

Digitales Gesundheitswesen: Konzepte und Praxisbeispiele

Digitalisierung braucht einen Ideenwettbewerb, der politisch gestaltet wird

DR. FLORIAN STAECK

Die Digitalisierung ist längst im Gesundheitswesen angekommen. Allerdings hinkt das Gesundheitswesen bei digitalen Anwendungen im Vergleich zu anderen Branchen noch deutlich hinterher. Hürden sind hier insbesondere die starke Fragmentierung des Systems und seiner Akteure, die hohe regulative Normendichte und die ungleiche Verteilung von Kosten und Nutzen der Digitalisierung. Doch digitale Angebote in anderen Wirtschaftszweigen haben bei den Versicherten längst neue Erwartungshaltungen im Hinblick auf Bequemlichkeit, Verfügbarkeit und Service auch im Gesundheitswesen wachsen lassen.

Gleichzeitig tauchen im Gesundheitswesen neue Akteure auf – insbesondere in der Privaten Krankenversicherung experimentieren Anbieter bereits mit neuen Geschäftsmodellen. Dies gilt beispielsweise für die Online-Kommunikation mit Versicherten oder aber für die erste rein digitale private Krankenversicherung. Zugleich nehmen Versicherte neue digitale Angebote, die ihnen eine aktivere Rolle erlauben, längst an: Wearables, mit denen persönliche Gesundheitsdaten gesammelt werden, nehmen an Beliebtheit zu. Auch wird das Gesundheitswesen immer mehr zum Marktplatz – sei es bei der Bewertung von Ärzten oder bei der Online-Terminvergabe. Schließlich tauschen sich Patienten immer häufiger in Foren oder Chats aus und handeln dabei selbstbestimmter als bisher.

Vor diesem Hintergrund wächst der Druck, in der GKV und anderen Teilbereichen des Gesundheitswesens, Regelungen zu treffen, die es erlauben, einen selbstbestimmten Umgang mit Daten und hohe Schutzanforderungen in Einklang zu bringen. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass Akteure von außen, namentlich die großen US-amerikanischen Konzerne wie Google, Apple oder Amazon, die

Spielregeln definieren und den regulativen Einfluss der Selbstverwaltung aushebeln. Darauf haben die Teilnehmer des 17. Frankfurter Forums am 27./28. Oktober 2017 in Fulda hingewiesen.

Eine zentrale Aufgabe falle der Politik darin zu, Interoperabilitätsstandards festzusetzen, die einen Datenaustausch erlauben, wurde betont. Diese Standardsetzung durch die Politik, die mit dem E-Health-Gesetz einen Schritt weitergetrieben wurde, sei unverzichtbar. Diese ordnungspolitische Debatte sei bisher von der Politik vernachlässigt worden. Zugleich müsse festgeschrieben werden, dass digitale Angebote immer nur eine Ergänzung bisheriger „analoger“ Verfahrenswege sein dürfen. Es müsse auch künftig das Recht auf eine „analoge“ Versorgung für Versicherte geben, da anderenfalls hohe Zugangshürden für einen großen Teil der Bevölkerung entstehen würden, mahnten Teilnehmer des Plenums.

Patientenakte ist nur vollständig und aktuell sinnvoll

Dies gelte auch für die wiederholt von Politikern geforderte elektronische Patientenakte. Diese könne nur dann helfen, die Versorgungsprozesse effizienter zu machen, wenn die Akte vollständig und aktuell gehalten werde. Doch damit dürften insbesondere vulnerable Patientengruppen überfordert sein. Nur innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung könne sichergestellt werden, dass der Nutznachweis und die Sicherheit digitaler Angebote gewährleistet sind, wurde geltend gemacht. Dabei betonten Teilnehmer, ein einheitliches Berichtsformat für die Gesundheitsdaten aus ganz unterschiedlichen Quellen dürfte zu den größten Herausforderungen gehören. Unklar sei zudem, wie mit sich widersprechenden Daten, die aus unter-

schiedlichen Quellen stammen, umgegangen werden soll. Berücksichtigt werden müsse bei der Etablierung einer Patientenakte schließlich auch, dass es Patienten gebe, die unterschiedliche Ärzte gerade deshalb aufsuchen, weil sie nicht möchten, dass die verschiedenen Datenpools zusammengeführt werden.

Verwiesen wurde zudem auf die zu erwartende Dynamik, wenn telemedizinische Anwendungen erst einmal breit etabliert sind. So hat das kalifornische Versicherungsunternehmen Kaiser Permanente Ende 2016 erklärt, die Zahl der virtuellen Kontakte habe erstmals die der „realen“ Arzt-Patienten-Kontakte überstiegen. Kritisch sei jedoch zu hinterfragen, was in dieser Angabe alles unter dem Begriff „Kontakt“ subsummiert wurde.

Wenn im Gesundheitswesen differenzierte Informationen digital verfügbar gemacht werden, dann müsse auch die Fähigkeit der Versicherten steigen, damit umzugehen. Teilnehmer wiesen darauf hin, dass das deutsche Gesundheitswesen in Fragen der Gesundheitsbildung im europäischen Vergleich viele Defizite aufweise. Beispielsweise gebe es weder Schulkrankenschwestern noch werde Gesundheit bisher als Schulfach unterrichtet. Jüngere Studien hätten ergeben, dass bei rund 54 Prozent der Deutschen nicht von einer ausreichenden „Health Literacy“ gesprochen werden könne.

Breit diskutiert wurden Fragen der Digitalisierung und – enger gefasst – von telemedizinischen Anwendungen aus der Sicht von Ärzten und Krankenkassen.

Ärzte: Ärzte unter den Teilnehmern formulierten Voraussetzungen für eine sinnvolle Anwendung von Telemedizin. Unverzichtbar sei, dass die Entscheidung über die medizinische Sinnhaftigkeit des Einsatzes von Telemedizin bei Ärzten angesiedelt sein müsse. Weitere Voraussetzun-

gen seien unter anderem ein verlässliches Haftungsrecht, eine angemessene Vergütung teleärztlicher Leistungen sowie die langfristige Nachweisbarkeit. Insgesamt zeige sich die Ärzteschaft – anders als oft kolportiert – sehr offen gegenüber dem Einsatz telemedizinischer Verfahren, wurde betont.

Videosprechstunde seit April 2017 im EBM

Schließlich gebe es teilweise schon seit Jahren die unterschiedlichsten Szenarien für den Einsatz der Telemedizin in der Versorgung. Beispiele dafür seien Telekonsile zwischen Ärzten wie etwa im Rahmen von Tele-Tumorkonferenzen oder bei der Interpretation von bildgebenden Verfahren, die andernorts erstellt wurden. Eine andere bereits eingeführte Konstellation sei ein ärztliches Telekonsil, bei dem Angehörige anderer Gesundheitsberufe unterstützt werden, so etwa bei der Unterstützung von Rettungsassistenten durch einen Telenotarzt. Möglich und vom ärztlichen Berufsrecht gedeckt sei auch das Telemonitoring eines Patienten durch einen Arzt. So sei die Videosprechstunde für Bestandspatienten seit April 2017 auch im EBM abgebildet.

Lediglich bei der ausschließlichen Fernbehandlung von Patienten zeige sich die Ärzteschaft äußerst skeptisch. Doch auch hier würden inzwischen die Möglichkeiten im Rahmen von Modellprojekten erprobt, nachdem die Landesärztekammer Baden-Württemberg dafür die Berufsordnung geändert hat. Dies bedeute den Bruch mit einem seit mehreren Jahrhunderten geltenden Paradigma, nämlich der unmittelbaren Behandlung, was eine gleichzeitige Anwesenheit von Arzt und Patient voraussetzt. Diese Interaktion schließe den Gebrauch aller fünf Sinne ein – was bei telemedizinischen Anwendungen nicht möglich sei – und was

auch keineswegs der Wunschvorstellung eines Patienten von seiner Beziehung zu einem Arzt entspreche.

Zwei Positionen wurden in der Diskussion deutlich. Die einen betonten, es gehe nicht nur um die Veränderung der räumlichen Distanz zwischen Arzt und Patient. Die Digitalisierung rufe die „Urfrage“ auf, ob Medizin nur eine Naturwissenschaft sei oder ob sie darüber hinausgehe. Teilnehmer zeigten sich überzeugt, dass die Debatte über Digitalisierung die herausragende Bedeutung der menschlichen Zuwendung in der Medizin bestätigen werde. Die Vertreter der anderen Positionen bestritten, dass es bei telemedizinischen Anwendungen um eine „andere“ Medizin geht. Es handele sich lediglich um ein anderes Versorgungssetting – mehr nicht. Einigkeit herrschte jedoch in der Frage, dass telemedizinische Interaktionen zwischen Arzt und Patient zu den Ausnahmekonstellationen gehören werden.

Letztere Position unterstrichen Diskussionsteilnehmer, die mit konkreten telemedizinischen Anwendungen vertraut sind. Sie betonten, Telemedizin sei eine Form ärztlicher Tätigkeit. Das als „Remote Patient Management“ (RPM) bezeichnete Vorgehen könne bei Patienten mit chronischen Erkrankungen eine ergänzende Mitbetreuung zur leitliniengerechten Präsenzmedizin von Haus- und Facharzt darstellen, hieß es. Nach den bisherigen Erfahrungen mit der Versorgung herzinsuffizienter Patienten deute sich an, das RPM zu besseren klinischen Endpunkten führe, nicht aber zu Kostenersparnissen im Vergleich zur Präsenzmedizin.

Patienten enger in Krankheitsmanagement einbinden

Bislang viel zu wenig würden in der Öffentlichkeit regionale Unterschiede in der Morbidität und Mortalität insbesondere bei chronischen Erkrankungen beachtet. Welchen Nutzen Telemedizin für den Ausgleich regionaler Versorgungsunterschiede haben kann, werde gegenwärtig untersucht und sei noch nicht ausgelotet, wurde berichtet.

Krankenkassen: Die Digitalisierung eröffne viele Optionen, Patienten enger als bisher in das Management ihrer Krankheit einzubeziehen. So könnten beispielsweise Apps zur Ernährung oder Bewegung Patienten aufklären und mobilisieren. Auch könne durch das virtuelle Monitoring von Vitaldaten eine stärkere Adhärenz der Patienten erreicht werden. Zugleich sei so ein präventives Eingreifen von Ärzten bei ersten Anzeichen einer Entgleisung möglich. Schließlich könne die persönliche Ansprache eines Versicherten auch Präventionsansätze stärken, indem die An-

gebote spezifisch an seine Bedürfnisse angepasst werden. Hier müssten aber Grenzen klar definiert werden: Abzulehnen sei in der GKV die Entsolidarisierung etwa durch Etablierung von „Digitaltarifen“ nur für Gesunde und Aktive. Dies gelte insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Weg von der systematischen Erfassung von Routinedaten über die Information bis hin zur aktiven Kontrolle und Überwachung der Versicherten kurz sei.

Mit den neuen Möglichkeiten, Daten zu sammeln und zu verknüpfen wachsen somit auch die Anforderungen an den Umgang mit Daten, wurde gemahnt. Die Herausforderung bestehe darin, ein hohes Niveau im Datenschutz mit dem Wunsch nach Selbstbestimmung durch eigene, teilweise selbst generierte Daten und den Möglichkeiten zur therapeutischen Unterstützung in Einklang zu bringen. Eine weitere Herausforderung liege darin, wie neue digitale Produkte in die GKV Eingang finden können. Einerseits dürften klassische Evidenzanforderungen, wie sie etwa im Kontext der frühen Nutzenbewertung an Arzneimittel angelegt werden, die meisten Start-up-Unternehmen überfordern. Andererseits werde eine statische Marktzulassung wie bei Medizinprodukten den schnellen Innovationszyklen digitaler Produkte nicht gerecht.

Einzelne Teilnehmer brachten daher eine befristete Zulassung für digitale Versorgungsprodukte als Regelungsalternative ins Spiel. Dabei sei vorab der Nachweis erforderlich, dass von dem Produkt keine grundsätzliche Gefahr ausgeht und dass ein Mindestmaß an Wirksamkeit gewährleistet wird. In dieser Phase der befristeten Zulassung obliege es dem Anbieter, durch Versorgungsforschung den Nutzen nachzuweisen. Vorgeschlagen wurde in diesem Zusammenhang die Einrichtung eines Innovationsbudgets für Krankenkassen, das mit einem Mindestausgabenwert von 2,50 Euro je Versichertem einhergehen solle. Durch diese Finanzmittel könnten beispielsweise Selektivverträge angestoßen werden, in denen die Evaluation neuer digitaler Angebote stattfindet.

Zusammenfassend betonten Teilnehmer, digitale Produkte seien nicht als Konkurrenz, sondern als Ergänzung der ärztlichen Behandlung zu werten. Insofern seien Apps und Ärzte nicht als Gegenpole zu verstehen. Digitalisierung ersetze keine therapeutische Behandlung, habe aber das Potenzial, mehr Zeit für den menschlichen Kontakt zu schaffen, indem zum Beispiel die Abfrage standardisierter Messwerte automatisiert wird. Einschränkend hieß es, es gebe allerdings noch keine praktikable Technik, die zuverlässig

verhindert, dass Patienten und Ärzte in der Datenflut den Überblick verlieren.

Die Digitalisierung wird das Profil der gesetzlichen Krankenkassen in einigen Jahren deutlich anders aussehen lassen, zeigten sich Plenumsteilnehmer abschließend überzeugt. Doch gebe es bis dato kein klares Bild davon, wie genau sich deren Profil verändern wird. Bereits jetzt gebe es eine Fülle digitaler Angebote, deren Nutznachweis für die Patientenversorgung bisher allenfalls teilweise erbracht worden ist. Wirklich belastbare Studienergebnisse, wie sie bei der Neueinführung eines Arzneimittels gefordert wer-

den, stünden nicht zur Verfügung. Als vordringlich erkannten die Teilnehmer des 17. Frankfurter Forums daher eine ordnungspolitische Debatte über Ziele und Wege für die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Hier sei der Gesetzgeber gefordert. Chancen und Risiken sind gleichermaßen gegeben – jetzt komme es auf die politische Gestaltung eines sinnvollen und dem Ziel der guten Patientenversorgung dienenden Ideenwettbewerbs an.

Dieser Beitrag gibt die Auffassung des Autors und des Kuratoriums des Frankfurter Forums wieder.

DISKUSSIONSTEILNEHMER BEIM FRANKFURTER FORUM



Dr. Amin-Farid Aly

Thomas Ballast

Dr. Jürgen Bausch

Wolfgang van den Bergh

Dr. Margita Bert

Eugen Brysch

Prof. Dr. Helmut Buchner

Prof. Dr. Eva Susanne Dietrich

Dr. Liane Fickler

Prof. Dr. Ulrich Finke

Prof. Dr. Frank-Ulrich Fricke

Dr. h. c. Jürgen Gohde

Rebecca Gonser

Dr. Kay Großmann

Dr. Klaus Koch

Prof. Dr. Friedrich Köhler

Prof. Dr. Andreas Lübbe

Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong

Hardy Müller

Dr. Erika Ober

Prof. Dr. Franz Porzsolt

Dietmar Preding

Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher

Gudrun Schaich-Walch

Dr. Hubert Schindler

Gerhard Schulte

Dr. Nick Schulze-Solce

Dr. Thomas Sitte

Dr. Florian Staeck

Oliver Stahl

Andreas Storm

Prof. Dr. Christoph Straub

Dr. Christian Thomeczek

Simone Thomsen

Eva Walzik

Katharina Werner

Michael Weller

Prof. Dr. Jürgen Zerth

Organisations- und Programmkuratorium des Frankfurter Forums e.V.

Philosophie / Theologie :	Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ, Fachbereich Moralthologie und Ethik, Theologisch-Philosophische Hochschule St. Georgen, Frankfurt
Kassenärztliche Vereinigungen :	Dr. med. Jürgen Bausch, Vorsitzender Frankfurter Forum e. V., Ehrenvorsitzender KV Hessen, Hanau Dr. med. Margita Bert, Mitglied Gemeinsamer Bundesausschuss, Ehrenvorsitzende KV Hessen, Berlin
GKV-Spitzenverband :	Michael Weller, Leiter Stabsbereich Politik, Berlin
Krankenkassen :	Eva Walzik, DAK-Gesundheit - Unternehmen Leben, Leiterin Berliner Büro, Berlin Rebecca Gonser, BARMER, Persönliche Referentin des Vorsitzenden des Vorstandes, Berlin
Krankenhaus :	Prof. Dr. med. Ulrich Finke, Direktor und Chefarzt St. Katharinen-Krankenhaus, Frankfurt
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) :	Claudia Korf, Geschäftsführerin Wirtschaft, Soziales und Verträge, Berlin
Politik :	Gudrun Schaich-Walch, Parlamentarische Staatssekretärin a. D., stellvertretende Vorsitzende Frankfurter Forum e. V., Hanau
Ökonomie / Gesundheitsökonomie :	Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich, Lehrstuhl VWL III, insbesondere Finanzwissenschaft, Universität Bayreuth Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher, IGV Research, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Gyhum-Hesedorf
Gesundheitsmanagement :	Dr. med. Nick Schulze-Solce, Arzt und Apotheker, Bad Homburg
Kommunikation :	Wolfgang van den Bergh, Springer Medizin, Direktor Nachrichten und Politik, Chefredakteur ÄRZTE ZEITUNG, Neu-Isenburg Dr. phil. Florian Staeck, Redakteur Gesundheitspolitik/Gesellschaft, ÄRZTE ZEITUNG, Neu-Isenburg
Projektmanagement :	Dietmar Preding, stellvertretender Vorsitzender, Frankfurter Forum e. V., Hanau
Forschende Pharmaindustrie :	Oliver Stahl, Direktor Corporate Affairs, Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg v. d. H.

