



Deutsche Gesellschaft für
Integrierte Versorgung
im Gesundheitswesen e.V.

DGIV-Denkpapier #1/2022

Zügige Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems als Katalysator intersektoraler, interprofessioneller und interdisziplinärer Versorgung:

Realität und Forderungen

Vorwort

Die medizinische Versorgung über Sektorengrenzen hinweg gilt seit Jahren bei den meisten Akteuren im Gesundheitssystem als entscheidend für die Weiterentwicklung der Patientenversorgung. Bereits vor der letzten Bundestagswahl hat die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. in einem vielbeachteten Positionspapier darauf hingewiesen, dass die Herausforderungen unserer Zeit ein diesbezügliches Umstrukturieren und eine deutlich engere Zusammenarbeit von Sektoren, Professionen und Disziplinen in Prävention, Diagnose, Therapie, Nachsorge und Pflege zwingend erfordern.

Neben anderen Optionen rücken dabei mehr und mehr die mit einer stärkeren Digitalisierung des Gesundheitssystems verbundenen Chancen und Möglichkeiten bei der Überwindung von Sektorengrenzen in den Mittelpunkt.

Das vorliegende Diskussionspapier zeigt auf, wie digitale Hebel eine quasi katalytische Wirkung entfalten können und welche Entscheidungen zu treffen bzw. Umsetzungen zu forcieren sind, damit Deutschland nicht noch weiter ins Hintertreffen gegenüber anderen Gesundheitssystemen gerät. Vielmehr könnte es sogar gelingen, dass sich unser Gesundheitssystem im internationalen Vergleich an die Spitze und vor allen Dingen zum Patientenwohl neue Maßstäbe setzen kann. Richtig genutzt wird die Digitalisierung zum entscheidenden Hebel bei der zügigen Umsetzung sektorübergreifender Versorgung.

Wir danken Herrn Dr. Markus Fuchslocher als Leiter des DGIV-Arbeitskreises „Digitalisierung der intersektoralen Versorgung“ und allen engagierten AK-Mitgliedern für diesen beeindruckenden Statusbericht, die Handlungsvorschläge und den insgesamt motivierenden Ausblick. Auf eine rege Diskussion der Vorschläge freuen wir uns bereits jetzt.

Berlin, 1. August 2022

Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel

Vorsitzender des Vorstands

Dr. Albrecht Kloepfer

Geschäftsführender Vorstand

Dr. Michael Meyer

Generalsekretär

Inhalt

1. Executive Summary
2. Schwächen der regionalen intersektoralen Patientenversorgung
3. Zielbild einer effektiveren regionalen intersektoralen Versorgung durch Digitalisierung
4. Anpassungsbedarf bzw. Forderungen, damit Digitalisierung verändern kann

Aufgrund einer besserer Lesbarkeit wurde im nachfolgenden Text auf gegenderte Sprache verzichtet; in allen entsprechenden Formulierungen sind weibliche, männliche und weitere Geschlechtsidentitäten mit gemeint.

1. Executive Summary

Die konsequente Digitalisierung gehört in der Automobilbranche, im Maschinenbau oder im Handel zum Alltag. Die digitale Abbildung realer Objekte, ihrer jeweiligen Zustände und Verhaltensweisen werden bereits heute in zahlreichen Wirtschaftsbereichen sehr erfolgreich eingesetzt. Die Vernetzung mit anderen Systemen und der Zugriff auf deren Daten führen zu qualifizierteren Entscheidungen, die nicht nur den engen Kontext des eigenen realen Systems, sondern auch sein weiteres Umfeld berücksichtigen. Mit anderen Worten: Auch hier steht Sicherheit im Vordergrund und Menschenleben werden geschützt.

Warum verschließen wir uns gerade in der Gesundheitsversorgung dieser konsequenten Digitalisierung und verstecken uns dabei hinter dem Datenschutz? Kann es unter diesen Voraussetzungen überhaupt eine integrierte Versorgung geben?

Die Potenziale digitaler Abbilder realer Sachverhalte in Kombination mit künstlicher Intelligenz sind gerade im Gesundheitswesen immens. Sie reichen von der Prävention (frühzeitiges Erkennen von Gesundheitsrisiken und Entwicklung korrekativer Maßnahmen), über die Diagnose (qualifiziertere und schnellere Entscheidungen durch Vernetzung aller gesundheitsrelevanten Informationen des Patienten) und die Therapie (z.B. Simulation und Analyse von Eingriffen und Therapieverläufen) bis hinein in die sektorübergreifende Nachsorge.

Das digitale Abbild eines bestimmten Krankheitspfades gerade in der integrierten Versorgung ist ein systemkritisches Ziel, das sich technisch bereits weitgehend realisieren lässt. Es erfordert allerdings weitere interdisziplinäre Anstrengungen in den Bereichen Regulierung, Forschung und Technologie.

Es geht uns nicht um den gläsernen Patienten, sondern um den gläsernen Krankheitsverlauf eines Patienten – die lückenlose Abbildung relevanter Parameter zur interdisziplinären Nutzung und damit zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Im besten Fall kommt es durch digital gestützte Prävention und Vorsorge bzw. Screening bei Risikopatienten gar nicht erst zum Krankheitsausbruch. Sollte dies aber dennoch der Fall sein, erhöhen sich durch frühzeitige Diagnose

die Chancen auf Heilung signifikant. Der Kausalzusammenhang: Eine interdisziplinäre Therapie wird effizienter und vor allem effektiver sowie die Nachsorge fließend integriert und um bislang noch nicht berücksichtigte Akteure erweitert, damit werden Sektorengrenzen (das heißt potentielle Bruchstellen einer umfassenden Versorgung) sinnvoll überwunden.

Außerdem ermöglicht Digitalisierung, dass der mündige Patient erstens seinem Anspruch auf Selbstverantwortung besser nachkommen kann, indem er sich zielführender durch seinen Krankheitspfad navigiert. Zweitens können sein patientenbezogenes Expertennetzwerk (regional und überregional unterstützt) sowie sein soziales Umfeld eng eingebunden werden, was zu einer höheren Patientenzufriedenheit, einer Entlastung des Gesundheitssystems, einer Verbesserung der Effizienz und letztlich zu einer Gemeinwohlsteigerung führt.

Daraus leiten sich für die DGIV folgende zentralen Forderungen ab, die im Kapitel 4 detailliert werden:

1. Die **Zusammenführung von „ambulant“ und „stationär“** sollte durch **regionale Versorgungsverbünde** (bei Bedarf flankiert durch überregionale Experten) erfolgen – eine Vernetzung kombiniert und koordiniert mit analogen und digitalen Strukturen (Zwölfpunkteplan in Kapitel 3).
2. Dazu: **Etablierung einer allen Akteuren im Gesundheitswesen zugänglichen interoperablen digitalen Infrastruktur** mit dem Ziel eben dieser Vernetzung zertifizierter Zentren und sogenannter regionaler patientenzentrierter Expertennetzwerke (aus Haus- und niedergelassenen Fachärzten, Pflege, Gesundheitsfachberufe, Apotheken etc.).
3. **Die lebenslange digitale Abbildung eines Patienten durch die ePA sollte für die Behandlungsdauer eines bestimmten Krankheitspfades durch eine elektronische Fallakte (eFA) flankiert werden**, in die entlang des Versorgungskontinuums fallrelevante Informationen durch die Leistungserbringer allen anderen am Versorgungsprozess beteiligter Leistungserbringer zur Verfügung stehen.
4. **Aufbau datenschutzrechtlicher Rahmenbedingungen, die die Patientensicherheit – im Sinne von Lebens- und Gesundheitsschutz – und die Versorgungsqualität in den Mittelpunkt stellen.** Dabei steht es jedem Patienten frei, sich *gegen* eine verbesserte Versorgung und Qualität der medizinischen Behandlung zu entscheiden und den dafür notwendigen Datenaustausch abzulehnen.
5. **Zur regionalen Umsetzung der intersektoralen Versorgung gemäß Koalitionsvertrag** fordern wir, dass zu diesem Zweck **ähnlich dem Krankenhauszukunftsgesetz für Krankenhäuser auch Mittel für den regionalen Versorgungsbereich aus öffentlichen Mitteln zur weiteren digitalen Vernetzung bereitgestellt werden.**
6. **Für einen vereinfachten, standardisierten, kosteneffizienten Vergabeprozess empfehlen wir maximal fünf regionale Pilotprojekte je Bundesland**, um Landesspezifika zu erarbeiten und eine Referenzarchitektur einer digitalen regionalen integrierten Versorgungslösung zu definieren.

2. Schwächen der regionalen intersektoralen Patientenversorgung

Eigentlich könnten die Rahmenbedingungen kaum besser sein: Deutschland hat im internationalen Vergleich eine weitgehend flächendeckende ambulante und stationäre Patientenversorgung. Hinzu kommen hochspezialisierte Zentren für schwere und/oder seltene Krankheiten. Letztlich ist unser Gesundheitssystem aber nach wie vor historisch gewachsen auf die Akutversorgung ausgerichtet. Prävention, Nachsorge oder dauerhafte koordinierende Betreuungsnotwendigkeit insbesondere chronisch Kranker finden darin nur unzureichend Berücksichtigung. Diese nicht mehr zeitgemäße Fehlansicht ist teuer, langwieriger als nötig – weil die Behandlung unter anderem oft zu spät erfolgt – und führt zu einer gravierenden Beeinträchtigung des Behandlungserfolgs.

Weiterhin ist davon auszugehen, dass absehbar insbesondere in ländlichen Regionen angesichts des demographischen Wandels eine flächendeckende Versorgung der Patienten nicht mehr uneingeschränkt garantiert werden kann. Daraus leitet sich die Notwendigkeit ab, den durch Digitalisierung flankierten strukturellen Wandel einzuleiten: zur effektiveren Ausschöpfung knapper werdender Ressourcen vor allem in Medizin und Pflege.

So sollen nach Willen des Gesetzgebers etwa alle Krankenkassen gemeinsam in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben nach § 63 SGB V zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 des Pflegeberufgesetzes im Wege der Vereinbarung nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 4 durchführen. In den Modellvorhaben sind auch Standards für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu entwickeln. Klar ist hierbei, dass dies ohne entsprechende digitale Unterstützung kaum gelingen kann. Weitere aktuelle Ansätze sind etwa die derzeit rechtlich noch eingeschränkten Möglichkeiten telemedizinischer Unterstützungsmaßnahmen, die allmählich über Monitoring-Programme und Videosprechstunde Einzug in der Regelversorgung halten.

Konsequente Digitalisierung kann die Verfügbarkeit personen- und fallrelevanter gesundheitsbezogener Daten jederzeit und überall sicherstellen. Die Daten könnten lückenlos sein und eine schnelle und umfassende Kommunikation unterschiedlichster Experten entlang eines ganzheitlichen Versorgungskontinuums ermöglichen. Damit könnte der Patient im Mittelpunkt eines informierenden und kommunizierenden Versorgungsmanagements stehen, was bislang nicht möglich ist.

„Ganzheitlich“ hat hier zwei Dimensionen – sowohl in die Tiefe der Versorgungskette als auch in seiner notwendigen Breite: sowohl von Prävention, Screening und Vorsorgeuntersuchungen, über Diagnose, Therapie bis hin zur Rehabilitation und Nachsorge als auch das ganzheitliche Zusammenspiel aller beteiligten Akteure: Krankenhaus, Haus- und niedergelassene Fachärzte, Pflege, Gesundheitsfachberufe, Apotheken und Krankenkassen.

Trotzdem ist strukturell im deutschen Gesundheitssystem kaum etwas von diesem Potential für die Versorgungsqualität und -effizienz realisiert oder gar installierte Basis.

Was das konkret bedeutet, zeigt sich beispielsweise am Krankheitspfad Lungenkarzinom. Dieser Patientenpfad ist mittlerweile umfänglich analysiert und digitale Lösungen sind beschrieben, bisher allerdings primär aus Sicht spezialisierter Krankenhäuser oder zertifizierter Tumorzentren.

Die Mehrzahl der Lungenkarzinome wird erst in fortgeschrittenem Stadium diagnostiziert – über ein Drittel sogar erst im Endstadium IV ohne Chancen auf Heilung. Krankenkassen verfügen über einen Teil relevanter Daten (im Wesentlichen Abrechnungsdaten), die – zum Beispiel mit Hilfe von künstlicher Intelligenz – dazu beitragen könnten, Risikopatienten zu identifizieren, gezielt anzusprechen und je nach Risikoklasse einem entsprechend personalisierten Früherkennungsprogramm durch den Hausarzt zuzuführen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist es aber bislang nicht erlaubt, die verschiedenen Daten zusammenzuführen. Hinzu kommt, dass die ambulanten Abrechnungsdaten den Kassen in der Regel erst ein Dreivierteljahr nach dem Arztbesuch vorliegen. Dabei könnten die Abrechnungsdaten auf digitalem Wege taggleich übermittelt werden.

Im Rahmen der Früherkennungsprogramme könnten digitale Lösungen mit Hilfe einer App nicht nur die Screening-Intervalle überwachen und Termine vereinbaren, sondern auch Präventivmaßnahmen wie Raucherentwöhnung (abrechenbar als Digitale Gesundheitsanwendung – DiGA) oder andere Verhaltensmaßnahmen steuern. Im Rahmen der Nachsorge könnten weitere Mehrwertdienste wie Monitoring der Lungenfunktion, Anbindung von Lifestyledaten, managen einer Lungensportgruppe oder die Einbindung des sozialen Umfelds und vieles mehr integriert werden.

Im Rahmen der Diagnostik arbeiten unter anderem Radiologen, Nuklearmediziner, Pneumologen und Pathologen eng zusammen unterstützt durch Vergleiche mit einer großen Bilddatenbank durch künstliche Intelligenz. Das kann zu lebensentscheidendem Zeitgewinn durch frühzeitige Befundung und optimierte Differentialdiagnostik führen.

Wie schon in der Diagnostik führt das enge Zusammenspiel der Facharztexperten in einem Lungenkrebszentrum über virtuelle Tumorboards zu verbesserten Therapieentscheidungen. Maßgeblich ist dabei die Verfügbarkeit aller relevanten Daten (Befunde, Bilddaten etc.) entlang dieses Patientenpfades.

All diese Daten sollen letztlich standardisiert in einer ePA gespeichert und der Zugriff der relevanten Akteure durch den Patienten autorisiert werden. Das setzt voraus, dass möglichst alle Patienten eine interoperable ePA nutzen, die gespeicherten Daten vollständig sind und den relevanten Akteuren der Zugriff auf die Daten ermöglicht wird.

Die Versorgung beispielsweise des komplexen Krankheitsbildes Lungenkarzinom ist nicht nur in der Klinik, sondern auch nach der Entlassung eine Herausforderung und dann optimal gestaltbar, wenn regionale Versorgungsstrukturen analog und digital eng kooperieren. Das Risiko einer Wiederaufnahme in die Klinik ist trotz therapeutischer Fortschritte hoch, denn die Nachsorge von Patienten mit Lungenkarzinom ist ausgesprochen komplex. Klinik-, Haus- und Fachärzte müssen eng kooperieren, was jedoch vom zeitlichen Umfang her nur begrenzt möglich ist. Eine

organisatorische Lösung ist die Externalisierung von Steuerungselementen im Rahmen von Telemedizinzentren, in denen zum Beispiel speziell ausgebildete medizinische Fachangestellte die digitale Organisation der Nachsorge und Sekundärprävention für die Nachsorge übernehmen. Tatsächlich sind jedoch die Hürden zur Überwindung der Sektorengrenzen hoch, da die digitale Zusammenarbeit durch inkonsequente Kooperationsverpflichtungen der regionalen Versorgungspartner dringend weiterentwickelt werden muss. Die Gesetze sind vorhanden; sie müssen jedoch durch regionale Ausführungsbestimmungen im Rahmen der Regelversorgung angewendet werden. Reine Absichtserklärungen der Landes- und Regionalgremien reichen nicht aus. Eine Vielzahl an Studien zeigt auf, dass die Langzeitprognose bezüglich Readmission, Sterblichkeit und Lebensqualität bei allen komplexen Diagnosen durch ein effektives Nachsorgemanagement und eine leitliniengestützte und digitalisierte poststationäre Weiterversorgung deutlich optimiert werden kann.

3. Zielbild einer effektiveren regionalen intersektoralen Versorgung durch Digitalisierung

Abgeleitet aus der Notwendigkeit zu strukturellen Veränderungen in der Regionalversorgung und den Verbesserungspotentialen, die Digitalisierung leisten kann, lässt sich ein Zielbild eines ganzheitlichen Versorgungskontinuums entwickeln, das Diagnose und Therapie mit Prävention und Nachsorge stärker verzahnt. Krankheiten werden früher erkannt, die Heilungschancen mitunter signifikant erhöht genau wie die Patientenzufriedenheit entlang des Kontinuums – bei gleichzeitiger Entlastung der involvierten Leistungserbringer.

Der mündige Patient navigiert, je nach persönlichem Reifegrad unterstützt, durch das Versorgungskontinuum. Die Übergänge zwischen „ambulant“ oder „stationär“ und zwischen den Leistungsbereichen werden fließend und sind für den Patienten – letztlich zu seinem Vorteil – nicht mehr wahrnehmbar.

Voraussetzung ist, dass der Patient in einem anpassungsfähigen regionalen intersektoralen Kontinuum bewegen kann. Die Versicherten und Patienten können sich orts- und zeitungebunden präventiv, diagnostisch und therapeutisch ihre Gesundheitsleistungen kollaborativ mit dem Expertennetzwerk zusammenstellen und steuern. Als Voraussetzung dafür ist eine effiziente und effektive Digitalisierung in der Zusammenarbeit von Leistungserbringern, Kostenträgern und Versicherten sicherzustellen.

In einer digitalen und virtuellen Versorgungsumgebung gestaltet sich die Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Versicherten anders als im traditionellen persönlichen Kontakt. Beide Partner müssen ein gewisses Maß an Kommunikations- und Digitalkompetenz sowie Offenheit und Akzeptanz mitbringen, damit ein technologiegestützter Versorgungsprozess zustande kommt. Um dafür eine Bereitschaft sicherzustellen, müssen die Chancen und Vorteile den Patienten und Versorgern klar, plastisch und nachvollziehbar dargelegt (Hausarzt-Patient) oder geschult (Leistungserbringer) werden.

Als dazu essentielle digitale Werkzeuge und eHealth-Anwendungen müssen wir die intersektoralen und interoperablen Funktionalitäten sinnvollerweise so verstehen, dass das digitale Teamworking auf einen intendierten Zweck hin und in kontrollierter Weise zu Veränderungen im Sinne einer verbesserten Prozessstruktur, Prozessqualität und Ergebnisqualität (Versorgungstiefe und -breite) führt.

Insbesondere sind hier die Entlastung des medizinischen und des Pflegepersonals sowie das Patienten-Empowerment zu nennen.

So konstruiert jeder Anwender seinen digitalen Bewegungsraum abhängig von seiner Zielvorstellung im Sinne einer bestimmten Handlung eigenständig, beispielhaft als empowerter Patient selbst und lotet zieldefiniert seine Gesundheitsräume aus.

Zur digitalen Steuerung einer regionalen intersektoralen Versorgung als „Virtuelle Community“ und „Interoperables Versorgungskontinuum“ bedarf es digitaler Werkzeuge, Mechanismen und Wirkzusammenhänge, die auf analog vernetzten und im Konsens agierenden Regionalstrukturen aufbauen. Beispielhaft seien hier aufgeführt: Ärztenetze, Medizinische Versorgungszentren, Schwerpunktkliniken und Kliniken mit einer erweiterten ambulanten Versorgung, Integrationsnetze von Leistungserbringern und Kostenträgern, kooperierend unter den gesundheitssystembezogenen gesetzlichen Rahmenbedingungen der Sozialgesetzbücher, Selbsthilfegruppen, kommunale Gesundheitsreinrichtungen (Community Health Centers, Family Health Centers etc.), integrierte lokale Primärversorgungszentren mit breitem Leistungsspektrum im Sinne von ambulant vor stationär, Betriebsmedizin, betriebliche Gesundheitsvorsorge, Gesundheitszentren mit multiprofessioneller Ausrichtung (Medizin, Pharmazie, Pflege, nicht verkammerte Berufe, Pharmazeuten, Soziale Arbeit etc.), Home Care Units, Sanitätshäuser und Gesundheitskioske.

Zwischenzeitlich gibt es in Deutschland umfangreiche gesetzliche Rahmen- und Ausführungsbestimmungen für nahezu alle analogen regionalen Kooperationsformen die jedoch immer noch von einer monoprofessionellen hausärztlichen Versorgung, einer hochdifferenzierten und nicht interoperablen fachärztlichen Versorgung und, sowohl innerhalb als auch außerhalb dieses Systems, durch eine starke sektorale Trennung geprägt ist. Um eine Prozessdynamik in einen mehrwertgenerierenden Versorgungsprozess für den Patient und sein intersektorales Regionalteam, oder präziser: einen *Verantwortungsprozess* zu entfalten, gibt es vor allem zwei Wege: Anreize zur gezielten Verhaltenssteuerung und ggf. -änderung für die Systembeteiligten setzen und eHealth-Strukturen etablieren.

Beides, analoge und digitale Strukturen kombiniert und koordiniert, ergibt ein klares Zielbild einer integrierten und intersektoralen Versorgung, die als digital unterlegtes Expertennetzwerk agiert:

1. Zusammenführung von ambulant und stationär zu regionalen Versorgungsverbänden mit analogen und digitalen Strukturen.
2. Steuerung durch eHealth-Plattformen im Sinne von hybriden (ambulant/stationär) 24/7 Telemedizinzentren.
3. Abdeckung der regionalen Grundversorgung durch primärärztliche, digital unterstützte Gesundheitszentren 4.0 (primärärztliche Gesundheitspunkte und interprofessionelle Gesundheitszentren).

4. Transformation defizitärer Kliniken der Grund- und Regelversorgung in intersektorale Gesundheitszentren (IGZ) zusammen mit regionalen Haus- und Fachärzten
5. Etablierung eines Vergütungssystems (z.B. Hybrid-DRGs), das Fehlanreize (im Konkurrenzsetting von Fallpauschalen und Vergütungskatalog) zwischen ambulanten Arztpraxen und Kliniken überwindet und qualitativ hochwertige Versorgung unabhängig von den Sektoren ermöglicht.
6. Orientierung an einem nachhaltig wirtschaftlich betriebenen regionalen Versorgungsmodell, das sich am Bedarf und den Präferenzen der Patienten orientiert.
7. Business Intelligence Lösungen in Form eines multidimensionalen Data Warehouses, bei dem eine Vielzahl an Datenquellen angeschlossen, strukturiert und dynamisiert werden und als Managementgrundlage für regionale Steuerung und Benchmarking eingesetzt wird.
8. Digital unterstützte, leitlinienorientierte (AWMF; Cochrane) und regional adaptierte „Patient Journeys“ (im Sinne klinischer Pfade) mit regional entwickelten integrierten und leicht zugänglichen Versorgungsprogrammen für eine durch künstliche Intelligenz verbesserte personalisierte Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation.
9. Aufhebung von Interoperabilitätsproblemen an den eHealth-Schnittstellen durch Anwendung von einheitlichen digital getriggerten Terminologien (z.B. Snomed), Standards (z.B. HL7 FHIR) und Vergütungsmodellen.
10. Gemeinsam abgestimmte, eHealth-gestützte Prozesstransformation und ein subsidiäres Gesundheitsverständnis zur Reduzierung von Bürokratie, Schaffung von Transparenz, Verbesserung von Outcome im Gesundheitswesen durch eine nutzenorientierte und digitale „Patient Journey“: Selfcare -> Apps -> AAL (ambient assisted living) -> Homecare („community nurse“) -> Selbsthilfegruppen -> digitale Grundversorgung (Apotheke, Hausarzt) -> Casemanagement durch Telemedizinplattformen (Kostenträger, KVen, Berufsverbände der Leistungserbringer) -> Einsteuerung in Gesundheitszentren 4.0 (multiprofessionell) -> weiterversorgende Klinik mit erweitertem (ambulanten) Versorgungsspektrum -> Spezialklinik.
11. Weiterführend sollte die regionale einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit in einer präformierten Gesundheitsregion stattfinden, die kulturübergreifend die medizinische Versorgung, Gesundheitsförderung, Mobilität, Freizeit und soziale Kontakte, Wohnen, Güter des täglichen Bedarfs und die Pflege in einer Plattformökonomie zusammenfasst.
12. Formulierung eines Governance-Systems zur Konstitution eines aktivierenden analogen und digitalen Vernetzungsmilieus regionaler Akteure (bei Bedarf flankiert durch überregionale Experten) mit Schaffung einer regionalen Identität und Zusammengehörigkeitsgefühl zur bestmöglichen Versorgung der Patienten.

4. Anpassungsbedarf bzw. Forderungen, damit Digitalisierung verändern kann

Aus den genannten notwendigen strukturellen Veränderungen in der Regionalversorgung und den Verbesserungspotentialen, die Digitalisierung leisten kann, leitet die DGIV folgende politischen Grundforderungen für die laufende Legislaturperiode ab, um Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen nachhaltig voranzutreiben:

1. Etablierung einer allen Akteuren im Gesundheitswesen zugänglichen interoperablen digitalen Infrastruktur auf Basis einer Vernetzung zertifizierter Zentren und sogenannter patientenzentrierter Expertennetzwerke (aus Haus- und niedergelassenen Fachärzten, Pflege, Gesundheitsfachberufe, Apotheken etc.).
2. Als integralen Teil dieser interoperablen digitalen Infrastruktur empfehlen wir die ePA durch eine elektronische Fallakte auf Basis der Spezifikation „eFA v2.0“ zu flankieren. Im Gegensatz zur lebenslangen digitalen Abbildung eines Patienten, erstellen die Leistungserbringer in der eFA entlang des Versorgungskontinuums fallrelevante (also Krankheitspfadbezogene) Informationen, die allen am Versorgungsprozess Beteiligten (Ärzten, Pflegekräften etc.) zur Verfügung stehen. Die Vollständigkeit enthaltener Dokumente sowie ein dynamisches Arbeiten an den Dokumenten ist bei der ePA zumindest derzeit nicht gewährleistet. Ein weiteres Hemmnis der ePA ist die gegenwärtig noch geringe Marktdurchdringung.
3. Definition und Schaffung der digitalen (interoperablen) Infrastruktur obliegt der gematik. Mehrwertangebote für die Patienten sollten dem Wettbewerb überlassen werden.
4. Aufbau datenschutzrechtlicher Rahmenbedingungen, die die Patientensicherheit (im Sinne von Lebens- und Gesundheitsschutz) und die Versorgungsqualität in den Mittelpunkt stellen.
 - Der Datenaustausch entlang des Versorgungskontinuums im Rahmen eines Patientenpfades respektive Behandlungsfalls ist medienbruchfrei zu gewährleisten (insbesondere offene Schnittstellen auch in Richtung ePA) – es sei denn der Patient widerspricht ausdrücklich dem Datenaustausch.
 - Wir empfehlen die Etablierung eines sogenannten *broad consent* der Patienten, das das Einverständnis zum Datenaustausch für den gesamten Behandlungsprozess und alle an der Versorgung Beteiligten einschließt, um – bei entsprechender Bereitschaft – unnötige Bürokratie zu vermeiden und vor allem, um die Ganzheitlichkeit der behandlungsnotwendigen Daten nicht einzuschränken und damit den Behandlungserfolg nicht zu konterkarieren.
 - Datennutzung und -auswertung müssen (u.a. für Krankenkassen und Versorgungsforschung) möglich sein – das Einverständnis der Patienten vorausgesetzt –, um Risikopatienten zu identifizieren und sie für entsprechende Präventivprogramme zu rekrutieren oder generell (individuelle) Mehrwertangebote anzubieten.
5. Nur so ist sichergestellt, dass der „mündige“ Patient seiner gewünschten Selbstverantwortung auch nachkommen kann. Je nach Grad der gewünschten oder fähigen bzw. möglichen Selbstverantwortung des Patienten sind digitale oder traditionelle Flankierungsmaßnahmen durch den Hausarzt gemeinsam mit dem Patienten zu definieren, damit dieser seiner „Lotsenfunktion“ bestmöglich nachkommen und dadurch auch das Gesundheitssystem entlasten kann.
6. Datennutzung und -auswertung müssen auch für zugelassene, neutrale Forschungseinrichtungen möglich sein, um sowohl einzelne Programme als auch das Versorgungssystem im Ganzen zu evaluieren und weiterzuentwickeln.
7. Im Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) wurden 2020 insgesamt Fördermittel über vier Milliarden Euro zur digitalen Modernisierung der Kliniken bereitgestellt. Der Fördertatbestand betrifft unterschiedliche Modernisierungsmaßnahmen, ist aber (zu) wenig abgestimmt mit den weiteren Plänen zur Telematikinfrastruktur, insbesondere der ePA oder hinsichtlich der Vernetzung mit ambulanten Leistungserbringern.

Im Sinne einer Förderung von Maßnahmen zur stärkeren intersektoralen Versorgung gemäß Koalitionsvertrag fordern wir, dass zu diesem Zweck auch öffentliche Mittel in vergleichbarer Dimension für den ambulanten Bereich (im weitesten Sinne über die Ärzteschaft hinaus) zur weiteren digitalen Vernetzung bereitgestellt werden.

8. Für einen vereinfachten, standardisierten, kosteneffizienten Vergabeprozess empfehlen wir maximal fünf regionale Pilotprojekte je Bundesland, um Landesspezifika zu erarbeiten und „Blaupausen“ („standard operating procedures“) der Referenzarchitektur einer digitalen regionalen integrierten Versorgungslösung zu definieren.
9. Weiterhin sind durch den Gesetzgeber Rahmenbedingungen zu schaffen, die schnellere Standardisierung und Interoperabilität ermöglichen. Dabei ist soweit als möglich, auf internationale Standards (FHIR, Snomed, LOINC, IEEE) zu setzen. Die derzeitigen Arbeiten der KBV/Mio 42 GmbH werden zwar absehbar den gesetzlichen Vorgaben des BMG bzw. der gematik gerecht (z.B. Impfen, Mutterpass etc.), stellen aber weiterhin formal einen Flaschenhals dar. Hier bietet es sich an, im Rahmen regionaler Projekte entwickelte fachliche Vorgaben über die Schaffung verbindlicher Vorgaben in Absprachen mit Standardisierungsgremien und -verbänden sowie Fachgesellschaften in entsprechende bindende Spezifikationen einzubetten und zu veröffentlichen (Vesta 2.0). Die zwischenzeitlich geschaffene Option, MIOs auch via KIM zu verwenden ist dabei ein erster flankierender Schritt in die richtige Richtung, da MIOs absehbar auch, aber nicht ausschließlich in die ePA gehören. Insgesamt muss erreicht werden, dass die Abbildung verbindlicher Datenstandards mit der Geschwindigkeit des medizinischen Fortschritts mithalten kann.
10. Betreiber für die bundesweit einheitlichen Teile der interoperablen digitalen Infrastruktur sollte die gematik sein. Die übrigen Komponenten sollten den regionalen Netzwerken obliegen.
11. Intersektorale Versorgung, vor allem aber die Digitalisierung betrifft mehrere Ministerien. Mindestens vier Ministerien verantworten Teil-Aspekte von Gesundheitsversorgung und Digitalisierung: BMG als Daseinsfürsorge, BMWK als Gesundheitswirtschaft und BMBF hinsichtlich Innovation neuen Technologien, BMAS hinsichtlich arbeitsrechtlicher Rahmenbedingungen. Darin sehen wir ein Hemmnis für Digitalisierung in der intersektoralen Versorgung, das es aufzubrechen gilt.

Mitglieder des Arbeitskreises Digitalisierung der intersektoralen Versorgung, DGIV:

Dr. Markus Fuchslocher (Atos Information Technology GmbH; Leitung DGIV-Arbeitskreis Digitalisierung), **Dr. Michael Meyer** (Generalsekretär DGIV), **Dr. Albrecht Kloepfer** (Geschäftsführender Vorstand DGIV)

Corinna **Beutel** (KKH), Bernhard **Calmer** (CGM), Jürgen **Diller** (Ingrano Solutions GmbH), Sonja **Froschauer** (Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V.), Dr. Lutz **Groh** (HealthCON & Verein zur Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen e.V.), Dr. Reiner **Hofmann** (Uni Bayreuth, Medizincampus Oberfranken), Prof. Dr. med. Siegfried **Jedamzik** (Professor für Informatik in der Gesundheitswirtschaft, Facharzt für Allgemeinmedizin, Vorsitzender Ärztenetz GOIN e.V. und MediBayern e.V. sowie Deutsche Gesellschaft für Gesundheitstelematik, Bayerische TelemedAllianz GmbH), Dr. med. Nadja **Jesswein** (Hausärztliche Internistin und Mitglied der Kammerversammlung der ÄKN), Lysann **Kasprick** (GeriNet Leipzig Competence Center Care Coordination), Axel-F. **Klecha** (Klecha - Consulting), Luigi Gino **Liguori** (Vivantes), Thilo **Mahr** (Siemens Healthineers), Pia **Maier** (Medtronic), Dr. Markus **Müschenich** (Eternity.Health GmbH), Prof. Dr. med. Guido **Noelle** (gevko gmbh), Constanze **Pappert** (Bundesverband Gesundheits-IT - bvitg e.V.), Dominik **Roettger** (Bayerischen Krankenhausgesellschaft), Michael **Schmitz** (Techniker Krankenkasse), Dr. med. Ullrich **Schricke** (Radiologische, Strahlentherapeutische und Nuklearmedizinische PartG)