

Virtuelle DMEA 2021: eine Woche in der Zukunft der Digital Health

Sind wir nicht alle ein bisschen «Heimweh-Berliner»?

Bereits zum zweiten Mal fand die DMEA nur virtuell statt. Trotzdem erlebten die Studierenden der Berner Fachhochschule (BFH) eine abwechslungsreiche Woche mit vielen spannenden Kongress-Sessions.

Mehr als 150 Ausstellerinnen und Aussteller, über 200 packende Programmpunkte und hochkarätige Speaker aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft – damit warb im Vorfeld die DMEA, das wichtigste Event für Digital Health in Europa.

Trotz fehlender Ambiance vor Ort toll organisiert

Trotz Verschiebung in den Juni hat es nicht geklappt, die DMEA fand auch dieses Jahr rein virtuell statt. Die Konferenzorganisatoren gaben sich grosse Mühe, eine ganze Woche mit spannenden Vorträgen, Solution Hub usw. zu gestalten. Vorteil für die Teilnehmenden: Man konnte problemlos zwischen den verschiedenen Ses-

sions wechseln und sich so sein Programm in idealer Weise zusammenstellen. Was unseren Studierenden aber gefehlt hat, ist der intensive Austausch mit etablierten Herstellern, Start-ups und anderen Teilnehmenden. Und natürlich fehlte die Berliner Ambiance – für DMEA-Gewohnte eine grosse Lücke!

BFH-Studierende erneut ausgezeichnet

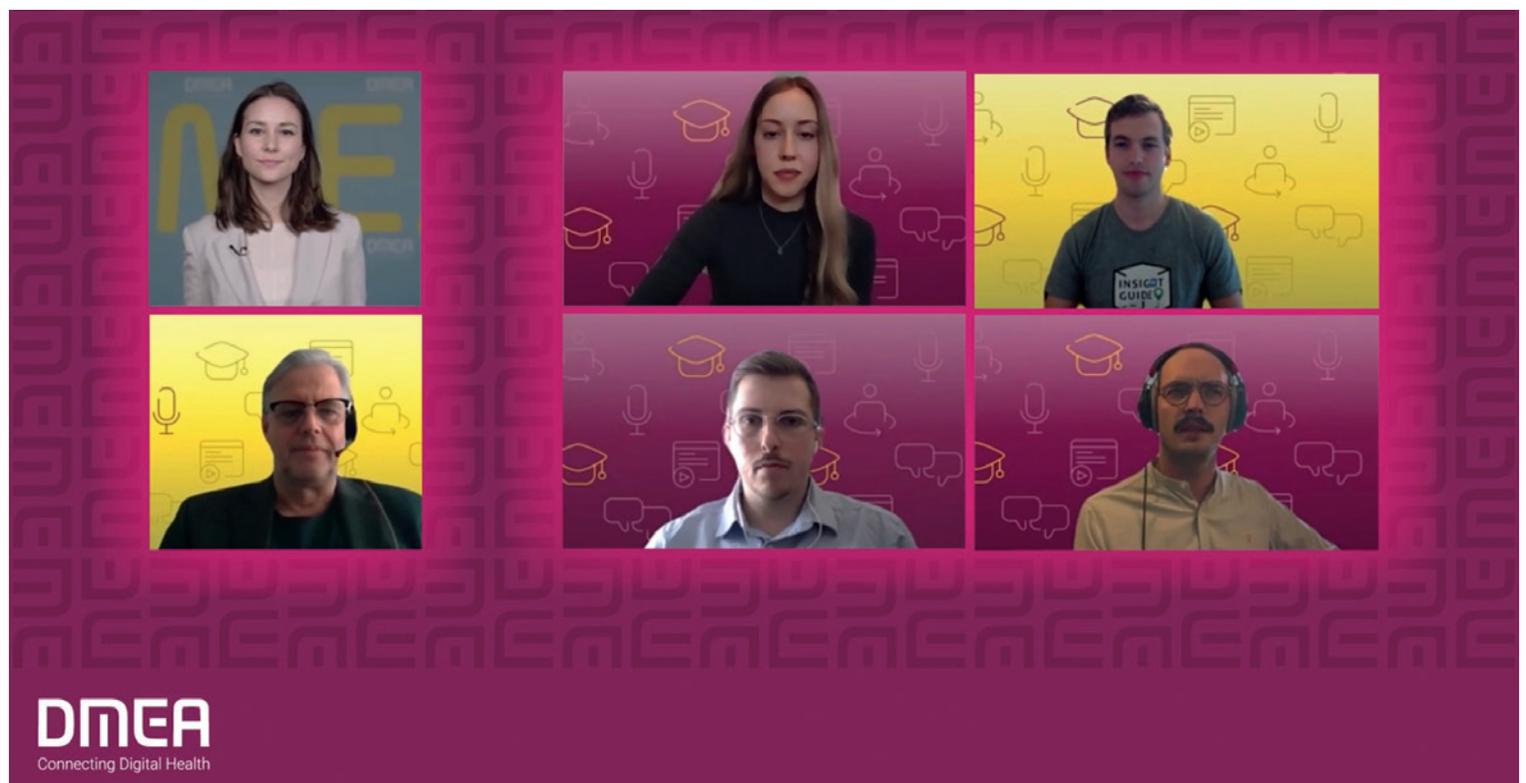
Der Nachwuchspreis wurde dieses Jahr bereits zwei Wochen vor der eigentlichen DMEA vergeben. Hier konnte sich wieder ein Team der BFH unter den Finalisten platzieren. Die Bachelorarbeit mit dem Titel «Navigation im Spital mit Augmented Reality» erreichte bei starker inter-

nationaler Konkurrenz den ausgezeichneten dritten Platz. Wir gratulieren Michael Däppen und Joshua Drewlow ganz herzlich. Das ist der siebte Podestplatz in Folge für die Medizininformatik der Berner Fachhochschule beim DMEA-Nachwuchspreis. Die Planungen für die nächste DMEA und die Exkursion nach Berlin sind bereits gestartet. Wir sehen uns im April 2022 in Berlin!

Auf den folgenden Seiten bieten wir Ihnen ein Potpourri zu den wichtigsten Themen, die die Welt der Medizininformatik beschäftigen und an der diesjährigen DMEA behandelt wurden.

Kerstin Denecke und Michael Lehmann

Die beiden Moderierenden, Pia Grass und Markus Stein, überreichten virtuell die DMEA-Nachwuchspreise an die Gewinnerin des ersten Preises, Luisa Bode von der Hochschule Hannover, die beiden Drittplatzierten, Joshua Drewlow und Michael Däppen von der Berner Fachhochschule, sowie den Zweitplatzierten, Maximilian Brosius von der Universität Hamburg (von links oben nach rechts unten).





Hatte die COVID-19-Pandemie Auswirkungen auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen?

Von Christian Merz und Jan Stöckli

Dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen aufholen muss, ist anhand der COVID-19-Pandemie verdeutlicht worden. Entsprechend appellierend wirkte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bereits vor einem Jahr in seinem Eröffnungsinterview an der DMEA 2020. Und was hat sich inzwischen getan? Seit Januar können Deutsche ihre elektronische Patientenakte (ePA; bundesgesundheitsministerium.de) eröffnen und in der Schweiz hat der Kanton Aargau als erster das elektronische Patientendossier (EPD) in Betrieb genommen.

Somit konnten dieses Jahr bereits erste Erfahrungen ausgetauscht oder Prognosen angepasst werden. Doch wie steht es um digitale Instrumente zum Managen der Pandemie selbst?

An der DMEA wurden mehrere Beispiele gezeigt, wie mit digitalen Tools die Bewältigung der Krise unterstützt werden kann. So wurden bspw. COVID-spezifisch digitale Services entwickelt, um eine hohe Nachfrage an COVID-19-Tests zu

managen oder den Informationsfluss zwischen Gesundheitsbehörden und Grundversorgern sicherzustellen. Smart Glasses wurden eingesetzt, damit nur eine Gesundheitsfachperson während der Visite an das Patientenbett gehen muss – alle anderen können virtuell dabei sein.

Zahlreiche Contact-Tracing-Apps

Behörden nutzten Social Media und Messenger als Informationskanäle. So gibt es etwa offizielle Telegram-Kanäle und es wurden schier unzählige FAQ-Apps zu Fragen rund um die Pandemie lanciert.

Mittlerweile gibt es Contact-Tracing-Apps in 21 der 27 EU-Staaten und in weiteren drei ist je eine solche App in Entwicklung (ec.europa.eu). Auch Grossbritannien, Norwegen, die Schweiz und die EU-Anwärter Albanien, Nordmazedonien sowie die Türkei haben Contact-Tracing-Apps entwickelt.

Diese Apps reduzieren aber «nur» die nötige Detektivarbeit der Kontaktnachverfolgung. Wie sie das tun und wieviel Erfolg sie dabei haben, könnte unterschiedlicher kaum sein. Immerhin nutzten die meisten europäischen Länder die gleiche, dezentrale Architektur. Vor einem Jahr fanden sogar die Erzrivalen Apple und Google

zusammen, um eine gemeinsame Schnittstelle auf Betriebssystem-Ebene zu entwickeln und zu publizieren. Anfang 2021 hat die EU mit dem sogenannten Interoperability Gateway Server eine Infrastruktur zum Informationsaustausch zwischen den Apps entwickelt – wobei hier nur 17 der 19 dezentral funktionierenden EU-Apps plus die Norwegische mitmachen. Die Schweizer App ist immerhin mit der deutschen kompatibel.

Eindrücklich sind auch die Unterschiede in den Download-Zahlen der Contact Tracing Apps: Relativ zur Bevölkerung reichen sie von nur zwischen einem Sechstel (z.B. Österreich und Italien) über einen Viertel (Frankreich) bis zu einem Drittel (Deutschland und Schweiz). Am Beispiel der Downloadzahlen kann zudem gezeigt werden, wie wenig transparent über den Erfolg der Apps kommuniziert wird. So informieren Frankreich und Österreich sehr zurückhaltend. Vergleichswerte müssen aus einzelnen, durch Medien recherchierten Informationen zusammengesucht werden. Eine offene Kommunikation darüber, wie oft die Apps eingesetzt werden und wie viele potenzielle Ansteckungen gefunden werden konnten, wäre sehr wünschenswert.

COVID-19 Pandemie – erste Erfahrungen mit IT-Lösungsansätzen und -Management

Von Alex Fahrni und Sadique Khan

Pandemien wie die Schweine- und Vogelgrippe hatten in der Vergangenheit sehr wenig bis keine Auswirkungen auf die Digitalisierung im Gesundheitssystem in der Schweiz. Die aktuelle Pandemie dagegen schon eher: Die DMEA zeigte diverse Lösungsansätze, welche seit dem letzten Jahr umgesetzt wurden.

Die COVID-19 Pandemie hat sich rasant ausgebreitet und Defizite in den Gesundheitssystemen aufgezeigt. Um Ansteckungen zu verfolgen, wurden staatliche Apps erstellt. In der Schweiz ist dies die SwissCovid App. Sie dient der Erfassung von Kontakten mit infizierten Personen. In Deutschland wurde die CovApp der Charité zur Erstanamnese verwendet.

Die CovApp der Charité unterstützt die Erstanamnese im Zusammenhang mit SARS-CoV-2. Die Anwender füllen einen Online-Fragebogen aus und erhalten anhand der eingegebenen Daten Handlungsempfehlungen. Des Weiteren können die Daten während des Aufnahmeprozesses in einer Einrichtung als Anamnese entgegengenommen und direkt in das klinische oder Praxis-system übernommen werden.

Weitere Aspekte sind die Videosprechstunden und ein Online-Terminmanagement. Um eine Überlastung der Hotline-Kapazitäten zu verhindern, werden Terminmanagement-Tools online zur Verfügung gestellt und auch rege benutzt. Sprechstunden werden mit Peer-to-Peer-Verschlüsselungen vermehrt online abgehalten. Dies hat sich insbesondere für psychologische Sprechstunden und sogar in der Physiotherapie etabliert.

MARIS glass

Um Kontakte zu infizierten Patienten zu minimieren, kann MARIS glass verwendet werden. Es ist im Grunde genommen eine Brille, die Video- und Audioübertragungen ermöglicht. Damit kann der behandelnde Arzt vor Ort beim Patienten einen Konsiliararzt hinzuschalten. Somit hat nur eine Person Kontakt zu den Infizierten. Es kann Wegezeit eingespart werden und Konsiliarärzte sind nicht mehr abhängig vom Standort des Patienten. Sie benötigen lediglich Internetzugang und die entsprechende Hardware, um Audio/Videosignale abzuspielen und aufzunehmen.

Generell kann man davon ausgehen, dass viele der aufgrund der Pandemie erstellten Apps bestehend bleiben werden. Ein breiter Rollout solcher Tools speziell für die Begleitung bei chronischen Krankheiten ist zu erhoffen.

Künstliche Intelligenz in der Medizin

Von Jelena Nastasja Rohr und Nikola Stanic

Mit der zunehmenden Digitalisierung des Gesundheitswesens kommen auch immer mehr Anwendungen auf den Markt, die sich künstliche Intelligenz (KI) zu Nutzen machen.

In der DMEA Kongress-Session «Erfolgreicher Einsatz medizinischer KI: Anwendungsbeispiele, Szenarien und Erfolgsfaktoren» wurden einige solcher Anwendungen und Möglichkeiten vorgestellt:

Dr. Philip Daumke, Geschäftsführer der Firma Averbis, zeigte in seiner Präsentation anhand eines Prototyps einfach und schnell auf, wie eine Kombination aus Spracherkennungssoftware, Natural Language Processing und Text-Mining während der Laufzeit aus unstrukturierten Daten eine strukturierte Form bildet. Die erfassten Daten werden anschliessend direkt weiterverarbeitet. Einen anderen Anwendungsfall stellte Dr. Thorsten Kaiser, Leitender Oberarzt des Universitätsklinikums Leipzig, anhand des Projekts AMPEL vor. AMPEL ist ein klinisches Entscheidungs- und Unterstützungssystem, das künst-



liche Intelligenz dazu verwendet, aus maschinell generierten Verdachtsdiagnosen auf nicht notwendige medizinische Konsequenzen aufmerksam zu machen.

Etwas haben diese Anwendungen gemeinsam: Sie basieren auf Daten. Genau bei diesem Thema, den Gesundheitsdaten, gibt es jedoch noch einige grosse Herausforderungen zu bewältigen bezüglich des Datenschutzes und der Rechtssicherheit. In der Paneldiskussion «Nutzung von Gesundheitsdaten – wie kommen wir zu mehr Rechtssicherheit?» wurde genau dieser Aspekt diskutiert. Am virtuellen Diskussionstisch waren anwesend: Dr. Anna Christmann, Mitglied im Deutschen Bundestag, Andreas Kassner, Stv. Vorstandsvorsitzender, Bundesverband Gesundheits-IT-bvitg e.V., Dr. Philipp Kircher, Director Data Protection & Medical Law, hih-health innovation hub des Bundesministeriums für Gesundheit, und Sebastian Claudius Semler, Wissenschaftlicher Geschäftsführer, TMF-Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V.

Diese vier Fachpersonen diskutierten im Panel einige interessante Aspekte zum Thema. Sie waren sich einig, dass es nach wie vor von höchster Relevanz ist, eine Dateninfrastruktur

im Gesundheitswesen aufzubauen und das Vertrauen der Patienten zu gewinnen. Dieses ist notwendig, um überhaupt umfassende Daten zu erhalten, die von der Forschung genutzt werden können. Anschliessend muss geprüft werden, wie und ob diese Daten an private Unternehmen weitergegeben werden können. Insbesondere wollen Unternehmen sich auch selbst schützen und eigentlich keine heiklen Daten verwalten, sie wollen anonymisierte Daten bearbeiten. Doch der Zugang zu genau solchen Daten ist schwierig. Auch die Interoperabilität, insbesondere auf semantischer Ebene, ist zentral für eine effiziente Datennutzung in der Zukunft. Es zeigte sich, dass wir noch einen langen Weg vor uns haben hin zu einer effizienten Datennutzung, basierend auf zentralen rechtlichen Grundlagen.

Bedeutet das eRezept das Aus für unabhängige Apotheken?

Von Lukas Loosli

Im Januar dieses Jahres hat man mit einem Pilotprojekt zum eRezept begonnen. Damit soll das Ausschreiben von Rezepten den traditionellen Weg ablösen. Die Kombination mit dem Versandhandel scheint der nächste logische Schritt.

Braucht es schlussfolgernd überhaupt noch die Nachbarschaftsapotheke, wenn Patienten ihre Medikamente online bestellen können?

Was ist das eRezept?

«Mit dem eRezept wollen wir das Fax ersetzen», sagt Neslihan Umeri-Sali, welche gerade ein Pilotprojekt mit der Galenicare-Gruppe betreut, zu welcher unter anderem Amavita und Coop Vitality gehören. Zusammen mit dem Telemedizinanbieter Medi24 soll es möglich sein, bei einer telefonischen Diagnose gleich das nötige Arzneimittel zu verschreiben und dem Patienten zuzusenden. Auf die Frage, ob es die unabhängige Apotheke überhaupt noch braucht, antwortet sie klar mit Ja, denn dieses Projekt soll offen sein für alle.

Das eRezept ist also eine digitalisierte Form des altbekannten Papiers. Um das offizielle Dokument jedoch effizient ersetzen zu können, gibt es einige Hürden zu nehmen. Den Rezeptpapierblock, welcher griffbereit auf dem Pult liegt, ersetzt man nicht so einfach. Schon gängige Forderungen bezüglich Sicherheit, wie z.B. die Zweifaktor-Authentifizierung, können die Motivation hemmen, digitale Lösungen einzusetzen. Papier und Stift sind für viele Menschen immer noch einfacher im Umgang.

Wer verteilt eigentlich unsere Medikamente?

In der Schweiz gibt es mehr als 1800 Apotheken, von welchen sich die Mehrheit in verschiedenen Synergien zusammengeschlossen haben. Davon sind nur noch 144 Apotheken komplett unabhängig, und deren Zahl ist stark rückläufig. Die Zahl sank alleine um 30% zwischen 2018 und 2019.

Das heisst jedoch nicht, dass sie ganz verschwinden, sondern, dass sie sich zusammenschliessen und damit ihr Dienstleistungsangebot erweitern. Sei es in der Beratung von Arzneimitteln irgendeiner Art, der Blutdruckmessung oder bei der Betreuung von HeimbewohnerInnen.

Seit der Anpassung des Heilmittelgesetzes 2019 dürfen Apotheker nun auch gewisse rezeptpflichtige Arzneimittel verschreiben. Somit wird den Pharmazeuten mehr Verantwortung zugewiesen, was ihr Standbein in der Gesundheitsversorgungskette stärken kann.

Der virtuelle Besuch der DMEA ermöglichte auch zu diesem Thema den Blick über den Tellerrand. Hier wurde vor allem eines klar: Vom Allgemeinmediziner bis zum Pharmazeuten, jeder will wissen, was dem Patienten verschrieben wurde

und wie er mitwirken kann, um das Beste aus der Therapie herauszuholen.

An der DMEA wurde ebenfalls über den Fortschritt von Schwedens Strategie gesprochen, das sich das Ziel gesetzt hat, das beste Land der Welt punkto Nutzung von digitalen Möglichkeiten im Gesundheitswesen zu werden. So erfolgten bereits heute 99% der Rezepte digital. Mittlerweile sind über 90% der Apotheken in Schweden in Ketten integriert. Wird die Schweiz einen ähnlichen Weg gehen?

Digitalisierung in der Pflege – Kommt jetzt der Durchbruch?

Von David Alexander Grogg und Sandro Fabrizio Bächler

Es ist bedauerlicherweise nichts Neues, dass in Westeuropa und in vielen weiteren Ländern ein Pflegenotstand herrscht. Das Thema wird wegen der COVID-19-Pandemie sogar noch wichtiger – wenig verwunderlich, dass es auch auf der diesjährigen DMEA zentral war.

Den Anfang machte die Kongress-Session «Impulse für die Digitalisierung in der Pflege – was muss kommen, was bleibt, was wird kommen?». Cornelia Röper von der mitunsleben GMBH sorgte mit ihrer Präsentation des Chatbots «Robin» für ein erstes Highlight. In Deutschland ist es sehr schwierig, für seine pflegebedürftigen Angehörigen die richtige Institution zu finden. Erst nach «fast unendlich vielen» Telefonaten bei verschiedenen Stellen erfahre man, welcher Pflegestützpunkt denn zuständig sei. Um dem entgegenzuwirken, lud die mitunsleben GMBH Pflegeberater zu sich ein und erarbeitete gemeinsam mit diesen einen Entscheidungsbaum für Beratungsgespräche. Darauf aufbauend wurde «Robin» entwickelt. Über eine Website können AnwenderInnen nun mit Robin kommunizieren und erfahren, wo sie ihre Verwandten unterbringen können.

Im Solutions Hub «Digitalisierung in der Pflege» wurde auf die Kernprobleme eingegangen, mit welcher sich die Pflege aktuell konfrontiert sieht. Hier veranschaulichte Julian Nast-Kolb, CEO der Firma Cliniserve, die Herausforderungen im Management bei Personalausfällen: «Ein Ausfall wird an die Leitungsebene gemeldet, diese startet dann eine lange Telefonkette, unterstützt durch WhatsApp oder E-Mail, und versucht Ersatz zu finden. Wenn es flexible Ressourcen wie Pooler, Joker oder ähnliches gibt, werden diese bevorzugt disponiert. Aber auch hier stellen sich viele Fragen: Wer ist verfügbar? Wer hat die passenden Qualifikationen

für den Einsatz? Welche Station hat den dringenden Bedarf?»

Cliniserve soll eine Software sein, um die delicate und doch notwendige Balance zwischen Mitarbeiterinteressen und notwendiger Schichtbesetzung zu gewährleisten. Es wird eine modulare Lösung angeboten, in welcher einzelne Komponenten auch eigenständig funktionieren und gemeinsam dennoch ein schlüssiges Gesamtkonzept ergeben sollen. Das Produkt Cliniserve TEAM besteht aus den Komponenten Pool Management, Schichtbörse und Bedarfsanalyse, was laut Cliniserve zu höherer Mitarbeitendenzufriedenheit führen soll.

Andere Generation – andere Bedürfnisse

Von Jonathan Schlede und Sinthuja Shanmugaratnam

Die Schweizer Bevölkerung altert schneller als die Geburtenrate steigt: Ab 2045 werden gemäss Schätzungen des Bundesamtes für Statistik rund 2.7 Millionen Menschen über 65 Jahre alt sein. Gerade der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die ältere Bevölkerung zeigt, dass diese Altersgruppe einen hohen Pflege- und Überwachungsbedarf gesundheitsbezogener Daten aufweist. Sogenannte Wearable Computers (Wearables) könnten dabei helfen, indem sie medizinischem Fachpersonal aktuelle Daten über den Gesundheitszustand zukommen lassen oder von Polypharmazie Betroffene regelmässig an die Einnahme der Medikamente erinnern. Jedoch nutzen bisher erst wenige Senioren solche Technologien.

Die wahrgenommene Komplexität bezeichnet den Grad, bis zu dem eine Innovation als schwer zu verstehen und benutzen wahrgenommen wird. Bisherige Forschungen konzentrierten sich mehr auf die Entwicklung der Technologien und weniger auf die Bedürfnisse der älteren Generation. Diese neigt eher dazu, neue Technologien aufgrund der wahrgenommenen Komplexität abzulehnen.

Man kann bei der Verwendung von Wearables zwischen zwei Phasen unterscheiden: die Datenerfassung und das Darstellen der erfassten Daten. Letzteres ist entscheidend für eine langfristige Motivation zur Verwendung. Entwickler sollten sich auf eine altersgerechte Darstellung von Daten konzentrieren: Eine anfängliche Schritt-für-Schritt-Führung durch die App oder Planungsassistenten, die einen stets begleiten sowie das Vorlesen schwer leserlicher Resultate wären Beispiele, um die Bedienoberfläche barrierefrei zu gestalten.



Deswegen ist es umso wichtiger, bei der Entwicklung oder Erforschung neuer Lösungen wie Wearables die Bedürfnisse dieser Altersgruppe frühzeitig in Erfahrung zu bringen und zu berücksichtigen. Die Lösungen existieren, es braucht nur passende Schnittstellen. Viele Systeme sind aber noch im Prototypstadium. Es ist also ein guter Zeitpunkt, den richtigen Kurs zu setzen.

Gesundheits-Apps auf Rezept – Ein Weg auch für die Schweiz?

Von Sabine Kilchherr

Seit Anfang 2020 können deutsche Ärztinnen und Ärzte Gesundheits-Apps verschreiben. Aber was sind die Unterschiede zwischen einer frei verfügbaren Gesundheits-App und einer digitalen Gesundheits-App, einer sogenannten Diga? Der grösste und bedeutendste Unterschied ist, dass die Diga vom Deutschen Institut für Arzneimittel geprüft wird, nachdem sie CE-zertifiziert wurde.

In der Schweiz gibt es noch keine Bemühungen, es unseren Nachbarn gleich zu tun. Die Frage ist nun: Wollen wir nicht oder können wir nicht?

Technisch könnten wir eine App auf Rezept umsetzen. Rechtlich und politisch sind sicher noch einige Fragen offen, die es zuerst zu beantworten gilt. Aber die wichtigste Frage ist doch, würden Sie als Patient solche Apps benutzen? Die Autorin ist überzeugt, dass Patienten gerne Apps auf Rezept ausprobieren würden. Sie sehen den Vorteil, dass die Gesundheits-Apps auf Rezept vertrauenswürdiger sind, weil sie von Behörden kontrolliert werden.

Die Hausärztin könnte sicher sein, dass sie eine qualitativ gute App verschreibt. Hürden bestehen allerdings bezüglich der teilweise geringen Affinität von älteren Patienten zu neuen Technologien. Hier könnten die Apotheken unterstützen. Sie könnten die jeweiligen Apps den Patienten erklären, im Sinne eines erweiterten Kundenservices.

Alle Beteiligten legen sehr viel Wert auf Datenschutz und Datensicherheit. Ebenfalls einig sind sie sich, dass Kompetenzen geregelt, Regeln erstellt und Sanktionen bei nicht Einhalten getätigt werden müssen. Aus diesem Grund können wir die App auf Rezept noch nicht umsetzen.

Beurteilung von mobilen Gesundheitsapplikationen – wie behalten wir den Überblick?

Von Denis Moser und Daniel Schmid

Der globale Markt für medizinischen Apps ist rasch gewachsen. Für die Anwender ist es deswegen eine grosse Herausforderung, eine geeignete Lösung zu finden.

eHealth Suisse hat ein Konzept erarbeitet, wie man sich künftig im mHealth-Dschungel besser orientieren kann. Was in der Theorie gut klingt, könnte in der Praxis schwierig werden.



renz. Ein Anwendungsbeispiel könnte die eigene Datenüberführung in das persönliche elektronische Patientendossier (EPD) darstellen.

Gezielte Anreize sind nötig

Doch die Strategie wirft eine entscheidende Frage auf: Welchen Anreiz haben die Stakeholder, diese Selbstdeklaration auszufüllen oder zu begutachten? Gewiss, sie kann als Gütesiegel angesehen werden und die Aufklärungsarbeit seitens eHealth Suisse wird manche Akteure zur freiwilligen Teilnahme bewegen können. Doch die Partizipation, also das Erstellen und Bewerten einer Selbstdeklaration, schafft für die Stakeholder primär Mehraufwand. Zudem ist bei einem geringen Anteil an Selbstdeklarationen der Qualitätsausweis in Frage zu stellen: Je weniger Hersteller mitmachen, desto weniger Selbstdeklarationen sind verfügbar. Daraus folgert ein erschwerter und unvollständiger Vergleich der Lösungen auf dem Markt.

Das Zusammenspiel der Stakeholder und das Etablieren von Qualitätsstandards in der freien Marktwirtschaft könnten für eHealth Suisse die grössten Herausforderungen darstellen. Es gibt aber durchaus Ansätze, die Selbstdeklaration von Gesundheits-Apps durchzusetzen. Ein naheliegender Vorschlag lautet, die Selbstdeklarationen als obligatorisch zu erklären. mHealth kann das Gesundheitswesen durch Patientenbefähigung wirksam und kostendämpfend beeinflussen. Spätestens, wenn mHealth auch in der Grundversicherung berücksichtigt werden soll, ist eine staatliche Regulierung erwägenswert.

Eine Alternative wäre, die Selbstdeklarationen und ihre Zertifizierung auf institutioneller Ebene voranzutreiben. Fachhochschulen und Universitäten könnten mit ihren interdisziplinären Studiengängen Pilotprojekte starten und die ersten Selbstdeklarationen durchführen. So würde das Thema an Aufmerksamkeit gewinnen und im Unterricht aufgenommen werden.

Mit dem Kriterienkatalog wurden generische Rahmenbedingungen geschaffen, damit alle Akteure zu mehr Transparenz und Qualität beitragen können – aber wollen das auch alle? Medizinische Fachgesellschaften und Hersteller brauchen für die Zusammenarbeit entweder ein konkretes Anreizsystem oder sie müssen in die Pflicht genommen werden. Mit dem vorliegenden Konzept wird man vermutlich nur wenige Akteure zur Kooperation ermuntern können.

Weitere Informationen

www.dmea.de

Das Potenzial der digitalen Medizin

Die eigene Fitness und Ernährung im Auge behalten oder das Diabetes-Management überwachen, seinen Menstruationszyklus beobachten oder Contact-Tracing im Pandemiefall durchführen – das Angebot an mobilen Gesundheitsapplikationen (mHealth) ist inzwischen weitreichend. Durch die Etablierung des Smartphones und immer leistungsfähigerer Sensoren hat der mobile Gesundheitsmarkt in den vergangenen Jahren einen regelrechten Hype erfahren.

Eine Studie über den Gesundheitsmarkt und seine Trends hat die Grösse des globalen mHealth-Markts im Jahre 2020 mit 45.7 Milliarden US Dollar beziffert. Gleichzeitig wird in der Zeitspanne von 2021 bis 2028 eine jährliche Wachstumsrate von 17% vorausgesagt. Ein Teil dieses Marktes sind die über 300 000 Gesundheits-Apps, welche in den beiden grossen App-Stores angeboten werden.

Wie können heutige Konsumentinnen und Konsumenten das Angebot überschauen und einordnen? Und wie kann künftig die Qualität von mHealth-Lösungen sichergestellt werden?

Fehlende Transparenz in der Softwarelandschaft

Um aus dem überwältigenden Angebot an Gesundheitsapplikationen hinsichtlich der Sicherheit, des Datenschutzes oder der Benutzerfreundlichkeit die richtige identifizieren zu können, bedarf es eines Leitfadens. Dieser Überlegung ist eHealth Suisse gefolgt und hat darauf

hin einen Kriterienkatalog zur Qualität von Gesundheits-Apps erstellt.

Der Kriterienkatalog definiert neun generische Kriterien, die in 18 Merkmalen und 25 Anforderungen verfeinert werden können. Der Katalog dient der Selbstdeklaration, das heisst, er gibt einen Informationsrahmen vor, der von den Herstellern befüllt werden soll. Die Stakeholder – unter anderem Hersteller, Verbände und medizinische Fachgesellschaften – können sich an dem Katalog orientieren und Schwerpunkte setzen. Auch den Konsumenten soll es auf diese Weise möglich sein einzusehen, welche Kriterien von welchen Institutionen als relevant angesehen werden.

eHealth Suisse plant die Entwicklung einer zentralen Plattform, die als Orientierungshilfe für die Akteure dient. Darin sollen alle erfassten Selbstdeklarationen gesammelt und für die Öffentlichkeit bereitgestellt werden. Mittels Operationalisierung sollen die Stakeholder in ihren Fachthemen Besonderheiten erkennen, wichtige Aspekte hervorheben und ihre Mitglieder ideal vertreten. Dadurch wird der Katalog anwendungsgerecht und zielgruppenspezifisch mit vertieften Kenntnissen verfeinert. Letzteres passiert mittels Prüfwerkzeugen wie zum Beispiel Checklisten.

Derzeit läuft die Integration von mHealth-Anwendungen in der Grundversorgung noch schleppend. Das präsentierte Konzept ist wegweisend und von Wichtigkeit, wenn mHealth im schweizerischen Gesundheitswesen einen Mehrwert bieten will: Die Grundlage für Patientenbefähigung ist mehr Qualität und Transpa-