



Digitale Transformation in der Medizin in Pandemiezeiten (Behandlung - Information - Kommunikation – BIK) – Erfahrungen und Perspektiven

Berlin,

Beschluss des Vorstands vom 20.05.2020

Die Covid-19-Pandemie hat in den letzten Wochen im deutschen Gesundheitswesen zu einer deutlichen Zunahme der Nutzung digitaler Anwendungen geführt. Einschränkungen in der Mobilität, Kontaktverbote und weitere Maßnahmen zur Reduktion von möglichen Infektionsketten haben dazu geführt, dass von ärztlicher Seite wie auch von Patientinnen und Patienten digitale Hilfsmittel vermehrt nachgefragt und genutzt werden.

Die zum Teil kurzfristig implementierten digitalen Angebote sind auf positive Resonanz gestoßen und sollten nicht nur nach der Pandemie nutzbar bleiben, sondern nicht zuletzt im Sinne einer Pandemie-Prävention zügig weiterentwickelt werden.

Viele der eingesetzten digitalen Angebote waren für die Versorgung der Bevölkerung ausgesprochen hilfreich, auch wenn sie noch nicht immer so ausgereift waren, wie das für die medizinische Versorgung notwendig wäre. Gleichwohl ist diese neue Kultur des Ausprobierens und Erfahrung Sammeln ein Fortschritt für die Gesundheitsversorgung in Deutschland, weil sie sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientiert. Hierzulande wird oftmals versucht von Anfang an die perfekte Technologie, oft auch unabhängig vom konkreten Versorgungskontext zu entwickeln, anstatt den Weg der notwendigen digitalen Transformation durch stetige Verbesserung zu beschreiten.

Sichtbar wurden auch strukturelle Defizite, die eine unmittelbare Reaktion des deutschen Gesundheitssystems auf die geänderte Situation verlangsamt haben. Dies zeigte sich insbesondere bei der Betrachtung des intersektoralen Behandlungskontinuums von Covid-19-Patienten.

Bei einem weiteren Voranschreiten der Pandemie wird es daher für die Versorgung der Bürger notwendig sein, schnell und adäquat auf jede Veränderung der Lage zu reagieren. Die Bundesärztekammer hat daher – ausgehend von den Erfahrungen, die die Ärzte in der Pandemie gemacht haben – Maßnahmen zusammengestellt, die die Versorgung in der Pandemie sicherstellen und auch langfristig verbessern können.

Lessons Learned

Welche Maßnahmen im Bereich Digitalisierung haben der Ärzteschaft geholfen?

- Die Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung hat die Arztpraxen in Pandemiezeiten deutlich entlastet und Patienten geschützt.
- Das erweiterte Angebot an Videokonferenzsystemen, die zum Teil kostenlos verfügbar waren, gab den Ärzten die Möglichkeit, dieses Werkzeug in der Kommunikation mit Patienten wie auch Kollegen zu testen und zu nutzen.
- Die kollegiale Unterstützung durch digitale Technologien über sektorale Grenzen hinweg führte zu einem schnelleren Austausch von Wissen. Beispielsweise wurden Intensivstationen einzelner Kliniken mittels telemedizinischer Anwendungen telekonsiliarisch verbunden, um insbesondere ärztliche Erfahrungen und Expertise in der Behandlung von Covid-19 erkrankten Patientinnen und Patienten besser untereinander auszutauschen. Hierdurch ist hoch qualifizierte ärztliche Expertise in der komplexen Behandlung von Covid-19 nicht nur in spezialisierten Zentren, sondern auch in angebundenen Kliniken verfügbar geworden.

- Einige Zeitschriften und Wissensdatenbanken ermöglichen Ärzten und Pflegenden derzeit einen kostenlosen, schnellen und einfachen Zugang zu medizinischem Wissen (meist sind diese Angebote bezogen auf das Thema Covid-19). Dies erleichtert den schnellen Transfer von Forschungsergebnissen in die breite Versorgung und hilft damit direkt den betroffenen Patienten.
- Die interprofessionelle, offene Diskussion zum Thema digitale medizinische Anwendungen in der Gesellschaft führte zu neuen Erkenntnissen, auch in medizinethischer Hinsicht (beispielsweise zum Thema Datenschutz und -sicherheit in Corona-Apps, Proximity-Tracking sowie Erfassung und Nachweis eines Immunstatus). Diese neuen Aspekte können so direkt in der Entwicklung von Anwendungen, aber auch bei der Erarbeitung von Prozessstrukturen berücksichtigt werden.
- Es fand eine schnelle Ausweitung des Telemonitorings im Rahmen der Regelversorgung statt (beispielweise in der Betreuung von Schwangeren oder psychisch erkrankten Menschen).

Wo gab es strukturelle Defizite?

- Es fehlt die flächendeckende Verfügbarkeit eines digitalen kontinuierlichen, sensorgestützten Monitorings bei ambulanten chronisch kranken Patienten (beispielsweise bei Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen und chronischen Lungenerkrankungen), Patienten in häuslicher Quarantäne oder in Pflegeeinrichtungen. Ein solches Monitoring bietet das Potential der Frühdetektion akuter Verschlechterungen.
- Es gibt keine sichere Messenger App, die von allen Ärztinnen und Ärzten zur schnellen innerärztlichen Kommunikation genutzt werden kann.
- Auch fehlt die ausreichende digitale Anbindung von Ärzten an ihre Körperschaften sowie zum Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Das Resultat sind fehlende strukturierte Meldewege für eine einheitliche Corona-Dokumentation und für eine Koordinierung der Versorgung.
- Ein wichtiger Baustein für eine flächendeckende Verfügbarkeit einer abgesicherten virtuellen Identität (Digitaler Ausweis, Beispiel: Single Sign-on) wäre der Betrieb eines übergreifenden Identitätsmanagements (beispielsweise ein Identity Access Management (IAM)-System) mit gesichertem Nachweis des Arzt-Attributs. Ein solches System würde den Ärzten eine einfache Möglichkeit bieten, sich auf verschiedenen Plattformen mit einem einmaligen Login als Ärzte zu identifizieren.
- Das Fehlen einer etablierten Erprobungs- und Testregion, um schnell Entwicklungen zu testen und bei positiven Effekten auszurollen. Diese dauerhaft etablierte Erprobungsregion könnte auch von weiteren Partnern des Gesundheitssystems (Software und pharmazeutische Industrie, App-Hersteller) genutzt werden, ohne dass es immer wieder zu einer für alle Seiten aufwändigen Suche und dem erneuten zeit- und kostenintensiven Aufbau von Teststrukturen kommt.
- Die immer noch zwischen den einzelnen Softwaresystemen bestehende mangelnde Interoperabilität, die auch ein Geschäftsmodell einiger Softwarefirmen ist, führte zu Verlust und ständiger Neuerhebung von medizinischen Daten innerhalb der Versorgungsketten von Patientinnen und Patienten.
- Auch die Kommunikation von Pflegeheimen im Kontext der medizinischen Versorgung zeigt sich gerade in Pandemiezeiten als besonders anfällig für Störungen, weil es wenig standardisierte und etablierte Kommunikationswerkzeuge zwischen diesen Bereichen gibt.

Erreichte Fortschritte beibehalten

Krisenzeiten zeigen schonungslos, wo Gesellschaften Stärken und Defizite haben. Das, was vorher teilweise als Überkapazität kritisiert wurde, hat sich als Stärke für Deutschland erwiesen, die leistungsfähige ambulante und stationäre Infrastruktur. Das Angebot digitaler Unterstützung für das Gesundheitswesen hingegen ist noch deutlich verbesserungswürdig. Die Ärzteschaft erwartet schon bei der Planung von Versorgungsabläufen, mittels digitaler Technologien die Austauschbarkeit und Weitergabe von medizinischen Informationen entlang des medizinischen Versorgungsprozesses zu gewährleisten. Einmal erhobene Daten sollten für die Versorgung wie auch für die Forschung und den ÖGD schnell und einheitlich unter Berücksichtigung von Datenschutz und Datensicherheit zur Verfügung stehen. Im Hinblick auf die Sinnhaftigkeit zahlreicher digitaler Neuerungen und mit dem Blick auf die reale Gefahr einer zweiten und dritten Infektionswelle in Deutschland sollten folgende Maßnahmen zeitnah umgesetzt werden:

1. Flächendeckender Ausbau und unkomplizierter, diskriminierungsfreier Zugang zu nach Möglichkeit BSI-zertifizierten Videokonferenzmöglichkeiten.
2. Besserer Zugang zu Wissensdatenbanken und aktuellen Forschungsergebnissen für Ärztinnen und Ärzte.
3. Ausbau von Telekonsilen (beispielsweise zu Fragestellungen bei der Beatmung von an Covid-19 erkrankten Patienten) mit Experten, unmittelbar beteiligten Kollegen und auch anderen Berufen und Einrichtungen im Gesundheitswesen, insbesondere für die ärztliche Betreuung von Pflege-Einrichtungen und Altersheimen.
4. Ausbau von Monitoring-Möglichkeiten für ambulante Patientinnen und Patienten.
5. Die Qualifizierung der Ärzteschaft, der medizinischen Fachangestellten und der Angehörigen der Pflegeberufe für den Umgang mit digitalen Anwendungen stellt eine besondere Herausforderung dar.
6. Etablierung eines einheitlichen Identity-Access-Management für Ärzte in der Verantwortung der Ärztekammern.
7. Flächendeckende Einführung einer einheitlichen und sicheren Messenger-App/Anwendung für eine schnelle asynchrone, unproblematische Kommunikation im gesamten medizinischen Bereich.
8. Etablierung von (elektronischen) Signalisierungs-, Melde- und Informationswegen für die Koordinierung der Versorgung sowie für die Beschaffungen beispielsweise von Schutzausrüstungen in vergleichbaren Situationen.
9. Dauerhafte Möglichkeit der Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit über Telefon- und Videokontakt für Bestandspatienten von Haus- und Kinderärzten.
10. Erweiterung von Registern für medizinische Ressourcen (z. B. DIVI-Intensivbettenregister).
11. Medizinische und ethische Begleitforschung bei der Weiterentwicklung digitaler Anwendungen.
12. Zurverfügungstellung von digitalen Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Patienten und ihren Angehörigen, insbesondere bei bestehenden Besuchseinschränkungen.

Um diese Verbesserungen auch langfristig zu skalieren und zu verstetigen, braucht es ein Infrastrukturprogramm, welches primär an den Anforderungen der medizinischen Versorgung ausgerichtet ist.