

Das EDI Podium von MediData zeigte Chancen, Lücken, Möglichkeiten und Kosten der digitalen Transformation

Weiterhin keine Angsthasen sein und gemeinsam Brücken bauen

Wenn jemand ein Mann der klaren Worte ist, dann ist es MediData-CEO Daniel Ebner: Seine Quintessenz zum diesjährigen EDI Podium fällt sehr zutreffend aus: «Wir müssen weiterhin aktiv mit allen Beteiligten sprechen, damit unser Gesundheitssystem umfassend digital vernetzt und effizienter wird. Seien wir auch künftig keine Angsthasen und bleiben wir mutig beim Umsetzen guter Ideen, die uns gemeinsam weiterbringen.»

Ganz wesentlich mitbestimmen wird das künftige Geschehen der Krankenversicherungs-Dachverband prio.swiss, der sich im politischen Dialog für ein qualitativ hochstehendes, gut zugängliches und nachhaltig finanzierbares Gesundheitswesen einsetzt. Julia Biller, Leiterin Fachbereich Standardisierung, Qualität & HTA, wünscht sich einen zielstrebigsten Weg von Inseln mit elektronischen Silo-Lösungen hin zu Brücken, welche die Zusammenarbeiten aller Stake-

holder massiv fördern: «Das ist der Weg vom digitalen zum vernetzten Gesundheitssystem, den wir beschreiten müssen.»

So digital machen es die Däninnen und Dänen

In diesem steuerfinanzierten Gesundheitswesen ist viel zentrale Steuerung vorhanden. Das zeigt sich namentlich im National Shared Medication

Record, das einen schnellen, sicheren Echtzeit-Zugriff auf aktuelle wie vergangene Medikation von Patientinnen und Patienten erlaubt. Das System wird von nahezu allen Gesundheitsfachpersonen genutzt und ist entsprechend voll in alle relevante Primärinformationssysteme integriert. Das Ziel ist eindeutig: Vermeidung von Fehlmedikation, falschen Dosierungen und gefährlichen Wechselwirkungen. Die Menschen nutzen es wie selbstverständlich – «gut geht es Dänen und denen, denen Dänen nahestehen», ist man versucht, einen alten Zungenbrecher in die digitale Welt umzumünzen. Wie begehrt das Portal Sundhed.dk / MyHealth ist, zeigen allein schon die rund 2.3 Mio. Unique Visitors pro Monat und das Faktum, dass 96 % der Bevölkerung mit dem Portal seit Langem vertraut sind. – Das Schweizer System ist natürlich föderalistisch, daher sei die zentrale Frage, so Biller, «wie wir innerhalb unserer politischen Rahmenbedingungen vergleichbare Resultate erzielen können.»

Die Referate am EDI Podium von MediData beleuchteten aktuelle und besonders wichtige Aspekte der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Das gab entsprechend Anlass zu intensiven Diskussionen.



Drei Kernbotschaften für die Schweiz

Es bestehe dringender Handlungsbedarf für unser Land, unterstrich die Referentin. Sie nannte drei Kernbotschaften: «Digitalisierung ist kein Selbstzweck. Ihr Nutzen zeigt sich in mehr Effizienz und höherer Patientensicherheit. Zweitens ist die Schweiz eigentlich bereits digitaler als ihr Ruf; die Herausforderung ist jedoch die ungenügende Vernetzung. Der nächste Schritt ist daher drittens, Brücken zu bauen; dazu braucht es Infrastruktur, Standards und Zusammenarbeit.»

Ein ganz entscheidender Beitrag der Digitalisierung ist die Zeitersparnis, heute noch durch inkompatible IT-Systeme von Zuweisern und Spitälern massiv behindert. Wie gross das Anliegen ist, unterstrich die «Papiertiger»-Umfrage der



Julia Biller von prio.swiss weist darauf hin, dass wir kein Daten-, sondern ein Vernetzungsproblem haben.



Oliver Meyer, Löwenfels AG, zeigt die veränderte Rolle der Kantone auf nach Einführung der EFAS 2028.

Schweiz. Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin, in der 1856 Befragte als zeitraubendste und entsprechend ärgerliche Elemente das Zusammenstellen der richtigen Medikation, das Vermeiden von damit zusammenhängenden Doppelabgaben oder Fehlern sowie die vielen Rückfragen von Versicherern nannten. Wäre eine automatische Übernahme der Medikation beim Spitaleintritt möglich, könnten pro Fall 10 bis 15 Minuten eingespart werden. Nehmen wir 15 Minuten und als Beispielszahl eines Zentrums 30 000 Eintritte pro Jahr, so würden allein bei dieser Tätigkeit 7500 Stunden oder fast 4 ohnehin rar zu rekrutierende Vollzeitstellen eingespart, die für Gescheiteres, nämlich die direkte Betreuung der Patienten, eingesetzt werden könnten – im Zeichen des Fachkräftemangels wäre das Gold wert.

McKinsey und die ETHZ erwarten dank elektronischen Gesundheitsdossiers und eMedikation sogar direkte Effizienzsteigerungen in Höhe von 1.1 Mrd. CHF jährlich. Dazu kommt die deutlich erhöhte Patientensicherheit, denn Medikationsfehler sind häufig. Hierzulande sind allein 20 000 Spitalaufenthalte pro Jahr auf medikamentenbedingte Probleme zurückzuführen.

Zielstrebig optimieren

Die Zeit sei reif für mutige digitale Taten, meinte Julia Biller. Ein erster Schritt wäre die durchgängige interne Digitalisierung. Dafür stehen v.a. Primärinformationssysteme, Versicherungsapps und -portale. Zweitens sei die Vernetzung von Prozessen und Transaktionen unverzichtbar (elektronische Rechnungsstellung und Zusammenarbeit im Forum Datenaustausch). Den dritten Schritt würde die umfassende Vernetzung der Versorgung darstellen.

sich v.a. am Beispiel der eMedikation zeigt. Die fehlende Interoperabilität ist störend, 73% der «Papiertiger»-Antwortenden weisen denn auch darauf hin, dass zu viele Papierinformationen erstellt werden müssen. Auch das gibt zu denken: Während fast 100% der Praxen in Schweden, den Niederlanden und in Grossbritannien Rezepte online verlängern können, sind es in der Schweiz lediglich 26%. Desgleichen schlecht verhält es sich bei der digitalen Einsicht in medizinische Berichte: Schweden 97%, USA 80%, Grossbritannien 78%, Schweiz 8%. «All das sollte im Prinzip zuhause vom Sofa aus möglich sein», so Julia Biller. «Deshalb müssen wir jetzt zügig vorwärts machen: eine gemeinsame Infrastruktur aufbauen, mit Lösungen starten, die einen konkreten Nutzen bringen, das Commitment aller Akteure einholen, sehr stark dabei an die Patientinnen und Patienten denken und bereits gute existierende Systeme ausbauen und nutzen.»

EFAS: Chancen und Gefahren

Dass die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationäre Leistungen nicht a priori die eierlegende Wollmilchsau sei, illustrierte Oliver Meyer, CEO des Software-Anbieters Löwenfels, der stark für Behörden tätig ist, insbesondere im Bereich der Rechnungskontrolle und kom-

Strahlende Gesichter waren an der Tagesordnung – kein Wunder, bei so vielen spannenden Beiträgen.





Innovationsgeist, der Früchte trägt: Dr. Michael Rebsamen (links) und Andreas Ahlm präsentieren die digitale Vernetzung zwischen dem Universitätsspital Balgrist und dem Universitätsspital Zürich. Technologischer Ansatz sind APIs (Application Programming Interfaces). Sie bieten im Gesundheitswesen noch weitgehend ungenutzte Vorteile.

Die Stimme aus Bundesbern ist Kristian Schneider, stv. Direktor des BAG: «Digitalisierung bringt keine Ersparnisse, aber deutlichen Mehrnutzen für alle Beteiligte.»

plexer Finanzflüsse wie z.B. bei der Restkostenfinanzierung der Pflegeleistungen.

Mit EFAS setzt der Bund setzt die regulatorischen Rahmenbedingungen, «aber vergessen wir die Kantone nicht; sie sind weiterhin ein wichtiger Player. Und sie haben recht grosse Sorgen und müssen viele Herausforderungen meistern. Heute sind die stationären Leistungen ein wesentlicher Posten im kantonalen Budget und werden über die Steuern anteilmässig zu 55 % finanziert. Entsprechend haben die Kantone ein starkes Interesse, die Steuerausgaben im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu steuern. Dies machen sie, indem sie die stationäre Versorgung

mit ihren kantonalen Spitallisten planen, während die Versicherer die ambulanten Leistungen noch zu 100 % und 45 % der stationären Leistungen über die Prämien finanzieren.»

Mit dem Zielbild unter EFAS ändert sich das. Meyer: «Im Kern geht es darum, die Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen zu vereinheitlichen, bestehende Fehlansätze abzubauen und EFAS kostenneutral einzuführen. Neu gilt ein einheitlicher Kostenteiler. In der Übergangsfrist von vier Jahren ab 2028 werden noch je Kanton unterschiedliche Sätze angewandt. Ab 2032 gilt: Die Kantone bezahlen mindestens 26.9 %, die Versicherer

maximal 73.1 %. Rechnungsprüfung und -bezahlung via gemeinsame Einrichtung KVG besorgen bald einzig die Kassen.

It's a Long Way to Tipperary

... oder: Gut Ding will Weile haben. Das trifft auf EFAS in besonderem Masse zu. Den Anstoss bildete 2009 ein parlamentarischer Vorstoss der seinerzeitigen Aargauer Nationalrätin Ruth Humbel-Näf. Danach folgten – nach Annahme der Vorlage durch beide Kammern 2013 – eine langwierige weitere Entscheidungsfindung sowie ein Referendum 2024. Ab 1. Januar 2028 (Langzeitpflege 2032) soll nun die neue Regelung gelten. Einmal mehr wird es allerdings zum Spurt für die Softwarefirmen, weil ihnen bloss etwas mehr als ein Jahr für ihre Vorbereitungsarbeiten bleibt, denn implementiert muss das Ganze ja auch noch rechtzeitig sein (Red.: Wir erinnern uns dabei mit Schaudern ans Debakel der noch schnelleren Einführung von TARDOC und ambulanten Pauschalen, für deren Überbrückung die Banken mehrere hundert Millionen Franken Liquidität für noch nicht abrechnungsfähige Spitäler sprechen mussten und weiterhin noch bereithalten).

Viel Neues bei den Kantonen: Risiken wie Herausforderungen

Den Kantonen beschert EFAS neue Perspektiven. Sie müssen künftig auch ambulante Leistungen budgetrelevant betrachten und sich mit der nur noch indirekten Abwicklung zufriedengeben. Das bedeutet grössere organisatorische Auswirkungen auf die Kantone: Anpassung bestehender Prozesse, neue Schnittstellen zu prio.swiss und umgekehrte Beweislast bei Unstimmigkeiten der Rechnungstellung. Daraus





Alex Friedl von der Sanitas ist im Schwung und fordert eine enge Zusammenarbeit all jener, die direkt in die Prozesse eingebunden sind – weil sie diese am besten kennen.



«Weiter mutig voranschreiten, miteinander sprechen, Vertrauen stärken und immer gemeinsam besser werden» – so lautet das Motto von MediData-CEO Daniel Ebner.

ergeben sich konkrete Risiken: finanziell, (aufsichts)rechtlich und v.a. operativ. Wenn die Rechnungsprüfung praktisch unisono nur noch von den Krankenversicherern als privatwirtschaftlich organisierten Unternehmen bestritten werden soll, stelle sich – so Meyer – die Frage, wie gut die Aufsicht in Zukunft geregelt sein wird. Die Kantone, die ihren SteuerzahlerInnen Rechenschaft schulden, stehen dann nämlich abseits und es wird auf eine Beaufsichtigung der alleine prüfenden Kassen durch das BAG hinauslaufen. Das im Prinzip vertrauensvolle Verhältnis von Versicherern und Kantonen als Kostenträger wird daher zu einem bedeutungsvollen Element.

Insgesamt schaffe EFAS klare Vorteile wie bessere Gesamtsteuerung des Gesundheitssystems, Förderung der integrierten Versorgung, langfristig ein eher geringeres Kostenwachstum und mehr Transparenz dank des gesamtheitlichen Ansatzes. Oliver Meyer schränkte aber ein: «Obwohl EFAS eine gute Basis darstellt, schaffen wir es damit alleine nicht. Es braucht ebenso das elektronische Gesundheitsdossier und zahlreiche Schnittstellen wollen gelöst sein, um die gewünschte umfassende Vernetzung zu erreichen.» Gerade dafür sind kluge Köpfe in den Softwarehäusern mehr gefragt als je zuvor.

Initiativ, intelligent, innovativ und integriert

Gemeinsam geht's tatsächlich besser. Das stellten Dr. Michael Rebsamen vom Universitätsspital Balgrist und Andreas Ahlm vom Universitätsspital Zürich unter Beweis. Sie präsentierten die innovative IT-Vernetzung von USZ und Balgrist. Das von der Universitären Medizin Zürich (UMZH) geförderte Projekt hat zum Ziel die digitale Vernetzung zwischen den Leistungserbringern zu

verbessern. UMZH Connect schafft die technischen Voraussetzungen um klinische und administrative Daten nahtlos und datenschutzkonform auszutauschen.

Technologischer Ansatz sind APIs (Application Programming Interfaces). Die Referenten wiesen auf deren noch weitgehend ungenutzte Vorteile hin, die in anderen Branchen bereits tägliche Routine sind. So existiere beispielsweise Uber, weil Google Maps eine API öffnete, und Stripe, weil Banken ihre Zahlungssysteme über Schnittstellen zugänglich machen wollten. Airbnb schliesslich sei entstanden, weil Google, Twilio und Braintree ihre Fähigkeiten als APIs anboten

statt ihr Know-how isoliert zu horten. Und APIs sind auf Höhenflug: Laut «Kong API Impact Report» wird mittlerweile der weltweite ökonomische Impact von APIs bis 2027 auf 14.2 Milliarden US-Dollar geschätzt. Weshalb nutzt denn aber das Gesundheitswesen diese zukunftsweisende Vernetzungs-Technologie erst ansatzweise? laute die Gretchenfrage, gefolgt vom Anspruch, einen Paradigmenwechsel einzuleiten: «Wir müssen künftig nicht bloss sensible Patientendaten untereinander verschicken, sondern sie in den eigenen Systemen strukturiert und systematisch platzieren und klare Berechtigungen für einen sicheren und schnellen Zugriff unter Partnern schaffen.»

Der mögliche Nutzen liegt auf der Hand, finden doch im USZ jährlich über 200 000 Falleröffnungen statt, die möglichst effizient und wirtschaftlich einzulesen sind. Einfach APIs einzusetzen, erwies sich allerdings rasch als nicht so zielführendes Vorgehen, weil bestehende API-Ansätze oft einem sog. «Fire-and-Forget» Ansatz komplexer, strukturierter Dossiers verfolgen und daher nur sehr schwierig wiederverwendbar sind. Deshalb begründeten die beiden Universitätsspitäler eine einheitliche Vision für ein passendes API Framework und einigten sich auf konkrete Kommunikations-Standards (FHIR, REST APIs usw.). Sie schufen ein gemeinsames Verständnis von Protokollen und Prozessen und beschlossen, keine zentrale Datenhaltung zu führen, sondern dezentrale Eigenverantwortung in der Umsetzung zu wahren mittels geteilter Services, wo dies Sinn macht (z.B. Identity,





Authentication, MPI usw.). Schliesslich definieren die beiden Partner eine demokratische miteinander formulierte Governance.

Schwungvoller Start

Zu Beginn des Projekts wurden spezifische Use-Cases zwischen Balgrist und USZ ausgewählt, welche einen unmittelbaren Nutzen im Klinikalltag bringen. Darunter befinden sich Zuweisungen des Balgrists für die Orthopädie, Zuweisungen und Fall-Erfassungen für das Sarkom-Zentrum (Onkologie) sowie radiologische Aufträge von USZ und Balgrists. Die Zusammenarbeit ist an wichtige Bedingungen geknüpft: Das Konzept muss regelmässig getestet werden, die Orientierung erfolgt an bestehenden Standards und es muss eine Abstimmung mit weiteren nationalen Initiativen möglich sein. Die bisherigen Erkenntnisse sind ermutigend: Die Initianten stellen bereits eine gute Grundlagen für die standardisierte Strukturierung der Daten fest. Das Erreichte sei weit mehr als ein blosser Pilot oder ein reines Austauschformat, weil nun Zugriffe auf spezifische Daten-Sätze stattfinden anstatt wie früher ein blosses Versenden gebündelter Dossiers. Weitere gemeinsame Entwicklungsarbeit besteht allerdings noch in der breiteren Verwendung von APIs, insbesondere bezüglich Web-Service Design und einheitlicher Datensicherung.

Deshalb sind die beiden Universitätsspitäler jetzt auch offen für den Anschluss weiterer Interessenten. Die Referenten betonten: «Wir sind bereit, das Netzwerk von zwei Partnern auf viele zu erweitern. Unsere Phase 2 heisst klar: Fokus auf die Ökosystem-Erweiterung mit Intermediären und ambulanten Leistungserbringern. Davon erwarten wir mehr Effizienz in der Abwicklung ambulanter Fälle und die Integration weiterer Use Cases.»

Es wird nicht billiger, aber besser

Das ist das erste Fazit des stellvertretenden Direktors des BAG, Kristian Schneider. Der

begnadete Rhetoriker erinnerte an das über 20%-ige Wachstum der Krankenkassenprämien während der letzten vier Jahre: «Das ist enorm und auf Dauer nicht zu verkraften. Die Politik ist gefordert, denn immer mehr Kosten trägt die Gesellschaft nicht.»

Digitalisieren habe daher oberste Priorität, allerdings «ist das kein Sparmittel an sich. Digitalisieren lohnt sich jedoch, weil der Austausch der grossen Menge vorhandener Informationen und die wertvolle Vernetzung der Akteure sehr wichtig sind bezüglich Effizienz und Effektivität. Angezeigt sind die nötigen Anstrengungen allein schon wegen der demografischen Veränderungen und des akuten Fachkräftemangels. Dabei ist zu beachten, dass die einzelnen Leistungserbringer eigentlich für sich alleine betrachtet schon oft sehr gut digitalisiert sind, aber es mangelt bei der Vernetzung untereinander.»

Schneider appellierte an das gegenseitige Vertrauen, um weiter vorwärts zu kommen, wobei darauf zu achten sein, «dass es den Versicherten und Patienten Vorteile bezüglich Sicherheit und Versorgungsqualität verschafft.» Es gelte dabei,

digitale Gesundheitsanwendungen jeweils gründlich zu prüfen, weil sinnvolle darunter ja auch Eingang in den OKP-Abgeltungskatalog finden könnten. Diese Evaluation sei bedeutungsvoll, «sonst explodiert es kostenmässig.»

Mengenabgeltung überdenken

Grundsätzlich sei zudem zu überdenken, ob wir künftig weiterhin viele Leistungen mengenabhängig vergüten sollten. Aufgrund dessen würden trotz oder gerade wegen digital bedingter Effizienzsteigerungen leere Betten sofort wieder gefüllt, um nicht auf Vorhalte- und Fixkosten sitzen zu bleiben. Schneider: «Das Gesundheitswesen bleibt eben ein Business, jeder denkt zuerst nur an sich.» – Braucht es daher mehr regulatorische Eingriffe? Der BAG-Vize kann sich das dann vorstellen, wenn sich die Leistungserbringer untereinander nicht zu einigen vermögen, beispielsweise beim Definieren von Standards für eine verstärkte Vernetzung. Unter Umständen könne hier das Bundes-Programm DigiSanté unterstützen, in das die Stakeholder eng eingebunden sind. «Mit mehr gegenseitigem Vertrauen können wir dann mehr regulatorische Vorschriften vermeiden», meinte Schneider, «und so gelingt es, Menschen, Prozesse und Systeme harmonisch miteinander zu verbinden. Jeder sollte sich dabei fragen, wo er einen Beitrag dazu leisten kann. Gesamthaft ist darauf zu achten, dass mehr Digitalisierung auch tatsächlich einen Mehrnutzen für die Patienten schafft.»

Vor der Haustüre beginnt's

Der Routinier schlug ein konkretes Rezept vor: «Die Akteure sollten mit Kooperieren und Vernetzen in ihrer eigenen Region beginnen. Und zwar mit klaren Erwartungen. Das geht möglicherweise wohl etwas langsamer vorwärts als





zentral gesteuert, ist aber gut verankert. Der gute Wille müsste doch in der Strategie jedes einzelnen Leistungserbringers enthalten sein.» – Und warum machen vorhandene gute Beispiele dennoch nicht vermehrt Schule? «Weil es vielen einfach noch zu gut geht», resümierte der Referent. Dennoch sieht er von Dirigismus aus Bundesbern ab: «Wir haben und wollen gar keine neuen Bundeskompetenzen zum verstärkten Zusammenarbeiten. Das muss aus den Regionen heraus wachsen. Zentrale Vorgaben aus der eidgenössischen Verwaltung können den Rahmen abstecken, innerhalb dessen die Regionen – gerade so eigenständige wie das Oberwallis – sich entwickeln können.»

Wo Krankenversicherer digitale Treiber sein können

Von dort aus, wo alles zusammenläuft und enorm viel Erfahrung wie unternehmerische Kompetenz vorhanden sind, können wertvolle Impulse ausgehen. Dabei geht es um die Krankenversicherer. Für Alex Friedl, Leiter Leistungen, Partnering und Public Affairs Sanitas, muss aber erst einmal ein Gordischer Knoten durchgeschlagen werden: «Wir befinden uns in einer Vernetzungskrise – alle sprechen digital, aber keiner miteinander.»

Gut sei allerdings erst einmal, dass der Fax bald Geschichte sein wird. Pro Jahr gehen bei der Sanitas nur noch 500 Fax-Nachrichten ein. Weiter positiv ist, dass rund 100 Millionen Rechnungen pro Jahr digital übermittelt werden, 20 Millionen davon werden durch die Kunden via Apps hochgeladen. Es erfolgt eine 85- bis 90%-ige automatisierte Rechnungs-Verarbeitung. Die elektronische Prüfung, Rückweisung oder Korrektur der Rechnung ist heute Standard. Und das ist anspruchsvoll, denn es bestehen 180 Tarife mit 747 000 Leistungs- und 666 000 Medikamenten-Positionen.

Zwischen den Versicherern und ihren Kunden funkt es digital schon sehr gut: Gegen 80% der

Kunden verwenden regelmässig Kundenportale. Das sind eigentliche Gesundheitsplattformen, worin fast alle Kundenanliegen selbstständig erledigt werden. Die Zustellung von Papierdokumenten und -rechnungen ist praktisch passé. Chats, Bots, Notifikationen und E-Mails lösen das Telefon als Kommunikationskanal schrittweise ab.

Unheilige Bürokratie abbauen

Wo ein grosser Nachholbedarf besteht, ist die nach wie vor chronische Bürokratie. Das zeigt sich dort, wo die Nerven blank liegen und die Arbeitsmotivation dahinschmilzt wie ein Weihnachtsmann in der Frühlingssonne: bei Rückfragen im Rahmen von Leistungsabrechnungen, aufwändigen Versicherungsberichten mit hoher Redundanz, manuellem Übertragen von Diagnose- und Medikamentenlisten, Ausstellen von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen und Kurzattesten sowie papierbasierten, nicht standardisierten Formularen und Medienbrüchen generell. Eine Zahl, die besonders zu denken gibt: 73% der Rückfragen der Krankenversicherer werden durch Assistenz- und Oberärzte als ungerechtfertigt eingeschätzt. Das ruft dringend nach Abhilfe und gezielter digitaler Vernetzung.

Drei Ansätze für eine nachhaltige digitale Optimierung

Die Digitalisierung muss systematisch weitergehen, lautet das Fazit. Alex Friedl sieht dabei drei Ansätze: Erstens Eliminieren unnötiger Anfragen und administrativer Prozessschritte. Abhilfe würden systematische Datenanalysen zum Identifizieren der Zeitdiebe und deren konsequentes Abschaffen bieten. Zweitens ist Standardisieren angezeigt. Hierzu wären smarte, digitale Schnittstellen zu etablieren und durch geführte Dialoge sicherstellen, dass alle nötigen Informationen schon im ersten Schritt vollständig erfasst werden. Drittens muss automatisiert werden. Dabei gilt es, den übermittelten Input direkt zu strukturieren, um eine lückenlose elek-

tronische Fallverarbeitung und medienbruchfreie Prozesse zu ermöglichen.

Eliminieren ist noch einfacher als Digitalisieren. Das wäre z.B. rasch möglich beim Arzneimittel Enbrel und andern TNF-alpha-Hemmern (Pharmazeutika gegen rheumatoide Arthritis und Spondylarthropathien), wo heute 97% der Kostengutsprache gesuche ohnehin bewilligt werden. Das ist bei jährlich rund 50 000 Gutsprache gesuchen sehr relevant, und durch eine smarte Bewilligungspraxis könnten rund 20 Mio. Franken eingespart werden. Zweites Beispiel: Zovirax Crème gegen Herpes-simplex-Infektionen und Herpes genitalis. Bei einem geringen Produktpreis von nur 28 Franken besteht noch immer eine vom BAG-verhängte Prüfpflicht zur Kostenübernahme, bei der pro Fall ein unverhältnismässiger Aufwand von 400 Franken entsteht.

Sorgfältig digital prüfen, wo es Sinn macht

Anders sieht es bei der «Fett-weg»-Spritze Mounjare aus. Hier hilft eine leistungsstarke Digitalisierung, die vielen nötigen Faktoren während einer Kostengutsprache rasch zu prüfen, damit die Patienten, bei denen ein echter Bedarf besteht, auch tatsächlich vom Medikamenteneinsatz profitieren. Friedl: «Das Missbrauchspotenzial ist entsprechend gross. Schlanker in die Badesaison zu starten, darf nicht genügen.» Was die meisten Gesuche unvollständig zeigten, seien Komorbiditäten wie Prädiabetes, Hypertonie oder Dyslipidämie, Hinweise auf (fehlende) Ernährungsberatung und belegte Aktivitäten, Informationen bezüglich vorgesehener Bariatri-scher OPs, Begleitmedikationen und Hinweise auf einen systematischen Therapieplan.

Alex Friedl: «Weil pro Jahr rund 150 000 Kostengutsprache- und Verlängerungsgesuche für GLP-1-Agonisten wie Mounjare gestellt werden, wobei eine hohe Komplexität besteht, weil das Medikament nicht zum reinen Lifestyle-Produkt werden soll und weitere Präparate die Nachfrage zusätzlich erhöhen dürften, muss mit digitaler Hilfe Gegensteuer gegeben werden. Ganz wertvoll ist dabei die elektronische Kostengutsprache von MediData. Zu beachten ist dabei im Übrigen der generelle starke Anstieg auf 70 000 Kostengutsprache-Gesuche im Bereich innovativer Medikamente.»

Digitales Potenzial ausschöpfen, Verantwortung übernehmen

Die Schlussrunde war sich einig: Wir sparen zwar nicht aufgrund einer verstärkten Digitalisierung, aber die Patientinnen und Patienten profitieren



von einer deutlich besseren Qualität und höheren Therapiesicherheit, Leistungserbringer aller Stufen und Kostenträger von einer weiteren internen IT-Aufrüstung und insbesondere vom standardisierten Datenaustausch. Muriel Betko, Head of Commercial Operations bei MediData: «Dieses Verbesserungspotenzial müssen wir nutzen. Es ist wertvoll. Wir befinden uns in einer positiven Transformationsphase. Viele Projekte wurden bereits angepackt und wenn wir weiter partnerschaftlich zusammenarbeiten und damit Brücken bauen, stärken wir ausserdem die solide Vertrauensbasis untereinander. Wichtig ist

schliesslich auch, an Anlässen wie dem EDI Podium gut zuzuhören, uns auszutauschen und gemeinsam Ideen zu entwickeln, die uns alle weiterbringen. MediData ist dabei ein Teil der Lösung, weil wir weiterhin einen echten Beitrag ans gesamte Schweizer Gesundheits-Netzwerk leisten wollen.»

Mehr Offenheit ist ein Anliegen Kristian Schneiders: «Die Daten gehören ganz klar den Patienten und dürfen nicht mehr länger in teils proprietären Systemen gelagert werden. Die Daten müssen geteilt werden, grad bei Überweisungen

oder Spitaleintritten; das hilft, viele Prozesse und die Transparenz zu verbessern.»

Damit ist Alex Friedl sehr einverstanden: «Wir haben schon mehrfach Daten mit dem BAG ausgetauscht, um Wissen zusammenzutragen, insbesondere um zu helfen, Fehlentwicklungen in der Gesundheitspolitik zu vermeiden. Andererseits dürfen wir als Kostenträger nicht erwarten, dass das BAG die digitale Transformation regelt. Das müssen wir selber und gemeinsam mit den Leistungserbringern vorantreiben. Mehr Regulatorisches könnte sogar kontraproduktiv wirken. Das sehen wir beispielsweise bei der Anwendung des Experimentier-Artikels. Daher müssen diejenigen, welche die entscheidenden Details der Abläufe und des Zusammenarbeitens am besten kennen, gemeinsam für nachhaltige Lösungen sorgen.»

Save the date

EDI Podium – das heisst «full action». Es ist eine Informations- und Diskussionsplattform par excellence, das nächste Mal am 25. Juni 2027.

Weitere Informationen

www.medidata.ch

DIGITAL HEALTH BRAUCHT MENSCHEN.

Näher dran mit Weiterbildungen in
Digital Health und Medizininformatik.

