

## Digital News | JOURNAL ONKOLOGIE 08 / 2020

### *Corona macht Nutzen der Digitalisierung greifbar*

**Die DMEA-Fachmesse rund um die Digitalisierung im Gesundheitswesen fand Corona-bedingt erstmals nur im Internet statt. Mit dem Zusatz DMEA sparks war die Hoffnung verknüpft, dass der Funke auch virtuell auf das Publikum überspringen würde. Dies erfüllte sich zumindest in den diskussionsfreudigen Panels und rege genutzten Chats. Die Themen IT-Sicherheit in der Arztpraxis und Corona zeigten exemplarisch, dass die Digitalisierung herausfordern, aber auch entlasten kann.**

### *Wie sicher sind niedergelassene Arztpraxen?*

Seitdem Ende 2019 in Niedersachsen ein Datenleck mit 30.000 Patientendatensätzen publik wurde und wenig später Experten des Chaos Computer Clubs (CCC) gravierende Sicherheitslücken bei der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) sowie Praxis- und Heilberufsausweisen feststellten, sind Ärzte verunsichert. Was hat sich seitdem geändert? Ein Diskussionspanel versuchte sich an einer Bestandsaufnahme.

#### **Hausärzte keine Experten für IT**

Dr. Leonor Heinz von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und Vorstandsmitglied des Hausärzteverbandes, berichtete von widersprüchlichen Informationen zur Installation des Konnektors für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) – Stichwort Reihen- oder Parallelschaltung. Solche Unstimmigkeiten kenne sie aber auch aus ihrer eigenen Profession. So gebe es in Leitlinien verschiedener medizinischer Fachgesellschaften zu ein- und demselben Krankheitsbild manchmal unterschiedliche Aussagen. Man sei daher darauf angewiesen, dem IT-Dienstleister zu vertrauen, aber es bleibe das Gefühl, „dass man es nicht durchschauen kann.“ Jeder Arzt gebe sein Bestes, sagte sie, „aber wir sind Hausärzte und keine Experten für IT.“

#### **Keine Vergütung für Investitionen in IT-Sicherheit**

Jens Naumann, Geschäftsführer von medatixx, einem Hersteller von Praxissoftware, äußerte Verständnis. Vorrangige Aufgabe der Ärzte seien ärztliche Tätigkeiten, betonte er. Er verwies auch darauf, dass Investitionen für die IT-Sicherheit in der Praxis im EBM bisher nicht vergütet werden. Jeder Arzt stehe demnach vor der Frage „Wie viel gebe ich von meinem eigenen Einkommen dafür ab?“ Insgesamt sehe er aber große Fortschritte, auch dank der Aufklärung

durch die KVen und die Fachgesellschaften.

Holm Diening, Leiter Datenschutz und Informationssicherheit bei der geematik, betonte, dass Ärzte unabhängig von der TI in der Lage sein müssten, ihre Praxen ausreichend zu sichern. Der Konnektor sei nur ein Baustein. Auch CCC-Sicherheitsexperte Martin Tschirsich, der die Mängel bei der Identitätsprüfung der eGK aufgedeckt hatte, nahm die Ärzte in die Pflicht. Er lenkte den Fokus auf die „Schwachstelle Mensch“ und kritisierte, dass in manchen Praxen Minimalanforderungen nicht erfüllt würden. So sei „Praxis“ immer noch das am häufigsten genutzte Passwort und damit ein Einfallstor für Cyberkriminalität.

### **Sicherheitsrisiko Komplexität**

Dass Siegel oder Zertifikate mehr Vertrauen schaffen könnten, wurde von allen Diskutanten bezweifelt. Naumann verwies auf die IT-Sicherheitsrichtlinie der KBV, die seit dem 01.07.2020 gilt und Ärzte unterstützen soll, Gesundheitsdaten zu schützen. Auch Diening begrüßte diesen verbindlichen Standard, schränkte jedoch ein: „Dem Arzt kann nicht aufgebürdet werden, dass er diese Richtlinie versteht und dann umsetzt.“ Er sprach sich dafür aus, es den Ärzten bei der Umsetzung der Sicherheitsanforderungen „so einfach wie möglich zu machen“ und zukünftig Teile der IT-Dienstleistungen aus der Arztpraxis auszulagern, denn „Komplexität ist immer der Feind der Sicherheit und der Stabilität.“

Richtlinie zur IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung:  
<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/75b.html>

### **SARS-CoV-2 – „Glücksfall“ für die Digitalisierung**

Ungeachtet dieser Schwierigkeiten schreitet die Digitalisierung des Gesundheitssystems weiter voran. Dass ausgerechnet ein Virus einen weiteren Schub auslösen würde, war nicht abzusehen. Jedoch zahlte sich aus, dass der Boden für einige digitale Werkzeuge durch bereits verabschiedete Gesetze schon bereitet war.

Die Einsatzgebiete dieser in kürzester Zeit auf den Weg gebrachten Produkte erstreckt sich über alle Szenarien der Versorgung – vom Corona-Verdacht über das Screening und die Diagnostik bis hin zur Behandlung. Entsprechend kommen sie unterschiedlichen Nutzergruppen zugute: Gesunden, Erkrankten, Ärzten sowie Pflegenden und der Forschung. Erste Anwendungen hatten das Ziel, schnell verlässliche Informationen, Empfehlungen und Kontakte bereitzustellen. Andere erleichtern das ambulante Monitoring. An die stationäre Versorgung richtet sich das DIVI-Intensivregister, mit dem tagesaktuell intensivmedizinische Behandlungskapazitäten abgerufen werden können. Auch bei der regionalen Terminvergabe für Tests und der schnellen Bereitstellung der Ergebnisse leisten digitale Lösungen Hilfestellung. Und nicht zuletzt hatte am Eröffnungstag der DMEA auch die Corona-Warn-App ihre Premiere.

Sprachrohr für die verschiedenen Initiativen und Produkte ist der health innovation hub (hih), ein interdisziplinäres Expertengremium, das dem Gesundheitsministerium beratend zur Seite steht. Mit einem Newsletter und einer eigenen Corona-Webseite trägt das hih dazu bei, diese Angebote bekannt zu machen und Anbieter sowie potenzielle Nutzer miteinander zu vernetzen. Chairman Prof. Dr. Jörg Debatin stellte in einer Keynote einige digitale Anwendungen vor, die zur Lösung Corona-bedingter Probleme entwickelt wurden.

### **Corona-Bot:**

Apps wie diese trugen dem hohen Informationsbedarf zu Beginn der Pandemie Rechnung, indem sie Auskunft zu individuellen Risiken gaben und damit Hotlines entlasteten. Das niedrigschwellige, anonyme Informationsangebot gab unter Berücksichtigung von Faktoren wie Symptomen und Reiseaktivität individuelle Handlungsempfehlungen und ermöglichte auch die Interaktion mit Infizierten.

### **Videosprechstunde:**

Bedingt durch die Kontakteinschränkungen kam es bei den Videosprechstunden laut Debatin zu „einem unglaublichen Uptake“: Während vor der Corona-Epidemie etwa 1.000 Ärzte ihren Patienten diese Möglichkeit angeboten hatten, sind es inzwischen mehr als 100.000. Debatin hob hervor, dass durch die bereits erfolgte gesetzliche Abschaffung des Fernbehandlungsverbots ein wichtiges regulatorisches Fundament für die Umsetzung und Vergütung vorhanden war.

### **Home-Monitoring:**

Die ambulante Betreuung von (potenziellen) COVID-19-Patienten hat eine Schlüsselstellung bei der Bekämpfung der Pandemie. Mithilfe von telemedizinischer Überwachung können Menschen in Quarantäne kontinuierlich und sicherer überwacht werden. Auch hier, so Debatin, gebe es „neue innovative Ansätze, die vor Corona nicht denkbar waren.“

### **Corona-Datenspende-App:**

Hohe Dunkelziffern und Verzögerungen durch lange Meldekettens kristallisierten sich bereits früh als Hindernisse für die Erfassung von COVID-19-Fällen heraus. Die Datenspende-App des Robert Koch-Instituts setzt auf Daten aus Fitnesstrackern, um mögliche Infektions-Cluster frühzeitig zu identifizieren. Die App wurde bisher von über 700.000 Nutzern heruntergeladen und erste Zwischenergebnisse sind bereits veröffentlicht (<https://corona-datenspende.de>). Eine Übersicht über Corona-bezogene digitale Unterstützungsangebote findet sich im Internet: [www.corona-digital.de](http://www.corona-digital.de).

### **Damit alles zusammenpasst:**

#### **Netzwerk Cocos**

Interoperabilität, regelmäßig ein Schlagwort auf der DMEA, ist auch für die digitalen Corona-Werkzeuge essenziell. Immerhin erheben sie sehr unterschiedliche Daten wie Risikofaktoren, Symptome, Messwerte, Testergebnisse oder die Medikation. Um ein Ökosystem zu schaffen, in dem diese gesammelt, zusammengeführt und analysiert werden können, sind Corona Component Standards, kurz Cocos, notwendig. Ziel der Cocos-Initiative ist es, Corona-bezogene Datensätze, technische Strukturen und Terminologien zu vereinheitlichen, damit diese ausgetauscht und verarbeitet werden können. Dies ist auch die Voraussetzung, um sie ab dem 01.01.2021 in die elektronische Patientenakte zu überführen (<http://cocos.team>).

#### **Nächste Schritte:**

#### **DiGA und elektronische Patientenakte**

Der Nutzen digitaler Tools sei durch Corona greifbarer geworden, so Debatins Fazit. Möglicherweise profitieren auch Großprojekte wie die Erstattung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) davon. Nachdem die Regularien für die Prüfung bekannt gemacht wurden, seien beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bereits 350 Anträge eingegangen, so Debatin.

Auch die elektronische Patientenakte (ePA), laut Debatin die „Mutter aller Digitalisierungsbemühungen“ wird kontinuierlich weiterentwickelt. Inhaltlich gibt es eine dreigeteilte Struktur mit Dokumenten, die vom Arzt kuratiert werden, sowie von Patienten und Krankenkasse. Bis zum Ende des Jahres müssen die gesetzlichen Krankenkassen die technische Infrastruktur zur Verfügung stellen, das heißt, die Bedienoberfläche für die Versicherten. Der Vertrauensvorschuss der Versicherten ist groß: Fast die Hälfte von 1.500 befragten Bürgern gaben Anfang des Jahres an, die ePA nutzen zu wollen; ein Drittel sprach sich dagegen aus (1).

Der Erfolg der ePA hängt wesentlich auch davon ab, wie sie von den Ärzten akzeptiert wird. Mit Blick auf den Nutzen verwies Debatin auf den Notfalldatensatz, der wie ein Deckblatt alle wichtigen aktuellen Angaben zu Diagnosen, Medikamenten und Allergien enthalten wird. Auch die Vergütung ist mittlerweile geregelt: Für das Anlegen der ePA können 10 Euro pro Patient abgerechnet werden, für den Notfalldatensatz kommen 8,79 Euro hinzu. Zeitgleich mit der ePA soll das E-Rezept kommen – ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit.

*Anne Krampe-Scheidler*

*Literatur:*

*(1) Tagesspiegel Background. Umfrage vom 9.-10.01.2020.*