

**Statement Dr. med. Andreas Gassen,  
Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)  
und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)**

**Zi-Forum „Digital Health – Neue Optionen für die Versorgungsforschung?“  
Berlin, 07. April 2016**

Sehr geehrte Damen und Herren,

falls Sie heute Morgen mit Ihrem eigenen Auto hierhergekommen sind, haben Sie vermutlich die Adresse eingegeben und wurden durch die GPS-Navigation hergeführt. Sie haben vermutlich nicht darüber nachgedacht, welche Infrastruktur dafür erforderlich ist.

Aufgrund dieser Infrastruktur nämlich ist es kinderleicht geworden, komplexe Wegstrecken über unbekanntes Gelände zurückzulegen.

Wie sieht die aus?

Es handelt sich

- um ein extrem dichtes Datennetz, welches die Wegeoptionen auf der Erde beschreibt,
- um einen Sender und einen Empfänger für das individuelle Signal in Ihrem Fahrzeug,
- und um einem Schwarm von Satelliten, durch die Ihre individuelle Position im Netz der Wegeoptionen in kurzen Abständen erkannt wird.

Im Bereich der Versorgungsforschung verfolgen wir ähnliche Ziele. Wir erwarten, dass wir anhand von Daten gewissermaßen aus der Vogelperspektive Zusammenhänge erkennen. Zusammenhänge, die sich dem einzelnen Handelnden nicht ohne weiteres erschließen, da er sich mit seiner Tätigkeit im Gesundheitswesen bildhaft gesprochen am Boden bewegt.

Die Versorgungsforschung kann so etwas wie ein GPS-System für die medizinische Regelversorgung sein. Allerdings nur dann, wenn sie auf einer ständig fortgeschriebenen Datengrundlage basiert und wenn sie kontinuierlich betrieben wird.

Während die klinische Forschung darauf ausgerichtet ist, wirksame Handlungsoptionen zu entwickeln, betrachtet die Versorgungsforschung die Wirkung des Geschehens auf die Bevölkerung. Hierbei geht es um Fragen wie:

- Wer erhält eigentlich Zugang zu den Leistungen?
- Welche Effekte werden damit unter Alltagsbedingungen erreicht?  
und
- Wie müssen die Rahmenbedingungen gestaltet werden, damit bestimmte Versorgungsziele faktisch erreicht werden können?

Aus den Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung können wir die erbrachten Leistungen fast vollständig ablesen. Um aber Abrechnungsdaten im Sinne von Behandlungsintentionen besser interpretieren zu können, werden auch klinische Daten benötigt.

Die Bevölkerungsstruktur lässt sich ebenfalls zu einem großen Teil aus amtlichen Daten erkennen. Sie liegen in dieser Form aber oft noch verstreut bei einzelnen Datenherren und sind bisher noch nicht zusammengeführt worden.

Der Alltag der Bevölkerung wiederum wird heute mehr denn je durch eine Flut von unstrukturierten Daten abgebildet. Diese entstehen in immer größerer Menge durch mobile Geräte und durch das Internet. Solche Daten werden von Herstellern technischer Geräte und von Dienstleistern systematisch gesammelt, aggregiert, ausgewertet, verkauft und gekauft.

Große Versicherungskonzerne machen wiederholt Vorstöße, mit Hilfe dieser Bewegungsdaten ihrer Versicherten, das Versicherungsrisiko präziser zu erfassen und für sich zu mindern. Sie versuchen das, indem sie denjenigen finanzielle Vorteile bieten, die ihre günstigere Risikostruktur auf diese Weise offenlegen. Erst kürzlich gab etwa der Deutschlandchef des Versicherungskonzerns Generali bekannt, das Unternehmen sammle Biodaten über Versicherte. Diese erhielten gegen Preisgabe von Informationen prämiensenkende Bonuspunkte, zum Beispiel wenn sie angeben, welche Produkte sie individuell einkaufen oder welche Daten ihre Fitness-Apps bereithalten.

Bewegungsdaten aus Fahrzeugen und Smartphones landen systematisch bei kommerziellen Unternehmen – oftmals ohne Wissen der Kunden. Die modernen Geräte sind mit immer besserer Sensorik ausgestattet und informieren über Reise-, Lebens- und Schlafgewohnheiten. Keine Frage, das sind wertvolle Daten für die Wirtschaft. Sie gelangen aber nicht auch automatisch zur Wissenschaft.

Meine Damen und Herren,

in dieser Ausgangslage begrüße ich Sie herzlich zur heutigen Veranstaltung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. Es ist unser Satzungsauftrag als Institut, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit den Mitteln der Versorgungsforschung zu unterstützen. Was das genau heißt, müssen wir in Abständen immer wieder neu definieren.

Vor rund zehn Jahren fehlte eine bundesweite Datengrundlage aus Abrechnungsdaten, mit der wir regionale Unterschiede in der Versorgung hätten erkennen können. Die heutigen Datengrundlagen belegen wichtige epidemiologische Zusammenhänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Aber auch zwischen Bevölkerungsstruktur, medizinischer Versorgung, Behandlungs-Stilen, Compliance und Wirkung der Versorgung als Ganzes.

Mit Blick auf die kommenden Jahre müssen wir in der Versorgungsforschung über die Abrechnungsdaten hinausdenken. Bis durch die Zusammenführung notwendiger Daten ein GPS-Effekt auftreten kann, muss in Aufbauarbeit investiert werden.

Das Zentralinstitut und seine Träger, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, haben deshalb ein Interesse daran, heute die Diskussion über eine Weiterentwicklung der notwendigen Infrastruktur anzustoßen. Ohne eine moderne Infrastruktur bleibt die Versorgungsforschung in Deutschland hinter ihren Möglichkeiten weit zurück. Und dies würde bedeuten, dass Deutschland im Bereich dieser Forschung mittelfristig zum Importland würde.

Um das zu verhindern, möchten wir den Blick über den Tellerrand wagen. Was können wir von internationalen Vorbildern lernen?

Ich freue mich, dass wir heute drei internationale Gäste hier haben, die uns jeweils ein Beispiel als Rollenmodell für die Entwicklung einer geeigneten Dateninfrastruktur in Deutschland geben können.

Da ist zum einen das australische Population Health Research Network (PHRN). Es hat seine Geschäftsstelle an der University of Western Australia in Perth und steht für ein Netz aller datenhaltenden staatlichen Stellen in Australien. Es erlaubt, sämtliche Abrechnungs- und Sozialdaten vollständig pseudonymisiert und sektorenübergreifend für wissenschaftliche Auswertungen zusammenzuführen. Etwa Daten aus Geburts-, Todes-, Krebs- und Infektionsregistern. Mit Hilfe des PHRN konnte bereits die Wirksamkeit von Impf- und Gesundheitsförderungsprogrammen untersucht werden, aber auch der Zusammenhang von Drogenkonsum und Kindergesundheit oder der Zusammenhang von der Einnahme von Kalziumpräparaten und der Prävalenz von Herz-Kreislaufkrankungen bei älteren Frauen.

Mit dem Population Health Research Network wird ein Weg vorgezeichnet, der sich auch als Modell für Deutschland eignen könnte. Auch deshalb, weil für das PHRN die Wahrung des Datenschutzes ein wichtiges Ziel ist. Ich freue mich deshalb besonders, dass Professor Brendon Kearney, Vorsitzender des Aufsichtsrats des Population Health Research Network, extra für die heutige Veranstaltung den weiten Weg aus Australien hierher gemacht hat. Seine Perspektive verbindet die Sichtweise des Managements und der Wissenschaft, für deren Zwecke die Datenbasis geschaffen wurde. Wir dürfen auf seinen Bericht und seine Anregungen gespannt sein.

In Dänemark besteht seit Mitte der 1990er-Jahre ein Programm für den elektronischen Datenaustausch zwischen Hausärzten, für diagnostische Befunde, Arzneiverordnungen, Krankenhaus-Einweisungen und für die Kommunikation mit Pflegeheimen. Grundlage ist ein System interoperabler elektronischer Patientenakten sowie eine lebenslange persönliche Identifikationsnummer für jeden Bürger.

Das dänische Gesundheitsdatennetz dient in erster Linie der Kommunikation während der laufenden medizinischen Behandlung von Patienten. Es liefert aber auch eine lange Zeitreihe populationsbezogener Routinedaten für die Versorgungsforschung. Hierbei zeichnet sich Dänemark aus deutscher Sicht generell durch eine große Transparenz für Datennutzer aus. Professor Lau Caspar Thygesen vom National Institute of Public Health der University of Southern Denmark wird dies aus Sicht eines Epidemiologen und Versorgungsforschers vorstellen.

An der Universität von California, in San Diego, hingegen wird mit Unterstützung der Robert Wood Johnsons Stiftung daran gearbeitet, den „elektronischen Fußabdruck“, den wir alle zunehmend in der Welt der digitalen Alltags- und Gesundheitsdaten hinterlassen, zu erkennen und auswertbar zu machen. Grundlage ist das Health Data Exploration Project. Hier beruht die Datengrundlage auf einer freiwilligen Mitwirkung von Individuen und von Firmen.

Auch in diesem Projekt spielt der persönliche Datenschutz als motivierendes Element für die Datengeber eine große Rolle. Im Vordergrund steht aber die Möglichkeit, durch Teilen der

Daten mehr über die Aussagefähigkeit des persönlichen Datenprofils zu erfahren. Die beteiligten Wissenschaftler unterstützen diesen Austauschprozess und sind somit gleichzeitig Katalysatoren und Nutzer dieser emergenten Datenbasis.

Dieser explorative Charakter, d. h. das Entstehen einer nach Art, Umfang und Ausrichtung nicht abgeschlossenen Datenbasis, ist das im Vergleich zu den vorgenannten Beispielen Besondere an diesem Projekt. Ich danke Professor Kevin Patrick, ausgebildeter Allgemeinarzt, Direktor des Projekts und Direktor des Center for Wireless and Population Health Systems an der Universität von Kalifornien in San Diego, dass er den langen Weg aus Kalifornien hierhergekommen ist, um uns seine Perspektive darzustellen.

Aus dem Osten, aus dem Norden und aus dem Westen liegen somit drei sehr unterschiedliche Rollenmodelle vor, die für eine Weiterentwicklung der Dateninfrastruktur für die Versorgungsforschung in Deutschland herangezogen werden können.

Im Anschluss an die Darstellung der internationalen Erfahrungen wollen wir auf dieser Grundlage aus deutscher Perspektive über Nutzen und Risiken der Versorgungsforschung diskutieren – vor allem auch über eine künftige Perspektive eines neuen Datennetzes. Hierbei sollen die Anbieter- und die Verbraucherperspektive im Bereich der digitalen Gesundheit zu Wort kommen, die Wissenschaft und die Wirtschaft. Die Politik hat uns zu dieser Veranstaltung leider kurzfristig abgesagt. Trotz intensiver Bemühungen war in dieser Woche kein Vertreter zu finden.

Meine Damen und Herren,

ich würde mir wünschen, dass von dieser Veranstaltung ein Signal ausgeht. Dass wir – und *wir* heißt Politik, Wirtschaft und Wissenschaft – in den kommenden Monaten gemeinsam einen Gesetzentwurf voranbringen, mit dem der Versorgungsforschung in Deutschland eine Perspektive für das nächste Jahrzehnt gegeben werden kann. Damit uns künftig ein Navigieren durch das deutsche Gesundheitssystem genauso selbstverständlich ist wie mit dem GPS durch den Berliner Stadtverkehr.

In diesem Sinne wünsche ich uns viel Erfolg!

Vielen Dank.