



Gesundheitspolitik in der Diskussion
Institut für Gesundheitssystem-Entwicklung



4 • 2019

DER DURCHBRUCH? – DIE DIGITALPLÄNE DES BMG AUS DEM BLICK DER AKTEURE



Jenseits von Paragraphen und Verträgen lebt unser Gesundheitssystem vom Gespräch und vom Austausch der Akteure. Vor allem Weiterentwicklungen unseres Gesundheitssystems finden nicht am Reißbrett statt, sondern im Diskurs der Akteure miteinander. Mit iX-Media wird diesem Austausch eine Plattform gegeben. Wir laden „auf allen Kanälen“ zum Dialog ein: Print, Audio und Video stehen Ihnen zur Verfügung, um Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Community mitzuteilen.

Mit Dr. Albrecht Kloepper, Dr. Jutta Visarius, Dr. Martina Kloepper und dem übrigen iX-Media-Team stehen langjährige Systemexperten hinter dem Projekt, die wissen wie gesundheitspolitisch der Hase läuft (und zukünftig laufen wird), die der Komplexität des Themas auch mit einfachen Worten gerecht werden können und denen auch die technischen Aspekte medialer Umsetzungen vertraut sind. Wenden Sie sich an uns – wir sind für Sie da!



GESUNDHEITSPOLITISCHER WOCHENRÜCKBLICK

Die iX-Highlights informieren immer montags über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und liefern relevante Hintergrundinformationen. In seinem gesundheitspolitischen Editorial bewertet Dr. Albrecht Kloepper ein herausragendes Wochenthema. In der Rubrik „Mondphasen“ kommen einmal im Monat Vertreter aus Politik oder Selbstverwaltung zu Wort. Aktuelle Dateien der Woche (Bundestagsdrucksachen, Studien etc.) können als Service zusätzlich kostenlos abgerufen werden.



GESUNDHEITSPOLITIK IN DER DISKUSSION

Die Zeitschriften-Reihe iX-Forum greift die großen gesundheitspolitischen Themen des Gesundheitswesens auf und bietet Ihnen die Möglichkeit, mit ausreichend Platz und in ansprechendem Rahmen Ihre Positionen, Ihre Ideen, Ihre Erkenntnisse der gesundheitspolitischen Szene mitzuteilen. Der Clou an der Sache: Die Hefte werden bundesweit an mehr als 2.500 gesundheitspolitische Entscheider und Meinungsführer versandt. – Wir sorgen dafür, dass Ihre Gedanken Beachtung finden!



GESUNDHEITSPOLITIK ZUM HÖREN

In monatlicher Folge widmet sich iX-Radio einem aktuellen gesundheitspolitischen Thema und lässt dazu die wichtigsten Entscheider zu Wort kommen. Erläuternde Moderationen beleuchten die Hintergründe und stellen das jeweilige Thema in den Kontext der unterschiedlichen Interessen. Ziel dabei ist, dass nicht nur die Szene sich selbst bespiegelt, sondern dass unser komplexes Gesundheitssystem auch Außenstehenden nahe gebracht wird.



VISUELLE PRÄSENZ IM GESUNDHEITSWESEN

iX-Spotlight ist die Video-Plattform für Ihre bildstarke Kommentierung des aktuellen Zeitgeschehens im Gesundheitssystem. Denn um überzeugende Statements sichtbar in Szene zu setzen, sind nicht nur eindrucksvolle Bilder ausschlaggebend, sondern vor allem auch fundierte Kenntnisse des Systems. Mit Dr. Martina Kloepper haben wir eine bühnen- und filmerfahrene Expertin im Team, die auch Sie medienwirksam „in Szene setzen“ kann.

Der Durchbruch? – Die Digitalpläne des BMG aus dem Blick der Akteure



- 4** **Editorial**
Dr. Jutta Visarius, Dr. Albrecht Kloepper
Herausgeber



- 6** **Es muss nicht immer die 100-Prozent-Lösung sein**
Dr. Jens Baas
Vorsitzender des Vorstands der Techniker Krankenkasse



- 9** **Der Durchbruch? – Die Digitalisierungspläne des BMG aus dem Blick der BARMER**
Prof. Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER



- 14** **Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen – sind wir auf dem richtigen Weg?**
Andreas Storm
Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit



- 18** **„Das Ziel muss sein, möglichst schnell vom Papier wegzukommen“**
Dr. Werner Baumgärtner
Vorstandsvorsitzender des MEDI GENO Deutschland e. V.



- 23** **E-Rezept muss schnell kommen, ohne Schnellschuss zu werden**
Mathias Arnold
Vizepräsident der ABDA – Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände e. V.



- 27** **„Das Auto ist eine vorübergehende Erscheinung“ oder die Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems**
Max Müller
Chief Strategy Officer DocMorris



- 31** **Ist das der Durchbruch? Die Digitalpläne des BMG aus Apothekersicht – Chancen und Potentiale für eine bessere Versorgung**
Norbert Peter
Vorstandsmitglied des Marketingvereins Deutscher Apotheker e. V.



- 35** **Digitalisierung mit Hochgeschwindigkeit? Eine Bilanz der Gesundheitspolitik unter Spahn**
Sebastian Zilch
Geschäftsführer des Bundesverbandes Gesundheits-IT – bvitg e. V.



- 39** **„Unsere Digitalisierungsoffensive hilft Start-Ups in den GKV-Markt“**
Benedikt Willeke
Geschäftsführer der itsc GmbH

Impressum

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

ein Heft, das nach Aufbruch riecht! Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem war lange Jahre zwar kontinuierlich im Gespräch, aber in der Versorgungsrealität kam davon nahezu nichts an. Fast schon eine Lachnummer das Gerangel um die elektronische Gesundheitskarte, die selbst die geringen Hoffnungen, die mit ihr verbunden waren, nicht einlösen kann. Ein Stück Plastik, das – wie so häufig im deutschen Gesundheitssystem – allenfalls Verwaltungs- aber keinerlei Versorgungsvorteile bietet. Damit, so der feste Wille von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, soll es jetzt vorbei sein. Und dieser frische Wind durchzieht tatsächlich nicht nur die Gesundheitspolitik des Ministers und die entsprechenden Berliner Diskussionen, er bläst auch durch das vorliegende Heft des iX-Forum, das sich den digitalen Aufbruch im Gesundheitswesen zum Thema gesetzt hat.

Tatsächlich sitzt der Schock tief: Untersuchungen der Bertelsmann Stiftung und der Europäischen Kommission belegen, dass Deutschland in Sachen Digitalisierung zwischenzeitlich auf die unteren Plätze „durchgereicht“ wurde – und das übrigens nicht nur im Gesundheitswesen. Ja, Deutschland ist nach wie vor ein global führender Technologiestandort, aber vielleicht sind die deutschen Kompetenzen – siehe Automobil- und Maschinenbau – eher analog ausgerichtet? Hier gilt es einen gesellschaftlichen Wandel zu initiieren, in dem das Gesundheitswesen eine wichtige aber vermutlich nicht die einzig führende Rolle spielen kann. Wichtig jedoch in jedem Fall, denn Digitalisierung auch im Versorgungsalltag als positive Erfahrung erleben zu können, hätten eine zentrale Treiberfunktion bei der digitalen Transformation der Gesellschaft, die ohne jede Frage kommen wird. Der in diesem Heft mehrfach formulierte Anspruch „einfach mal anfangen“, ist daher ein wichtiger Apell, der – mit aller gebotenen Vorsicht – auch im Gesundheitswesen Gültigkeit haben sollte.

Gerade deswegen sollten wir aber die in Digitalisierungsfragen beinahe schon sprichwörtlich gewordene „Milch-

kanne“ nicht vergessen: Wenn nämlich Digitalisierung helfen kann, so genannte „strukturschwache“ Regionen wieder stärker an das Versorgungsniveau der Metropolregionen anzubinden, dann liegt hier eine infrastrukturelle Herausforderung, die nicht allein vom Gesundheitssystem angetrieben werden kann – aber doch in hohem Maße.

Das zeigen die Beiträge aus der Ärzte- und Apothekerschaft in diesem Heft: Klug aufgesetzte digitale Angebote können natürlich zu weiten Teilen jene Lücken kompensieren, die durch ein dünner werdendes Netz physischer Versorgungsangebote hinterlassen werden. Hier aber müssen auch Infrastrukturleistungen jenseits des Gesundheitssystems bewältigt werden: Die Hausarztpraxis, die auf das Internet nur tröpfelnden Zugriff hat, kann von einem Datenaustausch mit dem Facharzt in der nächsten Großstadt und dem Apotheker im Nachbarort nur träumen. Das kann man, nach unserer Einschätzung, gar nicht oft genug sagen – und es sollte auch von den gesundheitspolitischen Verantwortungsträgern immer wieder thematisiert werden: Wir dürfen keine einseitig verengte Digitalisierungsdiskussionen aus der vergleichsweise komfortablen Situation der Metropolregionen führen! Die Chancen der Digitalisierung liegen nicht nur in einer besseren Versorgung, sondern sie liegen vor allem auch in der Sicherung von Zugängen zu einem sich kontinuierlichen weiterentwickelnden medizinischen Versorgungsstandard, der andernfalls eine neue Zwei-Klassen-Medizin – nämlich nach Stadt und Land – zu definieren droht.

Bei all dem dürfen wir – natürlich – den Datenschutz nicht vergessen. Was wir aber, gerade im Gesundheitswesen dabei auch thematisieren müssen, ist der möglich *Schaden*, der durch Datenschutz entsteht. Anders nämlich als in vielen anderen Lebensfeldern, ist Datenschutz im Gesundheitswesen nicht bloß notwendig, wenn auch – siehe DSGVO – manchmal etwas lästig. Im Gesundheitswesen kann es durchaus gravierende gesundheitliche Konsequenzen haben, Daten *nicht* zusammenzuführen. Die Einblicke, die beispielsweise Krankenkassen in die zum Teil abenteuerlichen Medikamentierungs-Situationen ihrer Versicherten haben, sollten jedenfalls nicht mit dem

bloßen Verweis auf den – zu Recht – geltenden Datenschutz ungenutzt brachliegen. Im Zweifelsfall können sie dem Patienten das Leben retten. Das Gespräch mit Datenschützern zeigt jedoch, dass wir von einem solchen „Schadens-Bewusstsein“ rigider Datenschutzkonzepte noch weit entfernt sind.

Das soll den Datenschutz nicht nachrangig betrachten, es lenkt aber den Blick darauf, das wir vor allem im Gesundheitswesen auf flexible Datenschutzkonzepte angewiesen sind, die die Datenhoheit jeweils beim Versicherten und Patienten belassen. Ich muss als Patient auch *weniger* Datenschutz haben können wollen, wenn mir dies aus medizinischer, pflegerischer oder sozialer Sicht geboten erscheint. Nicht etwa Facebook, sondern gerade das Gesundheitssystem könnte und sollte hier zu einem paradigmatischen Feld werden, um Bürgerinnen und Bürger an echte Datenkompetenz heranzuführen.

Von einem anderen Aspekt, der das digitale Leben im Gesundheitswesen etwas komplizierter macht soll abschließend die Rede sein. Denn allein mit der Patientensouveränität ist es nicht getan: Ärzte, Apotheken und andere Gesundheitsprofis müssen sich darauf verlassen können, dass die ihnen zur Verfügung gestellten Daten vollständig und medizinisch „state of the art“ sind. Die vom Patienten in eigener Verantwortung geführte Akte kann deswegen

nicht den alleinigen Datenpool zur medizinischen Versorgung darstellen. Auch der Austausch digitaler Profi-Daten muss gewährleistet sein. Hier denkt vielleicht der Minister in seiner aktuellen Euphorie nicht weit genug (oder zu populistisch?), aber natürlich kann die digitale Kommunikation zwischen Ärztin A und Apotheker B nicht auf der Grundlage einer vom Patienten eigenständig geführten und verwalteten Akte organisiert werden. Dass sich deswegen Versorgungs-Profis gelegentlich auch mahnend zu Wort melden – auch in diesem Heft – kann daher nicht verwundern: An Vitaldaten hängt nun mal buchstäblich das Leben. Auch ihre Seriosität, ihre Vollständigkeit und ihre Zuverlässigkeit müssen also gewährleistet sein. Das sieht bei Facebook und Instagram ganz anders aus.

Vor allem im Gesundheitswesen, sind also die Fragen, die mit der Digitalisierung zusammenhängen vielschichtig: Riesige Chancen stehen großen Risiken gegenüber. Gerade deswegen, hat es vielleicht in Deutschland etwas länger gedauert, und gerade deswegen ist es gut, dass es jetzt entschlossen vorangeht.

Diesen Aufbruch wollen wir mit dem vorliegenden Heft aus verschiedenen Perspektiven orchestrieren, und wir freuen uns, wenn wir und unsere Autoren Sie dabei in viele Richtungen zum Weiterdenken und Weiterhandeln anregen können.

*Wir wünschen Ihnen bei der Lektüre
ein kreativ-kritisches Vergnügen!*



Dr. Jutta Visarius



Dr. Albrecht Klopfer

Es muss nicht immer die 100-Prozent-Lösung sein

Dr. Jens Baas,
Vorsitzender des Vorstands
der Techniker Krankenkasse



Es geht vorwärts! Mit Volldampf treibt Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die Digitalisierung im Gesundheitswesen voran. Sein klares Ziel: Er will das digitale Entwicklungsstadium in Deutschland schnell überwinden. Das ist gut so. Dabei stößt Spahn nicht nur auf Freunde, sondern auch auf Bedenkenträger und Besitzstandswahrer. Ein Plädoyer für mehr Mut und Pioniergeist in der Gestaltung des digitalen Gesundheitssystems.

„Die Digitalisierung muss eigentlich bei allen Vorhaben mitgedacht werden“, formulierte es Spahn vor einigen Monaten so schön. „Weit entfernt“ seien wir von der Digital-Weltmeisterschaft, mahnt der Minister. Umso mehr gilt es nun, den Rückstand aufzuholen und ein patientenorientiertes, vernetztes Gesundheitssystem zu schaffen. Ein System, das Ärzte entlastet, Patienten bessere Versorgung anbietet und die steigenden Kosten dämpft. Sein Image als Macher und Digitalisierer im Gesundheitswesen hat er sich verdient, da zolle ich ihm Respekt. Ob die elektronische Patientenakte, das E-Rezept oder die digitale Vernetzung, Jens Spahn „schafft eine Menge weg“ wie die Kanzlerin sich diesen Sommer lobend über ihren Minister äußerte. Er baute auch in seinem Haus viel um: Der Aufbau einer eigenen Digitalabteilung und die Eröffnung des Health Innovation Hub sind wichtige Voraussetzungen und Impulsgeber für die Digitalisierung und die entsprechenden Gesetze gewesen.

Etwas bremst uns in Deutschland

Doch es gibt da etwas, das uns in Deutschland bremst, die Digitalisierung in der Geschwindigkeit voranzutreiben wie sie nötig wäre. Nötig, weil es ja keine Frage ist, ob die Digitalisierung im Gesundheitswesen kommt. Sie wird kommen, nur wer wird sie gestalten? Wir, oder die Tech-Riesen aus den USA und China? Eine Studie der Bertelsmann Stiftung sieht Deutschland auf Platz 16 von 17 untersuchten Ländern beim Digitalisierungsgrad im Gesundheitswesen – also tatsächlich weit entfernt von der Digital-Weltmeisterschaft.

Der Grund, weshalb es nur schwerlich voran geht, ist aus meiner Sicht ein ganz banaler: Das analoge System funktioniert und sehr viele Akteure leben gut darin. Da ist die Bereitschaft zu einer Veränderung natürlich gering. Aber der Fokus sollte auf die Versorgung der Menschen statt auf Interessenschutz gerichtet sein: Leben die Menschen gut mit dem System?

Welche Mehrwerte durch Digitalisierung können wir schaffen, welche neuen Angebote können die Versorgung verbessern?

Und dann ist da noch das Thema Transparenz. Die Digitalisierung wird vieles transparenter machen als es heute der Fall ist. Kontrolle über Abrechnungen und Befunde, striktere Dokumentation – natürlich werden auch alle Beteiligten im Gesundheitswesen transparenter, Kostenträger wie Leistungserbringer, Versicherte wie auch Patienten. Nicht klein ist die Gruppe derer, die diese Transparenz verhindern wollen.

Typisch deutsch: Der Anspruch nach Perfektion

Mit einer typisch deutschen Eigenschaft stehen wir uns darüber hinaus selbst im Weg: Unserem Anspruch an Perfektion. Wir haben den Anspruch, direkt mit einer hundertprozentigen Lösung zu starten und im Vorfeld alle Eventualitäten berücksichtigen zu wollen. Wir sind nicht mutig genug, auch Entwicklungsstadien zu durchlaufen, aus Fehlern zu lernen und Prozesse sowie Funktionalitäten digitaler Angebote zu optimieren.

Die elektronische Patientenakte ist dafür ein perfektes Beispiel. Sie bietet uns ein enormes Potenzial, die Versorgung zu verbessern. Ist so eine Akte in den skandinavischen Ländern schon längst im Einsatz, tun wir uns in Deutschland noch schwer, ein einheitliches Modell auf den Markt zu bringen. Jens Spahn hat das erkannt - und ab 2021 soll es dann ja auch so weit sein.

Nordeuropäischen Pioniergeist wagen

Perspektivwechsel: Den Mut, mit Pioniergeist die Digitalisierung zu gestalten, zeigen aus meiner Sicht Dänemark und Estland anschaulich. Bei einem Besuch bei unserem nördlichen Nachbarn kann man die – ich nenne es einmal „Start-up Attitüde“ – kennenlernen, die die Dänen antreibt: „Think big, start small, scale fast.“

Dort muss nicht alles beim ersten Mal groß ausgerollt und perfekt sein. Den Dänen ging es bei ihrer digitalen Patientenakte darum, erst einmal zu starten und aus dem Projekt heraus zu optimieren. Nichts anderes haben wir vor zwei Jahren mit unserer Gesundheitsakte TK-Safe gemacht: „Wir gehen mit TK-Safe voran, weil wir zeigen wollen, dass es geht“, war unser Motto. Ich denke, der Erfolg der Akte mit aktuell rund 200.000 Nutzern zeigt, dass diese Strategie erfolgreich war.

Ein ähnliches Bild in Estland, dem viel gelobten „Vorzeigeland“ der digitalen Gesundheit in Europa: Quasi von Null haben die Esten ihr Gesundheitssystem nach der Unabhängigkeit 1991 aufgebaut und dabei die Digitalisierung konsequent mitgedacht. Ständig haben sie optimiert und angepasst, Innovationen eingeführt. Auch wenn der Prozess in Estland – wie in Dänemark – staatsgetrieben ist, weitestgehend unter Ausschluss einer öffentlichen Debatte und teilweise unter datenschutzrechtlichen Bedingungen stattfand, wo uns hierzulande die Haare zu Berge stehen würden, so wünsche ich mir in Deutschland doch mehr Pioniergeist wie ihn die Esten und Dänen beweisen. Und ich wünsche mir, dass wir den Mut aufbringen, unseren Anspruch an Perfektion zugunsten eines höheren Marschtempos auch mal nachrangig zu betrachten.

Mit einem klaren Ziel vor Augen gemeinsam voranschreiten

„Debatte wertschätzen – miteinander ringen“, so beschreibt Jens Spahn seine politische Attitüde. Ich denke auch, dass wir mehr miteinander debattieren, schneller die beteiligten Interessengruppen im Gesundheitswesen an einen Tisch bringen und uns auf ein Ziel einigen müssen. Wir müssen eine klare Haltung einnehmen, den Menschen und seine Bedürfnisse in den Vordergrund zu rücken und unsere Innovationskraft stärken. Es erfordert den Mut, die Komfortzone und Interessenpolitik zu

verlassen, um ein übergeordnetes Ziel zu erreichen. Nämlich das Ziel, den Menschen einen echten Mehrwert für eine patientenorientierte, zukunftssichere Gesundheitsversorgung zu schaffen.

Jens Spahn hat den Mut, seine Ziele für das digitale Gesundheitswesen durchzusetzen, und er beweist, dass er es nicht scheut, auch unbequeme Wege zu gehen wie etwa beim Faire-Kassenwahl-Gesetz. Ich wünsche ihm, dass er auch genügend Ausdauer hat, diese Ziele umzusetzen. Wenn er es schafft, wird es sein Verdienst sein, wichtige Weichen gestellt zu haben, um das Gesundheitswesen in Deutschland in die Zukunft zu führen.

Der Durchbruch? – Die Digitalisierungspläne des BMG aus dem Blick der BARMER

Prof. Dr. Christoph Straub,
Vorstandsvorsitzender der BARMER



Die Digitalisierung verändert das Gesundheitswesen vom Grunde auf. Vieles war vor wenigen Jahren noch undenkbar – dazu gehören intelligente Pflaster, die eine Wundheilung überwachen, aber auch Kontaktlinsen, die stetig den Augeninnendruck messen. Die elektronische Patientenakte und die Telemedizin stehen in den Startlöchern oder haben erste Beispiele ihrer Leistungsfähigkeit gezeigt.

In anderen Ländern sind diese Dinge in der Medizin bereits Realität. Und trotzdem: In Deutschland steckt die Digitalisierung noch in den Kinderschuhen. Doch einige Akteure treiben sie trotz vieler Hürden voran. Gut so! Schließlich schlummert in der Digitalisierung enormes Potenzial, Diagnostik, Therapie und Früherkennung zielgenauer zu machen und so einen konkreten Nutzen für die Patientinnen und Patienten zu schaffen. Genau dieser Punkt liegt auch der BARMER sehr am Herzen.

Deutschland darf anderen Ländern nicht hinterherhinken

Medizinische Versorgung und Digitalisierung gehören heute fest zusammen. Doch ein unverkrampfter Umgang mit der neuen Technik ist im Gesundheitswesen nicht selbstverständlich. Dafür gibt es mehrere Gründe. Eine Rolle spielen sicherlich die Sorge vor zu viel Transparenz und die Gefahr, dass mit den persönlichen Daten der Versicherten Missbrauch betrieben werden könnte. Gleichzeitig darf Deutschland beim Thema Digitalisierung nicht länger hinter anderen Ländern hinterherhinken. Gesundheitsminister Jens Spahn drückt daher beim Thema Digitalisierung aufs Gaspedal. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sowie dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) hat der Minister entscheidende Grundlagen für eine durchgängige Vernetzung der Versicherten, Krankenkassen und Leistungsanbieter geschaffen und damit für ein Momentum gesorgt.

Digitalisierungspläne der Bundesregierung zeigen in die richtige Richtung

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen soll drastisch beschleunigt werden. Dafür sind die Pläne des Ministers die richtige Weichenstellung. Diese Einschätzung gilt vor allem für das DVG, das Anfang Juli das Bundeskabinett passierte. Dieses Gesetz schafft den Rahmen für die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Hinzu kommen das seit Mai dieses Jahres geltende Terminservice- und Versorgungsgesetz mit seinen Festlegungen zur elektroni-

schen Patientenakte, das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV), mit dem das elektronische Rezept eingeführt werden wird und schließlich das im Juli vom Bundeskabinett verabschiedete Masernschutzgesetz, in dem die digitale Dokumentation von Schutzimpfungen und die aktive (digitale) Erinnerung der Versicherten durch die Kasse ermöglicht werden soll.

Mehr Transparenz und Selbstbestimmung

Das Kernstück des Paketes ist das DVG. Das Gesetz bietet Patientinnen und Patienten mehr Transparenz und Selbstbestimmung und räumt gesetzlichen Krankenkassen mehr Möglichkeiten für digitale Angebote ein. Bereits mit dem TSVG hatte der Gesetzgeber wichtige Vorgaben zur elektronischen Patientenakte (ePA) gemacht. Entgegen der ursprünglichen Planung haben offene Fragen zum Datenschutz und der Datensouveränität verhindert, dass Regelungen zur ePA bereits in das DVG aufgenommen werden konnten. Nun will das Kabinett nach der Sommerpause die bislang offenen Punkte in einem eigenen Datenschutzgesetz beschließen. Das ist, neben den bereits skizzierten Vorteilen, die das DVG bietet, eine gute Entwicklung. Nur mit echtem persönlichen Nutzen für die Versicherten verbundene Inhalte machen die ePA zum Fundament einer sektorenübergreifenden Digitalisierung. Dass Krankenkassen als Treiber digitaler Versorgungsinnovationen und Gestalter digital gestützter Versorgungsprozesse gestärkt werden, ist zukunftsweisend. Die BARMER jedenfalls treibt die Digitalisierung im Gesundheitswesen maßgeblich voran. Wir spüren digitale Trends frühzeitig auf und fördern Start-ups. Darüber hinaus nutzen Versicherte über unsere BARMER-App digitale Anwendungen, mit denen beispielsweise Krankmeldungen online übermittelt oder Versicherte auf dem Smartphone an Vorsorgetermine erinnert werden. Auch ein digitales Zahnbonusheft und ein Impfplaner gehören dazu. Darüber hinaus können Versicherte der BARMER ihren Pflegeantrag bequem online stellen. Das dauert im Durchschnitt nur acht Minuten und nicht Stunden, wie in der Vergangenheit.

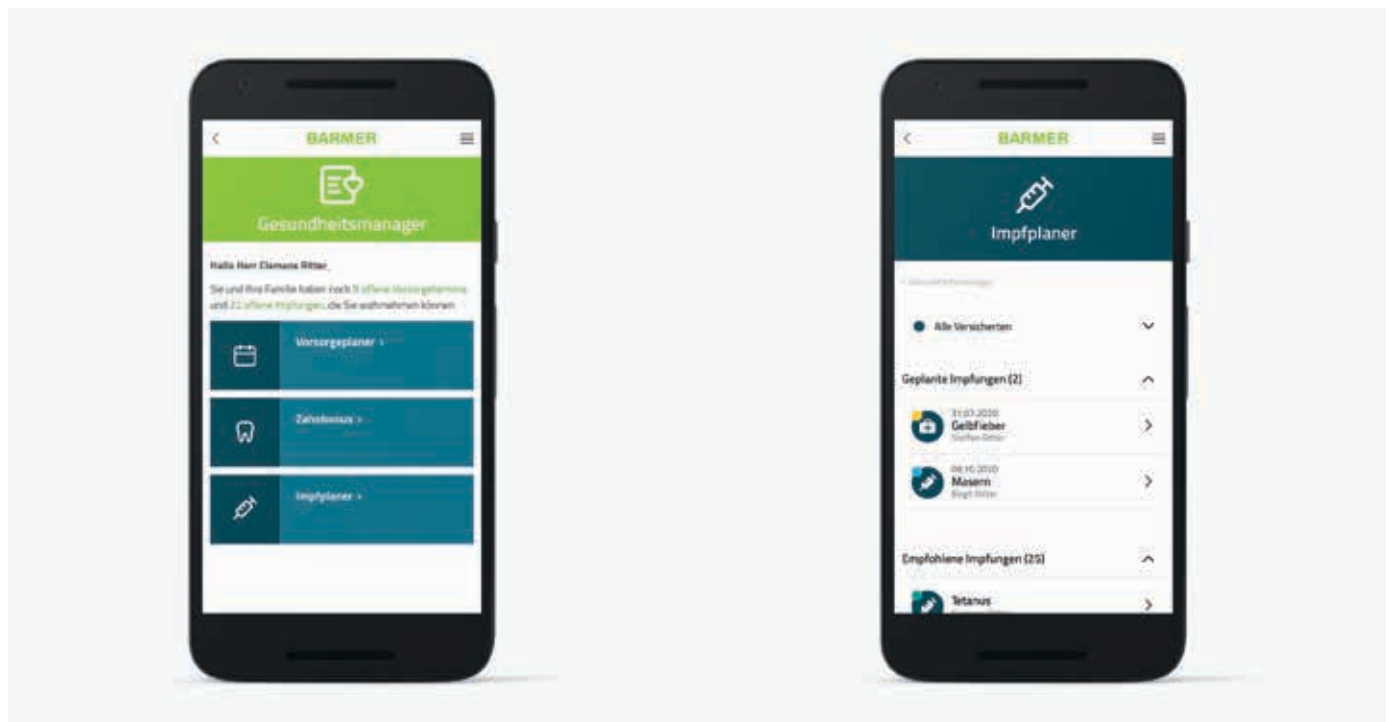
Leistungsstarke Telematikinfrastruktur als Basis der Vernetzung

Grundlage aller digitaler Vernetzung ist eine leistungsstarke Telematikinfrastruktur (TI). Arztpraxen und Krankenhäuser werden künftig finanzielle Einbußen hinnehmen müssen, wenn ihnen die TI-Anbindung nicht fristgerecht gelingt. Damit Apotheken die Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans vornehmen können, werden sie verpflichtet, sich bis zum 30. September 2020 an die TI anzuschließen. Weitere Leistungserbringer können sich freiwillig anbinden. Dazu gehören Hebammen, Physiotherapeuten sowie Pflegeeinrichtungen. All dies ist zu begrüßen. Dass die Kosten dafür von den gesetzlichen Krankenkassen im Sinne der Selbstkostendeckung refinanziert werden sollen, sorgt jedoch weder für eine Preisbewegung am Markt, noch übt das Druck auf die Industrie aus. Das zeigen die Erfahrungen mit den Konnektoren beim Anschluss der Arztpraxen an die TI.

Völlig neuer Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen

Mit dem DVG wird ein völlig neuer Anspruch der Versicherten auf digitale Gesundheitsanwendungen niedriger Risikoklassen eingeführt. Sie werden zunächst für ein Jahr von den Krankenkassen erstattet und müssen in ein amtliches, vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geführtes Verzeichnis eingetragen werden. Falls vom Hersteller kein positiver Versorgungseffekt nachgewiesen werden kann, wird die Leistung nicht mehr erstattet. Anbieter müssen auch Sicherheit, Funktionsfähigkeit, Datenschutz, Datensicherheit und Qualität nachweisen. Dieser Fokus auf positive Versorgungseffekte ist aus Sicht der BARMER absolut richtig.

Mit dem DVG werden auch die Möglichkeiten für Videosprechstunden und Telekonsile ausgebaut. Zum Beispiel kann die bislang zwingend persönliche Aufklärung und Einwilligung eines Patienten zu einer Behandlung im Einzelfall in der Videosprechstunde stattfinden.



Die BARMER bietet Versicherten bereits heute digitale Lösungen an, die den Alltag erleichtern, zum Beispiel Impf- und Vorsorgeplaner oder ein digitales Zahnbonusheft.

Quelle: BARMER



Die Übersicht zeigt die Vielfalt digitaler Angebote, welche die BARMER aktuell ihren Versicherten in Versorgung und Prävention anbietet. Dieses Portfolio wird ständig erweitert. Quelle: BARMER

Telekonsile sollen weitreichend sowohl in der vertragsärztlichen Versorgung als auch sektorenübergreifend ermöglicht und extrabudgetär vergütet werden. Die BARMER fördert mit PädExpert und PädAssist, zwei Modulen aus ihrem Kinder- und Jugend-Programm, seit längerem Telekonsile in der kinderärztlichen Praxis. Die Regelungen sind eine gute Unterstützung für derartige Versorgungsangebote.

Das DVG vereinfacht nicht zuletzt Verwaltungsprozesse und Kommunikationswege. Den Krankenkassen wird ermöglicht, ihren Versicherten eine individualisierte Beratung anzubieten. Dazu sollen bereits vorliegende Sozialdaten verwendet werden dürfen. Außerdem soll zum Beispiel der freiwillige Beitritt zu einer gesetzlichen Krankenkasse elektronisch möglich sein.

Weiter erhalten Krankenkassen mit dem DVG die Möglichkeit, digitale Innovationen zu fördern. Digitale Medizinprodukte, telemedizinische oder IT-gestützte Verfahren können damit rascher im Gesundheitsmarkt Fuß fassen. Die

Krankenkassen können dafür bis zu zwei Prozent ihrer Finanzreserven in Kapitalbeteiligungen investieren. Die Vorarbeit zu dieser gesetzlichen Regelung hat die BARMER geleistet. Mit einer behördlichen Ausnahmegenehmigung investiert sie seit dem Jahr 2016 als erste gesetzliche Krankenkasse in einen Venture Capital Fonds, um Start-ups aus der Gesundheitsbranche zu fördern, die erfolgsversprechende digitale Technologien entwickeln. Wir bringen in die Auswahlprozesse unsere Expertise in den Bereichen des Gesundheitsmanagements und der Versorgungsforschung ein. Ziel ist, digitale Innovationen zu realisieren, die einen klaren Nutzen für die Versicherten bringen. Mit unserem Invest gestalten wir die digitale Gesundheitsversorgung aktiv mit und prägen den medizinischen Fortschritt.

Dringende Aktualisierung vollzogen

Mit ihren Gesetzesinitiativen hat die Bundesregierung die dringende Aktualisierung des Rechtsrahmens für die Digitalisierung vollzogen. Im Endeffekt werden dadurch alle gewinnen. Es bleibt mehr Zeit für sprechende Medizin.

Leistungserbringer werden durch bessere Vernetzung und intelligente Datenverarbeitung bei der Dokumentation und standardisierten Prozessen entlastet, etwa durch das digitale Rezept. Die Patientinnen und Patienten erfahren Versorgung möglichst frei von bürokratischen Aufwänden. Versicherte der BARMER erleben dies bereits heute, etwa durch den sekundenschnellen Upload von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen via App, mit dem digitalen Zahnbonus-Heft oder dem Impfplaner. Sie bekommen zudem einfacher Zugang zu Versorgungs- und Präventionsangeboten, beispielsweise zur Verbesserung der Rückengesundheit, zur Stärkung der mentalen Gesundheit oder für ein einfaches und wirksames Diabetes-Management.

Ein untrennbar mit der Digitalisierung verbundener Aspekt ist die Vernetzung von Versorgung und Forschung. Ziel der Bundesregierung ist eine forschungskompatible ePA bis zum Jahr 2025. Komplementär soll bis dahin die Hochschulmedizin bundesweit mit einem standortübergreifenden Datenaustausch für die Medizin und die Versorgungsforschung vernetzt sein. Ziel der BARMER ist es, die innovative Vorreiterrolle in der Zusammenarbeit mit Forschung, Start-ups und Industrie auszubauen. Entscheidend ist die Qualität der Daten für die Forschung. Die Erfahrung zeigt, dass standardisierte Daten die beste Lösung sind.

Der Durchbruch ist noch nicht geschafft

Von einem Durchbruch können wir erst sprechen, wenn das Gesundheitswesen über Sektorengrenzen hinweg durchgängig vernetzt ist. Damit verknüpft die BARMER, dass digital erzeugtes und transportiertes Wissen allen Akteuren und Patienten bei gesundheitsrelevanten Entscheidungen hilft und dass Big Data sowie künstliche Intelligenz eine personalisierte Gesundheitsversorgung von der ersten Früherkennungsuntersuchung direkt nach der Geburt bis zur Betreuung am Lebensende für jeden Menschen möglich macht. Qualität und Nutzen sind dabei

die entscheidenden Kriterien. Davon sind wir heute noch ein gutes Stück entfernt, gleichwohl aber auf einem guten Weg.



Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen – sind wir auf dem richtigen Weg?

Andreas Storm,
Vorstandsvorsitzender
der DAK-Gesundheit



Vor zwei Jahren lag das deutsche Gesundheitswesen in Punkto Digitalisierung noch hinter manchem Entwicklungsland zurück. Heute befinden wir uns mitten in einem rasanten Veränderungsprozess: Nach jahrelangen Verzögerungen im Aufbau der Telemedizininfrastruktur (TI) und einem besorgniserregenden Rückstand, handeln die maßgeblichen Akteure im Gesundheitswesen und die Politik jetzt mit Konsequenz und Zielstrebigkeit: Ein Beispiel sind elektronische Gesundheitsakten, die seit 2018 von zahlreichen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen finanziert werden.

Auch der Beschluss des 121. Ärztetags im Mai 2018, das ausschließliche Fernbehandlungsverbot zu lockern, ist ein Paradigmenwechsel. Dieser Beschluss setzte konkrete Anpassungen der Berufsordnungen der Landesärztekammern in Gang und spiegelt die sich wandelnde Einstellung der Ärzteschaft zur Digitalisierung wider. Auch der gemeinsam von der DAK-Gesundheit und der Ärztezeitung erstellte Report „Was Ärzte über die Digitalisierung des Gesundheitswesens denken.“ belegt, dass die Ärzte keine Technik-Verweigerer sind.

Ein wesentlicher Treiber ist das Bundesgesundheitsministerium, das unter Leitung von Jens Spahn durch zahlreiche Gesetzesinitiativen bessere Rahmenbedingungen für die Digitalisierung schafft. Zum Amtsantritt hatte der Minister die Digitalisierung zu einem von drei Schwerpunktthemen erklärt und setzt seitdem auf eine Mischung aus neuen Digital-Themen jenseits der TI, straffe Fristsetzungen, die Benennung klarer Zuständigkeiten sowie positive und negative Anreizmechanismen. Exemplarisch können hierfür die Übertragung der gematik-Entscheidungsbefugnisse ins Bundesgesundheitsministerium sowie der Aufbau des „health innovation hubs“ zur Förderung des Austauschs mit Startups und weiteren Akteuren aus der Digital-Health-Szene gelten.

Die Initiativen des Ministeriums umfassen viele wichtige Themen: So sollen elektronische Patientenakte, eVerordnung und eRezept zügig umgesetzt werden. Hinzu kommen Ansätze, die Versicherten einen einfacheren Zugang zu digitalen Gesundheitsanwendungen und Beratungsangeboten ermöglichen sollen und deren Entwicklung beschleunigen.

Es gilt nun, diese positiven Ansätze im Sinne der Patienten und Versicherten zu gestalten. Der demografische Wandel bringt eine Wanderungsbewegung vom ländlichen Raum in die Städte mit sich. Verbunden mit der Alterung der Gesellschaft – sowohl bei Patienten als auch bei Leistungserbringern – und einer zunehmenden Spezialisie-

rung im Gesundheitswesen ergeben sich neue Herausforderungen der Über- und Unterversorgung. Es droht ein nicht akzeptables Versorgungsgefälle zwischen städtischen und ländlichen Räumen. Digitale Lösungen bergen das Potential, Versorgung effizienter zu gestalten und unabhängig von Ort und Zeit zu gewährleisten.

Drei Felder, auf denen die Digitalisierung wichtige Beiträge leisten kann, sind von herausgehobener Bedeutung:

- **Empowerment:** Stärkung der Patientenautonomie und therapeutischer Adhärenz durch den Einsatz von elektronischen Gesundheits- und Patientenakten sowie digitalen Informations- und Transparenzangeboten. Wenn Patienten über qualifizierte Daten und Informationen zu ihrem Gesundheitszustand verfügen, ändert sich ihre Rolle im Versorgungsprozess.
- **Bürokratieabbau:** Verschlankung und Vereinfachung der Kommunikation und administrativen Prozesse zwischen allen Akteuren des Gesundheitswesens
- **Versorgungsverbesserung:** Schaffung hochwertiger medizinischer Versorgung in allen Teilen Deutschlands mittels des Einsatzes von Telemedizin, Videosprechstunde, Fernbehandlung etc. Davon werden vor allem die Bürger profitieren, die im ländlichen Raum leben, weil hier der Nutzen am schnellsten zum Tragen kommt. Zudem sind durch die Digitalisierung stärker individualisierte Therapien und Versorgungsketten möglich. Hinzu kommen Verbesserungen in der Diagnostik durch Datenabgleiche, die bessere Verfügbarkeit von medizinischem Wissen und durch den Einsatz von Symptom-Checkern etc.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels wird deutlich, dass die rasche Digitalisierung im Gesundheitswesen eine dringliche gesellschaftspolitische Aufgabe ist, die weit über die oft diskutierten Einzelaspekte der Vernetzung im Gesundheitswesen hinausgeht. Eine bislang noch unzureichend diskutierte Frage ist, wie das Vertrauen der Bevölkerung in digitale Lösungen im Gesundheitswesen gestärkt werden kann.

Hierfür müssen alle Akteure konstruktiv an gemeinsamen Lösungen arbeiten und deren konkreten Nutzen im alltäglichen Versorgungsgeschehen verdeutlichen. Neben den Informationen durch die Krankenkassen hat hier die Ärzteschaft eine besondere Verantwortung. Nur wenn Ärzte ihren Patienten digitale Lösungen - beispielsweise zur Therapieunterstützung oder die Nutzung der digitalen Patientenakte - empfehlen, wird die Akzeptanz in breiteren Bevölkerungskreisen steigen.

Kundenzentrierte, mehrwertstiftende Digitalisierung benötigt Freiraum. Unerlässlich ist dafür ein ordnungspolitischer Gestaltungsrahmen, der gleichzeitig konkret und flexibel ist. Er muss Datenschutz und Datensicherheit digitaler Angebote sicherstellen. Er muss es zugleich ermöglichen, einen hohen Nutzen für Patienten und die Versorgung zu entwickeln und in die Fläche bringen zu können. Zum einen müssen unter politischer Lenkung gemeinsame, verbindliche Standards gefunden und vom Staat durchgesetzt werden, beispielsweise was Dateiformate für medizinische Dokumente oder semantische Standards betrifft. Zum anderen dürfen solche Vorgaben nicht zu Überregulierung führen oder gar die Entwicklung von bedarfsorientierten Services hemmen.

Zu oft müssen Krankenversicherungen bisher zuschauen, wie der Gesundheitszustand von Versicherten sich dramatisch verschlechtert, ohne dass sie wegen fehlender gesetzlicher Grundlage den Patienten helfen dürfen. Ein Beispiel dafür ist die kontraindizierte Verordnung von Arzneimitteln durch verschiedene Ärzte. Stichprobenauswertungen lassen vermuten, dass es allein bei der DAK-Gesundheit mehrere zehntausend Fälle jährlich gibt. Nach gültiger Rechtslage dürfen Krankenkassen ihre Versicherten darauf jedoch nicht aufmerksam machen.

In diesem Kontext muss die Rolle von Krankenversicherungen als Gestalter digital gestützter Versorgungsprozesse gestärkt werden. Der aktuelle Entwurf des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) trägt konstruktiv dazu bei,

die Chancen zu nutzen, die darin liegen: Die persönliche Beratung und Unterstützung der Versicherten durch die Krankenkasse auf Grundlage von versichertenbezogenen Daten kann ein guter Ausgangspunkt für neue Präventions- und Versorgungspfade sein. Gemeinsam mit der Ärzteschaft können Krankenversicherungen so noch zielgerichteter dazu beitragen, den Gesundheitszustand des einzelnen Versicherten zu erhalten und zu verbessern. Wir begrüßen ausdrücklich, dass hier die Chancen dieser Datennutzung für die Versicherten in den Vordergrund gestellt wird und die potentiellen Risiken eines Datenmissbrauchs scharf sanktioniert werden sollen.

Auch der Schwerpunkt des DVG auf konkrete Versorgungslösungen ist zu befürworten. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGa) bieten große Chancen, einen Beitrag zur Bewältigung der Unterversorgung im ländlichen Raum sowie dem Mangel an medizinischem Fach- und Pflegepersonal zu leisten. Zudem können DiGa völlig neue Therapien und Versorgungsansätze zu den Patienten bringen und sichern so das Recht auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt.

Gleichzeitig ist die Frage, wie DiGa den Weg in die Erstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen finden können, zu diskutieren. Hierbei sind der Zulassungsgerechtigkeit zwischen analogen und digitalen Lösungen sowie den Wirksamkeits- und Nutznachweisen besondere Beachtung zu schenken. Digitale Produkte unterliegen einem schnelleren Entwicklungszyklus als analoge und Startups weisen häufig nicht die notwendige Finanzierung auf, um jahrelange Zulassungsverfahren zu durchlaufen. Dennoch darf es – auch wenn unterschiedliche Methoden zur Evidenzbestimmung zum Einsatz kommen – keine zwei Wirksamkeitsstufen geben, die zu Diskriminierungen führen oder gar Betrugspotentiale beinhalten können. Leistungen, deren Kosten von der Solidargemeinschaft getragen werden, müssen den bewährten hohen Ansprüchen der aktuellen Wirksamkeits- und Nutznachweise gerecht werden.

Gleichsam ist es notwendig, den gesetzlichen Krankenversicherungen mehr Spielraum in der Digitalisierung zu geben. Hierzu gehören erweiterbare Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit innovativen Gesundheitsunternehmen und mehr Freiraum in der Vertragsgestaltung von Versorgungsverträgen zur Erprobung neuer digitaler Lösungen. Als wesentliche Neuerung kommt die Möglichkeit hinzu, die Leistungsdaten der eigenen Versicherten auf deren Wunsch auszuwerten und ihnen gezielte Beratung und Angebote unterbreiten zu dürfen. Nur so können Krankenkassen Treiber und Gestalter der Digitalisierung im Sinne einer guten Versorgung und der Patientenbedürfnisse sein – Hand in Hand mit der Ärzteschaft.

Eine nationale Digital Health Strategie, die im Konsens mit den Gesundheitsministerien der Länder und den Akteuren der Gemeinsamen Selbstverwaltung erstellt wird, kann dieses heute noch oft fehlende Bewusstsein hervorbringen und alle regionalen sowie bundesweiten deutschen Handlungsstränge der Digitalisierung in einen übergeordneten Rahmen einbetten. So können Energien und Kreativität freigesetzt werden, die wir dringend benötigen, um den Digitalisierungsrückstand in unserem Land abzubauen, aufzuschließen und vielleicht sogar führend in Europa zu werden. Wenn es uns gelingt, den sorgsam Umgang mit den Daten nach deutschem Sozialdatenschutz und die agile Entwicklungsgeschwindigkeit von Startups miteinander in Einklang zu bringen, könnte dies zu einem Standortvorteil für Deutschland werden.



„Das Ziel muss sein, möglichst schnell vom Papier wegzukommen“

Gespräch mit
Dr. Werner Baumgärtner,
Vorstandsvorsitzender des
MEDI GENO Deutschland e.V.



Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender des MEDI GENO Deutschland e.V., im Gespräch mit dem iX-Forum-Herausgeber Dr. Albrecht Klopfer über die Herausforderungen der Digitalisierung und die Ansprüche der niedergelassenen Ärzte an die Gesetzgebung zur Digitalisierung des Gesundheitswesens.

Dr. Albrecht Kloepper: Herr Dr. Baumgärtner, wenn man die Szene schon länger verfolgt, gewinnt man den Eindruck, dass die Ärzte im Grunde Gegner der Digitalisierung sind.

Dr. Werner Baumgärtner: Dieser Eindruck ist falsch. Die Ärzte wollten schon lange weg vom Faxstandard. Das Hauptproblem sind die verschiedenen Computersysteme in den Praxen, und dass die Schnittstellen dieser Systeme nicht miteinander kompatibel sind. Man hat dann versucht, den Gesetzgeber dazu zu bewegen, eine einheitliche Schnittstelle vorzugeben. Das wurde zwei Jahrzehnte lang verschlafen. Dann haben die Ärzte versucht, durch technische Lösungen eine Vernetzung der unterschiedlichen Systeme hinzubekommen. Auch wir hatten eine Softwarelösung, durch die unterschiedliche Systeme miteinander kommunizieren konnten. Wir haben damit Praxen und Praxisnetze vernetzt. Dadurch konnte eine Patientenakte entstehen, in die der einzelne Arzt Einsicht bekam, wenn der Patient zugestimmt hat. Der Eindruck, dass wir nichts getan hätten, ist völlig falsch. Was wir nicht wollen ist der Weg, der nun gegangen wird.

Kloepper: Was sehen sie bei dem, was im Moment als Lösung diskutiert wird, als problematisch? Sie haben da ja Ende Juni bei einer viel beachteten Pressekonferenz mahnend den Zeigefinger erhoben.

Baumgärtner: Das Grundproblem ist, dass die jetzige Technik 20 Jahre alt ist. Sie ist anfällig, unsicher und instabil: Praxissysteme sind abgestürzt, Abläufe langsamer geworden. So sind wir auf das Thema Konnektoren gekommen. Es begann damit, dass etwa 20 Prozent der Anwender der Konnektoren uns mitgeteilt haben, dass ihre Systeme ständig abstürzten, dass das Einlesen länger dauert, dass die Abläufe massiv eingeschränkt werden. Wir hatten viele Praxen, die am Anfang, als die Installationswelle losging, erst einmal schließen mussten. Da sind natürlich Kosten entstanden.

Damit sind wir beim nächsten Punkt: Zwar wurden die Kosten für den Konnektor teilweise übernommen, aber für die Kosten, die durch die technischen Probleme ent-

standen sind, will man nicht zahlen. Das hat man einfach hingenommen. Da haben wir klar gesagt, dass die Kosten von denen übernommen werden, die uns das zwangsweise verordnet haben.

Dann kamen plötzlich Insider aus der TI und sagten mir: „Das Ding ist nicht sicher“. Da habe ich erst abgewunken und gesagt, dass das nicht mein Thema ist, dass das andere prüfen müssten. Aber als immer mehr Informationen über Sicherheitsprobleme bei uns aufliefen, kam die Entscheidung aus unserem Vorstand, dass wir diese Informationen und das System an externe Experten zur Prüfung geben. Dabei kam heraus, dass dieser Konnektor nur in einer Richtung seinen Zweck als Firewall erfüllt, nämlich von der Praxis in die TI, nicht aber von der TI zur Praxis. Da habe ich Herrn Dr. Kriedel von der KBV angeschrieben und ihn gebeten, mir die Stelle in den Schutzprofilen zu nennen, die beschreibt, wie der Konnektor die Praxen vor Angriffen aus Richtung der TI schützt. Die gibt es nicht. Es wird argumentiert, es wird behauptet, aber es gibt keinen Nachweis – und den hätte ich gerne.

Der zweite Punkt, den wir angeführt haben, war die mangelnde BSI-Zertifizierung des Konnektors. Der Konnektor besteht aus drei Komponenten, und wir haben herausgefunden, dass von denen aber eben nur zwei eine solche Zertifizierung haben. Das habe ich öffentlich gemacht, habe in der KBV diese Frage gestellt. Erst hieß es, das sei alles dummes Zeug, das sei alles zertifiziert. Nun hat man vor einigen Wochen in einem Rundschreiben an alle Praxen zugegeben, dass ein Teil nicht zertifiziert ist. Das sei deshalb so, weil man bisher nur Stammdaten von Patienten abgleicht. Aber auch in den Stammdaten sind natürlich persönliche Daten enthalten: Diabeteserkrankungen, koronare Herzerkrankungen oder Asthma. Deren Austausch ist technisch nicht BSI zertifiziert, entspricht also nicht den notwendigen Sicherheitsstandards.

Kloepper: Jetzt sagen sie aber auch, dass man die aktuelle Situation rechtlich prüfen müsse. Sie sind ja schon in einer rechtlichen Auseinandersetzung. Worum genau geht es da?

Baumgärtner: Es geht einmal darum, dass die Kosten, die durch die Zwangsinstallation anfallen, nicht von den Praxen getragen werden, sondern von denen, die das in Auftrag gegeben haben. Wir werden zu verschiedenen Kosten – Installation, Praxisausfälle, etc. – Musterprozesse machen. Dazu war notwendig, dass die betroffenen Ärzte bei den KVen Widerspruch eingelegt haben und die KVen diese Widersprüche beschieden haben. Jetzt gehen wir vor die Sozialgerichte. Seit Mitte Juli sind die Widersprüche von der KV Baden-Württemberg beschieden und in den nächsten Wochen werden wir die Musterverfahren beim Sozialgericht Stuttgart einreichen.

Kloepfer: Was erhoffen Sie sich von diesen Klageaktivitäten?

Baumgärtner: Zuerst einmal natürlich eine Kostenübernahme. Ob das mit den Klagen funktionieren wird, wird man sehen. Persönlich halte ich das Thema Kosten für schwieriger, aber wenn im Gesetz steht, dass alle Kosten übernommen werden müssen, wäre die Einhaltung Aufgabe der KVen gewesen. Das zweite Thema ist diese 1%-Strafe, also der Honorarabzug für die, die nicht bis zum Datum X das System installiert haben. Diese hat Herr Spahn als „Motivation“ für die Installation ins Gesetz geschrieben. Das, glaube ich, wird vor Gericht keinen Bestand haben. Man kann Praxen nicht zwingen, eine unsichere Infrastruktur zu installieren.

Es gibt weiterhin gute Gründe, warum man immer noch nicht installieren kann und darf: Einer davon ist das Fehlen einer Datenschutzfolgenabschätzung (DSFA), also eine Vorgabe, die sich aus der DSGVO ergibt. Bevor man sensible Daten speichert oder von A nach B schickt, muss das vorher abgeschätzt und datenschutzrechtlich abgesegnet werden. Der Bundesdatenschutzbeauftragte fordert seit einem Jahr, dass für die TI-Infrastruktur eine solche Abschätzung erstellt wird. Das will man jetzt auch tun. Aber eigentlich hätte ohne vorliegende DSFA nicht eine einzige Praxis das System installieren dürfen. Ich bin gespannt, wie die Gerichte reagieren, neben den vielen anderen Mängeln, die wir gefunden haben.

Kloepfer: Damit hängen dann auch Haftungsfragen zusammen.

Baumgärtner: Das ist der Punkt. Das Thema Haftung treibt uns natürlich um, denn nach der DSGVO, die uns natürlich auch in den Praxen mit maximaler Bürokratie getroffen hat, mussten wir mit enormem Aufwand die Patienten informieren, dass und wie wir ihre Daten verarbeiten. Da sind Millionen von Unterschriften von Versicherten geleistet worden. Bei der TI spielt die DSGVO für die gematik plötzlich keine Rolle mehr. Wer installiert hat und bei wem etwas passiert, der ist aber nach Ansicht unserer Anwälte in der Haftung. Deshalb haben wir gesagt, dass die gematik als Verantwortliche für die Zwangsinstallationen die Haftung übernehmen muss. Zuletzt sind die gematik und die KBV mit einem Rundbrief an die Praxen herangetreten und haben geschrieben, was die Praxen bezüglich einer sicheren Installation alles tun müssten. Dabei waren Musterformulare beigelegt, die die Praxen ihren Installateuren vorlegen können, die dann ihrerseits bestätigen können, dass alles gemäß den BSI-Vorgaben installiert und zertifiziert wurde. Deshalb haben wir den Ärzte geraten, so zu installieren, wie die gematik das vorgibt, danach den Administrator die ordnungsgemäße Installation bestätigen zu lassen. Nach erfolgter Bestätigung soll dann die gematik einen Musterbrief bekommen, in dem sie schriftlich bestätigen soll, dass sie die Haftung übernimmt, weil ja alles nach deren Vorgaben installiert wurde. Die gematik hat inzwischen erklärt die Haftung nicht zu übernehmen, obwohl ja alles so sicher ist.

Kloepfer: Nun reden wir ja schon seit 20 Jahren davon. Ich kann verstehen, wenn jemand sagt, er hat jetzt die Schnauze voll und dann einmal mit der Axt in die Sache rein geht. Im Prinzip hätten wir doch schon viel schneller viel weiter sein können.

Baumgärtner: Wenn es darum geht, ein Ziel mit Verstand oder mit der Axt zu erreichen, dann plädiere ich eher für den Verstand. Was jetzt passiert, ist eine zwangsweise Einführung einer unsicheren TI und die Vorbereitung ei-

ner zentralen Datenspeicherung, von dort gelangen dann die Gesundheitsdaten z.B. auf das Handy des Patienten. Das ist ein völliger Irrweg. Ich habe schon lange vorgeschlagen, mal einen Schritt zurück zu tun. Ich habe auch schon lange gesagt, dass alles, was an Komponenten für eine Vernetzung notwendig ist, längst auf dem Markt ist. Wenn eine freiwillige Vernetzung gut ist, dann machen 95 Prozent der niedergelassenen Ärzte mit, weil sie davon einen Vorteil haben. Die Schnittstellen dafür gibt es schon seit inzwischen zwölf Jahren. Diese Schnittstelle findet sich in jedem Computersystem der niedergelassenen Ärzte. Da werden zum Beispiel unsere Hausarzt- und Facharztverträge abgewickelt.

Kloepfer: Das wäre jetzt meine nächste Frage gewesen. Sie hacken ja bei hausarztzentrierter Versorgung in Baden-Württemberg – alternative Regelversorgung nennt das die AOK Baden-Württemberg – ihre Befunde auch nicht in Steintafeln. Wie funktioniert das denn da?

Baumgärtner: Da wird den Praxen nicht zugemutet, etwas völlig Neues zu installieren, sondern man greift auf Technik zurück, die seit 10 Jahren benutzt wird und erprobt ist und kontinuierlich weiterentwickelt wurde. Über diese Technik machen wir jetzt eine Arzt-zu-Arzt-Kommunikation. Wir wollen also, Daten nicht zentral speichern, sondern über die Weiterentwicklung einer existierenden Schnittstelle die Kommunikation zwischen den Arztpraxen ermöglichen.

Der erste Schritt ist der Austausch von Arztbriefen. Was auch schon funktioniert, ist der elektronische Versand von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aus der Praxis an die AOK. Die Praxen schicken jetzt kein Papier mehr an die Kasse. Die Praxen müssen nichts tun, keinen Konnektor installieren oder Angst haben, dass sich etwas an ihrer Praxis-Software ändert. Wir nehmen die Komponenten, die schon da sind.

Mir ist auch eine dezentrale Datenspeicherung besonders wichtig. Es gibt bestimmt irgendwann einmal den Punkt, dass man Daten zentral speichern muss. Man sollte aber bei allem, was man mit Patientendaten tut, schauen, dies

so weit wie möglich dezentral zu halten. Das ist eine der Vorgaben, die wir bei dieser Art der Vernetzung auch einhalten.

Zu guter Letzt ist unsere Art der Vernetzung einfach billiger, und man muss sich schon die Frage stellen, warum für die TI mit veralteter und unsicherer Konnektorentechnik Milliarden ausgegeben werden.

Kloepfer: Müssen jetzt Ärzte, die in der HzV in Baden-Württemberg sind, zweimal „ran“, weil sie einmal KV-Vorgaben bedienen und einmal die Vorgaben des HzV-Vertrags erfüllen müssen?

Baumgärtner: Nein. Das Ziel ist nicht, etwas Eigenes zu machen, und dann plötzlich zwei Systeme in den Praxen bedienen zu müssen. Das Ziel war immer, alles so offen zu gestalten, dass man immer auch in eine größere Vernetzung einsteigen kann. Das schlimmste an der Digitalisierung für die Praxis ist, wenn eine Sache per Post, die andere elektronisch heraus gegeben wird. Jetzt muss die arme MFA immer wissen, mit welcher Kasse es jetzt auf welchem Wege funktioniert. Das Ziel muss sein, möglichst schnell vom Papier wegzukommen und eine digitale Infrastruktur für alle Kassen und alle Verträge zu haben. Wenn wir schon bei den Zielen sind: Es muss zwei Kommunikationsebenen geben, eine Versorgungsebene zwischen Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Ärzten und so weiter. Eine zweite Ebene ist die Anbindung der Versicherten über eine Patientenakte. Auf die medizinischen Inhalte in der Versorgungsebene muss man sich als Behandler und als Patient verlassen können und sie muss total sichern sein: keine zentrale Datenspeicherung und so weiter. Aus den Daten der Versorgungsebene soll dann gemäß der gesetzlichen Vorgaben die Patientenakte befüllt werden.

Kloepfer: Dass aus der aktuellen Fassung des DVG die Patientenakte herausgefallen ist, ist für sie also eher positiv?

Baumgärtner: Ja. Da sollte man wirklich noch einmal genau überlegen, ob man da nicht zu euphorisch war. Den

Ansatz, dass die Kommunikation im Gesundheitswesen über die Patientenakte laufen soll, halte ich für völlig falsch. Man sollte jetzt daran gehen, dass man diese TI technisch besser zum Laufen bekommt. Dafür muss es eine sichere Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem geben, die dezentral organisiert ist. Das kann man schaffen. Wenn das da ist, dann kann man noch einmal überlegen, wie man die Daten aus dieser Struktur zum Patienten bekommt.

Kloepfer: Wenn ich Sie richtig verstehe, soll es also eine Art „Profinetz“ geben, an das die ePA andockt, und der Patient kann sich aus diesem Profinetz dann das für seine Akten holen, was er haben möchte.

Baumgärtner: Genau. Und genauso haben wir das in Baden-Württemberg angelegt. Der Patient bekommt seine Daten, die Ärzte bekommen ihre Daten, der Patient kann sich darauf verlassen, dass seine Daten nur dahin gehen, wohin er das möchte.

Kloepfer: Wie bekommt der Patient in Baden-Württemberg seine Daten? Das wird ja nicht über das Smartphone laufen. In der alten TI-Lösung haben wir ja noch dieses Zwei-Schlüssel-Prinzip. Arzt und Patient schauen gemeinsam auf den Bildschirm. Das wird es doch bei Ihnen im Zweifel auch nicht sein.

Baumgärtner: Nein. Da habe ich eine sehr pragmatische Ansicht: Jede Krankenkasse kann ihren Versicherten ihre eigene Lösung anbieten, solange diese sicher ist. Da ist es Sache der Krankenkasse, den Versicherten eine sichere Lösung anzubieten. Aus dem Profinetz bekommen sie immer die Daten, auf die sie gesetzlich Anspruch haben. Ich will da auch eine unterschiedliche Verantwortlichkeit haben. Für die Daten, die zwischen Arzt und Arzt oder zwischen Arzt und Krankenhaus versendet werden, wollen wir schon die Verantwortung und im Zweifel auch haften. Für das, was die Kassen und die Patienten mit der ePA wollen, will ich die Verantwortung gar nicht haben.

Ich kann den Patienten ja nicht hindern, dass er sich alle seine Daten aufs Handy holt.

Kloepfer: Wie geht's jetzt weiter? Ich habe aktuell das Gefühl, da fahren zwei Züge parallel. Und das kann es ja eigentlich auch nicht sein.

Baumgärtner: Gut wäre es, wenn man einmal miteinander reden würde. Wenn die Leute, die Komponenten haben, sich alle einmal zusammensetzen und sagen, „so machen wir's“. Die jetzige TI-Infrastruktur wird, weil sie einfach veraltet ist, keine Zukunft haben. Ich würde vorschlagen, man sammelt die Konnektoren ein und macht eine Softwarelösung, bei der die Praxen sehen, dass sie davon einen Vorteil haben und freiwillig mitmachen. Und wir lassen den Ärzten auch die Entscheidung, daran – aus welchen Gründen auch immer – nicht teilzunehmen. Der Patient kann ja dann entscheiden, zu welchem Arzt er geht. Es gibt ja auch Patienten, die diese Akte nicht wollen. Es wird aktuell doch auf niemanden Rücksicht genommen. Man will einfach eine schlechte Lösung mit Zwang durchdrücken. Ich wäre eher für eine gute freiwillige Lösung.

Kloepfer: Herr Dr. Baumgärtner, herzlichen Dank für das Gespräch.



Das vollständige Gespräch können Sie als Audio-Mitschnitt unter www.ix-media.de/radio nachhören.



Eine Video-Zusammenfassung gibt es unter www.ix-media.de/spotlight.

E-Rezept muss schnell kommen, ohne Schnellschuss zu werden

Mathias Arnold,
Vizepräsident der ABDA –
Bundesvereinigung deutscher
Apothekerverbände e.V.



Das Gesundheitsministerium treibt die Digitalisierung in der Patientenversorgung mit Hochdruck voran. Die Apothekerschaft begrüßt das. Apotheken sind in ihren internen Abläufen längst durchdigitalisiert, was fehlt ist die letzte Meile zum Patienten. Das E-Rezept ist deshalb das drängendste Projekt. Für die Patienten muss es ein verbrieftes Recht auf einen praktischen, werbe-, diskriminierungs- und kostenfreien Zu- und Umgang mit dem E-Rezept geben.

Tatendrang des Ministeriums

Nach der Bundestagswahl 2017 hat es für Berliner Verhältnisse ungewöhnlich lange gedauert, bis eine Regierung gebildet und die Politik wieder arbeitsfähig war. Was dadurch an Zeit verloren gegangen ist, scheint man seither im legislativen Galopp wieder aufholen zu wollen – zumindest in der Gesundheitspolitik. Ein Gesetzentwurf nach dem anderen hat in den vergangenen Monaten das Bundesgesundheitsministerium verlassen. TSVG, GSAV, DVG, VOASG, FKG – das sind nur einige der Kürzel, hinter denen sich Gesetze mit teils weitreichenden Umwälzungen für Gesundheitswesen und Apothekerschaft verbergen. Doch der Ausstoß an Initiativen ist nicht nur quantitativ bemerkenswert. Vielmehr scheint hier auch ein neuer Politikstil Ausdruck zu finden. Er erinnert an Prinzipien für die Entwicklung von Softwareprodukten: Es geht nicht darum, immer gleich „das große Ganze“ zu liefern, sondern darum, zwar schrittweise, dafür aber zügig voranzukommen und Gesetzentwürfe „unterwegs“ im politischen Prozess zu testen und von etwaigen Fehlern befreien.

Dieser iterative Ansatz bedingt einen intensiven Austausch zwischen Exekutive und Legislative als „Entwickler“ sowie den Akteuren im Gesundheitswesen als „Anwender“. Und er wird begleitet von einer offensiven öffentlichen Kommunikation. Das gilt besonders in dem ebenso dynamischen wie unübersichtlichen Feld der Digitalisierung. Die wichtigste Baustelle ist hier die Telematikinfrastruktur (TI) als „Datenautobahn“, auf der in Zukunft ein Austausch von Gesundheitsinformationen zwischen den Leistungserbringern (Apotheker, Ärzte etc.), den Kostenträgern (Krankenkassen) sowie den Patienten gelebter Alltag sein soll. Die notwendigen Standards sowie die Netzstruktur verantwortet dabei die gematik, zu deren Gesellschaftern neben dem GKV-Spitzenverband auch die Organisationen der Krankenhäuser, Ärzte, Zahnärzte und Apotheker gehören. Aber auch hier hat der Bundesgesundheitsminister per Gesetz ein Zeichen gesetzt:

Seit Frühsommer hat der Bund in Gestalt des Bundesgesundheitsministeriums eine 51-prozentige Mehrheit.

Selbstverständnis der Apothekerschaft

Apotheken haben früher als viele andere Akteure im Gesundheitswesen begonnen, systematisch die Informationstechnologie (IT) für ihre Arbeit einzusetzen und zu nutzen: Von der Bestellung der Arzneimittel beim Großhandel und der Verwaltung der Lagerbestände über die Umsetzung von Rabattverträgen und die datenbankgestützte Prüfung von Neben- oder Wechselwirkungen von Medikamenten bis hin zur Abrechnung mit den Krankenkassen über Rechenzentren sind zahllose Arbeitsabläufe in der Apotheke IT-gestützt. Beispiele sind das Online-Vertragsportal (OVP) für Hilfsmittel- und andere Verträge, die Großhandelsbestellung über die deutschlandweit einheitliche Schnittstelle MSV 3, die Initiative „securPharm“ zur europaweiten Abwehr von Arzneimittelfälschungen sowie die Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen (ARMIN).

Die Apothekerschaft steht daher allen Fragen von E-Health zwar aufgeschlossen, aber nicht unreflektiert gegenüber. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens ist schließlich ein umfassender Prozess, welcher der allgemeinen Fortentwicklung von Wissenschaft und Technik folgt. Daraus ergeben sich große Chancen für die Wissenschaft und die Gesundheit der Patienten, aber auch vielfältige Risiken, z. B. für den Datenschutz und die Informationssicherheit. Deutschlands Apotheker stellen sich diesen Herausforderungen – jeden Tag vor Ort, aber auch strategisch auf Verbandsebene in den Ländern und im Bund.

Im „E-Health-Wettbewerb“ immer neuer (Geschäfts-) Ideen und Projekte braucht es mehr denn je eine stabile Orientierung. Mit dem Positionspapier „E-Health: Ethische Grundsätze“ hat die Apothekerschaft ein Dokument zur Bewertung digitaler Entwicklungen vorgelegt.

In zehn Punkten werden darin normative Grundsätze beschrieben, die als Leitplanken für den Umgang mit der weiteren Digitalisierung im Gesundheitswesen dienen. So wird u. a. der Grundsatz formuliert, dass der Digitalisierungsprozess für die Apotheker kein Selbstzweck sein darf, sondern sich „konsequent am Patientenwohl“ orientieren muss. Dieses Leitmotiv findet sich auch in einem „Letter of Intent“ (Absichtserklärung) zur Entwicklung und Umsetzung einer gemeinsamen digitalen Agenda von ABDA, Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV) aus dem Jahr 2018 wieder.

Infrastruktur, Medikationsplan und Rezept

Apotheken wollen künftig verstärkt auch komplexe pharmazeutische Dienstleistungen zur Verbesserung der Versorgung bestimmter Patientengruppen anbieten. Dazu braucht es eine solide Datengrundlage und Kommunikationsinfrastruktur in der Apotheke. Schon deshalb unterstützt die Apothekerschaft eine beschleunigte Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) im Gesundheitswesen. Die Anbindung der Apotheken soll bis Herbst 2020 erfolgen. Eine Vereinbarung mit dem GKV-Spitzenverband zur Refinanzierung der Kosten, die den Apotheken durch die Anbindung entstehen, wurde frühzeitig geschlossen, und die Ausschreibungen für die Ausstattung der Apotheker/n mit Heilberufsausweis und Institutionenkarte sind durchgeführt. Zu einem kritischen Punkt könnte allerdings noch die rechtzeitige Verfügbarkeit von zugelassenen Konnektoren für den Anschluss an das System werden. Hier liegt der Ball im Feld der Industrie.

In der gematik setzt die Apothekerschaft ihren Fokus vor allem auf zwei Projekte. Der DAV ist - gemeinsam mit der Bundesärztekammer - federführender Gesellschafter für das Projekt zur Anwendung eMP/AMTS (elektronischer Medikationsplan / Arzneimitteltherapiesicherheit), das die digitale Grundlage für Medikationsmanagement in der Apotheke bildet. Seit Oktober 2016 können gesetzlich

Krankenversicherte einen Medikationsplan in Papierform erhalten, wenn sie mindestens drei verordnete Arzneimittel dauerhaft einnehmen. Ein Arzt stellt ihn aus, ein Apotheker kann ihn auf Wunsch des Patienten aktualisieren. Gemäß E-Health-Gesetz sollen die Daten des Medikationsplans künftig auch in digitaler Form mithilfe der eGK zur Verfügung gestellt werden. Das ist ein Schritt in die richtige Richtung, aber weitere müssen folgen: Apotheken sollten den Plan auch initial ausstellen können und für das Handling eine Vergütung erhalten.

Das zweite Projekt betrifft das E-Rezept. Die Apothekerschaft begrüßt das E-Rezept als Pflichtanwendung in der TI und gestaltet dessen Einführung aktiv mit. Bereits im Sommer 2018 hat die ABDA ein Systemkonzept vorgelegt, um die Einführung des E-Rezepts zu beschleunigen. Beim Pilotprojekt GERDA (Geschützter E-Rezept-Dienst der Apotheken) haben Landesapothekerkammer und -verband in Baden-Württemberg den Startschuss für die landesweite Umsetzung ab Anfang 2020 gegeben. Als Gesellschafter der gematik hat der DAV im Frühjahr 2019 zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die gemeinsame Federführung für die Aufgabe übernommen, das E-Rezept in der TI zu planen und umzusetzen. Als „primus inter pares“ ist der DAV auch dafür zuständig, alle weiteren gematik-Gesellschafter auf Seiten der Leistungserbringer – insbesondere Krankenhäuser und Zahnärzte – in die Prozesse einzubinden.

Der Gesetzgeber hat mit Regelungen im Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) Anlauf genommen, die Einführung des E-Rezeptes zu beschleunigen. Binnen sieben Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes, also bis März 2020, muss die Selbstverwaltung die Grundlagen dafür schaffen, dass ärztliche Verordnungen in elektronischer Form übermittelt werden können. Das geschieht zum einen in der gematik, zum anderen auch bilateral zwischen dem DAV und den Kranken-

kassen, wo es um die Anpassung der Rahmenverträge geht. Damit ist die konkrete Einführung des E-Rezeptes für 2021 anvisiert. Dabei ist aber eine Herausforderung zu bewältigen, die man vor 10 oder 15 Jahren bei der ursprünglichen Planung des E-Rezepts nicht vorhersehen konnte: Die Sicherheitsarchitektur der gematik sieht eigentlich ein Zwei-Schlüssel-Prinzip vor, nach dem sich der Apotheker oder Arzt und der Patient gleichzeitig mit Heilberufsausweis bzw. elektronischer Gesundheitskarte im System authentifizieren müssen, damit eine Anwendung genutzt werden kann. Im Zuge telemedizinischer und -pharmazeutischer Anwendungen ist es aber nicht mehr zeitgemäß, mit seiner elektronischen Gesundheitskarte in der Arztpraxis oder in der Apotheke physisch anwesend sein zu müssen. Der Patient soll auch zuhause „am Küchentisch“ sein Rezept lesen und sicher an die Apotheke seiner Wahl weiterleiten können.

Patienten-App des DAV

Für die Apothekerschaft ist elementar, dass die freie Apothekenwahl des Patienten auch unter den Bedingungen des E-Rezeptes erhalten bleibt. Die Lenkung von Versicherten und das Makeln von Rezepten durch Dritte, die sich in den Prozess zwischen Arzt, Patient und Apotheke einschalten, muss ausgeschlossen bleiben. Das Handling des E-Rezeptes muss für den Patienten einfach und das System so aufgebaut sein, dass ein diskriminierungsfreier Zugang für alle Apotheken besteht. Deshalb hat der DAV im Mai 2019 begonnen, eine universelle Web-App zu entwickeln, die allen Patienten - unabhängig von ihrer Krankenversicherung - das Lesen, die Verwaltung und den Versand eines E-Rezeptes auf sicherem Wege an jede Apotheke ihrer Wahl ermöglichen soll. Binnen weniger Monate hat sich bereits die Hälfte aller Apotheken online für dieses System eingeschrieben.

Gemäß seinem Credo, die marktwirtschaftliche Dynamik für eine zügige Verwirklichung der Telematikinfrastruktur zu nutzen, lässt das Bundesgesundheitsministerium vorerst noch einen Wettbewerb der Ideen zu.

Er ruft Big Player und Start Ups auf den Plan, die alle mit eigenen Anwendungen punkten wollen. Greift man in diese Dynamik nicht irgendwann ein, ist die Folge eine zersplitterte Landschaft von schnelllebigem, privatwirtschaftlichen E-Rezept-Anwendungen. Immerhin ist die Politik bereits auf die Forderung der Apothekerschaft eingegangen, dem möglichen Missbrauch des elektronischen Rezepts einen Riegel vorzuschieben. So sieht der Kabinettsentwurf des Vor-Ort-Apotheken-Stärkungsgesetzes (VOASG) vor, dass Zuweisung und Makeln von Rezepten durch Dritte grundsätzlich gesetzlich unterbunden werden sollen. Die ausschließliche Nutzung der Web-App des Deutschen Apothekerverbandes als einheitliche, neutrale, kosten- und werbefreie Anwendung für den Transport des E-Rezeptes würde dieses Ziel konsequent zu Ende denken und technisch umsetzen. Sowohl Politik als auch Apotheker müssen sich jedenfalls darauf einstellen, dass das tradierte, versorger- und sektorenbezogene Denken bei der Organisation von Prozessen im Gesundheitswesen sukzessive einer patientenzentrierten Betrachtung – Was nützt dem Menschen am meisten? – weichen wird. Auch das ist eine Folge der Digitalisierung all unserer Lebensbereiche, und in diesem Fall keine schlechte.

„Das Auto ist eine vorübergehende Erscheinung“ oder die Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems

Max Müller,
Chief Strategy Officer DocMorris



Während in anderen europäischen Staaten digitale Technologien im Gesundheitswesen bereits fest etabliert sind, bleibt die Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems bisher hinter den Erwartungen zurück. Jetzt sind politische Entschlossenheit und Patientenaufklärung gefragt. Noch in dieser Legislaturperiode.

Neuerungen werden traditionell mit Argwohn und Skepsis betrachtet. Kaiser Wilhelm II. soll mit Blick auf die neueste technologische Errungenschaft gesagt haben: „Das Auto ist eine vorübergehende Erscheinung. Ich glaube an das Pferd.“ Hat das Auto einst die Mobilität revolutioniert, erleben wir etwa ein Jahrhundert später ebenso eine technologische Revolution, die sich in Form der Digitalisierung auf alle Lebensbereiche auswirkt. Wir stehen vor einer der größten gesellschaftlichen Herausforderungen unserer Zeit. Wie wir sie meistern, wird entscheiden, wie wir in Zukunft leben – und ob wir alle gleichermaßen von den Segnungen der Digitalisierung profitieren werden. Gerade für unser Gesundheitssystem hat dieser Prozess maßgebliche Bedeutung. Digitale Technologien liefern Antworten auf große Herausforderungen im Gesundheitswesen: demographischer Wandel, die wachsende Anzahl chronisch erkrankter Patienten, steigende Behandlungskosten, Fachkräfte- und Pflegemangel, die medizinische Versorgung ländlicher Regionen. Die Digitalisierung ist kein Allheilmittel, aber im Gesundheitswesen bietet sie großes, bei uns bisher überwiegend ungenutztes Potenzial für eine kosteneffizientere, persönlichere Versorgung.

Die Chancen der Digitalisierung werden im deutschen Gesundheitssystem weitgehend ignoriert. Schon längst nutzen andere europäische Staaten standardmäßig digitale Technologien wie die elektronische Patientenakte und die Telemedizin. In Deutschland dagegen müssen Patienten und Ärzte, Apotheker, Pflegepersonal und andere weiter darauf warten, ob die Entscheider sich auf das vermeintliche Wagnis „digitaler Fortschritt“ einlassen oder doch eher „auf das Pferd setzen“.

Wenn wir die entscheidenden Weichen nicht zeitnah stellen, werden wir die Chancen der Digitalisierung für unsere Gesundheit und damit den Anschluss an unsere europäischen Nachbarn verpassen. Die internationale Anschluss- und Wettbewerbsfähigkeit ist aber für die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems von entscheidender Bedeutung. Stellen wir nicht die entsprechende Infrastruktur bereit, wird sich das Gesundheitswesen rapide verschlechtern. Die Fortschrittsbefürworter dürfen jedoch Hoffnung schöpfen: Seit seinem Amtsantritt 2017

treibt Jens Spahn als Bundesgesundheitsminister überfällige Reformen und Modernisierungsprozesse konsequent voran. Mit den jüngsten Neuerungen im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) und des Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) wird die Digitalisierung des Gesundheitssystems weiter abgesichert und gefördert. Dazu zählt das Digitale-Versorgung-Gesetz, die Umsetzung der elektronischen Patientenakte und das im GSAV verankerte E-Rezept. 2020 soll es flächendeckend kommen. Damit entfällt auf Apothekenseite das Einlesen der Rezepte, was den Lieferprozess erheblich beschleunigt. Ärzte und Apotheker haben mehr Zeit, um für den Patienten da zu sein, mehr Zeit, um Technologie und Mensch zu verbinden. Ein wirklicher Meilenstein auf dem Weg in die digitale Gesundheitsversorgung ist damit erreicht.

Der weitere Weg darf aber nicht abhängig sein von der Person des Ministers. Vielmehr ist es zwingend, dass die Digitalisierung partei- und personenunabhängig vorangetrieben wird. Ob wir in Deutschland soweit sind, wird die Zukunft zeigen.

Grundsätzlich stellt sich jedoch die Frage: Wie hält Deutschland es mit dem „mündigen Patienten“? Auch hier setzen die entsprechenden Gesundheitsforen den wilhelminischen und vermeintlich allwissenden „Leibarzt“ längst unter Zugzwang. Die Patienten versuchen, die Schwächen des herkömmlichen Systems, etwa den Zeitdruck des medizinischen Fachpersonals, zu umgehen. Da diese Angebote außerhalb des tradierten Systems aufgrund von unstimmgigen Resultaten aber häufig sogar zu Mehrarbeit bei der ärztlichen Versorgung führen, gefährdet dies die Akzeptanz der Digitalisierung zusätzlich. Wie es besser geht, zeigen KI-gestützte Gesundheitsplattformen, die den Arzt vor Anamnese und Diagnose durch standardisierte Frageprozesse sinnvoll unterstützen und daher mehr Zeit für eine menschliche Behandlung lassen.

Patienten wollen indes zunehmend die Hoheit über ihre Gesundheit, ihre Erkrankung und ihre Therapie innehaben und können sich dank frei zugänglicher Informationen schnell und umfassend weiterbilden. Auch wenn das häufig dazu führt, dass Ärztinnen und Ärzte sich über

halbbares Patientenwissen ärgern: Warum verdammen sie den Drang nach Beteiligung an der Therapie anstatt ihn zu nutzen? Und warum gesteht man den Patienten nicht auch die Hoheit über ihre Gesundheitsdaten zu, wie Estland und Dänemark das so vorbildlich tun? Es geht hier im Wesentlichen um ein Umdenken und die Bereitstellung technologischer Infrastruktur. Wenn Deutschland ein Hochtechnologieland sein will, muss es sich an diesen Staaten messen lassen. So lange man sich hier aber noch über die Grundlagen der Digitalisierung austauscht und dem Algorithmus als solchem misstraut, blicken wir in eine trübe Zukunft.¹ Sie gipfelt in der jüngsten Aktion aus dem Bundesgesundheitsministerium: Obwohl mit Inkrafttreten des GSAV das E-Rezept unumgänglich wird, stellte das Ministerium vor wenigen Wochen in einem Schreiben an die Kassenärztliche Bundesvereinigung klar, dass Ärzte nicht dazu verpflichtet seien, E-Rezepte auszustellen. Erst hü, dann hott, Gas geben und Bremsen gleichzeitig – das schadet jedem Pferd und erst recht jedem Getriebe.

Im Land der Bastler und Ingenieure sind die mangelhaften, veralteten Rahmenbedingungen zur Einführung nutzenbringender Innovationen und ihrer beschleunigten Übernahme in die Regelversorgung heute das größte Hindernis. Wir brauchen daher den klaren politischen Willen für mehr Digitalisierung im Gesundheitssystem. Wie das geht? Durch moderne Anreizsysteme. Ob durch Boni, Zusatzhonorare, Pay for Performance-Ansätze (die es ja bei Medikamenten schon längst gibt!): Anreize in der Einführungsphase sind das Mittel der Wahl, um neue Optionen erfolgreich zu machen.

Wir brauchen auch einen professionellen und angstfreien Umgang mit Big Data. Wer digital will, kann Daten nicht ignorieren, sondern muss die damit einhergehende Datenflut bewältigen und nutzen. Die Gesundheitsdaten einer ganzen Bevölkerung sind ein wahrer Schatz für Präventionsmediziner. Sie liefern wertvolle Erkenntnisse, zum Beispiel zur Früherkennung von Erkrankungen und zur Wirksamkeit von Behandlungsmethoden, oder auch zur grundsätzlichen Frage: Was bedeutet eigentlich „Gesundheit“? Zentral ist also, die Erschließung dieser Daten

– sicherer Speicherplatz, Klärung der Zugriffsrechte und -verwaltung, Auswertung – entschlossen voranzutreiben. Wichtig ist, Regeln zu entwickeln, die auch für denkbare künftige Anwendungen flexibel genug sind, und die überdies auch für Patienten und weitere Teilnehmer im Gesundheitsmarkt Anreize zur Zusammenarbeit bieten. Gleichzeitig müssen wir die gesellschaftliche Akzeptanz für den technologischen Fortschritt stärker fördern. Dabei geht es um weit mehr als die bloße Anpassung datenschutzrechtlicher Regelungen. Es geht um die Auflösung eines Widerspruchs. Die Mehrheit der deutschen Bevölkerung hat offenkundig kein Problem damit, Tech-Konzernen wie Google, Amazon, Apple oder Facebook äußerst persönliche und sensible Daten anzuvertrauen. Gleichzeitig kursiert die große (nicht völlig unberechtigte) Angst vor der missbräuchlichen Auswertung der Gesundheitsdaten.

Die Person, die Fotos vom Gipsverband aus dem Krankenhaus via Internet mit der gesamten Öffentlichkeit teilt, möchte also nicht, dass all ihre Gesundheitsdaten in einer elektronischen Akte gespeichert sind, mit Zugriffsrechten, über die sie nur selbst bestimmt. Das ist einerseits verständlich, andererseits grotesk. Klar, dass ein solcher Spagat die dynamische Entwicklung digitaler Technologien im Gesundheitsbereich empfindlich hemmt. Lösen lässt sich dieses Problem durch ein Höchstmaß an Transparenz und Orientierung für verschiedene Nutzergruppen. Gut funktionieren wird aber auch eine solche Lösung nur, wenn Patienten wie in Dänemark und Estland selbst entscheiden können, welche Gesundheitsdaten sie mit welchen Gesundheitsinstitutionen teilen wollen. Idealerweise werden die Endnutzer, also Patienten und Healthcare Professionals, systematisch in die Entwicklung digitaler Anwendungen mit einbezogen. Genauso sollte es dem Patienten gestattet sein, selbst zu bestimmen, wie und wo er seine Medikamente bestellt. Damit wir das erreichen, brauchen wir Anreize, wie zum Beispiel Beitragserleichterungen. So profitieren die Patienten doppelt von der Nutzung ihrer Daten.

Das deutsche Gesundheitswesen ist heute partiell gelähmt durch die unübersichtliche Gemengelage von

Akteuren im System der gesundheitspolitischen Selbstverwaltung und ihren Partikularinteressen. Innovative Projekte bleiben meist Insellösungen, die an der sektorenübergreifenden Vernetzung scheitern. Die Leidtragenden sind, wie so häufig, die Patienten.

Ein nationaler Alleingang wäre allerdings ebenso unklug wie kostspielig. Ein „deutscher Sonderweg“ würde die internationale Anschlussfähigkeit und damit die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems gefährden. Die komplexe Struktur des deutschen Gesundheitswesens darf keine Entschuldigung für die verschlafene Digitalisierung sein. Entsprechend müssen die verschiedenen Gesundheitssysteme kompatibel, das heißt international anschlussfähig, werden. Eine Entkopplung von Technologie, die sich im Ausland bewährt hat, wäre protektionistisch, anachronistisch und außerdem ökonomisch unsinnig.

Die Digitalisierung ist, wie seinerzeit das Auto, eben keine „vorübergehende Erscheinung“. Sie ist gekommen, um zu bleiben. Wer sich ihr heute verschließt, wird sich schon in wenigen Jahren vom technologischen Fortschritt überrollt fühlen. Wichtige Einzelmaßnahmen wurden bereits ergriffen. Was bisher noch fehlt, ist die Klammer, die diese zusammenhält. Es geht daher darum, die Digitalisierung des Gesundheitswesens auch in Deutschland durch begünstigende Rahmenbedingungen vom Kopf auf die Füße zu stellen. Dazu zählen:

- Die komplexe Struktur des deutschen Gesundheitssystems darf kein Hindernis für die Digitalisierung sein. Stattdessen müssen wir uns öffnen für Technologien, die in anderen Ländern bereits erprobt wurden und sich bewährt haben.
- Sektorenübergreifende Lösungen müssen durch Anreize gezielt gefördert werden. Eine Scheuklappen-Mentalität wird das Gesundheitssystem in einen digitalen Flickenteppich mit desintegrierten Einzelanwendungen verwandeln.
- Ein angstfreier Umgang mit Big Data ist Voraussetzung, um die Vorteile der Digitalisierung in Gänze zu nutzen. Denn der Datenschatz ermöglicht der Wissenschaft, neue Erkenntnisse zu Krankheitsbildern und -verläufen sowie Behandlungsmethoden zu sammeln. Davon pro-

fitieren wir alle. Patienten könnten etwa durch Beitragsentlastungen spürbar für ihren Datenbeitrag „entschädigt“ werden.

- Bei allen künftigen Digitalisierungsbestrebungen muss die Datenhoheit der Patienten nicht nur mitgedacht, sondern vorausgesetzt werden. Jeder muss selbst darüber entscheiden können, welche Informationen er oder sie mit wem teilt. So tragen wir durch Transparenz und Orientierung auch entscheidend zur Akzeptanz der Digitalisierung in der Bevölkerung bei.
- Sichere Cloud-Lösungen können den Transfer von Befunden wesentlich vereinfachen und beschleunigen. Patienten können so unmittelbar ihre Befunde einsehen und diese auch mit weiteren medizinischen Fachangestellten teilen. Das langwierige Übersenden von Befunden gehört damit ebenfalls der Vergangenheit an.
- Moderne Anreizsysteme tragen zur schnelleren Verbreitung und Nutzung innovativer Methoden bei. Bonuszahlungen, „Pay for Performance“ und Co. helfen dabei, digitale Technologien zügig zu implementieren.

Noch in dieser Legislaturperiode muss die Basis geschaffen werden, die die Erprobung von digitalen Lösungen in der Telemedizin, die sich anderswo bewährt haben, flächendeckend ermöglicht. Gleiches gilt für die Einführung der elektronischen Patientenakte, Telematik-Infrastruktur hin oder her.

Eine Aufklärungskampagne, die Patienten die elektronische Patientenakte und ihre Datenhoheit erläutert, könnte mit wenig Vorlauf noch in 2020 gestartet werden. Dem nachgeordnet müsste sich eine Folgeregierung ab 2021 mit den konkreten Fragen von Cloud-Nutzung und Datenauswertung befassen. Auch hier lohnt sich vielleicht der Blick in die europäischen Nachbarländer, denn wir müssen das „digitale Rad“ nicht neu erfinden. Eins ist jedenfalls sicher: Die Digitalisierung wird nicht auf uns warten.

¹ Timo Thranberend, Thomas Kostera: *Digitale Gesundheit: Deutschland hinkt hinterher*, Bertelsmann Stiftung, Nov. 2018.

Ist das der Durchbruch? Die Digitalpläne des BMG aus Apothekersicht – Chancen und Potentiale für eine bessere Versorgung

Norbert Peter,
Vorstandsmitglied des
Marketingvereins Deutscher
Apotheker e. V.



Apotheken sind bereits heute mit einem hohen Digitalisierungsgrad unterwegs. Warenwirtschaft und Abverkaufserfassung laufen digital, „elektronische Patientenakten mit Kundenhistorien“ gibt es in der Mehrzahl der Apotheken seit 20 Jahren, EDV-technische Unterstützung zu Reichweitenberechnungen und Interaktionsberatung uvm. werden mehrheitlich eingesetzt. Die Vernetzung war seit langem aus Apothekersicht nur noch eine Frage der technischen und datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Die Fragestellung des BMG ist die richtige: die Vernetzung der Akteure ist die Aufgabe, der sich die Bundesregierung endlich stellen musste!

Zu lange wurde sich seitens der Bundesregierung gescheut, mit klaren Vorgaben der Vernetzung die richtigen Rahmenbedingungen verbindlich zu setzen, sowohl im Datenschutz wie auch in der Architektur. Stattdessen setzte man mit der Gematik auf die Selbstverwaltung mit dem Ergebnis, dass die Umsetzung aus unterschiedlichsten strategischen Gründen mit fadenscheinigen Begründungen verschleppt wurde. Um jedoch kostenintensive Fehl- und Parallelentwicklungen zu vermeiden, bedurfte es dringend verbindlicher Vorgaben seitens der Regierung, also des BMG und des Verbraucherschutzes. Diese müssen einerseits den Datenfluss technisch steuern, als auch die Datensicherheit aus Sicht des Patienten regeln und trotzdem eine selektive Nutzung der Daten für den jeweiligen Anwendungsbereich vollumfänglich ermöglichen.

Ein kleiner Kassensturz

Apotheken sind bereits mit einem hohen Digitalisierungsgrad unterwegs, Warenwirtschaft und Abverkaufserfassung laufen digital, „elektronische Patientenakten mit Kundenhistorien“ gibt es in der Mehrzahl der Apotheken seit 20 Jahren, die Vernetzung ist nur eine Frage der technischen Vorgaben. Das Verordnungsmanagement ist seit über 10 Jahren mit Reichweitenberechnung und Erinnerungsfunktionen z.B. bei Pflegeheimbetreuenden Apotheken üblich. Die Kontrolle von möglichen Wechselwirkungen, Intervention und Dokumentation von notwendigen Schritten ist seit mehr als einem Jahrzehnt Standard und wäre mit definierter Schnittstelle jederzeit auf die ePA übertragbar.

Ebenso wird das bekannte Papierrezept seit einigen Jahren nicht mehr erst im mit der Abrechnung beauftragten Rechenzentrum, sondern auf Wunsch bereits in dafür ausgestatteten Apotheken digitalisiert und in digitaler Form ins Rechenzentrum übertragen. Was bislang fehlte, sind also eher die gesetzlichen Leitplanken und die Definition

der Rahmenbedingungen, um in die technische Vernetzung zu investieren. Bei den zusätzlichen technischen Anforderungen, die der Schutz der Patientendaten in einem solchen Netzwerk erfordert, ist eine kostendeckende Anlauffinanzierung wohl ebenfalls Konsens. Dies ist allerdings aus Sicht der Apotheken noch nicht zugesichert.

Die Botschaft ist damit: Die Apotheken sind bereit, wenn ihnen die Aufgaben übertragen und die Verantwortung übergeben wird. Die digitalen Arbeitsabläufe vor Ort sind heute schon Standard.

Um einen Interaktionscheck mit allen Daten vornehmen zu können, benötigt der Apotheker Zugriff auf alle verordnungsrelevanten Daten wie Dosierungsangaben für gender- bzw. altersspezifische Unterschiede in der Stoffwechselung.

Außerdem benötigt er zusätzlich den Hinweis oder einen Sperrvermerk, wenn ein Patient eine persönliche Medikation gesperrt hat. Damit kann im persönlichen Gespräch mit dem Patienten die Relevanz der gesperrten Daten für den Gesamtcheck geklärt werden.

Heutige Lebenswelt

Es ist unstrittig, dass die Apotheke vor Ort die niederschwellige Eintrittspforte ins Gesundheitsversorgungssystem darstellt. Der empathischen und persönlichen Bindung zum betreuenden Apotheker und dem daraus resultierenden Vertrauen wird gerade in Zeiten der Digitalisierung eine wichtige und prinzipiell unersetzliche Leitfunktion zukommen, wenn man sich die Studien zur KI und der immer noch nicht zu kopierenden Empathie anschaut. Die Apotheke sollte in Zukunft verstärkt als Lotse im Gesundheitssystem für den Patienten positioniert werden und bei diesen gerade bei schwächer werdender Flächenabdeckung anderer Leistungsanbieter – insbesondere der Ärzteschaft und hier der Fachärzte im ländlichen Bereich – Aufgaben im direkten Patientenumfeld übernehmen können. Diese Aufgaben können von direkter Assistenz bei der telemedizinischen Sprechstunde über die Substitution von nicht unter ärztliche Kernkompetenz fallenden Leistungen bis hin zur Betreuung jener zwei Drittel pfe-

gebedürftiger Patienten, die nicht in stationären Einrichtungen unterkommen, reichen.

Die Einstiegspforte in die Welt der Digitalisierung für den normalen Patienten, der sich allzu häufig im letzten Lebensviertel befindet, wird im Allgemeinen nicht die App, sondern der Arzt oder Apotheker sein, der ihn dazu anleitet und Daten bereitstellt als Schnittstelle von der analogen zur digitalen Welt. Trotzdem ist der Benefit für die Versorgungsqualität dadurch der gleiche.

Zukünftige Lebenswelt: Wie wird das Berufsbild Apotheke zukünftig aussehen können?

Ich möchte in diesem Zusammenhang meine Erwartung einer neuartig ausgeprägten Aufgabenstellung und die Zukunftsprognose über die Aufgabensstellungen an einen Apothekenmitarbeiter 10 Jahren darstellen: Der Apotheker als Gesundheitsberater und Lotse im Gesundheitswesen wird dank einer intensiven Weiter- und Fortbildung neue Aufgabenbereiche übertragen bekommen und sich auch verdienen – auch, weil andere Berufsgruppen wegbrechen. Der Patient wird dank der Digitalisierung viel intensiver integriert sektorenübergreifend versorgt werden, Apotheker können ihren Teil dazu beitragen, wenn sie sich dem Wandel stellen.

Der Anteil mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch ärztliche Verordnung (RX-Bereich) könnte von heute 80% auf maximal 50% fallen, ist als Anker aber nach wie vor wichtig. Das verschreibungsfreie Empfehlungsarzneimittel (OTC-Bereich) wird prozentual und insgesamt steigen (Stichwort OTC-Shift und verstärkte Einbindung des Apothekers dank intensiver Weiterbildungsinitiativen). Der Dienstleistungssektor wird an Bedeutung gewinnen: 25–30% des Arbeitsaufwandes werden von zusätzlichen Dienstleistungen verursacht werden. Anleitung und Schulung von Patienten, der mobile Apotheker im Pharmaceutical homecare, regelmäßige 4-wöchentliche follow-Up-Gespräche, Telepharmazie, Konsultationen unterhalb der Arztschwelle, Labor- und Gesundheitsparametererhebung, Wiederholungsrezepte u.v.m.

Mögliche Versorgungswelt der zukünftigen Apotheken

Da wäre als erstes der digital vernetzte Medikationsplan zu nennen. Das Erstellen, Optimieren und Auswerten von Medikationsplänen hinsichtlich Neben-, Wechsel-, und altersbedingten Wirkungen sowohl von verordneten Medikamenten wie auch von OTC-Arzneimitteln im Online-modus zum Zeitpunkt der Abgabe sind nach Definition einer entsprechenden Schnittstelle in die Welt der eGA für Apotheken kein Problem. In Zukunft gehört für ein weitergehendes Interaktions- und Medikationsmanagement bis hin zur alters- und geschlechtsabhängigen Anpassung natürlich auch der verschlüsselte Diagnoseschlüssel auf analoge, später aufs E-Rezept, um Dosiseinstellungen und -anpassungen vornehmen zu können. Diese würden in Echtzeit auf die Patientenakte gespielt und sollten automatisch mit den Arztinformationen abgeglichen werden. Hierzu ist zwar eine Weiterbildung erforderlich, diese Aufgabe ist aber ureigenste Apothekerkompetenz.

Hierbei ist der deutliche Vorteil in der Zusammenführung ärztlicher Verordnungen von verschiedenen Verordnern und der zusätzlichen Selbstmedikation zu sehen. Die fachlich fundierte pharmakologische Aus- und Weiterbildung und die überragende EDV-Ausstattung der Apotheken prädestiniert sie für die maßgebliche Führungsrolle auf diesem Feld.

Um auf die sich ändernde Anforderung der Bevölkerung einzugehen, haben die LINDA-Apotheken eine digitale Plattform samt dazugehöriger Bestell-App, LINDA 24/7 entwickelt, welche bereits heute sowohl per Scan des Packungscodes, bzw. Einlesen des Rezeptes oder einer freien Texteingabe die Bestellung auf dem digitalen Weg ermöglicht. Per Voreinstellung oder freier Auswahl der nächsten Apotheke kann auf das gesamte Belieferungsportfolio im Dialogmodus zugegriffen werden. Die Bestellung landet in der Apotheken-EDV der ausgewählten Apotheke und gibt Feedback über den Bearbeitungsstatus, sowie den Bereitstellungszeitpunkt an. Auch werden über die App Nachfragen ermöglicht, bzw. Unklarheiten geklärt und Beratungshinweise übermittelt.



Am Ende kann das klassische Click & Collect (Abholung in der Apotheke) oder die Botenbelieferung stehen, alles unter Berücksichtigung der Arzneimittelsicherheit und kontrollierter Lieferbedingungen.

Ergänzt wird diese Plattform durch digitale Therapiebegleiter, welche die Compliance verbessern und den Patienten zu unterstützenden Verhaltensweisen anleiten. Als nächste ursächliche Leistung ist das 4-wöchentlich stattfindende Arzneimittel-Monitoring zu nennen. Digital können Basisparameter erhoben werden und in die Akte eingefügt werden. Bei einem Ausreißer außerhalb einer vom Arzt auch individuell einstellbaren Bandbreite wird der Patient zur Arztkonsultation aufgefordert. Dazu gehören das Beratungsgespräch zur Überwachung von Wechsel- und Nebenwirkungen, Kontrolle von einigen Vitalparametern und Einnahmeberatung zur Steigerung der Adhärenz. (siehe vergleichbare Beispiele z.B. in Belgien) Die Ausstellung von Quartalsrezepten im Rahmen von Wiederholungsrezepten innerhalb des Quartals bei Chronikern und Langzeitverwendern zur Entlastung der Arztpraxen in unterversorgten Gebieten wäre der nächste Punkt, der eine Dokumentation in der Gesundheitsakte zwingend voraussetzt und Doppelverordnungen verhindern hilft. Bedingung dafür ist die Teilnahme am 4-wöchentlichen Arzneimittelmonitoring.

Ein weitere Kernaufgabe kann gerade in strukturschwachen Gebieten die Organisation, Begleitung und Parameterlieferung für die telemedizinische Sprechstunde werden. Mit einem fachkundigen Apotheker an der Seite kann die Sprechstunde effektiv über eine datenschutzrechtlich gesicherte Standleitung aus den Apotheken zu den Fachärzten in stationären Einrichtungen wie MVZ's oder LVZ's absolviert werden. Von der digitalen Terminvereinbarung durch die Apotheke mit dem verfügbaren Facharzt in der stationären Einrichtung bis hin zur Vorbereitung durch Erhebung von Laborparametern (nach amerikanischen Beispiel bis hin zum großen Blutbild): Die Telemedizin-sprechstunde als fachapothekerlich begleiteter Sprechstunde in den Beratungsräumen der Apotheke ist zukünftig nicht nur denkbar, sondern auch sehr wahrscheinlich. Am Ende findet unmittelbar die Aushändigung der verordneten Medikamente gemäß übermittelten E-Rezept statt.

Ist das also der Durchbruch? Aus Sicht der Apotheken ist dies der Anfang eines Prozesses, der nun Fahrt aufnimmt und auf jeden Fall noch weiterbegleitet werden muss. Viele Parameter müssen noch definiert werden, damit die Funktionalität auf allen Ebenen gewährleistet werden kann. Die jahrelange Stagnation wurde jetzt zwar überwunden, aber die nächsten Schritte sind kein Automatismus.

Digitalisierung mit Hochgeschwindigkeit? Eine Bilanz der Gesundheitspolitik unter Spahn

Sebastian Zilch,
Geschäftsführer des
Bundesverbandes
Gesundheits-IT – bvitg e. V.



Zentraler Treiber der Digitalisierung in Deutschland oder geschickter Provokateur? Die Meinungen zu Gesundheitsminister Jens Spahn klaffen weit auseinander. Einzig Untätigkeit kann ihm wohl niemand vorwerfen: In seinen 16 Monaten im Amt hat er ebenso viele – teilweise durchaus kontroverse – Gesetze verabschiedet. Bis Ende 2019 sollen weitere Gesetze zu Notfallversorgung, Datenschutz und der Neuausrichtung des morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) folgen. Doch hält diese Bilanz einer genauen Prüfung stand? Zeit für ein politisches Zwischenfazit!

Davon, dass Gesundheitspolitik in Deutschland kein leichtes Unterfangen ist, konnten schon Spahns Vorgänger ein Lied singen: So stammt beispielsweise von Horst Seehofer der Ausspruch, man könne mit ihr höchstens Wahlen verlieren, aber keine gewinnen. Norbert Blüm zog den wenig charmanten Vergleich zum Wasserballett im Haisfischbecken. Sie alle standen vor der Herausforderung, mit dem Gesundheitsmarkt einen streng regulierten Bereich zu gestalten, in dem es von Gruppen mit zum Teil konträren Interessen geradezu wimmelt. Umso erstaunlicher ist es, dass Spahn in vergleichsweise kurzer Zeit mit dem umfangreichen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ganz nebenbei sein „E-Health-Reparatur-Gesetz“ verabschieden konnte und mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) ein weiteres in den Bundestag eingebracht hat. Stets tatkräftig unterstützt wurde er dabei von seiner eigens geschaffenen Abteilung für Digitalisierung. Mit hoher Geschwindigkeit werden Digitalisierungsthemen getrieben, wobei dieser Stil der agilen Gesetzgebung mitunter Fragen aufwirft und einen strategischen Überbau vermissen lässt.

Woran es im deutschen Gesundheitssystem noch hakt

Wie nötig Deutschland diesen Tatendrang bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen hat, zeigen unter anderem eine kürzlich veröffentlichte Studie der Bertelsmann Stiftung sowie die Ergebnisse des jährlichen Digitalisierungsindex der Europäischen Kommission (DESI): In beiden Erhebungen schnitt Deutschland schlecht ab, landete sogar jeweils auf dem vorletzten Platz. Grund dafür sind unter anderem Defizite beim sektorenübergreifenden Austausch von Gesundheits- und Sozialdaten sowie das Fehlen von elektronischer Gesundheitsakte und übergreifender E-Health-Strategie. Prinzipiell befindet sich Deutschland bei der medizinischen Versorgung noch im analogen Zeitalter: So werden 80 Prozent aller Arztbriefe per Fax verschickt und 700 Millionen Papierrezepte gedruckt.

Zum Vergleich: Im Vorreiterland Estland werden mittlerweile 99 von 100 Rezepten elektronisch ausgestellt.

Geschwindigkeit versus Strategie

Um diese Zustände zu beheben und die Digitalisierung weiter voranzutreiben, setzt der Gesundheitsminister auf straffe Fristen und klare Verantwortlichkeiten zur Umsetzung digitaler Projekte. Von ihm stammt die übergeordnete Vorgabe, bei jedem neuen Gesetz den Aspekt der Digitalisierung aktiv zu berücksichtigen. Spahn hat verstanden, dass es in puncto Digitalisierung nicht reicht, ein E-Health Gesetz je Legislaturperiode zu verabschieden und zu hoffen, dass die darin verfassten Regularien für die folgenden vier Jahren ausreichen und nicht vom technischen Fortschritt überholt werden. Allerdings lassen sich die Versäumnisse der letzten 15 Jahre nicht ad hoc und ohne konkrete Strategie aufholen.

Beispielhaft hierfür ist die ePA, deren Einführung bereits 2015 mit dem ersten E-Health-Gesetz beschlossen wurde, bei der seitdem aber wenig vorangeht. Laut DVG sollte die ePA nun eigentlich um weitere digitale Anwendungen wie Mutterpass und Impfausweis erweitert werden, allerdings sind all diese Pläne nach Datenschutzbedenken seitens des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz vorerst gestoppt. Überraschend kam dies zweifellos nicht: Schon bei der Veröffentlichung der gematik Spezifikation im Dezember 2018 hatten Experten auf Lücken im Datenschutzkonzept aufmerksam gemacht. Mit der Absicht, Geschwindigkeit zu generieren, wurde jedoch auch bei der zweiten Version der Spezifikation auf ein ausgereiftes Konzept einer Zugriffsberechtigung verzichtet.

Hier zeigen sich die Schattenseiten einer einseitigen Fokussierung auf Fristen und Geschwindigkeit zulasten einer konkreten Strategie: Zwar gelingt vordergründig eine rasche Umsetzung, allerdings mit teils erheblichen Abschlüssen und Einschränkungen. Am Beispiel der ePA kann dies im schlimmsten Fall dazu führen, dass durch

die Reduzierung auf eine simple Verwaltung von Dokumenten am Ende der Mehrwert für Patienten und Leistungserbringer auf ein Minimum reduziert wird.

Am Ende entstehen nationale Insellösungen, die im europäischen Binnenmarkt nicht nutzbar sind. Wie zentral ein Zielbild und eine E-Health-Strategie für eine erfolgreiche Digitalisierung sind, zeigen Erfolgsbeispiele wie Estland oder Dänemark. Nur um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Geschwindigkeit ist bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen durchaus angebracht, allerdings müssen Entscheidungen unter Einbeziehung von Experten sowie orientiert an einer übergeordneten Strategie getroffen und umgesetzt werden.

Wie das Ministerium den gematik Umbau vorantreibt

Ein überraschendes Projekt der Amtszeit Spahns ist die Reform der gematik, die sich in den vergangenen Jahren beim Ausbau der Telematik-Infrastruktur in einen lähmenden Entscheidungssumpf manövriert hat – und damit für viele längst zum Sinnbild der Missstände bei der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens wurde. Um hier Abhilfe zu schaffen, griff der Minister zur Verstaatlichung. Seit Inkrafttreten des TSVG Anfang Mai besitzt das Ministerium nun 51 Prozent der Anteile und übernimmt damit die Führung in Sachen Digitalisierung. Spahn kommentierte die Maßnahme auf der diesjährigen DMEA scherzhaft mit dem Ausspruch „Wenn die Selbstverwaltung etwas über 15 Jahre nicht ans Laufen bringt, dann darf es das Ministerium auch mal versuchen“.

Dieser Schritt war längst überfällig, wenngleich noch abzuwarten ist, ob es dem neuen Geschäftsführer in den kommenden Monaten tatsächlich gelingen wird, die richtigen Schwerpunkte zu setzen und vor allem durchzusetzen. Er steht vor der Aufgabe, die Verfahren und Prozessen der gematik transparenter zu machen, sie gleichzeitig zu beschleunigen und dabei stets die praktische Umsetzbarkeit im Blick zu halten.

Bei alldem ist das starke Engagement des Ministers zwar einerseits eine Stärke, aber andererseits auch die größte Gefahr: Bei einer erneuten Regierungsbeteiligung der CDU ist davon auszugehen, dass Spahn ein anderes Ressort übernehmen wird. Wenn seine Nachfolgerin oder sein Nachfolger mit weniger Elan und Durchsetzungskraft ans Werk geht, sind das jetzige Tempo und der Fortschritt bedroht. Zwar hat Spahn durch die Gründung des Health Innovation Hub und den hohen Freiheitsgrad der gematik gewisse Veränderungen angestoßen, die von Dauer sind, ohne entsprechende Führungsrolle und -anspruch seitens des BMG werden diese aber nicht ausreichen.

Warum es Wettbewerb und einen freien Markt braucht

Digitale Anwendungen bieten konkreten Mehrwert für Patientinnen und Patienten und schaffen so Akzeptanz für die Digitalisierung. Bisher dauert es aber noch Jahre, bis diese auf den Markt gelangen und Finanzierung finden. Um dies zu beschleunigen braucht es vor allem klare Rahmenbedingungen, Rechtssicherheit und freien und fairen Wettbewerb.

Momentan werden regelmäßig Vorgaben für die technische Umsetzung von digitalen Lösungen entwickelt, ohne dabei die Industrie von Anfang an miteinzubinden. Das Ergebnis sind Lösungen, die am Markt vorbeientwickelt werden und meist nur proprietär und in Deutschland einsetzbar sind. Solche Insellösungen sind jedoch alles andere als förderlich für einen freien Wettbewerb.

Ebenfalls hinderlich sind die noch immer unsicheren politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland. Bestes Beispiel ist der Rollout der Telematikinfrastruktur, bei dem während Zertifizierungsphase kontinuierlich die Anforderungen geändert und angepasst wurden – was für Hersteller einen nicht zu unterschätzenden Entwicklungsmehraufwand und große Unsicherheit bedeutete.

Eine ähnliche Situation droht jetzt wieder bei der Einführung der ePA, bei der Softwarehersteller bereits Lösungen entwickeln, obwohl noch immer unklar ist, ob die Spezifikationen der gematik nicht doch noch einmal nachträglich ergänzt oder verändert werden.

Fazit

Mit demografischem Wandel, Fachkräftemangel und der chronischen Unterfinanzierung steht das deutsche Gesundheitssystem vor einer Vielzahl von großen Herausforderungen. In vergleichsweise kurzer Zeit hat es Jens Spahn als Bundesgesundheitsminister geschafft, dass die Digitalisierung in der breiten Öffentlichkeit nicht als reine Bedrohung, sondern vielmehr als Chance bei der Lösung dieser Probleme wahrgenommen wird. Dabei hat sich bei allen politischen Stakeholdern die Erkenntnis durchgesetzt, dass damit weit mehr als eine bloße Überführung analoger Versorgungsprozesse in Digitale gemeint ist, sondern vielmehr ein grundlegender und dauerhafter Umbau des gesamten deutschen Gesundheitssystems. Mit Spahn haben dringend nötiger politischer Gestaltungswille und Geschwindigkeit Einzug gehalten, darauf gilt es aufzubauen und zu klären, wohin die Reise gehen soll. Deutschland braucht ein E-Health-Zielbild und sichere Rahmenbedingungen. Es bleibt darauf zu hoffen, dass diese Dynamik bis Ende der Legislatur und darüber hinaus bestehen bleiben. Denn nur so ist die Gesundheitsversorgung in Deutschland auch in Zukunft gesichert.



Link zur Website des
Bundesverbandes Gesundheits-IT
www.bvitg.de

„Unsere Digitalisierungsinitiative hilft Start-Ups in den GKV-Markt“

Gespräch mit
Benedikt Willeke,
Geschäftsführer der itsc GmbH



Krankenkassen werden mehr und mehr aktiver Player im Bereich der Digitalisierung. Gerade Kassen mittlerer Größe können, wollen und müssen jedoch den Markt nicht alleine und aus eigener Kraft bespielen. Dienstleister, wie das Unternehmen itsc GmbH, helfen ihren Kunden aus dem Krankenkassenbereich, externe Lösungen zu entwickeln oder sich zu größeren, punktuell kooperierenden Verbünden zusammenzuschließen und trotzdem das eigene Profil zu bewahren.

Albrecht Kloepper: Sehr geehrter Herr Willeke, wo sehen Sie im Moment für die gesetzlichen Krankenkassen die Herausforderungen beim Thema Digitalisierung?

Benedikt Willeke: Die Herausforderungen der Digitalisierung im Bereich der GKV sind sehr vielfältig. Von den klassischen Kosteneffizienzthemen, welche die Kassen berücksichtigen müssen, bis hin zum immer größer werdenden Faktor Kundenzufriedenheit. Die Klientel schaut auf weitere Branchen und sucht Ähnlichkeiten, welche die Krankenkassen derzeit nicht erfüllen können.

Kloepper: Was sind denn andere Branchen, an denen sich die Krankenkassenkunden orientieren?

Willeke: Zum Beispiel der Bankenbereich, der lange sehr konservativ unterwegs war, der sich aber komplett gewandelt hat hin zum Onlinebanking – da hat es einen gravierenden Wandel gegeben. Die Versicherten haben die Erwartungshaltung: „Warum bietet meine Krankenkasse solche Dienstleistungen nicht ebenfalls an?“

Kloepper: Was bietet ihr Unternehmen ihren Kunden, also den Krankenkassen?

Willeke: Wir wissen alle, dass wir massiven Nachholbedarf bei der Digitalisierung haben. Andere Branchen sind uns da weit voraus. Insbesondere vor dem Hintergrund des Datenschutzes müssen wir uns sehr genau ansehen, was wir den Krankenkassen anbieten können, um ihre Prozesse zu unterstützen.

So haben wir beispielsweise einen sogenannten Chatbot mitentwickelt, der im Markt durchaus einmalig ist. Das ist ein textbasiertes Dialogsystem, ähnlich wie ein Chat, den Sie über einen Messenger absetzen. Der Chatbot ist ein Dienst, der zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse verläuft. Auf der Kassenseite sitzt dann eine Maschine, die die Fragen entsprechend beantworten kann. Das hat den Vorteil, dass Sie dem Versicherten die Möglichkeit geben, 24/7 Informationen zu erlangen.

Außerdem haben wir uns im Rahmen der Digitalisierungssoffensive mit acht Krankenkassen zusammengeschlossen und ein Programm gestartet, dass sich „healthstarter“ nennt. Dies soll es Start-Ups erleichtern, die Hürden beim Eintritt in das Gesundheitssystem und den Kassenmarkt zu nehmen. Wir wissen alle, dass es relativ schwierig ist, die regulatorischen Anforderungen in diesen Bereichen zu erfüllen. Deswegen dringen auch nicht so viele innovative Ideen in den Gesundheitssektor vor, wie wir alle uns das wünschen würden. Wir bieten Start-Ups an, sich bei uns zu melden. Wir bauen dann die Brücke zur GKV, wir schaffen Schnittstellen zur Datenverarbeitung, wir stellen den Kontakt zu Krankenkassen her und ermöglichen so den Start-Ups einen leichteren Einstieg in den Markt der gesetzlichen Krankenkassen.

Für uns ist das Ziel, Ideen zu erhalten, die ansonsten nicht in das Gesundheitssystem vordringen. Wir sehen, dass aktuell nur etablierte, große Player in den Markt kommen. Der Markt ist dadurch fast geschlossen. Wir möchten ermöglichen, dass gute andere Ideen, die bisher vorrangig in der Privatwirtschaft umgesetzt wurden, künftig auch in der GKV verfügbar sind.

Kloepper: Ich stelle mir also vor, ich bin ein junges IT-Unternehmen, habe aus meiner Sicht etwas ganz Tolles entwickelt, habe aber noch keine Ahnung vom Gesundheitssystem und habe nur das Bauchgefühl: Das müsste doch eigentlich ganz nützlich sein. Jetzt erfahre ich vom healthstarter. Was passiert dann?

Willeke: Wir haben dafür extra eine Website geschaltet, healthstarter.io, auf der erst einmal die grundlegenden Informationen dargelegt werden und welche Schritte nach der initialen Kontaktaufnahme erfolgen. Nach dieser initialen Kontaktaufnahme bspw. über das Online Formular klärt der healthstarter, welche der im Verbund vertretenen Krankenkassen Interesse hat, mit dem Startup zusammenzuarbeiten. In der nächsten Phase wird geklärt, welche Anforderungen das Start-Up genau an die Kassen hat und wie diese beantwortet werden können.

Hochaktuell beispielsweise das Thema: Datenauswertung. Auf welche Daten soll zugegriffen werden, dürfen wir sie ohne weiteres freigeben, wie anonymisieren wir diese Daten, wie stellen wir sie zur Verfügung, in welchem System darf das Start-Up diese Daten verarbeiten? Bei all diesen Fragen stehen wir den Start-Ups mit Rat und Tat zur Seite und machen es ihnen möglichst einfach, ihre Idee weiter zu evaluieren und in den GKV Markt zu tragen.

Kloepfer: Dass es im Gesundheitssektor beim Thema Digitalisierung etwas langsamer vorangeht als in anderen Branchen, haben wir schon angesprochen. Auf Banken haben Sie rekurriert. Sie selbst kommen aus der Energiewirtschaft, auch da wird es wohl etwas schneller vorangehen als bei uns im Gesundheitswesen. Was sind denn im Gesundheitswesen die Hauptthemen?

Willeke: Das Thema Schriftformerfordernis ist natürlich bis dato eine ganz große Hürde. und bedeutet einen sehr, sehr großen Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen. Wenn alle Prozesse im System komplett digital umgesetzt wären, dann lägen Daten zeitnah vor. Es bringt uns nichts, wenn wir Daten erst nach drei, sechs oder neun Monaten vorliegen haben, zum Beispiel beim Thema Medikamentenunverträglichkeit.

Kloepfer: Nun haben wir natürlich im solidarischen Krankenversicherungssystem das Problem, dass wir in der Lage sein müssen, wirklich alle Versicherten mitzunehmen. Das heißt, wir müssen wahrscheinlich sehr lange Lösungen bereithalten, die den analogen Bedarf der Patienten miteinfassen. Muss man da teilweise zweigleisig fahren oder gibt es auch Wege zu sagen: ja der Patient ist analog, aber das Leben lässt sich dennoch digital vollziehen?

Willeke: Ich denke schon. Wir wollen es den Versicherten auch nicht zumuten auf die neuste Technik umsteigen zu müssen, um beispielsweise Anträge auszufüllen. Die Masse der Daten, die reinkommt, und gerade auch die

Post, sollte aber zwischen den einzelnen Playern im Gesundheitssystem komplett digital versendet werden. Unternehmen können es sich leisten, das digital aufzubereiten und zu übergeben, nur die gesetzlichen Vorgaben müssen dafür da sein, dass sich auch daran gehalten wird. Dann haben wir schon einen Großteil der heute notwendigen nachträglichen Aufbereitung eingespart.

Kloepfer: Ich habe den Eindruck, wir befinden uns erst am Anfang einer digitalen Revolution. Das wird man in der Rückschau sicher so interpretieren. Was ist denn für Sie schon am Horizont erkennbar, Dinge, mit denen wir uns in absehbarer Zeit intensiv beschäftigen müssen?

Willeke: Wir haben natürlich ganz neue Technologien, die am Markt verfügbar sind, beispielsweise das Thema künstliche Intelligenz und machine learning aus der Verknüpfung von den vielen Millionen Datensätzen. Ich habe jüngst mit einer größeren Betriebskrankenkasse gesprochen: die haben dort über viele Jahre 65 Millionen Dokumente angesammelt. Daraus kann man eine Menge an Erkenntnissen gewinnen. Das geht aber nur durch den Einsatz von künstlicher Intelligenz. Das heißt, ich versuche Muster zu finden und Analogien in diesen Datensätzen zu sehen. In diesem Bereich sehen wir großes Potenzial.

Das Thema Big Data gehört natürlich auch dazu. Große Datenmengen erlauben es uns erst, entsprechende Muster in den Daten zu sehen. Das geht nur mit Fachexperten, sogenannten Data Scientists, die ein Auge dafür haben, Datenmodelle verstehen, und somit diese Daten auch fachgerecht auswerten und Rückschlüsse ziehen können.

Kloepfer: Das Thema Cloud gehört sicherlich auch dazu. Da hat man natürlich als Patient auch immer die Befürchtung, dass das irgendwo anonym liegt, direkt vor der NSA und Google. Inwieweit lassen sich Cloud-Systeme so schützen, dass man sagen kann, dass diese Daten und Erkenntnisse wie in einem sicheren Safe vor Zugriff geschützt sind?

Willeke: Andere Frage: Können wir es uns leisten, auf solche Systeme im Gesundheitsbereich zu verzichten? Ich denke, nein. Darin steckt gewaltiges Potential. Wenn wir über Cloud reden, reden wir meist nur über Datenspeicherung. Das kann schon heute sicher in verschlüsselter Form erfolgen. Ich glaube nicht, dass das noch ein großes Problem ist. Wir sehen auch die Lockerungen, die es in diesem Bereich gibt, und begrüßen diese ausdrücklich. Darüber hinaus bieten Cloud Services noch viele weitere Vorteile. Ich kann dort zum Beispiel relativ leicht für die künstliche Intelligenz Modelle aufbauen, um Daten zu analysieren, um Modelle zu trainieren, aber auch Handschriftenerkennung durchzuführen, die heute mit Standardmethoden relativ schwer zu bewältigen ist. Der Cloudbereich wächst massiv, die Angebote, die es in diesem Bereich gibt, können uns helfen, deutlich schneller zu Ergebnissen zu kommen. Ich würde es begrüßen, wenn wir in einiger Zeit in die Lage versetzt würden, dort auch agieren zu dürfen.

Kloepfer: Ich persönlich habe ein Problem damit, wenn der Datenschutz so absolut gesetzt wird. Für den onkologischen Palliativpatienten ist der Datenschutz in seinen letzten Monaten vielleicht relativ zweitrangig. Der möchte nur, dass seine Versorgungsgewerke reibungslos zusammenarbeiten, um ihm diese Zeit zu erleichtern. Muss es da nicht abgestufte Datenschutzmodelle geben, so dass der Patient je nach Versorgungssituation entscheiden kann, welche Datenschutzhürden er in Anspruch nehmen möchte und welche nicht?

Willeke: Ich glaube, dass abgestufte Konzepte genau der richtige Weg sind. Aktuell heißt es „alles oder nichts“, und damit können wir relativ wenig anfangen. Wir wissen auch, dass bestimmte Patientengruppen ein sehr großes Interesse haben, zu erfahren, wie der Krankheitsverlauf sich darstellt, welche anderen Medikationen und Therapien es gibt. Diese Informationen werden häufig aus der Verbindung sehr vieler Daten aus verschiedenen Datenquellen generiert. Man sollte sich also überlegen, dass bestimmte Daten durch den Versicherten freigegeben

werden, so dass er einerseits seine Daten in der Hand hat, aber andererseits zum Wohle der Allgemeinheit daran mitwirken kann, dass wir in der Medizin besser werden können, wenn er das möchte.

Kloepfer: All das, was wir heute besprochen haben, heißt ja aber, dass sich der Versicherte selbst eine gewisse Datenmündigkeit zulegen muss.

Willeke: Ja, das wird sicherlich eine Herausforderung sein. Die Krankenkassen müssen aufklären, was mit den Daten passiert und welche Daten genau verwendet werden. Im Bankenbereich ist es ja ähnlich. Dort geben sie jedes Mal, wenn sie mit ihrer Kreditkarte zahlen, eine ganze Menge an privaten Daten frei – Zahlungshöhe, Ort der Zahlung, et cetera.

Allerdings stellt sich dann auch die Frage, inwiefern ich den weiteren Schritt in die privaten Daten gehe, nämlich ob aus Sicht des Versicherten Medikation und Gesundheitsdaten genauso zu werten sind wie das Bankkonto.

Kloepfer: Welche weiteren Herausforderungen liegen noch vor uns?

Willeke: Wir müssen weiterhin schauen, dass sämtliche Prozesse voll automatisiert werden. Wir haben sicherlich Themen wie die Wertschöpfung in Krankenkassen. Wir können in den Krankenkassen deutlich mehr Wertschöpfung aus Daten betreiben und uns weniger mit Verwaltungsprozessen beschäftigen. Verwaltungsprozesse reduzieren und Datenanalyse aufwerten und daraus Erkenntnisse zum Wohle des Patienten gewinnen.

Kloepfer: Das ist ein hoffnungsvoller und positiver Ausblick! Herr Willeke, ich danke Ihnen für das Gespräch.



Das vollständige Gespräch können Sie als Audio-Mitschnitt unter www.ix-media.de/radio nachhören.

**Herausgeber:**

Dr. Albrecht Klopfer
Wartburgstraße 11 | 10823 Berlin
post@ix-institut.de | www.ix-media.de

Redaktion:

Dr. Albrecht Klopfer, Dr. Jutta Visarius, Sören Griebel

In Zusammenarbeit mit

**Druck:**

PrintingHouse,
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Genter Str. 8 in 13353 Berlin

Satz und Layout:

Mediengestaltung der
Union Sozialer Einrichtungen gGmbH,
Koloniestr. 133–136 in 13359 Berlin

www.u-s-e.org

Erscheinungsweise: Mindestens 6 Ausgaben im Jahr.
Bezugspreis 78,- Euro einschließlich Versandkosten
(Inland) und MwSt. Ein Abonnement verlängert sich
um ein Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ende
des Kalenderjahres gekündigt wird. Sämtliche Nutzungs-
rechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche
Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung,
öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglich-
machung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung
der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 25. Jahrgang 2019, Ausgabe 4 · 2019,
Erscheinungsdatum: 30. September 2019.

Folgende Themen bewegen das iX-Media Team und sollen in der iX-Forum Reihe näher betrachtet werden:

- **Ländliche Regionen und vulnerable Gruppen**
- **Finanzierung von Innovationen**
- **Reform der Notfallversorgung**
- **Rahmenbedingungen für eine gesicherte Plasmaversorgung**

Die Aufzählung unterliegt keiner zeitlichen Reihenfolge. Selbstverständlich reagieren wir auch auf aktuelle politische Entwicklungen

Die iX-Forum Reihe wird bundesweit mit über 2.500 Exemplaren personalisiert an Parlamente, Ministerien, Verbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften und andere wichtige Akteure im Gesundheitswesen versandt.

Sie haben Interesse, einmal einen Diskussionsbeitrag in der iX-Forum Reihe zu veröffentlichen?
Kommen Sie mit uns ins Gespräch.

**Besuchen Sie
unsere Website:**

www.ix-media.de

