



© Ayome Watmough / Dreamstime

Im digitalen Teich tummeln sich mehr und mehr digitale Gesundheitsanwendungen.

Die Ärzteschaft im digitalen Teich

Digitale Gesundheitsanwendungen Der Bund will mit dem nationalen Programm «Digisanté» einen vertrauenswürdigen Gesundheitsdatenraum etablieren. Eine Datenquelle für Gesundheitsdatenräume sind digitale Gesundheitsanwendungen (DGA). Welchen Nutzen können wir erwarten und wie können diese im ärztlichen Alltag eingesetzt werden?



Alexander Zimmer
Dr. med., Mitglied des Zentralvorstandes und Departementsverantwortlicher Digitalisierung/eHealth

Daten sind ein Kernelement der digitalen Transformation», schreibt der Bundesrat in seiner Botschaft zum Verpflichtungskredit für das nationale Programm Digisanté [1]. Ähnlich zu anderen Ländern möchte der Bund einen sogenannten Gesundheitsdatenraum etablieren, in welchem Richtlinien, Regeln, Standards, Prozesse und Verantwortlichkeiten den Umgang mit Gesundheitsdaten regeln. Hierzu gehört insbesondere die Weiterentwicklung und Harmonisierung von klinischen Registern sowie der Aufbau einer nationalen digitalen

Infrastruktur zur Erhebung, Validierung beziehungsweise Plausibilisierung, Bearbeitung und Nutzung von Daten der Leistungserbringer.

Waren es in den letzten Jahren Begriffe wie «big data» oder «artificial intelligence», so sind es heute Schlagwörter wie «Gesundheitsdatenräume» oder «Gesundheitsökosysteme», die inflationär in den Medien verwendet werden. Assoziationen zu einem Gartenteich kommen mir in den Sinn, wo der Grundsatz «Leben und Leben lassen» herrscht. Die oben erwähnte Botschaft des Bundesrats lässt uns

weitgehend im Unklaren darüber, um was es sich bei einem Datenraum handelt. Denn was sich in diesem Zusammenhang als ein technisches Projekt liest, hat nach näherer Betrachtung auch eine ökonomische Perspektive. Daten, die heutzutage zwischen Unternehmern und Verbrauchern liegen, stellen ein wirtschaftliches Potenzial dar [2]. Täglich erzeugen und übertragen wir wissentlich oder unwissentlich Daten an Unternehmen, die damit ihre Geschäftsprozesse und Produkte verbessern und somit auch ihre eigene Wertschöpfung.

Im Gesundheitswesen ist es naheliegend, Gesundheitsdaten zu verwenden, um die Qualität der Gesundheitsversorgung und die Patientensicherheit zu überwachen und somit auch verbessern zu können. Diese Nutzung sollte im Interesse der gesellschaftlichen Wohlfahrt sein und nicht im Interesse eines einzelnen Unternehmens.

Kostenfolgen für die Leistungserbringer

Das nationale Programm Digisanté hat einen Zeithorizont bis 2034 und soll mit einem Verpflichtungskredit von mehr als 390 Millionen Franken umgesetzt werden. Fragen bezüglich der dafür notwendigen Investitionen durch die Leistungserbringer bleiben ungeklärt. Wie schon bei der Einführung des elektronischen Patientendossiers in der Schweiz, kann es nicht angehen, dass die Leistungserbringer die Kosten für eine technische Anbindung selbst tragen müssen. Aktuell versprechen die jüngsten Gesetzesrevisionen wie beispielsweise zum Pandemien- oder Heilmittelgesetz einen zeitgemässen Datenaustausch, von dem wir uns als Ärztinnen und Ärzte eine Verbesserung erhoffen. Sie führen allerdings auch zu neuen Datenschnittstellen und erfordern eine Anpassung der bisherigen Prozesse in einer Arztpraxis, die mit den derzeitigen Tarifen bei weitem nicht abgedeckt sind. Hinzu kommt, dass in den vergangenen zehn Jahren zahlreiche private digitale Initiativen auf den Plan getreten sind. Nicht selten erhalte ich Post in meiner Arztpraxis, die mir den Anschluss an ein Gesundheitsdatenökosystem schmackhaft machen will. Man kann davon ausgehen, dass im Bundesamt für Gesundheit (BAG) solche Angebote, die Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger digital vernetzen sollen, argusäugig beobachtet werden, stehen sie doch teilweise auch in Konkurrenz zum EPD.

Digitale Gesundheitsanwendungen

Im Zentrum von Gesundheitsdatenökosystemen stehen digitale Gesundheitsanwendungen (DGA), von denen sich mehr und mehr im digitalen Teich tummeln und um ihr eigenes Überleben kämpfen. Gemeint sind Apps mit

denen Patientinnen und Patienten Symptome eigenständig überprüfen, Termine vereinbaren oder Medikamente bestellen können. Auch für die Überwachung und Behandlung von Erkrankungen wie Diabetes, Atemwegserkrankungen oder psychischen Erkrankungen werden zunehmend Apps oder DGA angeboten [3]. Wohin die Daten fließen und zu welchem Zweck sie verwendet werden, ist nicht immer klar. Auch ist unklar, wer die Kosten für den Einsatz einer DGA übernimmt, sofern deren Anwendung nützlich erscheint.

Die FMH hat sich mit der Frage der Finanzierung von DGA jüngst auseinandergesetzt und wird im Verlauf des Frühjahrs eine Hilfestellung für Ärztinnen und Ärzte im Sinne eines Faktenblattes publizieren. Auch andere Organisationen im Gesundheitswesen haben in den letzten Jahren zur Diskussion des Einsatzes und der Vergütung von DGA in der Schweiz angeregt [4].

Das BAG definiert DGA als Anwendungen, deren medizinischer Zweck durch die Hauptfunktion der digitalen Technologie erzielt wird [5]. Sie müssen als Medizinprodukt zugelassen sein und den gesetzlichen Anforderungen an Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit entsprechen. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern gibt es in der Schweiz keine eigenständige oder neue Vergütungsstruktur speziell für DGA. Sie werden in bereits bestehende Vergütungsmodelle eingegliedert. Dies bedeutet, dass die Vergütung in der Regel über die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) erfolgen kann, wenn eine entsprechende Tarifposition im derzeit gültigen Tarif vorliegt oder die DGA im Anhang 1 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) aufgeführt ist. Da der TARMED veraltet ist, besteht hier dringender Handlungsbedarf. Wird eine DGA durch Patientinnen und Patienten angewendet («App auf Rezept»), so ist die Vergütung in der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) geregelt. Hierin liegt bereits das Problem der Digitalisierungstauglichkeit unserer Gesetze und Verordnungen: Derzeit sind lediglich wenige digitale Anwendungen in die MiGeL aufgenommen und die Prozesse, die zu einer Aufnahme in die MiGeL führen, sind langwierig. Eine ähnliche Hürde birgt das Vertrauensprinzip: Die WZW-Kriterien müssen jeweils von der behandelnden Ärztin bei der Beurteilung des jeweiligen Falls eingeschätzt werden. Nur dürfte sich diese Beurteilung als äusserst schwierig gestalten, bestehen doch bei digitalen Anwendungen erhebliche Unsicherheiten in der Interpretation des Kriterienkatalogs. Hinzu kommt neben der eigentlichen Vergütung der DGA auch der Aufwand für Schulungen

durch das Personal sowie Aufwände für allfällige Mitwirkungspflichten. Bislang werden Kosten für digitale Anwendungen, die ausschliesslich zur Unterstützung der Tätigkeiten von Gesundheitsfachpersonen dienen, wie beispielsweise das Auslesen und Analysieren von Daten oder das Steuern eines Gerätes, gemäss den in den Tarifen enthaltenen Overheadkosten vergütet. Leider müssen wir davon ausgehen, dass die Aufwände mit dem Grad der Komplexität steigen werden. Die derzeitigen Tarifstrukturen sind nicht geeignet, um die sich rasch ändernden technologischen Entwicklungen sachgerecht abzubilden. Die Tarifpartner müssen daher Anpassungen an den Tarifstrukturen verhandeln, damit eine adäquate Vergütung sichergestellt werden kann.

Bei all der Euphorie dürfen die Grundsätze der evidenzbasierten Medizin in unserem ärztlichen Handeln nicht vergessen werden. Erfahrungen anderer Länder wie beispielsweise Deutschland zeigen, dass der klinische Nutzen von DGA nicht immer hinreichend wissenschaftlich nachgewiesen ist und die Qualität der einzelnen Anwendungen sehr unterschiedlich sein kann. Aufgrund der rasanten technologischen Entwicklung werden Gesundheitsanwendungen mit einem vermuteten hohen Nutzenpotential befristet zugelassen. Der Nachweis des Nutzens, stellt für Start-Up-Unternehmen, welche DGA entwickeln, eine Herausforderung dar, da sie oftmals nicht in der Lage sind, von Beginn an belastbare Studien durchzuführen. Gründe hierfür liegen unter anderem im eingeschränkten Zugang zu klinischen Daten. In Deutschland hat dieser Umstand zum Rückzug von etlichen Gesundheitsanwendungen geführt, bei denen ein positiver Versorgungseffekt in der vorgegebenen Frist nicht nachgewiesen werden konnte [6]. Sollen in der Schweiz DGA vergütet werden, sind neben einem investitionsfreundlichen Umfeld für Startups, wirksame Kontrollmechanismen insbesondere bei befristeten Vergütungen durch die OKP gefragt.

Erst wenn diese Hürden beseitigt sind, kann sich das Leben im digitalen Teich prachtvoll weiterentwickeln und damit unseren Patientinnen und Patienten als auch der Ärzteschaft den gewünschten Nutzen bringen.



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code