

„Die gematik muss die richtige Balance finden“

„Was ist der richtige Weg, um Daten in einer vernünftigen Form besser für Forschungszwecke und für die richtigen Auswertungssysteme zur Verfügung zu stellen? Wer hat auf Dauer die Führung und setzt die Standards? Was können wir vom US-Versandhändler Amazon und dessen Amazon Care lernen? Und schließlich: Wer investiert künftig wo? Mit diesen und anderen Fragen beschäftigt sich Dr. Franziska Thomas, Partnerin bei der Strategieberatung Arthur D. Little, im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“. Sie plädiert für einen „vernünftigen und gleichzeitig verantwortungsvolle Umgang mit Daten“, der möglich sein muss, um einerseits die Patientenversorgung mittels digital unterstützter Systeme zu optimieren und die Lebensqualität von Patienten zu erhöhen, jedoch andererseits auch das „Verständnis und Wissen um Behandlungserfolge“ zu verbessern. Ihr Petitum: „Wir müssen insgesamt ein ganzes Stück schneller werden und die richtigen Systeme aufsetzen.“

Interview mit Dr. Franziska Thomas, Partnerin bei der Strategieberatung Arthur D. Little

>> Die Fülle an generierbaren und verfügbaren Informationen ist kaum mehr greifbar, Big Data eines der Zauberworte der Branche. Sind wir schon in der schönen neuen Welt?

Das Thema Digital Health gehört zum Metathema Future of Health, das durch zwei Kernbewegungen getrieben wird. Zum einen sind das innovative Medikamente, vornehmlich sind hier neben Antikörpern mRNA, Zell- und Gentherapien (die sogenannten ATMPs) zu nennen. Zum anderen sehen wir das Thema Digitalisierung, welches beim Datenhandling beginnt und bis hin zum Einsatz von Künstlicher Intelligenz reicht. Beide Kernbewegungen haben für sich gesehen – aber insbesondere im Schulterschluss – das Potenzial, die Patientenversorgung zu verbessern. Sie stellen die Branche aber auch vor ganz neue Herausforderungen.

Und nun kommen auch noch Internetriesen wie Amazon, und entwickeln mit Amazon Care eine umfassende Healthcare- und Telemedizin-Plattform, die derzeit in Großstädten der USA ausgerollt wird.

Immer dann, wenn eines der großen Mega-Unternehmen im Healthcare-Sektor auftaucht, weckt das Ängste, was durchaus verständlich ist. Dahinter verbirgt sich ein spürbares Unbehagen, dass diese Mega-Unternehmen die Gesundheitsmärkte – international wie national – beeinflussen und nachhaltig verändern könnten. Die Veränderung der Gesundheitsmärkte passiert jedoch auch abseits der Big Player, weil die Digitalisierung an und für sich schon eine große Veränderung einleiten wird, welche mittel- bis langfristig die Patientenversorgung verändern und hoffentlich auch verbessern wird.

Wir haben immer noch das HWG und den Datenschutz, die zusammengenommen in Deutschland „Direct to Consumer"-Kommunikation und Marketing fast unmöglich machen.

Wie fast überall auf der Welt. „Direct to Consumer" ist in den meisten Märkten weltweit für verschreibungspflichtige Medikamente verboten oder zumindest stark eingeschränkt. Wichtigste Ausnahme ist hier der US-amerikanische Markt. Marketing im Pharma-Bereich ist generell problematisch und ich halte es auch für richtig, diesen Markt streng zu regulieren. Die Opioid-Krise in den USA ist hier ein gutes Negativbeispiel. Andererseits haben Patient:innen in den USA stärker die Möglichkeit, sich mit Informationen der Hersteller zu versorgen, so kann die Aufklärung über verschiedene Krankheiten besser ermöglicht werden. Dies ist gerade bei selteneren Krankheiten wichtig, die nach wie vor unterdiagnostiziert sind. Aber auch bei uns stellen Patientenorganisationen, Kliniken und Kompetenzzentren sowie Krankenversicherer sehr gute und neutrale Informationen zur Verfügung und Patient:innen informieren sich vermehrt bei diesen. Zusätzlich informieren sich Patient:innen vermehrt über „Doktor Google", das löst durchaus bei manchem Mediziner eine Irritation aus, da leider auch viel Fehlinformation im Netz zu finden ist. Generell werden die Patient:innen aber immer autonomer. Sie sind durchaus in der Lage, kritisch nachzufragen und vor allem Dinge zu hinterfragen.

Wird sich die Rolle des Arztes durch Big Data nicht ebenso ändern?

Das wird sie. Ärzte haben heute einen starken Fokus auf Diagnostik, was langfristig – sicherlich nicht in den nächsten drei oder vier, sondern eher in zehn oder zwanzig Jahren – zu einem gewissen Maß automatisiert werden kann. Vermutlich nie gänzlich, aber der Arzt wird zunehmend auf vorgefilterte Daten zugreifen können, die er dann durch eigene Diagnose noch einmal abklärt. Das Gute daran ist, dass sich die Ärzte in Zuge dessen wieder mehr auf das konzentrieren können, was den Arztberuf ausmacht: die Interaktion mit den Patient:innen und deren Behandlung, was eine noch so fortgeschrittene Diagnostik in dieser Form nie können wird.

Hier gibt es bereits sehr spannende Ansätze. Wenn wir etwa an das Beispiel von Ada Health denken – wie Gründer Martin Kirsch des Öfteren sagt: „Ada ist zwar nicht besser als ein guter, aber besser als ein schlechter oder gar kein Arzt".

Hier sehen wir eine wichtige Funktion der Digitalisierung: Über „Digital Health" können die Herausforderungen im Bereich Unterversorgung reduziert werden.

Warum nennen Sie hier nicht explizit die Telemedizin?

Wir bei ADL haben uns entschlossen, von „Digital Health" zu sprechen, weil sich unter Telemedizin viele Menschen Arztgespräche per Video vorstellen. „Digital Health" geht aber deutlich darüber hinaus und bietet Patient:innen eine holistische digitale Betreuung.

Ob nun Telemedizin oder „Digital Health". Bei beiden geht es letztlich darum, wie Daten besser nutzbar gemacht werden können …

… für eine bessere Behandlung, für eine frühere Diagnose und für eine Identifikation von Patient:innen mit bisher unterdiagnostizierten Krankheiten.

Der nächste Schritt wäre doch: Wie kommt nach einer möglichst frühen Diagnose das passende Medikament an den richtigen Patient:innen?

Wir wissen aus der Krebsforschung, dass beispielsweise Brustkrebs nicht gleich Brustkrebs ist. Das gilt aber auch in anderen Bereichen, wie etwa der Migräne oder Rheumatischer Arthritis, bei denen eine schnelle, frühzeitige medikamentöse Behandlung dazu führt, dass die Erkrankung weniger stark eskaliert. Leider verstehen wir heute noch nicht völlig, warum manche Medikamente bei manchen Patient:innen sehr gut wirken und bei anderen nicht oder kaum. Wenn man sich vor Augen führt, wie sehr hier Verständnis und Wissen Behandlungserfolge verbessern und damit gleichzeitig die Kosten im Gesundheitssystem verringern, so sehen wir hier einen wahren Game Changer. Diese Chancen gilt es zu ergreifen. Letztlich ist der mensch-

„Ärzte haben heute einen starken Fokus auf Diagnostik, was langfristig – sicherlich nicht in den nächsten drei oder vier, sondern eher in zehn oder zwanzig Jahren – zu einem gewissen Maß automatisiert werden kann."

liche Körper – und damit auch die Medizin – ein einziges großes „Big Data Problem", das wir nun langsam besser begreifen. Dies ist besonders relevant bei den massiv unterdiagnostizierten seltenen Krankheiten, aber auch bei Krankheiten, die mit unseren sehr komplexen körpereigenen Systemen zu tun haben wie immunologische oder neurologische Erkrankungen. Bei einigen chronischen Erkrankungen sehen wir schon Fortschritte: Im Bereich des Diabetes sind wir weit fortgeschritten und nutzen die digitalen Möglichkeiten schon sehr intensiv.

Wobei der oft besungene Closed Loop immer noch nicht so ganz funktioniert.

Wir sind aber schon einiges näher dran als noch vor ein paar Jahren und sehen ein klares Potenzial, um über digital unterstützte Systeme die Behandlung zu optimieren und die Lebensqualität von Patient:innen zu erhöhen. Dies wirkt sich sekundär auch auf die Gesundheitsökonomie aus. Es steigt nicht nur die Zeit, in der die betroffenen Menschen wieder aktiver am Leben teilhaben oder auch arbeiten können – sondern es sinken auch die Kosten, die man in die Behandlung investieren muss. Eine echte Win-Win-Situation.

Wobei wir immer noch das AMNOG haben, das immer nur auf Jahrestherapiekosten gerechnet wird. Und zudem nur die direkten, nicht die tangiblen Kosten betrachtet.

Man muss bereit sein, eine gesamtgesellschaftliche Betrachtungsweise auf Gesundheit zu wagen, wenn „Digital Health" finanzierbar sein soll. Leider ist die Perspektive und „Incentivierung" in unserem Gesundheitssystem oft zu stark auf den Ein-Jahreshorizont fixiert. Das ist natürlich nicht vorteilhaft, wenn man langfristig die Kosten gegenrechnen wollte, wobei das definitiv sinnvoll wäre. Momentan steht uns noch das System im Weg. Möchte man hier weiterkommen, bräuchte man auch ausreichend relevante Daten, um Effekte auf Mensch und Ökonomie sauber abzubilden. Dazu gibt es bereits erste Versuche von einigen Start-ups. Diese planen, die Daten so zu anonymisieren, dass sie besser nutzbar gemacht werden können.

„Die Perspektive und ‚Incentivierung' ist in unserem Gesundheitssystem oft zu stark auf den Ein-Jahreshorizont fixiert."

In welchen Ländern funktioniert Datenverfügbarkeit am besten?

Ganz vorne sind hier natürlich die Märkte, die nicht nur die meisten Datenzugriffe ermöglichen, sondern auch den geringsten Datenschutz haben. Das ist zuallererst China – hier reden wir jedoch nicht über Player wie Amazon, sondern etwa über Tencent, das zu den wertvollsten Unternehmen weltweit gehört und nach Marktkapitalisierung immerhin ungefähr halb so „groß" wie Amazon ist. In China gibt es einige wirklich große Daten-Giganten, was natürlich in erster Linie darauf zurückzuführen ist, dass sie über Jahre in einem Riesenmarkt von weit über einer Milliarde Menschen agieren konnten. Die hier tätigen Megaplayer und der Staat investieren stark in Big Data und vor allem auch in KI. Große Ambitionen hegen natürlich auch die Bigtechs aus den USA, nur ist dort die Datenverfügbarkeit schon etwas stärker reguliert – wenn auch nicht so stark wie bei uns.

Und nun versucht Amazon in den Gesundheitsmarkt einzusteigen.

Amazon Care funktioniert zwar bereits jetzt im US-Markt, kann aber nicht so ohne weiteres nach Deutschland transferiert werden.

Wenn man sich durch 800 Seiten gematik-Bürokratie kämpfen muss, um hierzulande ePA Nummer 17 auf den Markt zu bringen, macht das schlicht auch keinen Sinn.

Noch nicht. Aber die beiden ersten wichtigen Bausteine, die elektronische Patientenakte – kurz ePA – und das eRezept sind bereits beschlossen, auch wenn aufgrund von Infrastrukturproblemen – und um die Arztpraxen nicht zu überfordern – die Umstellung erst einmal auf unbestimmte Zeit ausgesetzt worden ist. Doch nach und nach werden die Probleme abnehmen und sich mehr Anwendungen etablieren. Nicht unbedingt von ausländischen Unternehmen, aber von solchen, die mit diesen kooperieren. Krebs zum Beispiel ist in einigen Bereichen zunehmend wie eine chronische Erkrankung anzusehen, daher gibt es Überlegungen, ob und wie man die Behandlung von Krebspatient:innen mit dem Einsatz von „Digital Health" in den häuslichen Raum verlegen kann. Dies kann einen riesigen Mehrwert für die Lebensqualität bieten. Das Problem ist hier selbst in den USA nicht die Akzeptanz bei den Patient:innen, sondern bei den Ärzt:innen, für die dies eine große Menge Mehrarbeit bedeutet. Schließlich gilt es, verschiedene Electronic Health Record-Systeme der diversen US-Krankenversicherungssysteme zu installieren und zu bedienen.

Das heißt?

Wer auf eine elektronische Patientenakte setzt, ist gut beraten, die Interoperabilität ausreichend durchlässig zu gestalten, so dass Hausärzte, Spezialisten, Apotheken und auch die Krankenhäuser auf die gleichen Informationen zugreifen und ausreichend miteinander interagieren können. Gewinner bzw. Aggregator wird dann derjenige sein, der irgendwann als reichweitenstärkster Anbieter eine elektronische Patientenakte durchsetzen kann. Erst Interoperabilität macht eine Anwendung innerhalb von „Digital Health" zu einer effektiven Methode. Das wird sich aber nach und nach innerhalb der gematik-Regeln von selbst regulieren.

Auf jeden Fall wird das nicht Amazon sein, weil es ePA gar nicht im Programm hat.

Zumindest im Moment nicht. Es kann jedoch jederzeit ein erfahrener Anbieter aus dem Ausland auf die Idee kommen, dies zu tun. Und die Aussichten sind gut, sofern dessen System ausreichend durchlässig gestaltet ist, damit tatsächlich alle relevanten Akteure aus dem Ökosystem auf die elektronische Akte des Patient:innen zugreifen können.

Man kann der gematik sicher zutrauen, dass sie sicherstellt, dass die Schnittstellen offen genug sind.

Die gematik muss die richtige Balance finden: sie muss einerseits klare Leitplanken für die Elemente setzen, die wirklich wichtig sind (wie zum Beispiel auch die Datensicherheit) und andererseits genug Flexibilität im System zulassen, um innovative Lösungen zu fördern. Ersteres gilt insbesondere auch für die Interoperabilität: An der Stelle ist ein genaues Regularium sehr wichtig. Optimalerweise möchte doch eine Patient:in die Sicherheit haben, dass im Falle

eines Un- oder Notfalls alle verfügbaren Daten vorliegen.

Genau dieser Zugang fehlt jedoch im Moment noch.

Genau, wir sehen von verschiedenen Playern, dass hier Ansätze kommen, wenngleich das meiste noch auf einem Pilotierungslevel ist. Tatsächlich haben wir im Moment ein ganz spannendes Stadium erreicht: Wer entwickelt was? Und vor allem: Wer hat auf Dauer die Führung und setzt die Standards? Das können bereits heute im Markt aktive Unternehmen wie beispielsweise GE Healthcare (1) sein, oder aber neue Spieler, die nach und nach auf den Markt drängen werden. Es wird spannend sein, zu sehen, wer wo investiert. Auf alle Fälle werden sich früher eher getrennte Bereiche – wie Pharma, Medtech und Krankenversicherungen – zukünftig stärker miteinander verzahnen, wie das bereits heute in den USA der Fall ist.

Was kann Deutschland von Amerika lernen oder gar von Amazon?

Klar ist, dass die Voraussetzungen unterschiedlich sind, weil es in den USA einen sehr unterschiedlichen Krankenversicherungsmarkt im Vergleich zu Deutschland gibt. Natürlich kommen ganz andere Datenschutzlevel hinzu. Bei führenden Digital-Health-Projekten hat man in der Regel zunächst die USA und China im Kopf. Doch auch andere Länder sind für uns einen Blick Wert, hier lassen sich beispielsweise die skandinavischen Staaten, wie etwa Dänemark und Schweden, nennen. Beide sind in diesem Bereich deutlich weiter – und uns im Gesundheitssystem ähnlicher. Electronic Health Records und eRezept sind hier in einer vernünftigen, durchlässigen Form umgesetzt. Das sind die Schlüsselkomponenten für die Umsetzung einer Digital-Health-Lösung.

Die ersten Schritte sind jetzt in diesem Bereich getan. Das eRezept haben wir gerade schon kurz angerissen. Wie können wir Care-Situationen unterstützen, die die Versorgung stärker von zu Hause oder stärker im virtuellen Raum ermöglichen?

Ich nenne in dieser Situation gerne, was ich von Kollegen aus Stockholm höre: In Covid-Zeiten waren wir ja alle im Homeoffice und wenn ich dann von unseren Bestellvorgängen für Medikamente erzählt habe, waren sie eher verwundert. In Schweden scannt man dazu nur schnell einen Code ein, dann bekommt man sein Medikament, auch nach Hause geliefert und es wird direkt mit der Krankenkasse abgerechnet. Auch die Behandlung von Krebspatient:innen zu Hause ist im Raum Stockholm durchaus schon Normalität. Das ist ja genau die Richtung, in die wir wollen.

Aber hier stehen wir vor prozeduralen, technischen und regulatorischen Herausforderungen. Wir müssen uns fragen, wie setzen wir neue Möglichkeiten um? Was ist der richtige Weg, um beispielsweise Daten in einer vernünftigen Form besser für Forschungszwecke und für die richtigen Auswertungssysteme zur Verfügung zu stellen? Wir müssen insgesamt ein ganzes Stück schneller werden und hier die richtigen Systeme aufsetzen. Ein vernünftiger und gleichzeitig verantwortungsvoller Umgang mit Daten muss möglich sein, damit eben auch die Patientenversorgung abgesichert ist.

Welche Entwicklung ist hierzulande absehbar?

Für unseren Umgang mit dem virtuellen Raum und seinen Möglichkeiten gilt: Im Moment haben wir in Deutschland ein sehr stark ausbalanciertes System zwischen Apotheken, zwischen Krankenkassen, zwischen Krankenversorgern basierend auf einem Ein-Jahres-Rhythmus. Damit wir an der neuesten Innovation des virtuellen Raums teilnehmen können, müssen wir das bestehende System transformieren oder mit einer alternativen Versorgungskette ergänzen. Hier liegt noch eine Menge Arbeit vor uns, aber wir befinden uns auf dem richtigen Weg. <<

Frau Dr. Thomas, danke für das Interview.

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.



Dr. Franziska Thomas

ist Partnerin bei der Strategieberatung Arthur D. Little. Vom Standort Frankfurt leitet sie die Healthcare Life Science Practice für Zentraleuropa. Dr. Thomas studierte unter anderem an der Harvard University und hält einen Doktor der ETH Zürich im Bereich Biochemie. Seit über 15 Jahren ist sie im Healthcare-Bereich tätig, davon 12 Jahre in der Industrie, unter anderem bei Boehringer Ingelheim. Darüber hinaus bringt sie umfassende Erfahrung in der Unternehmensberatung mit. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt dabei auch auf Themen und Entwicklungen im Bereich Digital Health und Telemedizin.

Literatur

1: http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2400

Zitationshinweis

Thomas, F., Stegmaier, P.: „Die gematik muss die richtige Balance finden“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 32-35. http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-2423