

Videosprechstunde in der medizinischen Versorgung

Möglichkeiten und Fallstricke



INHALT

Seite 4

Vorwort

Seite 6

**„Persönlicher Kontakt
ist und bleibt wichtig!“**

Prof. Dr. Bernhard Greitemann

Seite 10

**„Ich bin relativ häufig virtuell
bei einer Anprobe dabei.“**

Olaf Gawron

Seite 14

„Virtuelle Gespräche zwischen Tür und Angel sind nicht möglich.“

Sabine Drisch

Seite 20

„... versorgen muss ich dann aber vor Ort.“

Alf Reuter

Seite 24

„Es könnten viele Kommunikationsdefizite [...] vermieden werden.“

Prof. Dr. med. habil. Wolfram Mittelmeier

Seite 30

Telemedizin aus juristischer Sicht



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Politik und Wirtschaft, Akteure und Bevölkerung – viele Rezepte und Meinungen, viele Reaktionen. **Wie aber kommen wir nun wieder ohne Scham und mit Schadensbegrenzung in den Normalmodus?**

Eigentlich waren die gesundheitlichen Auswirkungen glücklicherweise nicht so verheerend, wie von den Virologen und Hygienikern vielerorts prophezeit.

Aber wir hatten die Chance, zu lernen. Transparenterer Umgang mit gesicherten Daten von Ausmaß und Ausbreitung der Erkrankung, überlegterer Umgang mit Schutzmaßnahmen, angemessenere Schaffung von Reserven an Material und Personal. Und wie schön wäre politisch koordinierte nationale Arbeit, statt so manchem verunsichernden Aktionismus und inhaltsarmen Darstellungsbedürfnis.

Der Mundschutz als nationales Thema sowie Finanzhilfen und deren hilfloser Verteilungsmodus haben uns zentral beschäftigt. So haben wir zahlreiche unserer Defizite für die Zeit nach der sogenannten Krise nicht wirklich angegangen.

*DIE
SPRECHSTUNDE
PER VIDEO-
KONFERENZ –
DIE LOGISCHE
IDEE*

Patienten durften nur sehr restriktiv in der Klinik erscheinen, die Angehörigen konnten per Video „besuchen“. Erst mal gut gedacht.

Wie soll dies aber funktionieren in dem zwar hochindustrialisierten, aber zurückgebliebenen IT-Entwicklungsland Deutschland? Schon seit Jahren beschwören politische Darsteller ihre Initiativen zur Digitalisierung. Aber noch heute kann in weiten

ländlichen Regionen unserer Bundesländer kein Videokontakt realisiert werden, weil Kabel- und Funknetze fehlen. Vielerorts gibt es nicht einmal Funk-Telefonverbindungen. Wie weit sind uns bisher schon verschiedene baltische und asiatische Länder in diesem Problemfeld voraus.

Vielleicht kann uns die Krise einen Impuls geben, dann - im vertretbaren Rahmen - wenigstens Videosprechstunden in der medizinischen Praxis und in der Hilfsmittelversorgung umzusetzen. **Warum nicht die Konzeption und Abnahme von Hilfsmitteln über die Arzt-Techniker-Achse zumindest teilweise per Video durchführen?** Schnellere Verfügbarkeit, leichtere Dokumentation und dann noch CO₂ durch Einsparung von Krankentransporten reduzieren!

Wenn unsere Politik die Relevanz von Videosprechstunden bzw. Videoberatungen auch noch nicht wirklich erkannt hat, so lassen Sie uns eigene Initiative zeigen. Wir brauchen dann nur noch wenige oder schnelle Bürokratie beim Datenschutz. Einige Kollegen nutzen bereits Videokonferenzen zur internen Abstimmung und manche niedergelassenen Ärzte bewältigen die kleine Sprechstunden-Routine per Video.

VERSCHIEDENE
KONFERENZ-
SYSTEME MIT
UNTERSCHIEDLICHER
QUALITÄT UND
SICHERHEIT
SPRIEßEN AUF
DEM MARKT

Lassen Sie uns den gemeinsamen Austausch suchen und zügig abgestimmte Lösungen finden.

Ihr

Wolfram Mittelmeier, als Vorsitzender des DGIHV e. V.

Mit Unterstützung der Vorstandsmitglieder Olaf Gawron, Alf Reuter und Bernhard Greitemann sowie des medizinischen Chairs Sabine Drisch und des Justizars des BW-OT Alexander Hesse.

”

*Persönlicher
Kontakt ist und
bleibt wichtig!*

Prof. Dr. Bernhard Greitemann

“



Prof. Dr. med. Dipl. oec. Bernhard Greitemann ist seit 1994 ärztlicher Leiter der Klinik Münsterland am Reha-Klinikum Bad Rothenfelde. Er ist Vorsitzender der Vereinigung Technische Orthopädie von DGOOC und DGOU sowie Mitglied des Gesamtvorstandes der DGOOC und der DGOU. Darüber hinaus ist er seit 2019 Vorsitzender der ISPO-Deutschland. Greitemann engagiert sich zudem in der Vereinigung Technische Orthopädie (VTO). Zum geschäftsführenden Vorstand der DGIHV gehört er seit 2017.

DGIHV: An Ihrer Klinik werden bisher keine Videosprechstunden angeboten. Gibt es dafür Gründe?

Prof. Dr. Bernhard Greitemann: Die Antwort darauf ist ziemlich kurz: Bisher ist von Seiten des Trägers aus Datenschutzgründen keine Erlaubnis für das Angebot einer Videosprechstunde erteilt worden. In Patientengesprächen werden sehr vertrauliche Probleme offengelegt – die gilt es vor Dritten zu schützen. Wenn der rechtliche Rahmen geregelt ist, kann ich mir gut vorstellen, Videosprechstunden anzubieten. Solange sich kein zertifiziertes und sicheres Videosystem auf dem Markt befindet, sehe ich für mich keine Optionen.

DGIHV: Wie wichtig ist Ihnen der persönliche Kontakt zu den Patienten?

Greitemann: Persönlicher Kontakt ist und bleibt wichtig! Sowohl für den Patienten als auch für den behandelnden Arzt. Man darf nicht unterschätzen,

dass Patienten auch mit emotionalem Ballast bei uns erscheinen. In diesen Situationen ist ein persönlicher und naher Zuspruch auf jeden Fall wesentlich hilfreicher als ein virtueller aus der Distanz – auch wenn wir während der Corona-Pandemie jetzt auch auf Abstand bleiben müssen.

DGIHV: Welchen Nutzen könnten Videosprechstunden für Patienten haben?

Greitemann: Es muss klar sein, dass Videosprechstunden immer als Ergänzung zu sehen sind. Eine Videosprechstunde gibt den Patienten die Chance, ihren behandelnden Arzt im Vorfeld kennenzulernen. Durch das virtuelle Gespräch können sie besser einschätzen, ob sie sich gut beraten fühlen und den Anfahrtsweg zum Spezialisten antreten wollen. Die Videosprechstunde hat eher einen beratenden Charakter, kann aber in vielen Fällen dann die klinische Untersuchung nicht ersetzen.

DGIHV: Welche Vorteile bietet die Videosprechstunde für die interdisziplinäre Zusammenarbeit?

Greitemann: Videosprechstunden ermöglichen eine schnelle und großflächige Vernetzung von Experten für den fachlichen Austausch. Gegenüber dem Telefonat hat sie den Vorteil, dass man über den Bildschirm schriftliche Dokumentationen, Bilder und Videos teilen und direkt besprechen kann. So lassen sich gemeinsam Lösungsansätze für Versorgungen finden und davon profitiert dann auch der Patient.

DGIHV: Wo sehen die Schwächen einer Videosprechstunde?

Greitemann: Ab einem gewissen Punkt kann ich virtuell nicht mehr weiterhelfen. In einer Videosprechstunde kann nicht die körperliche Untersuchung des Patienten umgesetzt werden. Gerade in der Prothetik muss man oft „Hand anlegen“, um das Problem zu erkennen. Aus meiner Sicht ist beispielsweise eine Stumpfuntersuchung per Video nicht möglich. Eine Palpation des Stumpfes und Untersuchung der angrenzenden Gelenke kann ich nicht per Bildschirm machen. Dies grenzt die Möglichkeiten der Videosprechstunde doch deutlich ein. ❖



Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für interprofessionelle Hilfsmittelversorgung e. V. (DGIHV) unterstützen das Engagement des Vereins aktiv, setzen sich für die Qualität von Hilfsmitteln sowie eine professionelle Patientenversorgung ein und schaffen durch ihren Austausch Synergien. Mitglieder haben die Möglichkeit, durch die interprofessionelle Zusammenarbeit neue Kontakte zu knüpfen und den Bereich der Technischen Orthopädie und der Hilfsmittelversorgung mitzugestalten. Der Verein steht jedem offen, der sich mit der Technischen Orthopädie und der Hilfsmittelversorgung befasst oder der die Ziele der Gesellschaft fördern möchte. Die von den Mitgliedern vertretene Vielfalt der Fachgebiete ist eine der größten Stärken der DGIHV.

Mitgliedervorteile

Als stimmberechtigtes Mitglied

- ◇ werden Sie exklusiv zu den ordentlichen Mitgliederversammlungen eingeladen und können zentrale Anliegen und Themen des Vereins mitentscheiden
- ◇ informiert Sie die DGIHV regelmäßig in ihrem Infobrief über aktuelle Entwicklungen und Erfolge des Vereins
- ◇ erhalten Sie die Publikationen der DGIHV zum Vorteilspreis
- ◇ können Sie der XING-Mitgliedergruppe beitreten
- ◇ erhalten Sie die Login Daten für den geschützten Mitgliederbereich auf unserer Website: www.dgihv.org

”
*Ich bin relativ
häufig virtuell
bei einer Anprobe
dabei.*

Olaf Gawron

“



Olaf Gawron ist Orthopädietechniker-Meister und seit Juli 2017 Mitglied der Geschäftsleitung der Pohlig GmbH, die in Deutschland im Bereich der individuellen Hilfsmittelversorgung Marktführer ist. Des Weiteren ist er der Verfasser zahlreicher orthopädietechnischer Fachartikel und Bücher. Er ist Mitglied in führenden Berufsverbänden: Im Wirtschaftsausschuss des BIV-OT ist er stellvertretender Vorsitzender und unterstützt den Fachverband Orthopädie-Technik sowie den Sanitäts- und medizinischen Fachhandel Südwest e. V. Für die DGIHV ist er seit 2017 tätig und seit September 2019 stellvertretender Vorsitzender des geschäftsführenden Vorstands.

DGIHV: Welche Erfahrungen haben Sie bisher mit Videosprechstunden gemacht?

Olaf Gawron: Für mich wurde die Videosprechstunde aus der Not heraus geboren. Wobei Sprechstunde ist eher ein ärztlicher Begriff – ich sage lieber Online-Beratung. Wenn ich jetzt für das Unternehmen Pohlig spreche, dann ist die Nachfrage nach einer Online-Beratung auch deswegen entstanden, weil wir gerade in unserer Zentrale in Traunstein auch viele Patienten haben, die wir aus Österreich oder dem norditalienischen Raum versorgen. Für diese gab es eine Corona bedingte Reisesperre. Das heißt, es gab keine andere Option für uns. Die Risikopatienten, z. B. Diabetiker, waren sehr unsicher, ob sie vorbeikommen sollten beziehungsweise vorbeikommen durften.

DGIHV: Wird es von Ihren Patienten gut aufgenommen, virtuell beraten zu werden oder suchen diese lieber den persönlichen Kontakt?

Gawron: Primär suchen sie den persönlichen Kontakt. Der Erstkontakt, der jetzt während der Pandemie per Online-Beratung oft stattfindet, entspricht nicht der Qualität eines persönlichen Erstkontakts. Aber die Online-Beratung erlaubt ein genaueres Kennenlernen und hilft dem Anwender abzuschätzen, ob ein Anreiseweg über eine längere Distanz für ihn infrage kommt.

DGIHV: Welche Rolle könnte die Online-Beratung in Zukunft bei der Hilfsmittelversorgung spielen?

Gawron: Für mich wird sie eine Ergänzung bleiben. Sobald die Anpassung beispielsweise einer Prothese im Vordergrund steht, ist der persönliche Kontakt notwendig. Pohligh hält schon lange Online-Beratungen ab: Für Besprechungen kommunizieren wir videobasiert oder nutzen sie für den fachlichen Austausch. So können die unterschiedlichen Expertisen der Mitarbeiter unserer verschiedenen Standorte schnell und unkompliziert zusammengeführt werden. Ausgewiesene Spezialisten schalten sich z. B. auch bei schwierigen Fragestellungen im Rahmen von Anproben dazu. Ich bin relativ häufig virtuell bei einer Anprobe dabei.

DGIHV: Wer setzt bei Ihnen den Impuls zu einer Online-Beratung: Der Techniker oder die Patienten?

Gawron: Bei Anproben geht die Motivation vom Techniker aus, sich interkollegial und virtuell zu vernetzen. So können etwa Maßdokumentationen digital hinterlegt werden und sind jederzeit einsehbar. Im Austausch von Techniker zu Techniker kann dies zu einer schnelleren Problemlösung führen. Natürlich hat man den Patienten im Vorfeld nach seinem Einverständnis gefragt. In der Regel nehmen Patienten diese Vorgehensweise positiv auf, weil sie feststellen, dass sich jemand intensiv um ihr Anliegen kümmert. Ansonsten kommen aber eher die Patienten auf uns zu: Sie melden bei uns ein Bedürfnis an und wir reagieren.

DGIHV: Woher wissen Patienten, dass es die Möglichkeit der Online-Beratung gibt? Wie machen Sie darauf aufmerksam?

Gawron: Im Sinne der Expertise können wir nur etwas anbieten. Der Wunsch nach Hilfe oder Information muss vom Patienten an uns gerichtet werden. Auf der Homepage von Pohlig weisen wir auf Termine für Online-Beratungen hin. Natürlich finden in der Orthetik und der Prothetik weiterhin zum Teil interdisziplinäre Präsenzsprechstunden statt. Aus meiner Sicht ist es gut vorstellbar und auch sinnvoll, die Online-Beratung im Orthopädie-Technik-Fach allgemein zu implementieren. Dann kann der Erstkontakt im Rahmen einer Videoberatung stattfinden.

DGIHV: Wie haben Sie bei Pohlig das Thema Datenschutz gelöst?

Gawron: Die IT-Abteilung von Pohlig hat ein eigenes verschlüsseltes System für Online-Beratungen mit Patienten kreiert. Dadurch ist es datensicher. Wir verabreden mit dem Patienten einen Termin und senden ihm per E-Mail einen Link und ein Passwort zu. Der Termin findet direkt von Computer zu Computer statt, ohne über einen Server zu laufen oder dass jemand mithören oder zuschauen kann. Mit Blick auf die Zukunft halte ich eine solche Investition für absolut notwendig. Der Vorteil von Pohlig: Wir haben eine eigene IT-Abteilung im Unternehmen.

DGIHV: Wo sehen Sie aus orthopädietechnischer Sicht Chancen und Grenzen der Online-Beratung?

Gawron: Wichtig ist zu sagen, dass Online-Beratungen eine Ergänzung bleiben werden, sie sind kein adäquater Ersatz. Sie sind nur eine gute Möglichkeit, sich gegenseitig kennenzulernen. Ich kann den Versorgungsstatus erfassen, das Problem aufnehmen und über Versorgungswege informieren. Aber damit hört es dann für mich auch auf. Gerade im Bereich der Hilfsmittelversorgung, wenn es um die Planung und die konkrete Problemfindung geht, kann die Online-Beratung nicht die klinische Begutachtung ersetzen. ❖

”

*Virtuelle Gespräche
zwischen Tür und
Angel sind nicht
möglich.*

Sabine Drisch

“



Sabine Drisch arbeitet seit 2012 in der Abteilung BG Rehabilitation der Unfallklinik Murnau als leitende Oberärztin. Sie ist Fachärztin für physikalische und rehabilitative Medizin und gutachterlich im Bereich der Unfallchirurgie und Orthopädie tätig. Als Sportärztin beim Deutschen Rollstuhl-Sportverband (DRS) engagiert sie sich national wie international ehrenamtlich im Behindertensport. Seit 2018 unterstützt sie als medizinischer Chair der Sektion Versorgungspfade/Leitlinien in der AG „Prothetik obere Extremitäten“ die DGIHV.

DGIHV: Können Sie sich vorstellen, Ihren Patienten Videosprechstunden anzubieten?

Sabine Drisch: In meiner Funktion als leitende Oberärztin ist eine meiner Hauptaufgaben die Hilfsmittelsprechstunde für stationäre als auch ambulante Patienten. Die Abteilung BG Reha der Unfallklinik umfasst ca. 120 stationäre Betten. Hier betreuen wir ausschließlich berufsgenossenschaftlich versicherte Patienten. Während des Lockdowns musste die „ambulante Sprechstunde“ sehr stark eingeschränkt werden. Weiterhin bin ich schwerpunktmäßig als Beratungsärztin für die Berufsgenossenschaften tätig in Bezug auf die „Orthopädische Schuhversorgung“, Prothetik als auch Orthetik. Wenn also ein Prothesenträger Probleme, z. B. mit seinem Schaft, hat, kann man das nicht in einer Videosprechstunde lösen.

DGIHV: Wie haben Ihre Patienten im Lockdown mit Ihnen Kontakt gesucht?

Drisch: Viele Patienten haben im Lockdown E-Mails geschrieben oder uns angerufen.

DGIHV: Haben Sie das Gefühl, dass die Patienten für Videosprechstunden bereit sind?

Drisch: Als Beispiel: Ich habe eine Patientin aus England betreuen sollen, welche sich ein virtuelles Meeting wünschte, in welchem ich festlegen sollte, welche Oberarmprothese sie benötigt. Ich musste diese Anfrage vorerst ablehnen, obwohl ich mir mit Hilfe der vorliegenden Dokumente ihre Erkrankung mit begleitendem Nervenschaden etc. und die entsprechenden Einschränkungen sehr gut vorstellen konnte, aber eben nur vorstellen! Ich klärte sie auf, dass eine Untersuchung erforderlich sei, um festlegen zu können, welche Prothetik überhaupt für sie infrage kommt. Sie selbst hatte keine Vorstellung, wie die Versorgung ablaufen hat und welche Prothese sie nutzen könne. Generell denke ich, dass die Patienten zu Videosprechstunden bereit wären, wenn sie diesbezüglich mehr Erfahrung gesammelt haben und natürlich auch selbst entsprechend technisch ausgestattet sind.

DGIHV: In welcher Altersgruppe bewegen sich Ihre Patienten?

Drisch: Wir haben nur wenige Patienten, die über 70 Jahre alt sind. Diese Generation betreut in unserem Hause die spezielle Alterstraumatologie, da hier besondere Anforderungen bestehen. Unsere jüngere Klientel bewegt sich zwischen 20 und 60 Jahren. Diese Altersgruppe kann ich mir durchaus als Nutzer von Videosprechstunden vorstellen. Fast jeder von ihnen ist heute multimedial unterwegs.

DGIHV: Könnten Sie sich Videosprechstunden zukunftsorientiert als Ergänzung zum persönlichen Kontakt vorstellen?

Drisch: Das kann ich mir sehr gut vorstellen. Wir haben relativ viele Telefonkonferenzen mit unseren Reha-Managern während des ersten Lockdowns durchgeführt, als keine persönlichen Besuche möglich waren.

Unsere Patienten sind überwiegend BG-Patienten, weniger Kassen- und nur selten Privatpatienten. Diese erhalten, wenn es um soziale Teilhabe und berufliche Teilhabeleistungen geht, ein Reha-Management-Gespräch mit Beratern der Berufsgenossenschaften, die unter anderem Sozialrecht studiert haben. Sie versuchen, den jeweiligen Patienten wieder einzugliedern. Die Beratung findet in einem Sechs-Augen-Gespräch statt: Der Arzt, der Patient und der Reha-Manager. Im Lockdown haben wir es so umgesetzt, dass der Arzt und der Patient sich zusammen mit dem über das Telefon zugeschalteten Reha-Manager beraten haben. Das hätte man sehr gut mit einer Videosprechstunde kombinieren können.

DGIHV: Führen digitalisierte Arbeitsabläufe wie eine Videosprechstunde aus Ihrer Sicht zu einer Entlastung oder schaffen Sie eher einen zusätzlichen Arbeitsaufwand?

Drisch: Es müssten feste Sprechstundenzeiten eingerichtet werden, zu denen sich die Patienten melden können. Virtuelle Gespräche zwischen Tür und Angel sind nicht möglich. Wenn die Infrastruktur auf beiden Seiten stimmt, ist es sicherlich umzusetzen. Man müsste es ausprobieren, um festzustellen, wie es angenommen werden würde. In der Endoprothetik unserer Klinik hat es ein Kollege im Lockdown eingesetzt und hat berichtet, dass es gut angenommen wurde.

DGIHV: Könnte die Videosprechstunde zu mehr Interdisziplinarität führen?

Drisch: Wenn man davon ausgehen könnte, dass es durch Videosprechstunden zu mehr Ressourcen-Optimierung käme, das heißt zu einer Vernetzung mit dem Neurologen, dem Chirurgen, dem Psychologen, könnte ich mir durchaus vorstellen, dass das interdisziplinäre Arbeiten besser, vielleicht strukturierter verläuft. Jetzt führen wir diese Gespräche auch, aber es nicht immer leicht, alle an einen Tisch zu bekommen. Andererseits sind auch für die Videokonferenzen passende Termine zu finden, Einladungen auszusprechen etc. Es wäre vielleicht eine Ressource, wenn sich das Ganze zu einem festgelegten Termin eingespielt hat.

DGIHV: Wie bewerten Sie die Möglichkeit der Videosprechstunde aus medizinischer Sicht? Wo finden sich die Stärken oder die Schwächen?

Drisch: Schwächen stellen sich für mich so dar, dass mir die Emotionen fehlen. Ich kann nicht spüren, was mein Gegenüber gerade fühlt, die Empathie bleibt sozusagen auf der Strecke. Spürt der Patient mein Verständnis? Mir fehlt auch der körperliche Kontakt, der Händedruck zur Begrüßung, so baut sich das Arzt-Patientenvertrauen nur schwer auf. Die Stärken könnte ich mir vorstellen, dass, wenn keine großen Probleme besprochen werden müssen, man kürzere Terminvergaben berücksichtigen kann. Vielleicht sind auch Dinge auf dem „kleinen Dienstweg“ zu erledigen, wie Rezeptausstellungen oder AU-Verlängerungen. ❖

DIE SEKTIONEN DER DGIHV

Die DGIHV arbeitet in vier zentralen Kernbereichen, den sogenannten Sektionen.

Neben den einzelnen Sektionen finden sich ereignisbezogene Arbeitsgruppen zusammen. Sie diskutieren aktuelle Themen und strittige Fragestellungen. So gründete sich beispielsweise die AG MDR (Medical Device Regulation). Sowohl in den Sektionen als auch in den Arbeitsgruppen engagieren sich die Beiräte ehrenamtlich.

Versorgungspfade/Leitlinien

Für die Versorgung mit Hilfsmitteln formuliert diese Sektion verbindliche und klare Qualitätsstandards. Dazu haben sich themenspezifisch fünf Arbeitsgruppen zusammengefunden, denen ein medizinischer, ein technischer und ggf. ein therapeutischer Chair vorstehen. Zu den Arbeitsgruppen zählen: AG Reha-Technik, AG Fuß und Schuh, AG Orthetik, AG Prothetik obere Extremitäten und AG Prothetik untere Extremitäten.

Translation

Die Sektion Translation diskutiert über politische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens hinsichtlich der Sicherung und Qualität der Patientenversorgung mit Hilfsmitteln. Das Ziel ist eine nachhaltige Verbesserung politischer Entscheidungen und deren Umsetzung.

Forschungsförderung

In dieser Sektion steht die Unterstützung von interdisziplinären Forschungsgruppen und Forschungsprojekten im Wissensgebiet Technische Orthopädie im Fokus. Sie legt besonderen Wert auf den Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis.

Kommunikation

Für die aktive Verbreitung der Erkenntnisse, die in der DGIHV erarbeitet werden, ist diese Sektion verantwortlich. Sie setzt sich zudem für die Zusammenarbeit mit namenhaften (inter-)nationalen Fachverlagen und digitalen Fachportalen ein.

”
*... versorgen
muss ich dann
aber vor Ort.*

Alf Reuter

“



Alf Reuter ist seit 1994 Orthopädietechniker-Meister. Seit 2002 zeichnet er sich als geschäftsführender Gesellschafter der OTZ – Orthopädietechnisches Zentrum – Lichtenau GmbH in Hessisch Lichtenau aus und ist für weitere Tochtergesellschaften in Rotenburg an der Fulda und Kassel verantwortlich. 2010 wurde Reuter in den Vorstand der Landesinnung Hessen für Orthopädie-Technik gewählt und bekleidet dort seit 2020 das Amt des Obermeisters. Er verstärkt seit April 2014 den Vorstand des Bundesinnungsverbandes für Orthopädie-Technik und übernahm im April 2017 die Funktion des Vizepräsidenten; seit März 2020 hat er das Amt des Präsidenten inne. Darüber hinaus ist er seit 2017 Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes der DGIHV.

DGIHV: Wie bewerten Sie den Einsatz von Videosprechstunden in Ihrem Arbeitsalltag aus orthopädietechnischer Sicht? Wo sehen Sie Chancen und Grenzen?

Alf Reuter: Videosprechstunden würde ich für den Erstkontakt nutzen. Sei es, für einen neuen Patientenauftrag, eine neue Verordnung oder für Informationsgespräche. Man kann schnell feststellen, ob direkt ein Techniker gefragt ist oder ob sich der Patient bzw. der Kunde in Eigeninitiative selbst helfen könnte. Ich denke, das ist der Weg. In dem Moment, in dem ich als Techniker den Patienten aktiv vor Ort behandeln muss, sind die Grenzen der Videosprechstunde erreicht.

DGIHV: Die Videosprechstunde ist für Sie also auf den Erstkontakt beschränkt und kann nicht für Folgeberatungen genutzt werden?

Reuter: Es kommt natürlich auf den Inhalt der jeweiligen Beratung an: Geht es um theoretische Erklärungen oder praktische Anwendungen? Ich bin ein Handwerker, ich bin ein Versorger. Ich konstruiere, ich baue, ich passe an – dafür brauche ich den Patienten persönlich in meiner Werkstatt. Das kann eine Videosprechstunde nicht bieten.

DGIHV: Kann die Videosprechstunde in Form einer Videokonferenz zu mehr Interdisziplinarität beitragen?

Reuter: Hier gilt für mich dasselbe: Ist das Gespräch theoretischer oder praktischer Natur? Wenn mir ein Kollege oder ein Mediziner einen Problemfall schildert, können wir gemeinsam nach Lösungsansätzen suchen oder Erfahrungen austauschen – versorgen muss ich dann aber vor Ort.

DGIHV: Werden bei Ihnen im Orthopädietechnischen Zentrum Lichtenau Videosprechstunden angeboten?

Reuter: Ja, wir bieten sie an. Ich habe aber festgestellt, dass die meisten Patienten durch die dazugehörige Technik noch verunsichert sind. Aus meiner Erfahrung heraus kann ich sagen, dass sie lieber kurz anrufen und einen persönlichen Termin vereinbaren möchten. Es wird wohl noch etwas Zeit brauchen, bis wir uns alle an diese alternative Möglichkeit der Beratung gewöhnt haben.

DGIHV: Was meinen Sie: Wird die Videosprechstunde zukünftig im medizinischen Alltag verankert sein?

Reuter: Die Videosprechstunde ist ein sehr sinnvolles Medium. Sie bietet die Möglichkeit einer schnellen, nationalen oder sogar internationalen Vernetzung. Schade nur, dass sie nicht dasselbe vertrauensvolle Verhältnis wie bei einem persönlichen Kontakt wiedergeben kann. Der würde meinen Patienten und mir auf Dauer fehlen. ❖



BEITRITTSERKLÄRUNG

Mit Angabe Ihrer Daten stimmen Sie zu, dass die DGIHV Sie postalisch und via E-Mail mit Informationen rund um die DGIHV kontaktieren darf. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf unserer Website: <https://www.dgihv.org/>

◇ **Titel/Name:** _____

◇ **Firma:** _____

◇ **Straße, Hausnr.:** _____

◇ **PLZ, Ort:** _____

◇ **Telefon:** _____

◇ **E-Mail:** _____

◇ **Geburtsdatum:** _____ ◇ **Eintrittsdatum:** _____

◇ **Unterschrift:** _____ ◇ **Ort, Datum:** _____

Mitgliedschaft

Einzelmitgliedschaft

100 € pro Jahr

Firmenmitgliedschaft

(Der Vorstand behält sich vor, über den Eintritt von Firmen / Verbänden / Organisationen zu entscheiden, und die Höhe des Jahresbeitrags in Anlehnung an die Beitragsordnung festzulegen.)

Anzahl der Mitarbeiter/in: _____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für interprofessionelle Hilfsmittelversorgung (DGIHV) e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DGHIV e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Daten werden von der Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

Zahlungsempfänger:

Deutsche Gesellschaft für Interprofessionelle
Hilfsmittelversorgung (DGIHV e. V.),
Reinoldstraße 7-9, 44135 Dortmund

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE74ZZZ00002009544

◇ **Name des Kontoinhabers:** _____

◇ **Name des Kreditinstituts:** _____

◇ **IBAN:** _____

◇ **BIC:** _____

◇ **Unterschrift:** _____ ◇ **Ort, Datum:** _____

Bankverbindung

Bank: Dortmunder Volksbank Kto-Nr.: 65 536 914 BLZ: 441 600 14 BIC: GENODEM1DOR IBAN: DE64 4416 0014 6553 6914 00

”

*Es könnten viele
Kommunikations-
defizite [...] vermie-
den werden.*

Prof. Dr. med. habil. Wolfram Mittelmeier

“



Prof. Dr. med. habil. Wolfram Mittelmeier ist Klinikdirektor der orthopädischen Klinik und Poliklinik in Rostock. Darüber hinaus ist er Facharzt für Orthopädie, spezielle Orthopädische Chirurgie, Kinderorthopädie und Facharzt für Orthopädie & Unfallchirurgie. 2014 hatte er die Präsidentschaft der OTWorld inne. Die Bundesfachschnle für Orthopädie-Technik zeichnete ihn mit der Goldenen Ehrennadel aus. Seit September 2019 gehört Prof. Dr. Mittelmeier dem geschäftsführenden Vorstand der DGIHV als Vorsitzender an.

DGIHV: Sind Ihre Patienten schon bereit für den Schritt in die digitale Versorgung?

Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier: Ich glaube, dass Patienten durchaus nach Videosprechstunden fragen, weil sie den Weg zum Arzt als aufwendig empfinden. Für mich ist sie besonders dann wichtig, wenn es um eine kurze Befundabfrage oder eine Befundkontrolle geht. Diese Funktionen der Videosprechstunde werden auch positiv angenommen. Während der Corona-Zeit haben wir ca. 40 Patienten bezüglich ihrer Einstellung zur Videosprechstunde befragt. Ihr grundsätzlicher Tenor: „Videosprechstunde gerne zur Wiedervorstellung.“ Patienten tun sich teilweise schwer, wenn es um die Erstvorstellung geht. Sie sollte persönlich erfolgen. Deshalb ist mein Eindruck, dass Patienten sich Videosprechstunden wünschen, sich aber noch daran gewöhnen müssen.

DGIHV: Würden Sie sagen, dass eine Videosprechstunde generationsabhängig ist?

Mittelmeier: Generationsabhängig – ja und nein. Manche Patienten tun sich noch schwer mit dem Bedienen von Computertechnik insbesondere viele ältere Mitbürger. Die Bedienung ist auch nicht immer einfach. Und noch gibt es in vielen Regionen unserer Republik Areale mit schlechter Netzversorgung. Gerade die ältere Generation wäre aber mehr auf sie angewiesen hinsichtlich Befundkontrollen. Zudem sind unsere älteren Patienten häufiger krank. Aber immer mehr Menschen steigen z. B. auf Tablets um und beherrschen diese zunehmend besser. Der aktuelle Vorschub der Digitalisierung in der Corona-Krise zwingt unsere Gesellschaft zum Aufholen in dieser Frage der technischen Ausrüstung und Handhabung. Die junge Generation hingegen bedient die digitalen Medien meist problemlos.

DGIHV: Nehmen wir an, Sie würden schon eine Videosprechstunde anbieten. Wie würden Sie diese bewerben?

Mittelmeier: Durch Auslegen von Prospekten und Werbung im Internet können wir die Patienten informieren, wenn alle Bedingungen abgesichert sind. Die Videosprechstunde hat grundsätzlich noch das Datenschutzproblem. Es ist erforderlich, dass entsprechende Videosysteme für diese Sprechstunden zugelassen und kostengünstig verfügbar sind. Neben dem Informationsaustausch muss auch eine Dokumentation der Gesprächsinhalte stattfinden. In einem Klinikum ist die Umsetzung nicht so einfach wie in einer Praxis: Hier setzen einige Kollegen schon Videosprechstunden um. Wenn die Datenschutzprobleme generell vereinfacht würden und es zugelassene Systeme gäbe – bin ich sicher – schaffen wir eine größere Akzeptanz bei den Patienten. Werbung bräuchte es da weniger, Patienten würden von sich aus fragen. Ich wünsche mir zugelassene Systeme, die mit weniger technischen Hürden verbunden sind. Wenn jeder Arzt sein eigenes System hat, muss der Patient sich bei einem Wechsel jedes Mal in ein neues System einloggen – das kann für die älteren Patienten ein weiteres Problem sein. Deshalb muss es einfache und flächendeckend verwendete Systeme geben.

DGIHV: Können Sie sich Vor- und Nachgespräche für die Videosprechstunde vorstellen?

Mittelmeier: Es gibt mehrere Gesprächsebenen. Die erste Ebene eines Gesprächs: Erfassung des persönlichen Kontaktes, des Blickkontaktes und die Vertrauensgewinnung. Das alles ist im Videobereich nicht so leicht möglich. Die zweite Phase ist die Informationsvermittlung: die Erklärung von Befunden oder Operationsprinzipien. Darin sehe ich schon eher eine gut praktizierbare Möglichkeit. Die dritte Ebene ist eine tatsächliche klinische Befunderhebung: Dabei ergeben sich verschieden starke Einschränkungen je nach Fachgebiet. Ein Laborarzt, der dem Patienten nur seine Laborwerte mitteilen muss, kann das per Videosystem umsetzen. Mein Patient dagegen, dessen instabiles Knie ich beurteilen möchte, sollte in einem direkten Kontakt mit mir stehen. Er muss per Hand untersucht werden. Für die Hilfsmittelanfertigung wird der persönliche Kontakt unverzichtbar sein. Die Abnahme des Hilfsmittels kann nur teilweise per Video erfolgen. Der Patient muss aber letztlich somit nicht immer persönlich vorbeikommen, wenn sich Informationen adäquat per Video austauschen lassen.

DGIHV: Wo sehen Sie Unterschiede eines Erstkontaktes mit Medizinern und Orthopädie-Technikern?

Mittelmeier: Die Frage ist: Welche Information möchten Sie in Ihrem Erstkontakt erhalten und übermitteln? Der Orthopädie-Techniker hat eventuell andere Ansprüche als der Mediziner. Kommt der Patient vom Orthopäden mit einer klaren Indikation und Verordnung, muss sich dennoch auch der Orthopädie-Techniker mit dem Anforderungsprofil und Status des Patienten auseinandersetzen – insbesondere bei der individuellen Hilfsmittelversorgung. Wenn es zunächst darum geht, den Techniker anzurufen, um einen Eindruck zu gewinnen, ob dieser kompetent und empathisch ist, kann die Videosprechstunde genutzt werden. Im Gespräch wird dann ein Termin vereinbart. Erstkontakt in diesem Fall per Videosprechstunde? Ja! Wenn Patienten beim Arzt anrufen, um einen Termin anzufragen und sich über Spezialgebiete der Klinik informieren möchten, ist das ebenfalls über eine Videosprechstunde möglich. Aber

der Erstkontakt im Sinne einer ersten körperlichen Untersuchung, der ersten Diagnosefindung, muss nach meiner Ansicht unverzichtbar persönlich stattfinden. Der Erstkontakt rein informativ, der geht virtuell.

DGIHV: Kann die Videosprechstunde für Sie zu mehr Interdisziplinarität beitragen?

Mittelmeier: Auf jeden Fall! Interdisziplinarität ist mir beim Thema der Videosprechstunde ganz wichtig. Man sollte in der individuellen, anspruchsvollen Versorgung interdisziplinäre Funktionsträger einbinden. Schlägt der Patient vor, den Orthopädie-Techniker seines Vertrauens mit in die Beratung einzubeziehen, kann ich nicht erwarten, dass dieser zu mir über weite Strecken in die Sprechstunde nach Rostock kommt. Es könnten viele Kommunikationsdefizite unseres Medizinsystems vermieden werden. Der Arzt kann dem Techniker umständlich patienten-spezifische Anforderungen und Informationen schriftlich zukommen lassen. Aber deutlich einfacher wäre es, den Techniker direkt – binnen Sekunden – dazu schalten zu können. Mit standardisierten Videosystemen könnte das Gesundheitssystem viel Geld sparen. Es verhindert lange Fehlzeiten in den Betrieben, insofern erkrankte Mitarbeiter für Arztbesuche weit fahren müssen. Kommunikationsfehler sowie vermeidbare, wiederholte Arztbesuche und betreffende Komplikationen könnten reduziert werden. Zur Interdisziplinarität gehört aber auch die Internationalität. Es fehlt ein europäischer Abgleich von Videosystemen. Es müsste international möglich sein, Videokonferenzen einzurichten, die einem europäischen Standard entsprechen. Ein Beispiel: Auf einer spanischen Insel zu erkranken, bedeutet viele Fragen, viel Unsicherheit. Eine Videosprechstunde mit dem deutschen vorbehandelnden Arzt wäre wesentlich vereinfachend. Es müsste möglich sein, dass Patient, deutscher und spanischer Arzt trotz der Entfernung gemeinsam kommunizieren. Tolle Lösung! Ich glaube aber, diesbezüglich ist noch viel zu tun.

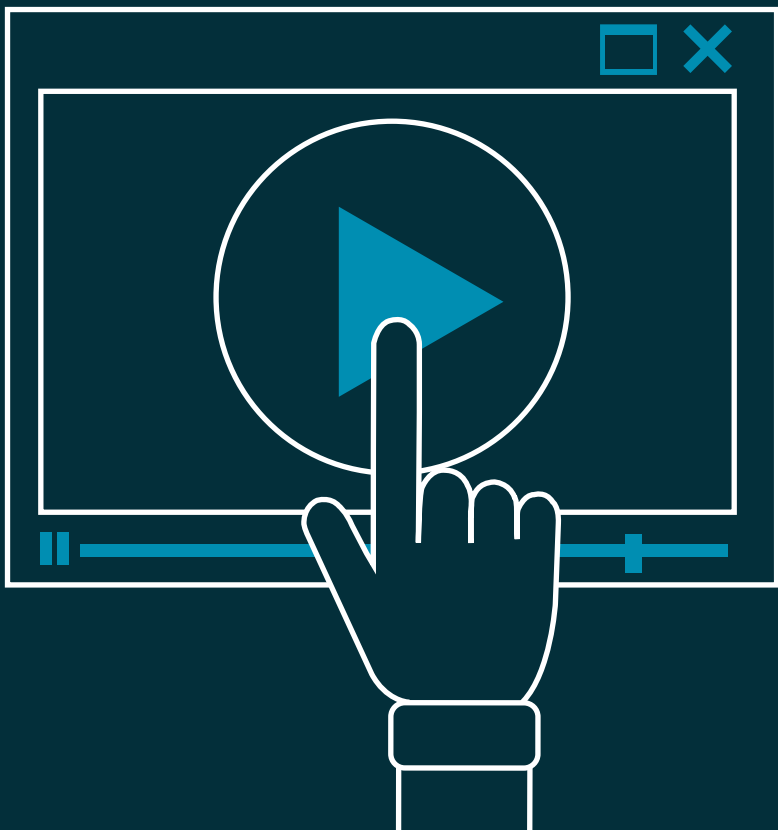
DGIHV: Wo sehen Sie aus medizinischer Sicht Stärken und Schwächen der Videosprechstunde?

Mittelmeier: Die Schwächen: Es gibt bisher noch keine klar transparenten, weit verbreiteten Videosysteme, die abgeglichen sind und die mit einer einfachen Sprache sprechen, sodass der Patient sich nicht in verschiedene Videosysteme einarbeiten muss. Wir müssen das Thema Finanzierung klären. Videosysteme sollten allen Patienten und allen Ärzten kostenfrei zur Verfügung stehen. Die Vorteile: Das erhebliche Einsparen von Reisezeiten, Fahrtkosten und CO₂. Ein weiterer Vorteil ist die gute Dokumentationsfähigkeit, weil die Videosprechstunde aufgezeichnet und auszugsweise gespeichert werden kann. Wir können den Patienten im Vorfeld Informationsmaterial zusenden, mit der Bitte, sich auf die Videosprechstunde vorzubereiten. Insgesamt sind die Möglichkeiten der Videokonferenz mit großen Chancen der Interdisziplinarität letztlich ein großer Vorteil für die Hilfsmittelbranche. ❖

Wir freuen uns, auch Sie bald in der XING-Gruppe begrüßen zu dürfen!

In der exklusiven XING-Gruppe begrüßt die Deutsche Gesellschaft für interprofessionelle Hilfsmittelversorgung (DGIHV) ausschließlich ihre Mitglieder und nutzt die Plattform zum Versenden von Informationen. Sie dient aber auch dem aktiven Austausch zwischen den DGIHV-Mitgliedern untereinander und der DGIHV selbst. Als Mitglied sind Sie herzlich dazu eingeladen, uns Ihre relevanten Themen für die DGIHV mitzuteilen, die wir dort gerne für Sie veröffentlichen.

Telemedizin aus juristischer Sicht



Berufsrechtliche Anforderungen

Telemedizin und die dafür konzipierten Softwarelösungen der verschiedenen Anbieter haben in erster Linie Ärzte als Zielgruppe im Auge. Hier gelten teils strenge Anforderungen seitens der zuständigen Ärztekammern, die für die Ärzte insbesondere Fragen der letztlichen Abrechnung eines virtuellen Konsultationsgespräches zum Gegenstand haben. Dies dürfte Sanitätshäuser nicht betreffen. Wer jedoch sichergehen möchte, dem sei ein kurzer Anruf bei der für ihn zuständigen Handwerkskammer ans Herz gelegt, um deren Haltung zu virtuellen Beratungen abzuklären und anschließenden Beanstandungen vorzubeugen.

Allerdings sollten Leistungserbringer darauf achten, virtuelle Beratungsgespräche auch tatsächlich auf beratende und nachsorgende Tätigkeiten zu beschränken. Immer häufiger bieten einige Marktteilnehmer an, Hilfsmittel ohne einen Besuch im Sanitätshaus abzugeben, etwa indem notwendige Abmessungen vom Versicherten selbst vorgenommen und dann an das Sanitätshaus übermittelt werden. Dies dürfte handwerksrechtlich unzulässig sein, da die Meisterpflicht verletzt wird, wenn Teile des Versorgungsprozesses aus der Hand gegeben werden. Hier würde das Sanitätshaus sowohl eine kostenpflichtige Abmahnung als auch Sanktionen durch die Handwerkskammer riskieren.

Datenschutzrechtliche Anforderungen

Des Weiteren sind natürlich auch in diesem Feld die Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zu beachten. Sofern im Betrieb ein/e Datenschutzbeauftragte/r existiert, so sollte diese/r bei der Einführung der telemedizinischen Lösung zwingend beteiligt werden. Die DSGVO schreibt neben den üblichen Anforderungen vor, dass der Versicherte auch zur Erhebung seiner personenbezogenen

Daten zum Zweck der virtuellen Kommunikation sein Einverständnis erklären muss. Dies sollte zwingend schriftlich erfolgen und die Versicherten dabei auf ihre Rechte, etwa auf Löschung oder Einsicht in die erhobenen Daten, hingewiesen werden. Insoweit gilt das Gleiche, wie bei den üblichen zu erteilenden Datenschutzhinweisen. Nichts anderes gilt bei interdisziplinären Sprechstunden. Die Einwilligung der Patienten muss sich hier auf alle an der Konsultation Beteiligten beziehen. Einige Anbieter stellen den Verwendern eine vorgefertigte Erklärung als PDF-Dokument zur Verfügung.

Häufig werden zur Realisierung Drittanbieter involviert. Der Leistungserbringer sollte die AGB dieses Anbieters genau studieren und erforderlichenfalls einen Auftragsverarbeitungsvertrag gemäß DSGVO mit dem Anbieter schließen.

Technische Aspekte

In technischer Hinsicht ist im Zuge der Datensicherheit zu beachten, dass einige Anbieter auf eine sogenannte Peer-to-Peer Lösung setzen. Dies bedeutet, dass die Kommunikation direkt zwischen dem Endgerät des Leistungserbringers und dem des Versicherten stattfindet. Es braucht keinen „Mittelsmann“ also Server des Anbieters, über den die Kommunikation abläuft. Diese Lösung ist aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für interprofessionelle Hilfsmittelversorgung vorzuzugswürdig, da die Daten so gar nicht erst die Gelegenheit haben, durch eine Sicherheitslücke auf dem Server des Anbieters kompromittiert zu werden. Außerdem sollte die Verbindung eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung aufweisen.

Generell sollte darauf geachtet werden, dass der gewählte Kommunikationsdienst für professionelle medizinische Zwecke geeignet und bestenfalls zertifiziert ist. Dienste wie WhatsApp oder vergleichbare an Konsumenten gerichtete Dienste sollten aufgrund ihrer datenschutzrechtlichen Implikationen gemieden werden.



**Deutsche Gesellschaft für
interprofessionelle Hilfsmittelversorgung e. V.**

Reinoldstraße 7-9,
44135 Dortmund

Tel.: +49 231 557050-60
Fax: +49 231 557050-40

info@dgihv.org · www.dgihv.org