

Positionspapier zur Digitalisierung von Gesundheit und Pflege

Präambel.....	2
Das Wichtigste in Kürze	2
Systemische Voraussetzungen	4
1. Finanzierung, Wirtschaftlichkeit und Nutzen.....	4
2. gematik.....	5
3. Telematikinfrastruktur	5
4. Interoperabilität.....	6
5. Datenschutz	7
6. IT- und Cybersicherheit	7
7. Vernetzung der Sozialleistungsträger	7
8. Datentransparenz	8
9. Datennutzung	8
10. Rechtssicherheit und ethische Grundsätze.....	9
11. Internationalisierung der digitalen Gesundheit	10
Zugang zur digitalen Gesundheitsversorgung	10
1. Unterschiedlichkeit der Versicherten	10
2. Erhöhung der Digitalkompetenz.....	11
3. Zentrale digitale Anwendungen und Prozesse.....	11
Anwendung in der Praxis – Prävention, Diagnose, Behandlung und Pflege	13
1. Prävention, Eigenverantwortung und Selbstbestimmung	13
2. Patientenpfade	13
3. Leistungserbringer 4.0.....	14
4. Sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung	15



Präambel

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Pflege birgt erhebliche Potenziale für eine gute qualitative, wirtschaftliche und gesundheitliche Versorgung. Im Zentrum der Veränderungsprozesse muss das Interesse und Wohl der Versicherten, der Patientinnen und Patienten sowie der Beitragszahlenden stehen. In ihrem Sinne müssen Strukturen verändert, Prozesse verbessert und Innovationen eingesetzt werden.

In der vergangenen Legislaturperiode wurde die Digitalisierung durch verschiedene Gesetzesinitiativen, vor allem durch das Digitale-Versorgung-Gesetz, das Patientendaten-Schutz-Gesetz und letztlich das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz, vorangetrieben. Während hier bereits Schritte im Sinne einer besseren digitalen gesundheitlichen Versorgung für die Versicherten, Patientinnen und Patienten unternommen wurden, besteht weiterhin erhebliches Potenzial zur Optimierung.

Das vorliegende Positionspapier beschreibt den zentralen Weiterentwicklungsbedarf im Querschnitt der Digitalisierung des Gesundheitswesens und fordert konkrete gesetzliche Änderungen.

Das Wichtigste in Kürze

Die Kosten der Digitalisierung lasten derzeit auf den Schultern der Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenkassen. Gleichzeitig werden mehr und mehr Entscheidungsbefugnisse staatlichen Einrichtungen übertragen und parallel die Handlungsfähigkeit der sozialen Selbstverwaltung zunehmend geschwächt. Dieses Ungleichgewicht muss beseitigt werden, sowohl durch eine faire Verteilung der Kosten auf alle Akteure des Gesundheitswesens als auch durch relevante Kompetenzübertragungen im Zuge der Digitalisierung an die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die sie tragende soziale Selbstverwaltung.

Zentrale Aspekte wie der zukunftsgerichtete Ausbau der Telematikinfrastruktur (TI), die Herstellung von Interoperabilität im Gesundheitswesens sowie die Harmonisierung des Datenschutzes müssen in ihrer Umsetzung und unter entscheidender Beteiligung der GKV auf den Nutzen für die Versicherten respektive die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems ausgerichtet werden. Gleichzeitig müssen neue Technologien, Methoden und Wirkstoffe denselben hohen Standards der evidenzbasierten Medizin entsprechen wie ihre traditionellen Pendanten. Statt auf entsprechende Prüfungen und Bewertungen zu verzichten, müssen die etablierten Verfahren weiterentwickelt werden.

Positionspapier zur Digitalisierung von Gesundheit und Pflege

Schlüsselanwendungen wie die elektronische Patientenakte (ePA) müssen der Nukleus eines neuen digitalen Ökosystems werden, das auf die Versicherten ausgerichtet ist und in dem sie ohne Medienbrüche auf alle Daten und Informationen zu ihrer Gesundheit an einem Ort zugreifen können. Die direkte Schnittstelle zu den Versicherten und somit die Gestaltung des Zugangs zum System ist dabei ohne Ausnahme die Aufgabe der Krankenkassen.

Bei der Einführung und Nutzung neuer Technologien und Verfahren müssen die Würde, die Autonomie und die Mündigkeit der Versicherten geschützt und sichergestellt werden. Alle Akteure des Gesundheitssystems sowie die Wirtschaft müssen die Unterschiedlichkeit im Adaptionspotenzial der Digitalisierung durch die Versicherten mitdenken und – wo nötig – Unterstützung bei der Transition und dem gleichwertigen Zugang zur Versorgung leisten.

Ein wichtiger Faktor ist dabei die Erhöhung der Digitalkompetenz auch für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, Behörden und gesundheitliche Einrichtungen. Damit einhergehen muss die Erreichung fachlich definierter digitaler Reifegrade sowohl hinsichtlich der Kenntnis digitaler Behandlungsmethoden als auch bezüglich der Etablierung digitaler Prozesse im Praxis- und Krankenhausalltag, des Aufbaus der dafür notwendigen Hard- und Software-Infrastruktur sowie des Anschlusses an die TI und der Nutzung ihrer Anwendungen.

Gleichzeitig muss die transparente und niedrigschwellige Darstellung des Versorgungsspektrums dazu beitragen, Patientenpfade in der gesundheitlichen Versorgung zu optimieren sowie den Versicherten informierte Entscheidungen bei der Leistungserbringerwahl ermöglichen.

Systemische Voraussetzungen

1. Finanzierung, Wirtschaftlichkeit und Nutzen

Der derzeitige Umgang mit den Mitteln der Solidargemeinschaft hat zu einem Allzeithoch der Ausgaben geführt. Die Maßnahmen zum Vorantreiben der Digitalisierung sind hier relevante Kostentreiber – besonders die Finanzierung des Ausbaus der TI und die Anbindung ihrer Teilnehmenden sowie die Kostenübernahme der Gematik und ihrer Projekte.

Es ist nachvollziehbar, dass eine systemische Umwälzung wie die der Digitalisierung zunächst Kosten verursacht, bevor Einsparpotenziale gehoben und Versorgungsverbesserungen erreicht werden können. Scharf zu kritisieren ist jedoch die derzeitige Lastenverteilung. Während alle Akteure des Gesundheitssystems von den Vorzügen der Digitalisierung profitieren und sie für die Gesundheitswirtschaft eines der maßgeblichen Wachstumsfelder mit beträchtlichen Umsatzversprechen darstellt, müssen die Beitragszahlenden der GKV in weiten Teilen allein dafür aufkommen.

Dies zeigt sich auch im nonchalanten Umgang hinsichtlich mit der Einführung neuer digitaler Leistungen. Zum einen hat der Gesetzgeber der GKV bei den Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) die notwendige Handhabe vorenthalten, hinsichtlich der Preisbildung Verhandlungen mit Herstellern bereits ab Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog zu führen. Dies hatte Preissteigerungen zwischen 400 und 600 % im Vergleich zum Selbstzahlermarkt zur Folge. Zum anderen wurde, um eine schnelle Implementierung sicherzustellen, auf bewährte Methoden zur Nutzenbewertung verzichtet, sodass bei hohen Kosten der Mehrwert für die Versicherten und das System ungewiss bleibt.

Diese Praxis darf sich nicht fortsetzen. Die Digitalisierung stellt ohne Zweifel neue Herausforderungen an die bewährten Methoden zur Bewertung und Anwendung beispielsweise von Hilfsmitteln. Doch grundsätzlich müssen auch hier die hohen Standards der evidenzbasierten Medizin gelten. Wo dies aufgrund der Neuartigkeit und Spezifikation von modernen Technologien oder Anwendungen nicht möglich ist, müssen die Nutzenbewertungs-, Evidenzgewinnungs- und Bewertungsverfahren entsprechend weiterentwickelt werden, statt darauf zu verzichten. Dies muss mit flexiblen Preisbildungsmodellen gepaart werden, die entstehende Risiken auf die Hersteller und Anbieter verlagern und vor allem dann greifen, wenn der erwartete Mehrwert für die Versicherten und ihre gesundheitliche Versorgung nicht nachgewiesen werden kann.

Dies wird langfristig dazu beitragen, die Belastung der Beitragszahlenden in der GKV im Zuge der Digitalisierung zu senken. Gleichzeitig muss auf weiteren Ebenen entgegengesteuert werden – um

Positionspapier zur Digitalisierung von Gesundheit und Pflege

nur drei zu nennen: Die Weiterentwicklung der TI und die Implementierung ihrer Anwendungen müssen bedeutend zukunftsgerichtet und wirtschaftlicher ausgerichtet werden. Die Krankenkassen müssen die Möglichkeit erhalten, die von ihnen erhobenen Daten für die Verbesserung der Versorgung sowie zur Nutzung von Effizienzpotenzialen einzusetzen. Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer müssen an den Kosten für die Anbindung an die TI sowie die Nutzung ihrer Anwendungen beteiligt werden.

2. gematik

Seit der Übernahme von 51 % der Gesellschafteranteile durch den Bund wurde die gematik kontinuierlich gestärkt und hat erhebliche Kompetenzzuwächse erfahren. Ihr Budget und Personal wurden in beträchtlichem Maße aufgestockt. Gleichzeitig ist die Gesellschafterversammlung, das oberste Gremium der gematik, faktisch entmachtet, da Entscheidungen jederzeit auch gegen die Stimmen der Akteure der Selbstverwaltung möglich und an der Tagesordnung sind.

Auf diesem Weg ist die gematik in den vergangenen Jahren einflussreich zu einem der entscheidenden Akteure des Gesundheitssystems geworden, die nicht nur Regulierungs- und Steuerungsfunktionen innehat, sondern außerdem unternehmerisch tätig wird und direkte Schnittstellen zu den Versicherten erhalten soll. Gleichzeitig verfügen weder der Deutsche Bundestag noch die Selbstverwaltung derzeit über geeignete Mittel, Fehlentwicklungen der gematik entgegenzusteuern oder diese zu sanktionieren.

Es ist daher zum einen dringend notwendig, eine ordnungspolitische Diskussion darüber zu führen, was Rolle und Ziel der gematik sein sollen. Ihre systemische Funktion muss klar eingegrenzt und auf die Unterstützung des Solidarsystems und seiner Akteure ausgerichtet werden.

Zum anderen müssen Rollen, die der gematik konkrete fachliche Aufgaben einräumen, an die Selbstverwaltung (zurück-)gegeben werden. Eine direkte Schnittstelle der gematik zu den Versicherten, wie sie beispielsweise durch die E-Rezept-App geplant ist, ist unnötig und wird entschieden abgelehnt. Darüber hinaus sollten, wo immer Wettbewerb möglich und sinnvoll ist, der Markt oder die Krankenkassen diese Funktionen übernehmen.

3. Telematikinfrastruktur

Die Zukunft der digitalisierten Gesundheit ist mobil, software- und cloud-basiert. Die TI muss in den kommenden Jahren entsprechend effizient auf hardware-arme und dezentrale Lösungen ausgerichtet werden, um Basis für flexible, interoperable, vernetzte und hocheffiziente Systeme im

Positionspapier zur Digitalisierung von Gesundheit und Pflege

Gesundheitswesen zu werden. Dies setzt den zeitnahen Austausch der vorhandenen Hardware-Lösungen sowie die Vermeidung von Insellösungen voraus.

Auf dieser Basis muss dann der weitere Anschluss von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern an die TI gedacht und umgesetzt werden. Unnötige Kosten für Hardware-Komponenten, die schon kurze Zeit später ausgetauscht oder durch Software-Lösungen ersetzt werden, sind zu vermeiden. Hinsichtlich der Finanzierung muss endlich zu einer funktionalen Pauschalregelung gefunden werden, die Zahlungen für Anschluss, Updates etc. effektiv deckelt, statt im Zweifelsfall Ausnahmen und zusätzliche Kosten zu generieren.

Grundsätzlich muss eine dem effektiven Nutzen der jeweiligen Anwendung/Komponente entsprechende Beteiligung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer an den Aufwendungen sichergestellt werden. Im Gegenzug müssen die Software-Lösungen so ausgestaltet sein, dass den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern keine unnötigen Kosten durch teure Hardware entstehen, sondern die in ihren Einrichtungen vorhandenen bzw. handelsüblichen Endgeräte verwendet werden können. Die derzeitige Situation, dass die Hersteller der Hard- und Software-Komponenten ein faktisches Monopol innehaben und so Preise am Markt diktieren können, ist nicht akzeptabel und darf sich bei späteren Software-Lösungen nicht wiederholen.

4. Interoperabilität

Interoperabilität ist ein maßgeblicher Faktor, um das Gelingen der Digitalisierung im Gesundheitssystem sicherzustellen. Derzeit ist sie als Aufgabe bei der gematik verortet, ihr Erreichen wird somit von der Solidargemeinschaft finanziert. Profitieren wird von den getroffenen Regelungen jedoch vor allem auch die Wirtschaft, was die Wegfindung zu einer gesamtwirtschaftlichen und nicht zu einer alleinigen Aufgabe der GKV und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) macht. Entsprechend müssen auch die Kosten verteilt werden.

Gleichzeitig muss die Selbstverwaltung bei der Festlegung interoperabler Standards entscheidend eingebunden werden. Derzeit wird sie nur durch die gematik vertreten, die Lösungen und Input jedoch nicht in Absprache mit den Kranken- und Pflegekassen, sondern in Abstimmung mit den Industrieverbänden sucht. Hier müssen dem GKV-Spitzenverband ausreichende Kompetenzen eingeräumt werden, den Kassen hinsichtlich der Maßnahmen zur Interoperabilität Handlungsspielraum für Innovationen und neue Versorgungsangebote zu verschaffen.

5. Datenschutz

Der Schutz der Daten der Versicherten ist ein zentrales Anliegen und hat hohe Priorität für die Solidargemeinschaft. Derzeit sieht sich die GKV allerdings einer durch sie nicht auflösbaren Zwangslage ausgesetzt zwischen bundesgesetzlichen Regelungen sowie europarechtlichen Auslegungen durch den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit.

Die Regelungen zur ePA, an der sich die Situation entzündet hat, sind dabei nur ein Musterbeispiel für die widerstreitenden Ansichten zur Gewichtung von Datenschutzregelungen im Verhältnis zum individuellen und systemischen Nutzen getroffener Maßnahmen. Dieser Dissens ist nicht nur schädlich für das weitere Vorankommen bei der Digitalisierung, sondern muss darüber hinaus schnellstmöglich beigelegt werden, um das Vertrauen der Versicherten in die ePA zu stärken, aber auch um sie für zukünftige Anwendungen zu gewinnen.

Ziel muss es sein, Datenschutz im Sinne der Versicherten zu betreiben, der auf der einen Seite deren Rechte und Freiheiten schützt und auf der anderen Seite stets den Nutzen der jeweiligen Maßnahme abwägt, sodass Datenschutz am Ende nicht zur Bremse bei sinnvollen Versorgungsverbesserungen wird. Zur einheitlichen Anwendung datenschutzrechtlicher Regelungen sollte eine Harmonisierung der Aufsichtspraxis in diesem Bereich durch die jeweils zuständigen Datenschutzbeauftragten für alle gesetzlichen Krankenkassen angestrebt werden.

6. IT- und Cybersicherheit

Der Schutz vor Angriffen kritischer Strukturen in Deutschland ist eine bundesweite Aufgabe, die nicht nur den Gesundheitssektor betrifft. Um hier flächendeckend hohe und verpflichtende Sicherheitsstandards gewährleisten zu können, muss der Gesetzgeber entsprechende Rahmenbedingungen schaffen und Vorgaben für alle Nutzerinnen und Nutzer bzw. Teilnehmer der TI aufstellen.

7. Vernetzung der Sozialleistungsträger

Die Digitalisierung eröffnet Chancen, den Abbau von Bürokratie und die Nutzung von Synergien bei der Vernetzung und Umsetzung von Digitalisierungsprozessen und Leistungen zwischen den Sozialleistungsträgern zu forcieren.

Potenziale bestehen beispielsweise bei der Datenübermittlung im Zuge der Umsetzung von Erstattungsverfahren. Während zwischen den gesetzlichen Krankenkassen sowie zwischen der Bun-

desagentur für Arbeit und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung Möglichkeiten zu einem direkten Datenaustausch eröffnet wurden, fehlen noch immer entsprechende Verfahren im Verhältnis zu anderen Sozialleistungsträgern.

Auch im Bereich der Durchführung von Auftragsleistungen für die gesetzliche Unfallversicherung mangelt es an digitalen Prozessen für die erforderlichen Melde-, Auftrags- und Abrechnungsverfahren im Rahmen der Berechnung und Auszahlung von Verletzten-, Kinder- und Übergangsgeld zwischen Krankenkassen und Verwaltungsbehörden. Diese sollten perspektivisch von den Sozialleistungsträgern erarbeitet und gesetzlich verankert werden, um Verwaltungsaufwand zu reduzieren, Verfahren zu beschleunigen und den Versicherten einen schnellen und reibungslosen Ablauf der beantragten Verwaltungsleistungen anbieten zu können.

Hier muss der eingeschlagene Weg perspektivisch vor allem auch auf die Zusammenarbeit mit Verwaltungsbehörden hinsichtlich der Leistungen im Bereich der Krankenbehandlung nach dem neuen SGB XIV ausgeweitet werden.

8. Datentransparenz

Ab 2023 wird mit dem Forschungsdatenzentrum beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ein für die Forschung, Planung und Steuerung der Versorgung einzigartiger Datenkranz zur Verfügung stehen. Er wird neue Möglichkeiten bieten, um z. B. Über-, Unter- und Fehlversorgung besser zu erkennen und differenzierte Steuerungsmaßnahmen ergreifen zu können. Hierzu sollte auch dem GKV-Spitzenverband sowie den Krankenkassen die effiziente und schnelle Nutzung der von ihnen erhobenen Daten zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben ermöglicht werden.

Gleichzeitig bietet die Digitalisierung in gegenwärtigen Verfahren zur Erhebung von Daten zur Qualitätsmessung neue Möglichkeiten, Prozesse zu beschleunigen und eine effiziente Erhebung von qualitätsrelevanten Leistungsmerkmalen zu realisieren. Dies gilt für sämtliche Sektoren und Leistungsbereiche. Ziel muss es daher sein, die Effizienzgewinne der Digitalisierung dazu zu nutzen, den Gehalt und die Qualität der Leistungsdaten stetig zu verbessern, neue Datenquellen zu erschließen und zu integrieren sowie gesetzlich innovative Wege der flexibleren Auswertung für die Versorgung zu erschließen.

9. Datennutzung

Die Nutzung von Real World Data wird intensiv diskutiert. Differenzierte und schnell verfügbare qualitätsgesicherte Daten bieten für die Versorgung die Chance, Reaktionszeiten zu verkürzen

Positionspapier zur Digitalisierung von Gesundheit und Pflege

und sowohl flexibler als auch differenzierter steuernde Maßnahmen ergreifen zu können. Hier können die GKV auf Grundlage des Vorrats an Routine-, Register- und neuen Versorgungsdaten, aber auch Institutionen wie der Gemeinsame Bundesausschuss, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen u. a. einen wichtigen Beitrag leisten.

Die Nutzung digitaler Technologien für klinische Entscheidungen in Diagnostik und Therapie wird immer relevanter. Hinsichtlich ihrer Bewertung müssen dabei dieselben hohen Standards der evidenzbasierten Medizin für neue Methoden im Zuge der Digitalisierung gelten wie bei anderen neuen Verfahren. Neue Produkte mögen neue Methoden und Wege der Datenerhebung erforderlich machen. Die Ansprüche an ihre Qualität und Aussagekraft für den Nutzen und die Schadensvermeidung müssen davon jedoch unberührt bleiben. Für die fundierte Bewertung des Nutzens sind in der Regel weiterhin prospektiv geplante randomisierte kontrollierte Studien notwendig, bei denen digitale Erfassungsmethoden die Durchführung jedoch erweitern und erleichtern können.

Gleichzeitig müssen neue Marktzugänge wie bei DiGA oder Arzneimitteln für neuartige Therapien Hand in Hand mit der Weiterentwicklung der Nutzenbewertungs-, Evidenzgewinnungs- und Bewertungsverfahren gehen. Die Erweiterung der für Verhandlungszwecke nutzbaren Daten ist dafür ebenso unumgänglich wie verlängerte Speicherfristen für Abrechnungsdaten und neue Erstattungsformen, die das Risiko der Vorleistung auf alle beteiligten Parteien verteilen und nicht nur der Solidargemeinschaft anlasten.

Außerdem muss es der SPV und der GKV ermöglicht werden, die Sozialdaten auch für die Leistungs- und Angebotssteuerung sowie die Beratung der Versicherten zu nutzen.

10. Rechtssicherheit und ethische Grundsätze

Die Nutzung neuartiger Technologien wie Künstliche Intelligenz oder Robotik kann für die Betreiber mit einem erheblichen Risiko verbunden sein, solange der rechtliche Rahmen unklar ist. Um die Entwicklung von Innovationen und deren Implementierung im deutschen Gesundheitssystem zu fördern, ist es daher von großer Bedeutung, gesetzliche Klarheit hinsichtlich ihrer Anwendung zu schaffen. Gleiches gilt für Haftungsfragen und Eigentumsverhältnisse von Daten und Methoden.

Zur gleichen Zeit kann die Einführung zweifelhafter oder überschätzter Digitalisierungsmaßnahmen gesundheitliche Belastungen für die Versicherten sowie finanzielle für das Gesundheitssystem verursachen. Um das zu verhindern, braucht es einen an Nutzen und Wirtschaftlichkeit ausgerichteten adaptiven Rahmen, der beschleunigten Innovationszyklen gerecht wird.

Positionspapier zur Digitalisierung von Gesundheit und Pflege

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens wirft außerdem ethische Fragen auf, die Würde, Autonomie und Mündigkeit der Versicherten betreffen. Die Einführung und Nutzung neuer Technologien in der Medizin und Pflege, aber auch die Aus- und Umgestaltung des Gesundheitssystems und seiner Angebotsstruktur müssen daher grundlegend von entsprechenden Reflexionen begleitet werden. Politik muss hier die nötigen Weichen stellen und den Diskurs in die Gesellschaft tragen, wie wir zukünftig Gesundheitsdaten und digitale Innovationen rechtlich fundiert, gemeinwohlorientiert und ethisch vertretbar verwenden wollen.

1.1. Internationalisierung der digitalen Gesundheit

Daten und digitale Gesundheit machen nicht an Landesgrenzen halt. Umso wichtiger ist es, die daraus entstehenden Vor- und Nachteile zu analysieren und die richtigen Schlüsse hieraus zu ziehen. Grundlage für die nächsten Schritte sind der interoperable, (rechts-)sichere und schnelle Datenaustausch in Europa sowie die Bündelung von Forschung und Entwicklung.

Als Grundlage dafür muss ein Rechtsrahmen fungieren, der sich an den systemischen Voraussetzungen der EU-Mitgliedstaaten orientiert. Es dürfen lediglich Maßnahmen umgesetzt werden, die die Qualität der Versorgung, den Datenschutz und die Sicherheitsstandards in den Mitgliedsländern erhöhen oder mindestens den Standards der TI entsprechen.

Vor allem aber braucht es klare Regeln für die Internationalisierung der Gesundheitsdaten im Sinne der Versichertengemeinschaft. Es muss stets transparent und für die Versicherten leicht verständlich sein, wie welche Daten und zu welchem Zweck nach der Übermittlung ins Ausland verarbeitet werden.

Zugang zur digitalen Gesundheitsversorgung

1. Unterschiedlichkeit der Versicherten

Bei allen Chancen und Vorzügen der Digitalisierung darf nicht vergessen werden, dass sie in erster Linie auf die Verbesserung der Versorgung und somit auf die Versicherten ausgerichtet sein muss. Individuelle Einstellung, Alter, Geschlecht, Bildung, pflegebedingte und behinderungsspezifische Besonderheiten sowie weitere Merkmale, aber auch mangelnde Standards bei der Gebrauchstauglichkeit sorgen dafür, dass unterschiedliche Zugänge und Grade der Akzeptanz hinsichtlich der digitalen Gesundheitsversorgung bis hin zu ihrer vollständigen Ablehnung existieren.

Es ist wichtig, dass für alle Versicherten ein adäquater Zugang zur Versorgung erhalten bleibt. Zugang zu Innovationen muss dabei für alle sichergestellt sein, während Skepsis von einigen

nicht die systemische Verbesserung für viele verhindern darf. Hier kann ein System der verschiedenen Geschwindigkeiten etabliert werden, welches es den Versicherten erlaubt, sich in ihrem Tempo auf neue Versorgungsformen einzulassen. Im Dialog mit Patientengruppen und -organisationen müssen die jeweiligen Bedarfe erhoben und Maßnahmen nah an deren Bedürfnissen umgesetzt werden.

Hier ist es beispielsweise im Kontext der Langzeit- bzw. Altenpflege notwendig, das Nebeneinander von konventionellen und digitalen Angeboten pflegerischer bzw. betreuender Interventionen im Blick zu behalten und dabei einerseits eine spezifische Kosten-Nutzen-Analyse und andererseits die explizit personenzentrierte Ausrichtung von Pflege zu berücksichtigen.

2. Erhöhung der Digitalkompetenz

Einen angemessenen Zugang zu digitalen Angeboten für die Versicherten zu ermöglichen, ist essenziell für das Gelingen der Digitalisierung des Gesundheitssystems. Ein erster Schritt ist, dass Kranken- und Pflegekassen ihren Versicherten dazu Leistungen anbieten können. Klar ist jedoch, dass dies allein nicht ausreichen wird, um der Aufgabe gerecht zu werden. Die Vermittlung von digitaler (Gesundheits-)Kompetenz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe – von der Kindheit an bis ins hohe Alter –, die vor allem für vulnerable Gruppen staatlich organisiert und gefördert sein muss. Eine zentrale Funktion bei der Zielerreichung kommt dabei der Bildungspolitik zu, die sich der Aufgabe stellen muss, das bedeutsame Thema der digitalen Gesundheitskompetenz in die Curricula und den Alltag in Schulen und weiteren Ausbildungseinrichtungen zu integrieren.

Gleichzeitig wird nur ein konsequenter Kompetenzaufbau bei allen Versorgungsbeteiligten, Ärztinnen und Ärzten, Pflegeeinrichtungen, Kranken- und Pflegekassen sowie anderen Organisationen, zielführend sein. Insbesondere die Hersteller patientenorientierter digitaler Lösungen sind hier gefordert, Produkte und Angebote mit und für spezifische Zielgruppen zu entwickeln und deren Funktionsweise adäquat zu vermitteln, sodass die abgegebenen Produkte für die Nutzerinnen und Nutzer einen spürbaren und belegbaren Mehrwert aufweisen.

3. Zentrale digitale Anwendungen und Prozesse

Die ePA ist eine große Chance für unser Gesundheitssystem und für die Verbesserung der Versorgung der Versicherten. Ihre Kernfunktionen allein versprechen bereits diverse Vorteile, doch ihr tatsächliches Potenzial wird sie dann entfalten, wenn sie als Nukleus eines neuen Ökosystems digitaler Angebote verstanden wird. Als Dreh- und Angelpunkt der modernen Versorgung kann sie als zentrale, zukunftsfähige, sichere und agile Zugangs- und Schnittstelle zu allen Bereichen des Gesundheitswesens fungieren.

Ziel muss es somit sein, alle gesundheitlichen Anwendungen der Versicherten auf deren Wunsch hin interoperabel, anwenderfreundlich, verpflichtend und sicher in die ePA münden zu lassen, so dass die Versicherten sowie durch sie beauftragte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, Pflegeeinrichtungen und Institutionen auf alle notwendigen Daten zugreifen können, die ihre optimale Versorgung garantieren. Parallele Plattformen und Anwendungssysteme würden die Benutzerfreundlichkeit sowie die Akzeptanz der Versicherten gegenüber digitalen Anwendungen einschränken und müssen daher vermieden werden.

Gleichzeitig sollten die Selbstverwaltung bzw. die Krankenkassen eine stärkere Rolle bei der Digitalisierung der Versorgungs- und insbesondere der Verordnungsprozesse ausüben. Diese stärkere Rolle sollte beispielsweise durch Erprobungsräume für kassenindividuelle Digitalisierungslösungen geschaffen werden, sodass die Krankenkassen verstärkt die Möglichkeit erhalten, entsprechende Pilotvorhaben durchzuführen, in denen digitale Lösungen beispielsweise in Antrags-, Genehmigungs- oder Abrechnungsverfahren zunächst erprobt werden.

Das betrifft insbesondere elektronische Verordnungen. Hier werden derzeit begrüßenswerte Regelungen getroffen, die schrittweise die Ablösung von Verordnungen ärztlich veranlasster Leistungen auf Papier durch digitale Verfahren vorsehen. Es fehlt jedoch in vielen Fällen an einer ganzheitlichen Auseinandersetzung mit den zugrunde liegenden Prozessen. Am Beispiel der ärztlichen Verordnung zeigen sich derzeit gesetzgeberische Lücken in Bezug auf Prozessschritte, die der eigentlichen Verordnung folgen. So adressieren bisherige gesetzliche Regelungen und Entwürfe zwar die elektronische Ausstellung der Verordnung. Die nachgelagerten Prozesse, insbesondere bei Leistungen, welche die Krankenkassen genehmigen müssen, werden jedoch ausgeblendet. Derzeit ist nicht klar, inwieweit die Krankenkasse Zugriff auf eine Verordnung erhält, um ein Genehmigungsverfahren durchzuführen. Es ist erforderlich, den Digitalisierungsprozess ganzheitlich anzulegen und die maßgeblich zugehörigen gesetzlichen Grundlagen so auszurichten, dass in Bezug auf die ärztliche Verordnung sowie hinsichtlich der weiteren Folgeprozesse digitale Gesamtlösungen geschaffen und damit erforderliche Daten bei den jeweiligen Akteuren verfügbar gemacht werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die gesetzten Ziele der Digitalisierungsstrategie konterkariert werden mit dem Effekt, dass anstelle eines effizienten, einheitlichen digitalen Prozesses komplexe und ineffektive Ersatzlösungen geschaffen werden.

In einem nächsten Schritt müssen außerdem weitere Versorgungsprozesse vollständig, verpflichtend und auf eindeutiger gesetzlicher Grundlage digitalisiert und mit den beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern vernetzt werden. Notwendig ist dies u. a. bei der Einleitung einer Leistung zur medizinischen Anschlussrehabilitation durch Krankenhäuser. Entsprechende

Positionspapier zur Digitalisierung von Gesundheit und Pflege

Anträge sowie ärztliche Befundberichte werden derzeit in der Regel noch immer per Fax vonseiten des Krankenhauses an die Krankenkasse übermittelt. Vertragliche Vereinbarungen auf freiwilliger Basis sind hier weder geeignet, die erforderliche Rechtsklarheit insbesondere auch in Bezug auf datenschutzrechtliche Aspekte zu schaffen, noch eine flächendeckende Umsetzung zu erreichen.

Anwendung in der Praxis – Prävention, Diagnose, Behandlung und Pflege

1. Prävention, Eigenverantwortung und Selbstbestimmung

Die Digitalisierung stellt mit ihren Möglichkeiten im Bereich der Prävention eine wertvolle Erweiterung des bestehenden Angebotsspektrums dar. Ziel ist es, dass wirksame digitale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote zur Verfügung stehen, die die Versicherten dabei unterstützen, ihre Ressourcen für ein gesundes Leben voll auszuschöpfen.

Dabei gilt es, alters-, geschlechts-, pflege- und behinderungsspezifische Besonderheiten zu berücksichtigen und insgesamt der Vielfalt in der Gesellschaft gerecht zu werden. Insbesondere müssen Menschen mit verminderten Gesundheitschancen, z. B. aufgrund eines niedrigen Bildungsstandes, sowie vulnerable Personengruppen erreicht werden, um sie in ihrer gesundheitsbezogenen Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu unterstützen.

Auf der anderen Seite übernehmen viele Versicherte heute viel stärker als früher selbst Verantwortung für ihre Gesundheit, wobei digitale Tools eine Unterstützung für das gesundheitliche Selbstmanagement darstellen. Hier gilt es, der GKV die Möglichkeiten einzuräumen, Gesundheitsrisiken der Versicherten frühzeitig zu erkennen und diesen gemeinsam und individuell zugeschnitten vorzubeugen. Gleichzeitig muss die Möglichkeit der GKV ausgebaut werden, Angebote zu schaffen, die die Versicherten bei der Organisation ihres Weges durch die Phasen ihrer Erkrankung begleiten und bei der Auswahl von Leistungen im Sinne der Optimierung ihrer Gesundheitsversorgung unterstützen. Dabei spielt die stärkere Verknüpfung von Individualprävention, Setting und betrieblicher Gesundheitsförderung ebenso eine Rolle wie das Zusammendenken von Leistungen der Prävention und der gesundheitlichen Versorgung.

2. Patientenpfade

Versicherte haben bereits seit Langem einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. In der Versorgungsrealität besteht hier allerdings Verbesserungspotenzial. Im Rahmen des Kollektivvertrags bilden beispielsweise Praxisnetze einen vielversprechenden Ansatz, um die Koordination der verschiedenen Anbieter zu erhöhen und die Versorgung für Versicherte sowie Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer besser und effizienter zu organisieren.

Positionspapier zur Digitalisierung von Gesundheit und Pflege

Außerdem haben viele selektivvertragliche Konzepte inzwischen gute Möglichkeiten zur Versorgungssteuerung in den Regionen entwickelt. Sie zeigen, dass eine regionalspezifische Organisation der Versorgung als Ergänzung zum Kollektivvertrag einen sehr guten Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten kann. Die vorhandenen Optionen müssen daher konsequent ausgebaut werden.

Systemisch müssen schnellstmöglich ein umfassendes E-Termin- sowie E-Anamnese- und E-Entlassmanagement als Standard bei allen relevanten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern etabliert werden, die idealerweise über die ePA der Versicherten angesteuert werden können. Diese Maßnahmen können den Besuch der Versicherten bei Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern optimieren, den Kontakt von Erkrankten im Wartezimmer sowie Wartezeiten und Überlastung von einzelnen Akteuren reduzieren.

Zur gleichen Zeit ermöglicht es dieses Vorgehen, Daten von Plattformen wie dem DIVI-Intensivregister um tagesaktuelle Strukturmerkmale zu breiten Teilen der Versorgung zu ergänzen. Nicht nur im Pandemiefall liefert dies wertvolle Einblicke in Auslastung sowie Über- und Unterkapazitäten. Ergänzt um Daten der Qualitätssicherung schafft dies zusätzlich Transparenz hinsichtlich (über-)regionaler Leistungsangebote und ermöglicht somit eine datenbasierte, bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Planung über die Sektorengrenzen hinweg.

Dies kann mittelfristig ebenfalls zu Navigationsangeboten für Versicherte innerhalb der Versorgung führen, die auf Grundlage der ePA oder aktueller Vitaldaten im Bedarfsfall schnell die richtigen Türen in die Versorgung öffnen können sowie, vernetzt mit einer auf dieser Basis optimierten Notfallversorgung und den Leitsystemen der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, auch im Bereich der Notfallrettung enorme Potenziale heben.

Darüber hinaus muss es das Ziel sein, die Qualität der Versorgung durch eine transparente und niedrigschwellige Darstellung des Versorgungsspektrums zu erhöhen sowie den Versicherten informierte Entscheidungen bei der Leistungserbringerwahl zu ermöglichen auf Basis von datengestützten Vergleichen unterschiedlicher Qualitätsniveaus.

3. Leistungserbringer 4.0

Für die Digitalisierung sind die verschiedenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wie Pflegepersonal und die Kranken- und Pflegekassen auch, entscheidende Multiplikatoren – zum einen, weil sie an zentralen Stellen der Datengenerierung agieren, zum anderen, weil sie direkte Ansprechpartner der Versicherten sind. Umso wichtiger ist es, dass sie die Patientinnen und

Patienten sowie die zu Pflegenden bei der Transition zu digitalen Versorgungsformen unterstützen.

Der Aufbau der dafür notwendigen Hard- und Software-Infrastruktur, der Anschluss an die TI und die Nutzung ihrer Anwendungen stellen hier lediglich die Basis, nicht aber den an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gestellten Anspruch dar. Es braucht dringend leistungserbringer- sowie pflegespezifische, systemische sowie allgemeine Kenntnisse zu Leistungen, Angeboten und Prozessen der digitalen Gesundheitsversorgung, die durch die ärztlichen Fachgesellschaften festgelegt und als Teil der jeweiligen Digitalkompetenz erworben werden müssen.

Unter Einsatz etablierter Methoden muss auf dieser Basis regelmäßig der digitale Reifegrad von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern bestimmt werden. Dieser wird an für die verschiedenen Fachgruppen aufgestellten Benchmarks gemessen und ausgearbeitet, beispielsweise durch Einrichtungen der Selbstverwaltung, und dient nicht nur der Evaluation von Fördermaßnahmen, sondern auch als Qualitätsmerkmal und Orientierungshilfe für Zuweiser und Versicherte. Zu diesem Zweck können auch weitere Daten der Qualitätssicherung herangezogen werden, um weitere Leistungsbereiche in die Gesamtbetrachtung der jeweiligen Performance zu integrieren.

Die Anforderungen, die die Digitalisierung an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer stellt, sind hoch, werden jedoch durch Anreize wie Effizienz- und Qualitätssteigerung, Bürokratieabbau, Praxis- und Terminorganisation oder Patientensicherheit ausgeglichen. Es bedarf daher nur dann gezielt eines zusätzlichen finanziellen Anreizes, wenn die Implementierung kritischer Leistungen und Prozesse systemisch verhindert wird. Die derzeit geplante und von Leistungserbringerseite geforderte breite Sondervergütung für zukünftig alltägliche Leistungen ist daher unnötig und muss eingestellt bzw. abgelehnt werden.

4. Sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung

Eine Säule der Digitalisierung werden der Gebrauch eines gemeinsamen Vokabulars sowie einer gemeinsamen interoperablen, elektronischen Leistungs- und Behandlungsdokumentation sein – also die Standardisierung und die Organisation des Ineinandergreifens der verschiedenen medizinischen Klassifikationssysteme (SNOMED, ICD, Alpha-ID, LOINC etc.). Nur wenn die Ergebnisse medizinischer Untersuchungen, Tests und Therapien einheitliche und allgemein verständliche Datensätze bilden, können die darin steckenden Potenziale optimal genutzt werden.

Dies wird ebenfalls die Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern methodisch und qualitativ verbessern. Hier müssen zukünftig gemeinsame

Positionspapier zur Digitalisierung von Gesundheit und Pflege

Fallbesprechungen in Form von digitalen Indikation-Boards zwischen verschiedenen Fachabteilungen innerhalb eines Hauses, aber auch zwischen Ärztinnen und Ärzten des stationären sowie ambulanten Sektors oder Ärztinnen und Ärzten verschiedener Häuser zum Standard bei komplexen Krankheitsbildern werden. Dies betrifft auch den Bereich der Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegeeinrichtungen. Hier muss die Digitalisierung beispielsweise über telemedizinische Angebote einen maßgeblichen Beitrag dazu leisten, die Versorgung der Menschen mit Pflegebedarf zu verbessern.

Die gemeinsame Nutzung einer modernen und sicheren IT-Infrastruktur oder (Hoch-)Technologie im Software- und Hardware-Bereich, einschließlich des notwendigen Fachpersonals, erhöht dabei die Wirtschaftlichkeit und ermöglicht es auch kleineren Krankenhäusern, Praxen und Pflegeheimen, innovative Technologien einzusetzen bzw. die Kosten der Digitalisierung zu teilen. Gleichzeitig können durch Investitionen in solche Netzwerke oder Verbünde bedarfsnotwendige Häuser konsequent gestärkt und zur sektoren- bzw. versorgungsstufenübergreifenden Zusammenarbeit befähigt werden.

Die Digitalisierung hat außerdem großes Potenzial, Versorgungsprobleme insbesondere in ländlichen, strukturschwachen Regionen zu verbessern, beispielsweise über Angebote der telemedizinischen Versorgung. Voraussetzung dafür ist es, dass der Breitbandausbau gelingt und mittelfristig ein deutschlandweites 5G-Netz zur Verfügung steht, auf welches das digitalisierte Gesundheitssystem zuverlässig bauen kann. Natürlich kann die ärztliche bedarfsgerechte Versorgung auch künftig nicht allein durch telemedizinische Angebote sichergestellt werden. Die direkte Betreuung und der unmittelbare Kontakt zwischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und Versicherten müssen – wo sinnvoll oder nötig – hergestellt werden. Gleichzeitig ist es unumgänglich, dass der Nutzen telemedizinischer Angebote gegenüber bestehenden Angeboten abgewogen und anhand wissenschaftlicher Methoden belegt wird.

Um die telemedizinische Versorgung zu fördern, muss sie außerdem stärker in den allgemeinen Regelungsrahmen der ambulanten Versorgung integriert werden. Dies gilt insbesondere für das Zulassungsrecht. Darüber hinaus muss ausgeschlossen werden, dass telemedizinische Anbieter, die nicht an der regionalen Versorgung teilnehmen, lediglich die einfachen und damit wirtschaftlich lukrativen Fälle behandeln, während die komplexen Fälle durch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer vor Ort versorgt werden, was deren wirtschaftliche Grundlage untergraben und damit die Versorgung im ländlichen Raum weiter gefährden würde.