunden, Remote Monitoring-Lösungen und anderen digitalen Tools, die bestmögliche Behandlung unabhängig von Ländergrenzen und Zeitzonen in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig kommt den digitalen Lotsen ein immer größer werdender Einfluss in der Patientensteuerung zu. Etablierte Akteure des Gesundheitswesens – seien es Krankenkassen, Kliniken oder auch Pharma- und Medtech-Unternehmen – haben diese Veränderung häufig bereits wahrgenommen. Sie beschäftigen sich nun mit der Frage, wie ein vollständig digitaler oder digital unterstützter Patientenpfad der Zukunft aussieht und wie sie diesen aktiv mitprägen können.

Flying Health

Flying Health ist das führende deutsche Ökosystem für Next Generation Healthcare. Das Berliner Unternehmen begleitet Branchenführer und Startups dabei, das Gesundheitssystem von morgen zu navigieren, es frühzeitig mitzugestalten und innovative Wertschöpfungsketten zu schaffen. Ein Schwerpunktthema vieler Partner ist daher auch die Analyse und Ausgestaltung von digitalen Patientenpfaden in verschiedensten Indikationsbereichen.

Literatur

- Evans S (2020) The Royal Wolverhampton NHS Trust and Babylon to Create the World's First Integrated Digital Health System to Serve the City's Population. URL: <https://www.royalwolverhampton.nhs.uk/media/press-release-archive/press-releases-2020/january-2020/the-royal-wolverhampton-nhs-trust-and-babylon-to-create-the-worlds-first-integrated-digital-health-system/> (abgerufen am 15.07.2021)
- Lim S (2020) Global Smartwatch Market Revenue up 20% in H1 2020, Led by Apple, Garmin & Huawei. URL: <https://www.counterpointresearch.com/global-smartwatch-market-revenue-h1-2020/> (abgerufen am 15.07.2021)
- Mageit S (2020) KRY Announces Merger with Swedish Healthcare Company Helsa. URL: <https://www.mobi-healthnews.com/news/emea/kry-announces-merger-swedish-healthcare-company-helsa> (abgerufen am 15.07.2021)
- Mangiapane S, Zhu L, Kretschmann J, Czihal T, von Stillfried D (2021) Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. Tabellarischer Trendreport. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. URL: https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Trendreport_4_Leistungsanspruchnahme_COVID_2021-04-19.pdf (abgerufen am 15.07.2021)

Muio D (2021) Samsung Says Smartwatch ECG, Blood Pressure Measurement Will Go Live in 31 More Countries. URL: <https://www.mobihealthnews.com/news/samsung-says-smartwatch-ecg-blood-pressure-measurement-will-go-live-31-more-countries> (abgerufen am 15.07.2021)

Paulsen N (2020) Jeder Zweite recherchiert seine Krankheitssymptome im Netz. URL: <https://www.bitkom.org/Presse/Presseinformation/jeder-Zweite-recherchiert-seine-Krankheitssymptome-im-Netz> (abgerufen am 15.07.2021)

Quigley A et al. (2019) Evaluation of Babylon GP at Hand. Ipsos Mori Social Research Institute, YHEC. URL: <https://www.hammersmithfulhamccg.nhs.uk/media/156123/Evaluation-of-Babylon-GP-at-Hand-Final-Report.pdf> (abgerufen am 15.07.2021)

Rohleder B (2020) Digital Health. URL: https://www.bitkom.org/sites/default/files/2020-07/prasentation_digitalhealth2020.pdf (abgerufen am 15.07.2021)



Lina Behrens, MPA

Lina Behrens ist die Geschäftsführerin von Flying Health, dem führenden Ökosystem für die Gesundheitsversorgung der Zukunft. Mit Flying Health unterstützt sie große Unternehmen aus der Gesundheits- und Konsumgüterindustrie sowie Digital Health Start-ups bei allen Fragen rund um die digitale Gesundheitsversorgung. Sie ist stellvertretende Präsidentin des Bundesverbandes Deutscher Start-ups und Mitglied des Beirats Junge Digitale Wirtschaft des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie. Zuvor war sie u.a. bei der Boston Consulting Group (BCG) sowie bei dem Company Builder Polymath Ventures in Kolumbien tätig.



Ann-Kathrin Weigand, M.Sc.

Ann-Kathrin Weigand ist Insights Managerin bei Flying Health, mit einem Fokus darauf, die neuesten Trends im Gesundheitswesen zu erfassen, zu analysieren und gewonnene Erkenntnisse anschaulich aufzubereiten. Gleichzeitig liegt ein Schwerpunkt ihrer Arbeit auf regulatorischen Fragestellungen rund um die Gesundheitsversorgung von morgen. Die Partner von Flying Health unterstützt sie somit, immer ein Bild der nahen und fernen Zukunft der Gesundheitsversorgung vor Augen zu haben. Ann-Kathrin Weigand hat einen M.Sc. in Biomedical Science von der Maastricht University.



Das Praxisverwaltungssystem im Zeitalter der Digitalisierung

Sebastian Bernhardt

Wie passt die bisher geschilderte schöne, neue, digitale Welt nun zu einer realen Praxis und ihrer Software? Dieses Kapitel beleuchtet einmal typische „Praxissoftware“.

Damit sind hier die zentralen Primär- oder Informationssysteme von vorwiegend ambulanten Leistungserbringern (auch bezeichnet als Praxisverwaltungssystem – kurz PVS, Arztinformationssystem, Praxismanagementsystem) gemeint. Bei den Anwenderinnen und Anwendern sei ebenfalls die ganze Breite der Gesundheitsberufe angesprochen, also medizinische Assistenzberufe, Ärzte aller Versorgungsbereiche und Fachrichtungen, Psychotherapeuten sowie weitere Heilberufler.

Zu Beginn des Kapitels wird als Ausgangspunkt ein Überblick über den aktuellen Markt und die Funktionen von Praxissoftware gegeben. Dem werden dann Trends gegenübergestellt, die überwiegend bereits in den vorangegangenen Kapiteln des Buchs thematisiert wurden, und Auswirkungen auf Praxissoftware aufgezeigt. Es folgt die nähere Analyse zweier Themenblöcke, die bedingt durch diese Trends deutliche Aufwertung erfahren werden: Interoperabilität und Betrieb.

7.1 Status quo: Markt- und Funktionsübersicht

Die Softwarekategorie, die wir heute mit „Praxisverwaltungssystemen“ bezeichnen, hat ihre Anfänge ab den späten 1980er-Jahren, als Abrechnungsstellen anboten, alternativ zum bis dahin rein papierbasierten Verfahren die Abrechnungsdaten elektronisch zu liefern.

Die elektronische Abrechnung entwickelte sich im Lauf der Jahre vom freiwilligen Zusatzangebot über Bonusregelungen (wie gesenkte Verwaltungsbeiträge) bis hin zur

Verpflichtung (mit Ausnahmen). Heute findet die Datenlieferung im ärztlichen Bereich ganz überwiegend elektronisch statt, am häufigsten per Upload in Portalen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), Abrechnungsstellen oder Kostenträger, alternativ mit verschlüsselten Versandverfahren wie KV-Connect.

Für Abrechnungs- und verwandte Verfahren wurden technische Standards geprägt, die zwar proprietär, das heißt nur für diesen Zweck im Einsatz sind, aber das immerhin weitgehend einheitlich. In Verbindung mit der zentralen Prüfung und Zertifizierung der Abrechnungssoftware durch Einrichtungen wie in Deutschland die Kassenärztliche respektive Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KBV/KZBV) entstand ein zumindest vergleichbarer Markt mit einem gewissen Qualitätsniveau.

Nach der Abrechnung folgte die Umsetzung weiterer Funktionsbereiche in der Software, die unten aufgeführt und beschrieben werden.

7.1.1 Anbieter

Der neu entstandene Markt ist heute eher heterogen und fragmentiert. Im Markt der Arztsoftware in Deutschland gelang es nur zwei Unternehmen, durch Verschmelzungen und Zukäufe in eine objektive Marktführergröße zu gelangen: der *Compugroup Medical* aus Koblenz und der *Medatixx*-Gruppe mit Sitz in Eltville. Mit großem Abstand folgen einige mittelgroße Hersteller, die zumindest in bestimmten Fachbereichen oder Regionen gut vertreten sind. Den Abschluss bildet eine beträchtliche Reihe aus kleinen und sehr kleinen Herstellern mit wenigen Kunden.

Aufschluss über die Aufteilung des ärztlichen PVS-Marktes in Deutschland gibt eine Statistik der KBV, welche sich an der Anzahl der erhaltenen Abrechnungen je PVS-Produkt orientiert (KBV 2020). Diese Statistik erlaubt auch eine Differenzierung nach Fachgebieten, sodass sich abgrenzen lässt, welche Produkte besonders von Hausärzten, Fachärzten oder Psychotherapeuten bevorzugt werden. Ferner gibt es noch regionale Schwerpunkte, das heißt Anbieter, die sich auf einen oder wenige kassenärztliche Bezirke oder Länder konzentrieren.

Durch die bereits erwähnte Softwarezertifizierung ist der Markt zumindest im KV-Bereich als stark reguliert zu betrachten, und die Komplexität ist durch die vielen Abrechnungsregeln hoch. Beides erschwert grundsätzlich den Zugang für neue Anbieter.

In den letzten Jahren sind aber nach einer gewissen Marktberuhigung wieder neue Anbieter mit ihren Produkten hinzugekommen. Neben aktuellen serverseitigen Konzepten setzen diese zum Teil auf browserbasierte Clients, die dann ausgesprochen plattformübergreifend funktionieren. Dieses Konzept wird unter den Stichworten Cloud- oder SaaS-Software unter 7.4 näher erläutert. Weitere erkennbare Trends sind moderne, benutzerfreundliche Oberflächen und eine tendenziell vereinfachte und wettbewerbsfähige Preisgestaltung.

7.1.2 Anbieter und Produkt auswählen

Wer auf der Suche nach einer geeigneten Praxissoftware ist, orientiert sich zunächst oft, welche Produkte am verbreitetsten sind, beispielsweise anhand der genannten KBV-Statistiken. Für diese Orientierung sprechen auch einige Punkte:

7.1 Status quo: Markt- und Funktionsübersicht

- Diese Anbieter haben eine Größe und meist auch Finanzstärke, die eine Weiterentwicklung und stetige Versorgung mit notwendigen Updates sehr wahrscheinlich machen – Stichwort Investitionssicherheit.
- Die Marktführer bedienen offensichtlich die Kernbedürfnisse ihrer Anwender seit Jahren mindestens zufriedenstellend.

Hingegen sprechen verallgemeinert andere Argumente typischerweise gegen Marktführer (und das nicht nur auf Praxissoftware bezogen, aber auch hier erkennbar):

- Marktführer haben in der Regel hohe Kosten, um ihre Position zu verteidigen, z. B. in Marketing und Vertrieb. Diese Kosten holen sie auch eher durch hohe Preise wieder herein.
- Sie wirken aufgrund der Größe ihrer Anwenderschaft eher resistent gegenüber einzelnen Kundenwünschen.
- Sie stecken anteilig geringere Beträge in die Innovation. Schwerpunkt der Entwicklung ist oft die Produktpflege, nicht so sehr die Weiter- oder auch Neuentwicklung von Funktionen.
- Der technische Kern neigt zur Überalterung, da sich die Welt der Softwarearchitektur sehr dynamisch entwickelt.

Insofern sollte eine Verbreitungsstatistik nicht die einzige Informationsquelle bleiben. Erkundigungen bei Anwendern verschiedener Produkte nach deren Erfahrungen sind beispielsweise eine wichtige Ergänzung.

Unterschiedliche Leistungserbringer haben unterschiedliche Anforderungen an Produkte. Hausärztlich tätige Einrichtungen haben die breiteste Auswahl an möglichen Produkten, weil sie größte Zielgruppe sind und am ehesten mit einem „allgemeinen“ Funktionsspektrum gut bedient sind.

Fachärzte haben beispielsweise in folgenden Disziplinen besondere Anforderungen:

- Ressourcenintensive Fachrichtungen legen Wert auf gutes Workflow- und Ressourcenmanagement, um Geräte, Räume und Mitarbeiter optimal auszulasten und Leerlauf zu vermeiden.
- Praxen, die den Anteil an Privatpatienten hochhalten möchten, tun sich meist auch durch besonderen Patientenservice hervor.
- Dokumentationsintensive Fachrichtungen legen Wert auf die effiziente Einbindung und Erzeugung von Befunden, Formularen und Dokumentationen sowie gute Textverarbeitung.
- Bei Einrichtungen, die vorwiegend Auftragsleistungen abarbeiten wie Radiologie und Labor, haben eher deren Radiologie- und Laborinformationssysteme die Aufgabe, technische Untersuchung und Befundung effizient zu gestalten.

Die bereits erwähnten Psychotherapeuten verwenden häufig Produkte, die sich auf therapeutische Praxisabläufe und Dokumentation konzentrieren, müssen in Deutschland allerdings ihre Abrechnung für gesetzlich Versicherte ebenfalls nach KV-Regeln erzeugen und unterliegen somit der gleichen Zulassung.

Nichtärztliche Therapieberufe wie Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten unterliegen hingegen nicht den Regeln der kassenärztlichen Abrechnung, sondern rechnen zu Konditionen ihrer Berufsverbände direkt oder über Abrechnungs-

stellen mit Kostenträgern oder deren Verbänden ab. Sie verwenden daher überwiegend eigene, auf diesen Markt spezialisierte Softwareprodukte.

Ebenfalls eigene Regeln und in der Folge andere Produkte (mit nur teilweisen Überlappungen) verwenden Zahnärzte sowie die ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufe in der Schweiz und in Österreich.

7.1.3 Anbieterwechsel

Die pure Anzahl zur Verfügung stehender Praxissoftwareprodukte, die einen funktionierenden Markt suggeriert, steht im Gegensatz zur Zahl der Praxen, die tatsächlich in laufendem Betrieb den Anbieter wechseln. Woran liegt das?

Im Geschäftskundenbereich (B2B) ist hohe Kundentreue viel häufiger als im Verbrauchergeschäft. Das trifft in besonderem Maße zu auf Systeme, die Kernprozesse und -ressourcen eines Geschäfts abbilden. Der für die optimale Einrichtung und Einarbeitung langjährig betriebene Aufwand wird zu Recht in die Erwägung eines Wechsels eingepreist. Für eine inhabergeführte Einrichtung im Gesundheitswesen mag das noch stärker und emotionaler zutreffen, weil der gepflegte Patientenstamm hier den primären Wert einer Praxis ausdrückt; das „Umpflanzen“ dieses Stamms kann geradezu bedrohlich wirken.

Zusammen führen diese Argumente dazu, dass Praxisbetreiber seltener ihren Softwareanbieter wechseln, als dies die oftmals latent vorhandene Unzufriedenheit nahelegt. Einige Trends sprechen aber dafür, dass das nicht so bleiben muss:

- Die Unterschiede zwischen Systemen aus der „Gründerzeit“ und Systemen, die auf aktuelle Architektur und Benutzung bauen, sind mittlerweile ausgeprägt und werden weiter wachsen.
- Gleichzeitig kommt in Gesundheitseinrichtungen eine Generation in Leitungsfunktionen, die stärker digital geprägt ist und andere und höhere Erwartungen an die Softwareausstattung hat. Bei Übernahme oder Gründung einer Praxis entfällt auch weitgehend das Argument des Festhaltens an einer gewohnten Software.

Sind über Jahre bereits die Prozesse und Werkzeuge zur *Datenmigration* leistungsfähiger geworden, soll dieser technische Umzug ab jetzt außerdem noch durch einen neuen Standard unterstützt werden: Nach jahrelang geäußelter Kritik an den Hürden eines Anbieterwechsels erhielt in Deutschland die KBV den gesetzlichen Auftrag, eine Schnittstelle auf Grundlage internationaler Standards zu beschreiben und deren Unterstützung durch Softwarehersteller einzufordern. Dies ist mit der sogenannten Archiv- und Wechselschnittstelle erfolgt, die 2021 verpflichtend Einzug halten soll. Ob Umsetzung und Nutzung so geschehen, dass tatsächlich ein Umstieg erleichtert wird, ist natürlich noch offen, aber ein gemeinsamer Standard hat zumindest das Potenzial dazu.

Obwohl die Anstrengung eines Anbieterwechsels tatsächlich nicht zu unterschätzen ist, kann eine optimal funktionierende und zufriedenstellende Software doch so viel

Produktivitätsgewinn bringen, dass ein Vergleich und eine ernsthafte Untersuchung alternativer Produkte sich für alle lohnen sollte, die unzufrieden mit ihrer Lösung sind oder ohnehin vor einer Neubeschaffung stehen.

7.1.4 Funktionsübersicht: Was muss Praxissoftware heute können?

Patientenstamm und Akte (Kartei)

Der Kern einer Praxissoftware verleugnet seine Herkunft nicht, wird nämlich oft noch ganz ungeschönt „Kartei“ genannt und ist je nach Alter der Software eine mehr oder weniger gekonnt digital umgesetzte Version der Papier-Karteikarte. Diese – oft mehr eine Karteitasche mit Einlegeblättern, gern im Format A5 quer – ist gar nicht mal so ausgestorben, sondern noch in den meisten Praxen zu finden, wenngleich in vielen nur mehr als Relikt für wenige Unterlagen, die nicht in einer elektronischen Akte geführt werden können oder sollen. Wenn wir uns vor Augen führen, dass nur etwas mehr als die Hälfte der Arztpraxen ihre Patientendokumentation zumindest „mehrheitlich digitalisiert“ hat (IGES 2020), wird klar, dass das *Hybridmodell* mit Aktenanteilen in Papierform auf dem Tisch und Aktenanteilen digital auf dem Bildschirm derzeit eher der Normalfall in deutschen Praxen ist.

Die Patientenkartei enthält meist einen sehr komprimierten Überblick über den Patienten mit dauerhaften Merkmalen und wichtigen medizinischen (Risiken) und administrativen (Kostenträger, besondere Verträge und Programme) Eigenschaften.

Abrechnung

KV-Abrechnung: Das zentrale Format „KVDT“ wird deutschlandweit für die Kassenpatienten-Abrechnung über die Kassenärztlichen Vereinigungen verwendet. Und nirgendwo sonst – das nennt man dann ein *proprietäres* Format. (DT steht hier ursprünglich für „Datenträger“ – das nunmehr 30-jährige Bestehen lässt grüßen – man kann das aber heute auch mit „Datentransfer“ ersetzen.)

Privatabrechnung: Da die allermeisten Kassen-Leistungserbringer auch mehr oder weniger häufig Privatleistungen abrechnen, beherrscht die typische Praxissoftware dies ebenfalls. Außerdem gibt es einen Standard (PADneXt) für den elektronischen Versand von Privatliquidationen an eine Abrechnungsstelle.

Reine Privatarztsoftware ist in Deutschland zwar eher die Ausnahme, kann aber bei reiner Privatklientel Sinn ergeben, weil dann die komplizierte KV-Abrechnung und -Dokumentation entfallen kann und ein schlankeres Gesamtsystem möglich ist.

Weitere Abrechnungsarten: Es gibt weitere Abrechnungsarten, die zumindest teilweise von den KVen definiert und abgerechnet werden. Wenn diese für die eigene Tätigkeit relevant sind, tun Anwender gut daran, sich nach deren Umsetzung im gewünschten Produkt zu erkundigen. Hierzu gehören unter anderem Unfallversicherung, kurärztliche und belegärztliche Versorgung sowie Notdiensttätigkeit.

Außerhalb des Kollektivvertrags gibt es mittlerweile eine Vielfalt von Zusatzverträgen verschiedener Generationen. Primär sind hier heute zu nennen die Selektivverträge („Besondere Versorgung“) und die Hausarztverträge (HzV).