UNIVERSITÄT
BIELEFELD
AG 5 – Gesundheitsökonomie
und Gesundheitsmanagement

Transparenz im Gesundheitswesen – Weiter im Blindflug oder endlich klare Sicht?

mit Empfehlungen aus dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2021

Einkaufsgemeinschaft HSK, Zürich, 01. September 2022

Prof. Dr. Wolfgang Greiner
Universität Bielefeld
AG 5 – Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement

Was wissen wir alles nicht? (Nur Beispiele …)

Ein **kleiner** Auszug dessen was wir alles **nicht** wissen

- Anzahl der **Krankenhausbetten** in Betrieb (belegt oder frei und tagesaktuell)
- Wie viele **Vollzeitpflegekräfte** tagesaktuelle direkt am Patienten tätig sind
- **Tagesaktuelle Anzahl der COVID-19 PatientInnen in den Kliniken**
- Wieviel Prozent der MitarbeiterInnen im Krankenhaus durch SARS-CoV-2 in **Isolation oder Quarantäne** sind
- **Impfwirkung und -nebenwirkung** aus Krankenkassendaten wie in Israel
- Was ein Patient hat, wenn er bewusstlos in die Notaufnahme eingeliefert wird, weil die 2003 gesetzlich verankerte **elektronische Patientenakte immer noch nicht da** ist und systematisch blockiert wurde
- Gut **zugängliche Daten** für die Wissenschaft und zur **Steuerung der Pandemie**
- **Und, und, und**

Qualitätssicherung in Deutschland: Status Quo

- **Stationär:** externe QS nach § 137a SGB V
  - \+ alle Krankenhäuser, transparent
  - ▫ auf Operationen fokussiert, bisher nicht zur „Selektion“ genutzt (weder Einweiser noch Patienten)
- **Ambulant:** einrichtungsübergreifende QS und Qualitätsmanagement in der Praxis nach § 135a SGB V
  - ▫ keine Transparenz, zu kleine Fallzahlen
  - \+ „Lernen von den Besten“ in (strukturierten) Qualitätszirkeln
- **Pflege:** Pflegenoten des MDK nach § 114 SGB XI
  - \+ transparent, zur Selektion genutzt
  - ▫ nur Stichprobenprüfung, Validitätsprobleme, hoher Dokumentationsaufwand

Qualitätsindikatoren: Was wird gemessen?

- **Strukturindikatoren**
  (z.B. Öffnungszeiten, technische Ausstattung, Ausbildung des Personals)

- **Prozessindikatoren**
  (z.B. Leitlinientreue)

- **Ergebnisindikatoren**
  (z.B. Sterbefälle, Komplikationsraten)

Qualitätsindikatoren: Fallzahlproblematik

- Von 100 Knie-TEPs 2010 wurden 1,3 wegen Komplikationen **erneut operiert***. Um Qualitätsunterschiede (und nicht Zufallsverteilungen) zu erkennen, braucht ein Krankenhaus **mindestens 447 Knie-TEPs**.
  Diese Fallzahl erreichen nur 2,5% aller Häuser.*

- Je geringer das Risiko, desto höher die statistisch erforderliche Mindestfallzahl: beim zentralen **Ergebnisindikator Sterblichkeit** erreichen **nur Herzoperationen ausreichende Fallzahlen****

- In der **niedergelassenen Praxis** sind die Fallzahlen **für Ergebnisindikatoren** nahezu generell **zu klein**.

* AQUA (2011): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung; Anhang 3

** AQUA (2011): Qualitätsreport 2010

Chancen durch Digitalisierung

- Höhere Sicherheit und Effizienz der Behandlung durch digitale Vernetzung der Leistungsanbieter
- Schließung von Versorgungslücken / ortsunabhängiger Zugang zu medizinischer Expertise (Telemedizin)
- Patientenempowerment durch Online-Informationen und Apps
- Qualitätsgewinne in der Medizin durch die intelligente Verknüpfung und Auswertung von Daten in Forschung, Diagnostik und Therapie

UNIVERSITÄT BIELEFELD

AG 5 – Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement

Digital-Health-Index mit Sub-Indizes

Leseanleitung: Die drei Sub-Indizes des Digital-Health-Index werden im Balkenformat dargestellt. Dabei werden die Balken der einzelnen Sub-Indizes nebeneinander gestellt. Die Gesamtlänge dividiert durch 3 ergibt den Gesamtindexwert (Maximalwert 100).

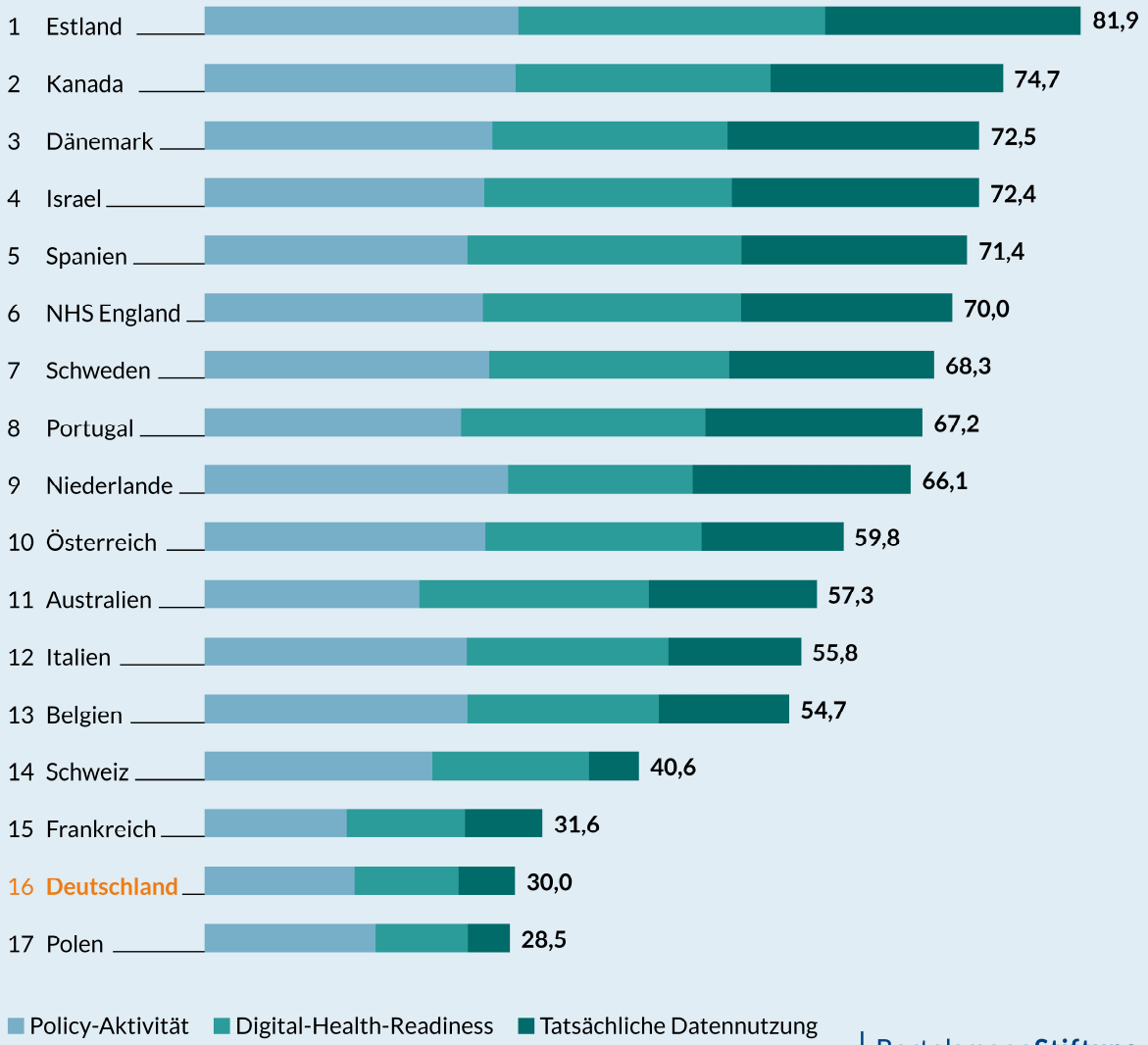

Abbildung 2 | Quelle: eigene Darstellung

BertelsmannStiftung

SVR-Gutachten 2021

Kapitel 1: Wozu Digitalisierung im Gesundheitswesen?

Kapitel 2: Grundsätze und Rahmenbedingungen

Kapitel 3: Die fach-, einrichtungs- und sektorenübergreifende ePA

Kapitel 4: Digitale Gesundheitsanwendungen

Kapitel 5: Nutzung von Versorgungsdaten zu Forschungszwecken

Kapitel 6: Kompetenter Umgang mit digitalen Technologien

Kapitel 7: Strategie, Umsetzung und Empfehlungen

SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen

Digitalisierung für Gesundheit

Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems

Gutachten 2021

Wozu Digitalisierung im Gesundheitswesen ?

Digitalisierung ist kein Selbstzweck
sondern Mittel zum Zweck einer besseren Gesundheitsversorgung (Prävention, Diagnostik und Therapie)

oberster Zweck: Patientenwohl
des einzelnen aktuellen Patienten, anderer gegenwärtiger und zukünftiger Patientinnen und Patienten

Motto: „Daten teilen heißt besser heilen“

Ganzheitliches Verständnis des Datenschutzes

➔ ***Alle*** durch die Digitalisierung des Gesundheitswesens betroffenen **Normen** in den Blick nehmen: Datenschutz nicht nur als Abwehrrecht, sondern als *Teil* des Patientenschutzes

- **Abwägung** des Datenschutzes mit dem Schutz von Leben und Gesundheit
- **Datensparsamkeit** und strenge **Zweckbindung** sind von der Realität überholt
- Empfindliche **strafrechtlichen Sanktionen** für diejenigen, die die von der Rechts- und Solidargemeinschaft gezogenen Grenzen überschreiten

UNIVERSITÄT BIELEFELD
AG 5 – Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement

Strukturelle Elemente, die eine ePA beinhalten sollte

Allgemeine Informationen

- Zur Person, Kontaktdaten und Kontakte Angehöriger, behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt

Notfalldatensatz

Notfallrelevante

- Diagnosen (im aktuellen Behandlungsfall)
- Dauerdiagnosen (Vorerkrankungen)
- Operationen/Prozeduren
- Medikation, Allergien
- Weiteres (z. B. Weglauftendenzen oder Kommunikationsstörungen, ggf. Willenserklärungen zur Reanimation)

Versorgungsdaten der sektoren- und fachübergreifenden Patientenversorgung

Strukturierte Zusammenfassung:

- Notfallrelevante und nicht notfallrelevante Diagnosen, Operationen, Prozeduren, Allergien, Therapien u. ggf. Weiteres
- Krankenhausaufenthalte

Erkrankungsfallspezifisch:

- Anamnese, Befunde, Diagnosen, Behandlungsdaten
- Verbindung (Link), die einen Zugriff auf Aufzeichnungen/Darstellungen der Diagnostik (z. B. EKG*-Aufzeichnung, Bilddateien aus der Bildgebung etc.) erlaubt
- Entlassungsbrief/Arztbrief
- Dokumentation aus DMP**/IV***-Verträgen, ASV**** etc.
- Formulare (Überweisung, Rezept etc.)

Kommunikation

Informationen vom Patienten/ von der Patientin:

- *Patient-Reported Outcomes* (z. B. Schmerztagebuch, Nebenwirkungen)
- Home monitoring (z. B. Blutzucker) und persönliche Notizen
- Einbinden von Apps

Informationen für den Patienten/ die Patientin:

- Zugriffsprotokoll
- Verlässliche Gesundheitsinformationen
- Aufklärungsbögen
- Einsichtnahme in laienverständliche Begleitdokumentation
- Einbindung von Übersetzungsprogrammen

Fallunabhängige Angaben

- Vorsorgeleistungen (Impfpass, das Untersuchungsheft für Kinder („Das gelbe Heft"), Mutterpass, Dokumentation von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen etc.)
- Bonusprogramme der Krankenkassen (z. B. Zahnbonusheft)
- Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
- Willenserklärungen (Organspende, Patientenverfügung)
- Informationen zur Datennutzung zu Forschungszwecken und Zugriffsfreigabe/Widerruf

Potenzieller ePA-Nutzen aus Gesellschaftsperspektive

Wirtschaftlichkeit	▪ Steigerung der Produktivität durch erhöhte Transparenz und weniger Transaktionskosten ▪ Bürokratieabbau
Evaluation, Planung, Policy Making	▪ Breite und aktuelle Versorgungsforschung → Anpassung Leitlinien, Impfempfehlungen etc. ▪ Echtzeit-Analysen → verbesserte Informationsgrundlage für notwendige Interventionen ▪ Evaluation politischer Interventionen

Risiken einer elektronischen Patientenakte

- Datenschutz und Datensicherheit
  Diskriminierung, Stigmatisierung
- Vollständigkeit, Vielzahl und Komplexität verfügbarer Informationen
- Implementierung und Transformationsphase

➔ **Risiken müssen bewusst gemacht werden,**
um sie bei der weiteren Entwicklung einzubeziehen.

ePA Zustimmungsverfahren – Status quo / geplant

Einrichtung/Anlage der ePA

- **aktives Opt-in** des Versicherten

Einsichtnahme, Speicherung und Verwendung von ePA-Daten

- **aktives Opt-in** des Versicherten bei jedem Leistungserbringer
- ggf. **wiederholt**, bei jedem Kontakt, da zeitlich befristet
- „**feingranular** auf Dokumentenebene"
- Möglichkeit unwiederbringlicher **Löschung**

Nutzung zu Forschungszwecken

- gestuftes **Opt-in** nach (umfassender) Aufklärung

ePA Zustimmungsverfahren – Empfehlung SVR

Einrichtung/Anlage der ePA

- **Opt-out**
  (automatische Anlage bei Geburt oder Zuzug)

Einsichtnahme, Speicherung und Verwendung von ePA-Daten

- **Zugriff durch behandelnde Leistungserbringer** (Voreinstellung)
- **„Verschattung“** (Opt-out) einzelner Inhalte und/oder für spezifische Leistungserbringer, keine unwiederbringliche Löschung

Nutzung zu Forschungs-zwecken

- **Opt-out**
  (falls keine gesetzliche Befugnisnorm gemäß Artikel 9 Absatz 2 DSGVO zur Nutzung von Versorgungsdaten zu Forschungszwecken geschaffen wird)

Potentiale digitalisierter Routinedaten

➔ Ziel: dynamisch **lernendes Gesundheitssystem**

➔ Digitalisierung schafft potentiell sehr nützliche Datengrundlagen, z.B. für:

- Entwicklung neuer Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten
- Planung und Entwicklung von Gesundheitsleistungen
- Qualitätssicherung von Behandlungen
- Informationszugang für Patient/innen
- Evaluation von politischen Interventionen
- Überprüfung von Sicherheit und Wirksamkeit von Arzneimitteln und Medizinprodukten

- Transparenz ist für ein **patientenzentriertes und effizientes** Gesundheitswesen unabdingbar.
- Das betrifft neben der **Qualitätssicherung** vor allem auch die **Bedarfsplanung** und die **Forschung**.
- **Mangelnde Digitalisierung** ist dabei mittlerweile ein höchst kritischer Engpassfaktor.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

M: Wolfgang.greiner@uni-bielefeld.de

T: +49 521 / 106 6989

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement (AG5)

Postfach 10 01 31

D – 33501 Bielefeld