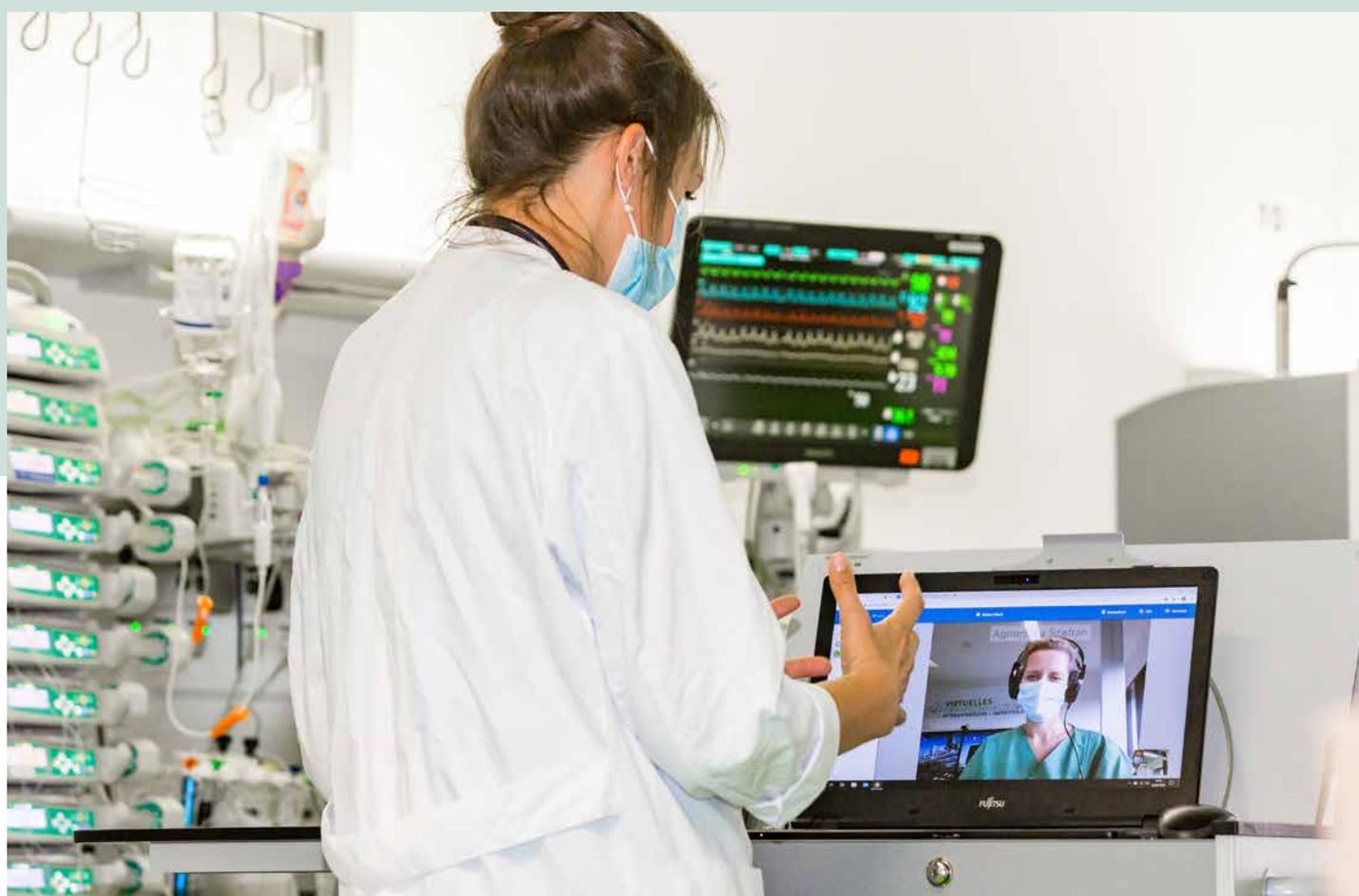


TELEKONSILE RETTEN LEBEN

Das virtuelle Krankenhaus und Corona

Die Coronapandemie stellt Medizin und Gesundheitswesen international vor immense Herausforderungen. Die Furcht vor überfüllten Intensivstationen wie in Spanien und Italien zu Beginn der Pandemie erforderten schnelles Handeln. Eine Konsequenz in Deutschland war es, den Aufbau des Virtuellen Krankenhauses NRW zu forcieren.



„**DER 59-JÄHRIGE COVID-19-PATIENT LIEGT SEIT SIEBEN TAGEN BEATMET AUF DER INTENSIVSTATION. WIE BEIM TELEKONSIL VOR ZWEI TAGEN BESPROCHEN, HALTEN WIR UNS BEI ATEMZUGVOLUMEN, BEATMUNGSDRUCK UND BEATMUNGSFREQUENZ AN DIE EMPFOHLENE WERTE. WIE HÄUFIG SOLLEN WIR VON RÜCKENLAGE AUF BAUCLAGE WECHSELN, DAMIT ALLE ABSCHNITTE DER LUNGE GUT BELÜFTET WERDEN?**“

Anfragen wie diese gehen seit Monaten in großer Zahl von Klinikärzten bei Prof. Dr. med. Gernot Marx an der Uniklinik RWTH Aachen ein. Professor Marx leitet das siebenköpfige Team des Virtuellen Krankenhauses NRW in Aachen. Für dessen Vorstufe hatte NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann zu Beginn der Coronapandemie innerhalb von 24 Stunden „grünes Licht“ gegeben. Acht Tage später starteten die Telekonsile, wie der schnelle virtuelle Austausch zwischen Ärzten im Fachjargon heißt – und bis November 2020 sollten es zu COVID-19-Infektionen 1.100 Telekonsile werden.

BILDER WIE IN BERGAMO VERMEIDEN

Ursprünglich sollte das Projekt erst mehrere Monate später starten. Nach Beginn der Pandemie wurde aber auf Initiative des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes NRW sehr schnell Krisenintervention betrieben. „Wir wollten Zuständen wie in Bergamo vorbeugen“, erklärt Professor Marx.

Möglich war dies durch die Vorarbeit, die etwa die Unikliniken Aachen und Münster seit 2008 geleistet haben und die in das Innovationsfondsprojekt TELnet@NRW gemündet ist. Zwischen April 2017 und September 2019 wurden knapp 149.000 Patienten aus dem ambulanten und gut 10.500 Patienten aus dem stationären Bereich in die größte Telemedizinstudie Europas einbezogen. Mit der wissenschaftlichen Projektevaluation ist der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Wolfgang Greiner der Universität Bielefeld beauftragt. Sein vorläufiges Fazit im November 2020: TELnet@NRW hat die Behandlungsqualität verbessert.

NÄHE ZU HEINSBERG LIEFERTE DATEN

Glück im Unglück: Die Nähe zum Coronahotspot im Kreis Heinsberg lieferte umfangreiches Datenmaterial für die Mediziner. „Wir haben ständig dazugelernt. Im März 2020 war Corona noch völlig unbekannt“, blickt Professor Marx zurück. Eine Komplikation war und ist das atypische Lungenversagen.

Normalerweise werden Patienten durchschnittlich fünf Tage beatmet. Bei Corona sind es bis zu 18, was Fragen aufwirft. Etwa: Wie werden bakterielle Infektionen verhindert? Oder: Wie soll die Entwöhnung von der Beatmung erfolgen? Mit 53 Prozent lag die Sterberate bei beatmeten COVID-19-Patienten zunächst erschreckend hoch. Betroffen waren mit fast einem Drittel auch Unter-60-Jährige. Wie anspruchsvoll die Behandlung ist, zeigt die hohe Anzahl von durchschnittlich acht Telekonsilen pro Patient. Ein Austausch an Wissen, der sich offenbar lohnt: „Die Mortalität im Virtuellen Krankenhaus lag, Stand Juli 2020, mit 20,6 Prozent deutlich unter den Zahlen, die eine im Lancet erschienene Studie mit Daten von mehr als 10.000 AOK-Versicherten nennt“, betont Professor Marx. Neuere Zahlen wurden seitdem allerdings nicht bekannt gegeben.

UNTERSUCHUNG PER INTENSIVE-CARE-UNIT

Kennzeichen telemedizinischer Konsile ist das standardisierte Abfragen relevanter Befunde. Darüber hinaus verhelfen sogenannte mobile Intensive-Care-Units – mit Kamera, Mikrofon und Monitor ausgestattete Geräte – den beratenden Fachärzten zu einem eigenen Blick auf den Patienten. Alle relevanten Befunde sind in der elektronischen Fallakte verfügbar. Für den datenschutzkonformen Austausch sorgt das RVZ Rechenzentrum Volmarstein. Langfristiges Ziel der Telemedizin ist es, Kliniken mit Spezialkenntnissen zu unterstützen, die auf evaluierten, tragbaren Studien beruhen. Im Fall von Corona war das bisher nur bedingt möglich. Schließlich müssen belastbare Daten erst ausgewertet werden. Doch ein Ziel scheint erreicht: Die Verlegung schwerkranker COVID-19-Patienten in ein Haus der Maximalversorgung, also in ein Krankenhaus mit hochdifferenzierter medizinisch-technischer Einrichtung, in dem auch Forschung und Lehre betrieben werden, war nur in weniger als zehn Prozent der Fälle nötig.





Mobile Intensive-Care-Units ermöglichen eine dezidiere Ferndiagnose. Das „Mehr-Augen-Prinzip“ hilft, Therapien zu optimieren.

Unsicherheiten bei der Behandlung der neuen Krankheit konnten durch die Telemedizin aufgefangen werden, sodass ein Verbleiben vor Ort möglich war.

VORTEILE FÜR NIEDER- GELASSENE ÄRZTE

Die virtuelle Technik wird auch bereits von einigen niedergelassenen Ärzten eingesetzt. „Bislang war ich ein Rufer in der Wüste“, sagt Dr. med. Hans-Jürgen Beckmann von MUM Medizin und Mehr eG in Bünde, einem Ärztenetz von mehr als 50 niedergelassenen Haus- und Fachärzten, das auch therapiebegleitende Einrichtungen vorhält. Der Chirurg hält wöchentlich bis zu zehn

elektronische Visiten (eVis) mit Patienten ab, viele zur Frage: „Wie heilt die Wunde?“. Telefonieren reicht übrigens nicht. „Manche schätzen ihren Zustand anders ein, als er ist“, so Dr. Beckmann.

Besonderes Augenmerk gelte der Betreuung von Seniorenheimbewohnern. In der chirurgischen Praxis würden rund 120 Patienten täglich behandelt, davon kämen etwa drei per Krankentransport aus Heimen. „Wenn es gelingt, nur einen Transport zu verhindern, entlastet das alle“, erklärt Dr. Beckmann. Voraussetzungen dafür seien ein stabiles Internet und entsprechende Geräte vor Ort. „Da gibt es dringenden Handlungsbedarf.“

Das Virtuelle Krankenhaus ist eine Initiative des Landes Nordrhein-Westfalen. Über www.virtuelles-krankenhaus.nrw können Krankenhäuser Telekonsile mit Experten aus den Unikliniken in Aachen und Münster in Westfalen vereinbaren. Wie das MAGS NRW im November 2020 mitteilte, unterstützt das Land die im September 2020 gegründete Virtuelles Krankenhaus NRW gGmbH in den nächsten drei Jahren mit insgesamt 12 Millionen Euro. Die Bundesregierung plant, mit drei Milliarden Euro Digitalisierung und Notfallversorgung in Krankenhäusern zu fördern. Auch auf EU-Ebene könnte sich etwas tun, immerhin wurde der Vorschlag des Teams um Professor Marx, acht Telemedizin-Zentren in Europa aufzubauen, von der Europäischen Kommission positiv aufgenommen.

LETZTLICH SOLL ES EGAL SEIN, WER WO LEBT

Gesundheitsminister Laumann und NRW-Ministerpräsident Armin Laschet wollen telemedizinische Angebote ausweiten. Künftig soll das Virtuelle Krankenhaus um die Bereiche Intensivmedizin, Infektiologie, Lebermetastasen, seltene Krankheiten (Uniklinik Essen) und Herzinsuffizienz (Herzzentrum Bad Oeynhausen) erweitert werden. Außerdem ist geplant, die Einrichtung über die Regelversorgung und damit durch die gesetzliche Krankenversicherung zu finanzieren.

„Wir haben viel diskutiert, welche Fachrichtungen von einer Expertise den größtmöglichen Outcome in Bezug auf einen frühen Therapiebeginn und auf die Modifizierung von Diagnostik oder Therapie haben“, erläutert Professor Marx die Vorteile der Telemedizin und nennt als Beispiel Lebermetastasen bei Dickdarmkarzinom. Fänden Experten und Patienten virtuell schneller zueinander, spiele es keine Rolle mehr, wer wo lebe. Wissenstransfer bei der Festlegung einer geeigneten Therapie könne dazu beitragen, einen Tumor zu verkleinern und dadurch früher eine Operation zu ermöglichen, was die Überlebenschancen erhöhe. Wie schon im Fall der Coronaexpertisen.

Text: Stefanie Terschüren



Klinikdirektor Prof. Dr. Gernot Marx von der RWTH Aachen sorgt für Wissenstransfer zwischen Klinikärzten. Er ist einer der Vorreiter der Telekonsile.