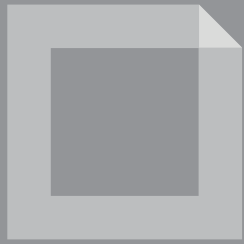


März 2016



STIFTUNG MÜNCH

THEMEN

Projektvergabe:

Stiftung Münch führt Studie zu elektronischer Patientenakte im Ausland durch

S. 08

Kongress:

Schwarmintelligenz, künstliche Intelligenz, Kostentreiber und ein Blick in die USA – Zusammenfassung der Vorträge auf dem Kongress

S. 10

Gastbeitrag

Dr. Matthias Reumann: Innovationshürden für die digitale Gesundheit – eine persönliche Sicht

S. 18

WARUM COMPUTER ÄRZTE BESSER MACHEN KÖNNEN



STIFTUNG MÜNCH

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

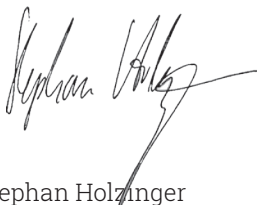
dieser Tage wabert die Vision des „Anwalts 4.0“ durch die Medien bzw. die Konferenz- und Beraterindustrie. Das baldige Ende der Anwaltschaft, so wie wir sie kennen, wird da heraufbeschworen. Es ist die Rede von einem künftig algorithmusbestimmten Anwalts-Mandanten-Verhältnis, in welchem anwaltlicher Rat automatisiert erstellt werden wird. Bei Bedarf sollen Klagen per E-Mail an eine „e-Justice“-Behörde gesendet werden, wo erneut Algorithmen über den vorgetragenen Sachverhalt richten sollen. So weit die Vision in der Anwaltsbranche.

Die Realität sieht dann so aus: Zum 1. Januar 2016 sollte jeder Rechtsanwalt hierzulande ein sogenanntes besonderes elektronisches Anwaltspostfach (beA) erhalten. Mit der Entwicklung wurde 2013 die Bundesrechtsanwaltskammer (BRAK) betraut. In den Tests der letzten Wochen hat sich gezeigt, dass die Qualität des beA noch nicht den Erwartungen der BRAK entspricht. Deren Präsidium hat deshalb beschlossen, den Start des beA auf unbestimmte Zeit zu verschieben.

Der BRAK kann man nur wünschen, dass diese Verzögerung nicht den Auftakt für ein digitales Desaster darstellt, wie es dieses Land der Denker und Tüftler bisher bei der „elektronischen Gesundheitskarte“ erlebt, wo wir Zeitzengen eines Jahrzehnts der Blockaden und des Versagens sein dürfen.

Ich bin davon überzeugt: Künstliche Intelligenz wird anwaltliche Intelligenz nicht ersetzen, aber wesentlich verbessern. So, wie wir das bereits im ärztlichen Bereich in ersten Ansätzen verfolgen können. Darüber und über alle anderen Themen, die uns gerade aktuell beschäftigen, geben wir Ihnen mit unserem neuen Newsletter einen Einblick.

In diesem Sinne verbleibe ich
Ihr



Stephan Holzinger



Stephan Holzinger
Vorstandsvorsitzender
der Stiftung Münch

INDEX

- 03 ▶ Vorwort
- 04 ▶ Personalien
- 06 ▶ 1. Eugen Münch-Preis in München verliehen
- 08 ▶ Erfahrungen mit der elektronischen Patientenakte im Ausland
- 10 ▶ Kongress der Stiftung Münch: Verhilft die Digitalisierung der Netzwerkmedizin zum Durchbruch?
- 17 ▶ Ausschreibung zum 2. Eugen Münch-Preis für herausragende Netzwerkmedizin-Konzepte und nachhaltig tragfähige Lösungen im Gesundheitswesen
- 18 ▶ Gastbeitrag: Innovationshürden für die digitale Gesundheit – eine persönliche Sicht
- 22 ▶ G-BA: zukunftsfähig oder Auslaufmodell?



PERSONALIEN



Prof. Augurzky (rechts im Bild) erhält die Ernennungsurkunde von Prof. Volker Clausen, Dekan der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Universität Duisburg-Essen.

BORIS AUGURZKY ZUM AUSSERPLANMÄSSIGEN PROFESSOR ERNANNT

Der wissenschaftliche Geschäftsführer der Stiftung, Boris Augurzky, wurde am 13. Januar von der Universität Duisburg-Essen zum außerplanmäßigen Professor ernannt.

Augurzky studierte Volkswirtschaftslehre und Mathematik und promovierte an der Universität Heidelberg. Von 2001 bis 2003 war er Berater bei The Boston Consulting Group mit Schwerpunkt Financial Services. Im Anschluss wechselte er an das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), wo er den Bereich Gesundheit aufbaute. Er ist Autor mehrerer Bücher, Buchbeiträge und Fachartikel. In der Branche ist er insbesondere durch den Krankenhaus Rating Report bekannt. Augurzky berät Investoren, Leistungserbringer und Kostenträger im Gesundheitsbereich und ist unter anderem Mitglied des Fachausschusses Versorgungsmaßnahmen und -forschung der Deutschen Krebshilfe.

JOHANNES GRUBER VERSTÄRKT DIE GESCHÄFTSFÜHRUNG



Doppelspitze: Dr. Johannes Gruber (links) und Prof. Boris Augurzky (rechts)

Johannes Gruber (40) bildet seit dem 1. März gemeinsam mit Boris Augurzky die Geschäftsführung der Stiftung Münch.

„Eugen Münch ist in der deutschen Krankenhauslandschaft seit den 1970er-Jahren ein radikaler Innovationstreiber. Die Stiftung führt diese Schaffenskraft mit der Idee der vernetzten Gesundheitsversorgung konsequent in die Zukunft. Dies in die Tat umzusetzen und den Stiftungszweck zu erfüllen ist eine faszinierende Aufgabe, an der ich gerne mitarbeite.“

Gruber studierte Rechtswissenschaften und Philosophie in Tübingen, Madrid, Köln und Heidelberg. Nach seiner Promotion absolvierte er sein Referendariat unter anderem bei der EU-Kommission und bei einer Fraktion im Deutschen Bundestag. Im Anschluss war der Rechtsanwalt in einer internationalen Wirtschaftskanzlei im Bereich Corporate und M&A tätig. 2006 wechselte er in die Kanzlei Seufert in München, wo er als Partner auf Transaktionen im Gesundheitssektor spezialisiert ist. Diese Tätigkeit wird er auch weiterhin ausüben.

Stephan Holzinger, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Münch: „Ich freue mich, dass wir mit Johannes Gruber einen versierten Kenner des hiesigen Gesundheitswesens gewinnen konnten, der mit seiner Expertise und Erfahrung die Geschäftsführung der Stiftung ideal ergänzen kann.“

NEU IM TEAM: ANJA WENNINGER



Seit Dezember gehört auch Anja Wenninger (36) zum Team der Stiftung Münch. Sie hat das Sekretariat übernommen und kümmert sich um die damit verbundenen Aufgaben.

Frau Wenninger ist vormittags unter 089 255 4667-0 erreichbar. Ihre E-Mail-Adresse ist aw@stiftung-muench.org



1. EUGEN MÜNCH-PREIS IN MÜNCHEN VERLIEHEN



Dr. Lutz Helmig



Dr. Volker Daum



Stephan Holzinger



Dr. Christoph Kucklick



Dr. Lutz Helmig und Dr. Mani Rafi



Eugen Münch und Annette Kennel



Dr. Brigitte Mohn und Dr. Peter Gauweiler



Senator a. D. Ulf Fink



Dr. Johannes Gruber

Am 24. November war es so weit: Auf einer Festveranstaltung wurden die Gewinner des 1. Eugen Münch-Preises bekannt gegeben und ausgezeichnet.

80 hochrangige Gäste hatten sich dazu im Bayerischen Hof in München eingefunden. Darunter unter anderem Ulf Schneider (Vorstandsvorsitzender Fresenius SE), Lutz Helmig (Gründer Helios Kliniken, Beteiligungsgesellschaft Aton), Brigitte Mohn (Vorstand Bertelsmann-Stiftung), Peter Gauweiler (Partner Kanzlei Bub Gauweiler) und Mani Rafii (Vorstand Barmer GEK).

Neben der Übergabe der Preise war die Rede von Christoph Kucklick (Autor „Die granulare Gesellschaft“ und GEO-Chefredakteur) ein weiterer Glanzpunkt des Abends. Er schilderte eindrucksvoll, wie die Digitalisierung zu einem immer feinkörnigeren Bild jedes einzelnen Individuums führt – und was dies für die Gesellschaft bedeuten kann.

Bei Essen und Musik hatten alle Teilnehmer Raum und Zeit für viele angeregte Gespräche. Ein rundum gelungener Abend!

DIE PREISTRÄGER

DR. DIRK TENZER

Kategorie Geschäftsmodell

Telemedizin-Netzwerk für Menschen ohne direkten Zugang zu ärztlicher Versorgung

PROF. DR. LEONIE SUNDMACHER

Kategorie Wissenschaft

Qualitätsmessung in (empirischen) Netzwerken

PD DR. NEELTJE VAN DEN BERG

Kategorie Wissenschaft

Telefon- und SMS-basiertes telemedizinisches Konzept für Patienten mit psychischen Erkrankungen

PROF. DR. JOCHEN GENSICHEN

Kategorie Wissenschaft

Vernetzung von Hausarzt, Rehabilitation und Intensivmedizin verbessert Nachsorge von Patienten nach intensivmedizinischer Behandlung

Weitere Informationen zu den Preisträgern finden Sie unter <http://www.stiftung-muench.org/eugen-muench-preis-2/die-gewinner>



Maïke Telgheder



Dr. Ulf Schneider und Eugen Münch



Dr. Lutz Helmig



Dr. Lutz Helmig und Eugen Münch



Prof. Dr. Bernd Griewing



ERFAHRUNGEN MIT DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE IM AUSLAND



INSTITUT FÜR ANGEWANDTE VERSORGUNGS- FORSCHUNG (INAV) FÜHRT STUDIE IM AUFTRAG DER STIFTUNG MÜNCH DURCH.

„DIE DIGITALISIERUNG BIETET DIE CHANCE, PROBLEME ZU LÖSEN, WELCHE DIE GESUNDHEIT DER VERBRAUCHER IN DER ANALOGEN WELT BISHER BEEINTRÄCHTIGT HABEN“ ...

... so schreibt der Sachverständigenrat für Verbraucherfragen in seiner Veröffentlichung vom Januar 2016.¹

Doch obwohl das deutsche Gesundheitswesen zu den leistungsstärksten Systemen weltweit gehört und vielfach als Referenzsystem dient, weist es eklatante Defizite in der Nutzung moderner Kommunikationstechnologien auf. Weder die Möglichkeiten (Vorhandensein von Netzwerkstrukturen) noch die Kenntnisse über den Nutzen von Lösungsansätzen (Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Kenntnisse über Medikationspläne, Komorbiditäten und auch Patientenpräferenzen) noch die rechtlichen Rahmenbedingungen (Datenschutz oder sonstige Barrieren) noch finanzielle Limitation (es wurde bereits nahezu eine Milliarde Euro in die Gematik investiert) begründen die aktuelle Situation umfassend. Deutlich zeigen sich diese Defizite beispielsweise mit Blick auf die Verbreitung (bzw. Nichtverbreitung) der elektronischen Patientenakte.

Selbst das E-Health-Gesetz kann nur als halbherziger Versuch verstanden werden, den Anschluss nicht zu verlieren. Denn die grundlegende Frage – wie kann die ePA flächendeckend eingeführt werden? – wird ausgeklammert.

DABEI STEHT EIGENTLICH NICHT MEHR DIE FRAGE IM VORDERGRUND, OB EINE EPA SINNVOLL IST, SONDERN VIELMEHR, WIE SIE AUSGESTALTET SEIN SOLLTE.

Um diesen Prozess zu beschleunigen oder zumindest mitzugestalten, ist es notwendig, zu verstehen, warum andere Länder Deutschland in dem Bereich voraus sind. Dazu müssen die Politikfelder und Stakeholder anderer Länder analysiert werden: Wie wurde dort das Thema strategisch angegangen und kommuniziert? Welche Anreize wurden gesetzt? Welche Sanktionen angedacht oder umgesetzt? Dies wird in der von der Stiftung beauftragten Studie umgesetzt. Neben abgeleiteten Handlungsempfehlungen soll auch eine Score-Card entwickelt werden, die ein Ranking der Länder ermöglicht. Das Ergebnis liegt voraussichtlich Ende September vor.

¹Sachverständigenrat für Verbraucherfragen „Digitale Welt und Gesundheit. eHealth und mHealth – Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitsbereich“. Januar 2016. Gerd Gigerenzer, Kirsten Schlegel-Matthies und Gerd G. Wagner.

KONGRESS DER STIFTUNG MÜNCH
**VERHILFT DIE
DIGITALISIERUNG DER
NETZWERKMEDIZIN
ZUM DURCHBRUCH?**



An die hundert Teilnehmer fanden sich am 18. Februar 2016 zum Kongress der Stiftung Münch in München ein. „Verhilft die Digitalisierung der Netzwerkmedizin zum Durchbruch?“ – Hochkarätige Referenten beleuchteten in ihren Vorträgen verschiedene Aspekte der Digitalisierung und deren Einfluss auf die Gesundheitsversorgung und Medizin der Zukunft.



Dr. Roni Zeiger, Gründer und CEO von smartpatients.com, ehemaliger Leiter des Bereichs Gesundheit von Google
Patient-centered medicine: Does digitalization help?

Roni Zeiger, der den Gesundheitsbereich von Google leitete und nun mit „smartpatients.com“ eigene unternehmerische Wege geht, sieht vor allem in der Vernetzung der Patienten eine entscheidende neue Entwicklung und Chance für die Verbesserung der medizinischen Versorgung. Da sie sich intensiv mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen und untereinander austauschen, sind sie zu Mikroexperten ihrer eigenen Krankheiten avanciert.

„SIE WISSEN ÜBER DETAILS BESCHEID, DIE AUF SIE UND IHRE ERKRANKUNG ZUTREFFEN UND DIE DEM BEHANDELNDEN ARZT GAR NICHT BEKANNT SIND, WEIL ER SICH NICHT SO INTENSIV MIT JEDER EINZELNEN ERKRANKUNG AUSEINANDERSETZEN KANN.“

Als Beispiel für die Macht der Vernetzung nannte Zeiger – der selbst als Notfallmediziner tätig ist – ein Schachspiel, in dem sich eine große Gemeinschaft von mehreren Tausend Amateurspielern zusammenschloss und gegen den einstigen

Weltmeister Kasparow antrat. Mit Erfolg. Denn da jeder der Amateurspieler die eine oder andere Spielsituation bereits einmal selbst erfahren oder gesehen hat, konnten sie in der großen Summe ihr Wissen ballen und auf jeden Zug des Meisters passend reagieren – und den Profi schließlich besiegen.

Mittlerweile tauschen sich bereits drei Mal mehr Patienten am Tag untereinander über ihre Erkrankungen, Probleme, Behandlungsmethoden etc. aus, als es herkömmliche Arzt-Patienten-Gespräche in den USA gibt. Die klassischen Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen haben jedoch noch keinen Weg gefunden, wie sie mit dieser „Schwarmintelligenz“ umgehen sollen und letztlich davon profitieren können – auch im Sinne einer entsprechenden Anpassung ihres Geschäftsmodells.

Die Qualität der Laiennetzwerke sei bereits dann gewährleistet, wenn etwa zehn Prozent der Mitglieder gut informiert seien und sich aktiv am Austausch beteiligt. Auch wenn falsche Informationen gegeben würden, sei dies in Zeigers Augen kein grundsätzliches Problem:

„WIR MÜSSEN AUCH FALSCH MEINUNGEN ZULASSEN. DARÜBER KANN DANN DISKUTIERT WERDEN.“

Das ist auf jeden Fall besser, als nichts zu haben; also ähnlich wie bei Wikipedia. „Die Qualität setzt sich durch.“ Und auch Ärzte können übrigens hin und wieder falschliegen. Der Maßstab ist also nicht Perfektion.

Zeiger zeigt sich überzeugt, dass der Einfluss der Patienten noch weiter zunehmen wird und sie einen größeren Einfluss einfordern werden. „Die Patienten von morgen, die mit der digital vernetzten Welt aufgewachsen sind, werden sich mit der heutigen Qualität der medizinischen Versorgung nicht mehr zufriedengeben“, betonte Zeiger.



**Dr. Matthias Reumann, Mitglied des Forscherteams
IBM Research, Zürich**
Ersetzt künstliche Intelligenz ärztliche Intelligenz?

Matthias Reumann ist Mitglied im nobelpreisprämierten Forscherteam von IBM Research im Schweizer Ort Rüschlikon. Er beschäftigt sich vor allem mit IT-gestützter Medizin- und Gesundheitsversorgung und dem Einsatz von Hochleistungsrechner-technologie im Gesundheitswesen. Die Erfassung und elektronische Analyse von Daten könne helfen, Korrelationen zwischen Symptomen und deren Ursachen aufzuspüren – und dazu beitragen, Leben zu retten. So habe in Australien die Ärztin Carolyn McGregor die Vitaldaten von Frühchen rund um die Uhr automatisch erfassen lassen und die Daten aus den verschiedensten Geräten aggregiert – statt sie wie bis dato üblich nur alle 30 Minuten durch einen Arzt zu kontrollieren. Die Auswertung führte schließlich zu neuen Erkenntnissen – und ermöglichte es, ein Frühwarnsystem zu entwickeln, mit dem beispielsweise eine bestimmte Infektion 48 Stunden früher erkannt werden konnte. Eine Zeitspanne, die zu einer verbesserten Prognose der Frühgeborenen führt und Leben retten kann.

Auch in der Verarbeitung und Auswertung von wissenschaftlicher Literatur oder bildgebenden Verfahren könne die Technik mehr leisten als der einzelne Mensch.

„COMPUTER SIND ZUM BEISPIEL IN DER LAGE, EINE GROSSE MENGE AN RÖNTGEN-BILDERN ZU BEWERTEN – UND DANN DIE-JENIGEN, DIE AUFFALLEND SIND, EINEM ARZT ZUR BEGUTACHTUNG VORZULEGEN.“

Dabei können die Computer aus den gestellten Diagnosen lernen und dieses Wissen in die künftige Beurteilung einfließen lassen.

Um die Vorteile der modernen Technologie künftig nutzen zu können, hält es der Wissenschaftler überdies für nötig, dass Krankenhäuser anders geplant werden. Die Voraussetzung sei eine gute IT-Struktur, die eine Integration der Technik erlaube. „Die Technik kann den Ärzten helfen und ihnen Arbeit abnehmen – denn ein Arzt hat schlichtweg nicht die Zeit, diese Daten in der Häufigkeit zu erfassen und auszuwerten“, so Reumann.

„DABEI WIRD LETZTLICH ABER IMMER EIN ARZT DIE ENTSCHEIDUNG TREFFEN – DIE MASCHINE KANN NUR UNTERSTÜTZEN.“

Ideal wäre es, wenn Erfahrungswissen und institutionelles Wissen zusammengeführt werden können. Außerdem erinnerte er daran, dass es letztlich um den Patienten gehe – und dieser künftig immer wichtiger werde.





Prof. Dr. Christian Lovis, Professor für klinische Informatik an der Universität Genf, Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der HIMSS global

Science oder fiction: Sind Computer die besseren Ärzte?

Der Arzt und Medizininformatiker **Christian Lovis** teilt die Meinung, dass Maschinen den Arzt nicht ersetzen können. Mit der Öffnung von Pubmed (damals noch medline) sei der erste Schritt in Richtung open access gemacht worden. Die Vielzahl an Veröffentlichungen sei selbst von Experten nicht mehr überschaubar. So gab es allein in den vergangenen zehn Jahren drei Millionen Publikationen zu NOX, einem Enzym – ein Experte auf diesem Gebiet schaffe es im Arbeitsalltag vielleicht gerade, ein Paper pro Tag zu lesen.

Doch um wirklich innovativ zu sein, sei es wichtig, nicht zu gehorchen und vielmehr Regeln zu hinterfragen und zu brechen – und bestehendes Wissen nicht ungefragt als für alle Ewigkeit gültig zu akzeptieren. So sei etwa das ursprünglich geltende „zentrale Dogma“ der Molekularbiologie, dass der genetische Code für den Menschen allein bestimmend sei, durch die Erkenntnis, dass auch Umweltfaktoren einen Einfluss haben, widerlegt und aufgehoben. Lovis merkte dabei an, dass selbst die Kirche nur Dogmen, nicht aber zentrale Dogmen kenne.

Als großes Problem sieht Lovis die korrekte Deutung der Ergebnisse und Statistiken, die durch Computer ausgegeben werden, und die Einschätzung ihres prädiktiven Wertes.

„WAS BEDEUTET ES, WENN DR. WATSON SAGT, DIE WAHRSCHEINLICHKEIT LIEGT BEI 32 PROZENT?“

Das sei, als würde der Wetterbericht für den nächsten Tag Regen ankündigen – aber es könne auch sein, dass die Sonne scheint.

„WÜRDE MEIN NAVIGATIONSSYSTEM MIR SAGEN: FAHR RECHTS, DAS IST WAHRSCHEINLICH GUT, VIELLEICHT ABER AUCH NICHT – ICH WÜRD ES ZUM FENSTER HINAUSWERFEN.“

Er sehe deshalb noch einen weiten Weg in der Medizin, auf Basis der erhobenen Daten konkrete Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Auch müssen die Empfehlungen des Computers immer in einem Kontext gesehen werden – und diesen kenne die Maschine nicht, wenn er ihr nicht mitgeteilt wurde. So empfehle ein Computersystem fünf Antibiotika zur Therapie einer Cystitis, eines davon an erster Stelle. „Doch für Schwangere ist genau dieses Medikament kontraindiziert – das weiß der Computer aber nicht, wenn man es ihm nicht vorher explizit sagt“, so Lovis. Dennoch spielen Computer eine neue und wichtige Rolle in der Medizin. Auch Ärzte und Patienten werden künftig andere Rollen innehaben.

„DER ARZT IST DER EXPERTE DER KRANKHEIT. DOCH DER PATIENT IST DER EXPERTE SEINER KRANKHEIT.“



Prof. Dr. Karl Max Einhäupl, Vorstandsvorsitzender der Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Personalisierte Medizin, Big Data und Kostenexplosion im Gesundheitssystem



Auf die Aspekte Kosten und Nutzen der Digitalisierung in Deutschlands Gesundheitswesen ging **Karl M. Einhäupl** in seinem Vortrag ein. Als Hauptursachen für die Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich nannte der Arzt und Vorstandsvorsitzende der Charité die demografische Entwicklung, die evidenzbasierte Medizin, die immer kürzer werdenden Innovationszyklen und die steigenden Therapiekosten. Hier nannte der Neurologe das Beispiel des Medikaments Nivolumab, das pro Patient und Jahr 112.000 Euro koste. Früher sei für die Therapie ein einfaches Antiphlogistikum eingesetzt worden – für rund 1.000 DM. Seine Forderung formulierte er provokant:

„WENN DIE GESELLSCHAFT WILL, DASS ETWA FRÜHCHEN MIT EINEM GEWICHT VON 350 GRAMM AM LEBEN ERHALTEN WERDEN, DANN MUSS SIE AUCH BEREIT SEIN, DIE KOSTEN DAFÜR AUFZUBRINGEN.“

In Deutschland werde mit der Digitalisierung im Gesundheitswesen dagegen vor allem das papierlose Krankenhaus, die elektronische Gesundheitskarte und Apps im medizinischen Bereich verbunden – und damit die Hoffnung, Kosten zu sparen, die Gesellschaft zu verändern und die Medizin zu präzisieren. Einhäupl ist indessen überzeugt, dass die Digitalisierung die Kosten für die medizinische Versorgung nicht senken, sondern erhöhen wird.

„DIE DIGITALISIERUNG IST DER AKZELERATOR DER GESUNDHEITSKOSTEN.“

Zudem müsse beachtet werden, dass die Daten lange Zeit gespeichert werden müssen. Schließlich sei es für eine Auswertung im Sinne der Versorgungsforschung notwendig, dass auch die phänotypisch vom Arzt erhobenen Daten strukturiert und geordnet ins System eingefügt werden müssen, um auch zu reproduzierbaren und validen Ergebnissen zu kommen. Hier zeigte sich Einhäupl skeptisch: „Es sind Vereinfachungen erforderlich, die dem im Weg stehen.“



Prof. Dr. Andreas Schmid, Inhaber der Juniorprofessur Gesundheitsmanagement an der Universität Bayreuth
„Accounted Care Organizations“ als Modell der Netzwerkmedizin?

Einen Blick auf das amerikanische Gesundheitssystem warf **Andreas Schmid**, Juniorprofessor der Universität Bayreuth, das dem deutschen System in Teilen durchaus ähnlich sei. Allerdings gebe es in den USA vor allem Zusammenschlüsse von Ärzten und weniger „Einzelkämpfer“. Der angestellte Arzt im Krankenhaus sei eher die Ausnahme. Die Leistungen werden in den USA derzeit noch vorwiegend nach „fee for performance“, also nach Einzelleistungen, abgerechnet.

Man könne dort jedoch auch auf Dekaden des Experimentierens blicken. Das System sei in einem kontinuierlichen Wandel, auf Probleme reagiere es mit Anpassungen – ein Fakt, den Schmid auch für das deutsche System für wünschenswert hielte. Innovativ waren die Health Maintenance Organizations (HMO). Sie fanden jedoch mit der Zeit keinen Zuspruch mehr bei den Versicherten – und zerbröselten. In der Reaktion wurden neuerdings die ACOs (Accountable Care Organizations) eingeführt, um die Probleme anzugehen. Diese ähneln in einigen wichtigen Teilen dem Konzept der Netzwerkmedizin. Die ACOs integrieren verschiedene Leistungserbringer aus unterschiedlichen Sektoren. Partner der ACOs sind die Versicherungen, die Patienten werden einem ACO zugeordnet, haben jedoch die Wahl, auch einen anderen Anbieter aufzusuchen. Als Treiber dienen die Qualität und Patientenzufriedenheit. Dabei fokussieren sich die ACOs vor allem auf einzelne Regionen.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die ACOs ist darin zu finden, dass die größte Versicherungsgesellschaft Medicare die Einzelleistungsvergütung stark reduziert:

„IM JAHR 2019 SOLLEN STATTDESSEN ETWA 90 PROZENT DER VERGÜTUNG WERTORIENTIERT ERFOLGEN.“

Diese glaubhafte, wenn auch wohl etwas zu ambitionierte Aussage hat viele Leistungserbringer veranlasst, eine ACO mit Medicare zu gründen. Eine Gefahr bestehe jedoch in Regionen, in denen eine ACO eine zu große Abdeckung und damit Marktmacht erhalte – hier müssen Wege gefunden werden, wie die Qualität für die Patienten trotzdem aufrecht erhalten werden kann.

Für Deutschland hält Schmid die Bereitschaft, Experimente zu wagen, für nachahmenswert. Problematisch sei die hiesige Organisation der Leistungserbringer und Versicherungen in der Selbstverwaltung. Insbesondere auf der Seite der Leistungserbringer bestehe ein geringer Wille, zu investieren, da sich die erforderlichen hohen Beträge erst langfristig rentieren.

„DER ANREIZ ZU BESTANDSSCHUTZ IST GRÖßER ALS DIE BEREITSCHAFT ZU INNOVATIVEN ANGEBOTEN.“





Podiumsdiskussion

„Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Computer“



Dr. Francesco De Meo, Vorsitzender der Geschäftsführung der HELIOS Kliniken Gruppe

Bei der abschließenden **Podiumsdiskussion** waren sich beim Thema Digitalisierung alle Teilnehmer einig, dass der Datenschutz häufig vorgeschoben sei und als Argument sowohl der Einführung einer überfälligen elektronischen Patientenakte als auch einer Auswertung der Daten im Sinne der Versorgungsforschung im Wege stehe.

„DEUTSCHLAND HINKT WEGEN ÜBERZOGENEM DATENSCHUTZ HINTERHER.“

(Prof. Dr. Karl Max Einhäupl)

Dies sei Einhäupls Meinung nach auch der deutschen Mentalität geschuldet: „Während die Deutschen bei Google Streetview ihre Häuser verpixeln lassen, stellen sich in den USA die Bewohner in den Garten und winken.“ Die Angst vor Missbrauch sei übertrieben: „Ich kann einen Unfall haben. Aber das hält kaum jemanden davon ab, ein Auto zu kaufen“, betonte er.

Ein zentrales Problem bei der Einführung elektronischer Vernetzung sei die fehlende Normierung:

„WIR HABEN HIER EIN REGIERUNGSFREIES GEBIET, DESHALB PASSIERT AUCH NICHTS.“ (Eugen Münch)

Lovis betonte, dass Deutschland das letzte Land in Europa sei, das noch keine elektronische Patientenakte habe. Überall gebe es starke Normierungen durch den Gesetzgeber – so sei etwa genau vorgeschrieben, welche Maße eine Steckdose haben müsse, damit sie überall verwendet werden kann. Doch im Gesundheitssektor gebe es keinerlei Normierungen, etwa für die KIS-Systeme. In der Schweiz habe man per Gesetz erlassen, dass in einer Zeitspanne von zehn Jahren die KIS-Systeme kompatibel sein müssen. Wer dem nicht Folge leiste, erhalte die Leistungen nicht mehr vergütet. „Damit wurde der Druck geschaffen, um Veränderung zu bewirken“, so Lovis.

Francesco de Meo bemängelte insbesondere die nicht existenten Schnittstellen, die es unmöglich machen, das System der Klinik an andere innovative Produkte zu koppeln. Damit die Daten zur Verfügung stehen, schlug Lovis vor, neue Verfahren im Umgang mit Daten zu schaffen. Wenn etwa die Patienten die Möglichkeit hätten, ihre Daten selbst bereitzustellen, könnte das die Weiterentwicklung beschleunigen und erleichtern. Dieser Meinung schlossen sich viele Teilnehmer an. Reumann war der Ansicht, dies würde eine „Graswurzelrevolution“ in Gang setzen, die viel bewegen würde. Eugen Münch hält auch einen anderen Weg für möglich: „Wenn es keine gesetzgeberische Normierung gibt, dann müssen sich die großen Player in einem Akt der Selbsthilfe zusammenschließen und eine Norm durchsetzen.“

JETZT SCHON VORMERKEN:
**NÄCHSTER KONGRESS
AM 15. FEBRUAR 2017**

INNOVATIVE IDEEN FÜR EINE GESUNDE ZUKUNFT.

**Ausschreibung zum
2. Eugen Münch-Preis für
herausragende Netzwerk-
medizin-Konzepte und
nachhaltig tragfähige Lösungen
im Gesundheitswesen.**

**Die Preisträger werden ermittelt von
renommierten Experten themenrelevanter
Branchen:**

- **Prof. Dr. Volker Amelung**
Vorsitzender des Vorstands des Bundesverbands
Managed Care e. V.
- **Prof. Dr. Achim Jockwig**
Dekan des Fachbereichs Gesundheit und Soziales,
Vizepräsident der Hochschule Fresenius
- **Dr. Andreas Poensgen**
Gesellschafter und Managing Partner von Turgot
Ventures
- **Dr. Mani Rafii**
Mitglied des Vorstands der Barmer GEK
- **Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler**
Organisations- und Unternehmensberater für
Patientenkommunikation
- **Maike Telgheder**
Redakteurin Handelsblatt



Die Stiftung Münch verleiht in diesem Jahr zum zweiten Mal den Eugen Münch-Preis. Mit dem Preis soll die Erarbeitung praxisnaher, neuer Denkansätze, innovativer Konzepte und mutiger Ideen aus dem Themenbereich der Netzwerkmedizin unterstützt und die Umsetzung der zukunftsfähigsten Lösungsansätze unterstützt werden.

KATEGORIE

GESCHÄFTSMODELL

Dotierung: 10.000 Euro
plus Mentoring-Programm

KATEGORIE

WISSENSCHAFT

Dotierung: 25.000 Euro

**BEWERBUNGS-
SCHLUSS:**

15. August 2016

**WEITERE
INFORMATIONEN
UNTER**

www.stiftung-muench.org

STIFTUNG MÜNCH

INNOVATIONSHÜRDEN FÜR DIE DIGITALE GESUNDHEIT – EINE PERSÖNLICHE SICHT

Gastbeitrag von Dr. Matthias Reumann





Dr. Matthias Reumann ist Mitglied des Forscherteams für Systembiologie bei IBM Research – Zürich. Er beschäftigt sich vor allem mit IT-gestützter Medizin- und Gesundheitsversorgung und dem Einsatz von Hochleistungsrechner-technologie im Gesundheitswesen. Sein Fokus liegt auf der Übersetzung von Grundlagenforschung in die klinisch breite Anwendung.

Vor gut zehn Jahren hatte ich die einzigartige Gelegenheit, als junger Doktorand an einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanzierten Studie teilzunehmen, die das Thema „Innovationshürden der Medizintechnik in Deutschland im internationalen Vergleich“ beleuchtete. Das Interesse war, welche Engpässe für die Innovation in dieser wichtigen wirtschaftlichen Branche in Deutschland existierten. Ziel war es, diese anzusprechen und zu beseitigen, damit Deutschland weiterhin die zweit- bzw. drittgrößte Wirtschaftsmacht weltweit in der Medizintechnik bleibe. Zwei Punkte aus der Studie sind mir im Gedächtnis geblieben:

(1) DIE MEDIZINTECHNIK IST SEHR STARK – BIS ZU 50 PROZENT – FORSCHUNGSGETRIEBEN,

was mir als Wissenschaftler natürlich sehr gut gefällt;

(2) DIE BÜROKRATIE UND REGULARIEN, UM EIN NEUES PRODUKT AUF DEN MARKT ZU BRINGEN, STELLEN EINE SEHR HOHE HÜRDE DAR, DIE EINEN SCHNELLEN MARKTEINSTIEG VON INNOVATIVEN IDEEN VERHINDERT,

was mir als Wissenschaftler natürlich eher weniger gefällt.

Nach mehreren Jahren in den USA und in Australien lebe ich mittlerweile seit gut zwei Jahren wieder in Deutschland, und ich kann manche Dinge dadurch von außen betrachten. Meine berufliche Karriere hat mich in die digitale Gesundheit geführt, und es ist spannend zu sehen, wie die Situation in Deutschland ist.

WAS SIND DIE INNOVATIONSHÜRDEN FÜR DIE DIGITALE GESUNDHEIT IN DEUTSCHLAND?

Die digitale Gesundheit soll unser Gesundheitswesen revolutionieren, es nachhaltig machen und dafür sorgen, dass die Kosten im Gesundheitswesen nicht durchs Dach schießen und wir trotzdem medizinische Versorgung erwarten können, die in der Qualität keinem anderen Ort in der Welt nachsteht.

Ohne eine Studie durchgeführt zu haben, ist mein erster Impuls, dass die Erkenntnisse aus der BMBF-Studie von vor zehn Jahren wiederfinden lassen. Innovation in der digitalen Gesundheit ist stark forschungsgetrieben, und die Regularien verhindern die schnelle Übersetzung in den klinischen Alltag. Aber die digitale Gesundheit steht vor noch viel größeren Herausforderungen. Hier stehen wir erst ganz am Anfang, was nicht an den technologischen Möglichkeiten liegt.

DER PERFEKTE STURM VON DEN SOGENANTEN GROSSEN DATEN (BIG DATA) STEHT VOR DER TÜR, UND WIR WISSEN NICHT, WIE WIR DAMIT IN DER GESELLSCHAFT UMGEHEN SOLLEN.

Krankenhäuser werden gebaut wie eh und je, ohne an eine IT-Strategie zu denken. Ein Gebäude ist doch noch greifbarer als Elektronen, die in Datenspeichern sitzen und durch Netzwerke huschen. Die handfeste Infrastruktur ist natürlich wichtig in unserem Gesundheitssystem. Die elektro-

nische jedoch essenziell, wenn wir Nachhaltigkeit in der medizinischen Versorgung anstreben wollen. Es wird hier immer noch in Silos gedacht: Ein Radiologe mit zu kleinem Budget für ein neues bildgebendes Verfahren wird es bestmöglich investieren – jedoch nicht zwingend nach einer übergreifende IT-Strategie, die es ermöglicht, alle Daten des Patienten einheitlich zu erfassen, damit der Patient eine ganzheitlich verbesserte Versorgung erfährt.

ABER WIE SIEHT DIE IT-STRATEGIE IN KRANKENHÄUSERN, BEI DEN NIEDERGELASSENEN ÄRZTEN, REGIONAL, AUF LANDESEBENE UND BUNDESWEIT AUS?

Hier sind wir erst am Anfang, und Deutschland steckt in den Kinderschuhen; anderen Ländern weit hinterher. Ein Indiz dazu ist, dass das BMBF jetzt eine Ausschreibung „Förderkonzept Medizininformatik“ finanziert. In dem Ausschreibungstext heißt es: „[...] Mit ganzheitlichen Lösungen sollen Daten aus Krankenversorgung und Forschung sinnvoll miteinander verknüpft werden. Bislang liegen die Informationen meist in vielen verschiedenen Formen vor, und eine Zusammenführung findet nur punktuell statt. Ziel ist, die Forschungsmöglichkeiten in der Medizin und die individuelle Patientenversorgung durch innovative IT-Lösungen zu verbessern [...] (Prof. Wanka).“ Die Ergebnisse der Studie werden in fünf Jahren vorliegen. Erst in fünf Jahren! Jedoch macht das BMBF das einzig Richtige: Es investiert in die Entwicklung einer IT-Strategie für die digitale Medizin. Wir in unserer Gesellschaft können das nicht mehr aufschieben, wenn wir nicht ein Entwicklungsland in Sachen digitaler Gesundheit werden wollen.

INFRASTRUKTUR UND TECHNISCHE MÖGLICHKEITEN SIND ABER NICHT ALLES: GESELLSCHAFTLICH UND POLITISCH MUSS SICH EINIGES TUN, UM DIE CHANCEN DER DIGITALISIERUNG IN DER MEDIZIN ZU REALISIEREN UND ZU ERGREIFEN.

Das Thema Datenschutz und Datensicherheit ist essenziell in der Diskussion. Die momentanen gesetzlichen Regularien sind extrem streng. Sie verhindern vielleicht nicht Innovation, jedoch verhindern sie das Durchdringen von Innovationen in die Breite, wodurch wirklich die Patienten einen Vorteil hätten. Der Gesetzgeber muss den Rahmen schaffen, dass wir alle Chancen der digitalen Medizin realisieren können.

Ein weiteres Hemmnis sind wir selbst. Wir, die Gesunden. Denn wir haben Angst davor, dass unsere (Gesundheits-) Daten missbraucht werden. Diese Angst ist berechtigt, aber sie steht der Tatsache gegenüber, dass 90 Prozent der Kranken ihre Daten der Forschung zur Verfügung stellen würden, wenn sie dadurch zur Heilung und Therapie anderer kranker Menschen beitragen können. Sollten wir da nicht die Mentalität der Kranken annehmen? Man stelle sich vor, anderen Menschen könne geholfen, ja vielleicht sogar das Leben gerettet werden, wenn die eigenen Daten zur Erforschung und Behandlung in der Medizin zur Verfügung stünden. Auch wenn wir nicht krank sind. Für mich ist dies ein toller Gedanke, und auch als Gesunder würde ich gerne meine Daten zur Verfügung stellen – nur gibt es keine Möglichkeit in Deutschland, dies zu tun, denn es gibt ja noch nicht einmal eine wirkliche Strategie zur digitalen Gesundheit. Meines Erachtens kommt die Angst vor Datenmissbrauch von der Angst, aufgrund von Gesundheitsdaten diskriminiert zu werden. Hier ist der Gesetzgeber gefragt, damit weder Patient noch Arzt noch Bürger aufgrund der eigenen Daten in jeglicher Art verletzt oder vernachlässigt werden kann.

Trotz dieser Hürden, Deutschland zu einem innovativen, digitalen Gesundheitsland zu machen, um ein nachhaltiges Gesundheitssystem zu bauen, sehe ich die Zukunft positiv: Zusammen mit visionären Dienstleistern aus dem privaten

**DIE DIGITALE REVOLUTION IM
GESUNDHEITSWESEN IST NICHT
AUFZUHALTEN, DENN DIE PATIENTEN
WERDEN SIE EINFORDERN.**

Gesundheitsbereich werden die Patienten die Segel im perfekten Sturm der Digitalisierung in der Medizin aufspannen, vor dem Sturm in die Zukunft fliegen und ihr Recht auf die bestmögliche medizinische Versorgung einfordern. Zwar hält sich die Gesellschaft noch zurück, aber jeder Einzelne wird sich auf den Weg machen, denn jeder Patient verdient die bestmögliche medizinische Versorgung – und die wird in Zukunft nur durch die digitale Medizin gegeben werden.

**DABEI KÖNNEN WEDER ARZT NOCH
PFLEGE ERSETZT WERDEN, DENN
MEDIZINISCHE VERSORGUNG IST AM
ANFANG UND AM ENDE MENSCHLICH.
UND DAS MENSCHLICHE SOLLTE IMMER
EIN ESSENZIELLER TEIL IN EINEM
NACHHALTIGEN GESUNDHEITSSYSTEM
BLEIBEN.**




G-BA: ZUKUNFTSFÄHIG ODER AUSLAUFMODELL?

Der Gemeinsam Bundesausschuss erhält immer mehr Befugnisse und Macht. Doch die Stimmen der Kritiker häufen sich. Die Entscheidungen dauerten zu lang, seien durch Absprachen unter den verschiedenen Berufsgruppen teils nicht im Interesse der Patienten und zudem intransparent. Und auch wenn der neu gegründete Innovationsfonds beim G-BA in Form eines Ausschusses angesiedelt ist, haben doch viele Kenner der Szene Bedenken, ob das Gremium für Innovationen geeignet ist. Und auch an der Legitimation gibt es zunehmend Zweifel.

Die Stiftung Münch hat bei einem Luncheon-Roundtable-Gespräch über das Thema diskutiert. Um zu vertiefen, ob eine Erweiterung des G-BA im Sinne eines Marktregulierers sinnvoll sein könnte, wird dazu im Laufe des Jahres eine Studie in Auftrag gegeben.


Eine Zusammenfassung des Luncheon-Roundtable-Gesprächs finden Sie auf unserer Internetseite unter <http://www.stiftung-muench.org/aktivitaeten/luncheon-roundtable/>




„Der G-BA ist nicht geeignet, um Innovationen anzustoßen.“




„Der G-BA ist strukturkonservativ.“



„Es gibt stillschweigende Absprachen, die neutrale Beschlüsse im Sinne der Patienten verhindern.“



„Der G-BA ist zu langsam. Die Entscheidung zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung hat 8 Jahre gedauert.“



„Die Welt hat sich gewandelt,
seit es den GKV-Spitzenverband gibt.
Seitdem verhandeln nicht mehr
einzelne Kassen mit unterschiedlichen Interessen.
So steht der „Block“ GKV gegen
Leistungserbringer – daran ist bereits
viele gescheitert.“

„Wir verkomplizieren
unser System.“

„Der G-BA ist eine Standesorganisation.
Allein diese Tatsache bedeutet,
dass er auch von den Ständen erhalten bleibt.“

„Probleme gibt es immer,
wenn es um sektorenübergreifende
Entscheidungen geht.“

„Veränderungsprozesse lösen
sofort Gegenkräfte aus.
Die Fähigkeit, sich an neue Veränderungen
anzupassen, ist stark begrenzt.“

Die aufgeführten Zitate stammen aus den Luncheon-Roundtable-Gesprächen. Sie sind bewusst nicht namentlich den Personen zugeordnet, von denen sie stammen.

STIFTUNG MÜNCH

Maximilianstr. 58
80538 München

T +49 (0) 89 255 4667-0
F +49 (0) 89 255 4667-44

kontakt@stiftung-muench.org
www.stiftung-muench.org