

Macht und Daten in der Gesundheitsversorgung

Felix Schneuwly, Leiter Public Affairs comparis.ch

1. Steigende Kosten stimulieren die Digitalisierung, Überregulierung bremst sie.

In einem gesunden Wettbewerbsumfeld stimulieren stetig steigende Kosten die Digitalisierung, weil Industrie, Leistungserbringer und Versicherer effizienter werden. Ausserdem haben die Konkurrenten, die rechtzeitig auf die richtigen Innovationen setzen, einen Vorteil. Überregulierung bremst Innovation, weil in einem überreguliertem Umfeld alle abwarten und lieber auf dem Trittbrett anderer mitfahren. Auch die Digitalisierung wird mit Überregulierung und Zwang die medizinische Versorgung kaum effektiver, effizienter, transparenter und patientenfreundlicher machen.

2. Bildung und Lebensumstände fördern die Gesundheit mehr als Medizin es tut.

Die Digitalisierung muss also ansetzen, bevor die Reparaturmedizin zum Einsatz kommt, bei der Förderung der Gesundheitskompetenz zum Beispiel. Bildung ist der einzige Rohstoff, den wir in der Schweiz haben. Und sie wird in einer sich rasant digitalisierenden Welt immer wichtiger. Folglich muss der Staat noch mehr in Bildung und Forschung investieren, statt bloss wegen stetig steigender Krankenkassenprämien bei der Reparaturmedizin zu sparen. Bildung in der digitalisierten Welt heisst auch Patientenbildung, denn der Patient verhält sich immer mehr wie ein Konsument.

3. Daten treiben das Versicherten- bzw. Patientenempowerment.

Wir alle werden mit immer besserer Technologie immer mehr und immer präzisere Daten über uns sammeln. Der unterschiedliche rechtliche Schutz der persönlichen Daten in den USA und in Europa verschafft Google & Co. gigantische Wettbewerbsvorteile. Die weit verbreitete Skepsis gegenüber diesen Giganten hindert viele von uns nicht, ihnen massenweise Daten zu schenken.

4. Datenschutz und Risikokapital als Wettbewerbsnachteile.

Das starre Territorialitätsprinzip im Gesundheitswesen verschafft der kleinen Schweiz weitere Nachteile im Wettbewerb um die Nutzung grosser Datenmengen für die Grundlagen- bis zur Versorgungsforschung. Ein weiterer bedeutender Unterschied zwischen den USA und Europa ist das Risikokapital: Die Digitalisierung erfordert viel höhere Investitionsvolumina und viel kürzere Amortisationszyklen. Auch mit der Bereitschaft, Risikokapital zur Verfügung zu stellen und das Scheitern in Kauf zu nehmen, haben die USA einen grossen Wettbewerbsvorteil. China kann hier mit den USA eher mithalten als Europa.

5. Die Patienten als Lenker.

Die digitalisierte Medizin wird die Zahl der persönlichen Kontakte zwischen Patienten und Fachleuten reduzieren. Weniger persönliche Kontakte werden die Autonomie der Patienten sowie die Bedeutung und den Wert des einzelnen Kontaktes massiv erhöhen. Die individualisierte Medizin wird auch digitalisierte Prozesse individualisieren, die der Patient vermehrt selber steuern wird.

6. Daten gegen Services oder Prämienrabatte.

Wenn der Patient im Zentrum steht, wird er dann zum Treiber der Digitalisierung, wenn sie ihm nützt; im besten Fall zahlt er sogar für den Nutzen. Deshalb sollten die Krankenversicherer ins Elektronische Patientendossier (EPD) investieren, auch wenn sie keinen Zugang zu den medizinischen Daten haben. Rund die Hälfte der Versicherten zeichnet Gesundheitsdaten auf. Viele davon sind bereit, die Daten ihrer Krankenkasse zu liefern, wenn sie selber einen Nutzen haben, zum Beispiel Services oder Prämienrabatte.

7. Von der Risikoselektion zum Risikomanagement.

Mit dem weiter verfeinerten Risikoausgleich lohnt es sich für Krankenkassen, die Versorgung von teuren Patientengruppen in alternativen Versicherungsmodellen – in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern – datengestützt zu optimieren. Das erhöht die Lebensqualität der Patienten und reduziert die Behandlungskosten. Die Versicherten werden mit Prämienrabatten und die Leistungserbringer für die Effizienzsteigerung finanziell belohnt.

8. Von der Risikoselektion zur Risikoreduktion.

Die Digitalisierung wird das Prinzip der Privatversicherungen auf den Kopf stellen. Heute werden die Versicherten nach Risiken gruppiert, weil weder der Versicherer noch die Kunden voraussagen können, bei wem das Krankheitschicksal zuschlägt. Deshalb bezahlen im klassischen Versicherungsprinzip Gruppen mit ähnlichen Krankheitsrisiken gleiche Prämien. Mit Genanalysen und Big Data werden Krankheitsprognosen viel präziser. Die klassische Risikoselektion wird also nicht mehr funktionieren. Deshalb werden die Versicherer ihr System von der Risikoselektion zur Risikoreduktion umbauen müssen. Wenn Versicherer und Kunde das Krankheitsrisiko kennen, wird es darum gehen, das Krankheitsrisiko und die Prämien durch gesundheitsförderndes Verhalten zu senken.

9. Kein Versicherungsprodukt ohne medizinisches Leistungsangebot.

Die Verlagerung von stationär zu ambulant und der Druck der Finma, den versicherten medizinischen Mehrwert bei Spitalzusatzversicherungen ausweisen zu müssen, setzen diese Produkte unter Druck. Dieser Druck ist nötig, weil die Kunden ab 50 faktisch gefangen sind und keine Marktmacht haben. Da gute Versicherungsprodukte stets entsprechend gute medizinische Leistungsangebote decken müssen, entstehen innovative Versicherungsprodukte nur in enger Zusammenarbeit zwischen Versicherern und Leistungserbringern – und berücksichtigen die Anforderungen der digitalen Transformation, die weit mehr als bestehende Prozesse zu digitalisieren.

10. Neue Anbieter und Lösungen stehen bereit.

Neue Akteure werden sich mit disruptiven Ansätzen um die gesamte, digitalisierte Behandlungskette kümmern, wenn die etablierten Versicherer und Leistungserbringer keine Integration schaffen. Und weil der Digitalisierung das Territorialitätsprinzip egal ist, werden die hiesigen Interessenvertreter, welche die Landesgrenzen mit allen Mitteln verteidigen, ihren Branchen einen Bärendienst erweisen.