



2 • 2018

**EPA, EGA, EPF, EGK ... –
EIN NEUER ANLAUF FÜR EINE
DIGITALISIERUNG DES DEUTSCHEN
GESUNDHEITSWESENS**



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.

ePA, eGA, ePF, eGK ... – ein neuer Anlauf für eine Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens



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



- 8** **Digitale Transformation im Gesundheitswesen: Wo stehen wir in der Diabetologie?**
Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland **Manuel Ickrath** **Barbara Bitzer**
Präsident der DDG Sprecher Task Force Geschäftsführerin
Deutsche Diabetes Gesellschaft DDG Digitalisierung der DDG der DDG



- 13** **Warum wir einen einheitlichen Aktenstandard dringend brauchen**
Dr. Jens Baas
Vorsitzender des Vorstands der Techniker Krankenkasse



- 17** **Zurück in die Zukunft: Wie wir die digitale Vernetzung voranbringen**
Martin Litsch
Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes



- 22** **Kundenzentriert und TI-kompatibel: Den Versicherten in den Mittelpunkt stellen und Interoperabilität gewährleisten**
Frank Hippler
Vorstandsvorsitzender der IKK classic



- 26** **Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen – Wege der Umsetzung**
Hans-Jörg Gittler
Vorstandsvorsitzender der BAHN-BKK
Mitglied im Aufsichtsrat und Präsidium der BITMARCK



- 30** **Die Arzt-Patientenbeziehung im digitalen Zeitalter - Von der Überschätzung körperschaftszentrierter elektronischer Patientenakten am Beispiel alternativer Vernetzungslösungen**
Ekkehard Mittelstaedt
Business Development Manager CompuGroup Medical Deutschland AG



- 34** **Eine digitale Gesundheitsakte für alle**
Christian Rebernik
Gründer und Geschäftsführer Vivy

Impressum

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

in Sachen Digitalisierung macht sich im Gesundheitswesen ein ganz neues Gefühl breit: Man hat den Eindruck, es geht tatsächlich voran!

Die Gründe sind einfacher Natur.

Zum einen machen die GKV-Akteure, vor allem die Krankenkassen selbst, sich auf den Weg, um ihren Versicherten – die zum großen Teil ansonsten längst in einer digitalisierten Welt leben – Angebote zu unterbreiten, mit denen Austausch und Kommunikation zwischen Krankenkassen und Versicherten endlich auch auf digitale Beine gestellt werden. Eine Reihe digitaler Angebote – vor allem Apps – wurden inzwischen der Öffentlichkeit präsentiert.

Zum anderen führt die inzwischen massenhafte Verbreitung von Smartphones dazu, dass globale webbasierte Konzerne den Markt mit Kommunikationsangeboten überschütten, die auch vor dem Gesundheitsmarkt nicht Halt machen. Health-Aktivitäten von Apple, Google, Microsoft und anderen üben Druck auf die deutsche GKV-Welt aus, dem sich auch das „abgeschottete“ deutsche Gesundheitssystem nicht entziehen kann. Dass war noch anders, als vergleichsweise kleine StartUps versuchten, sich den deutschen GKV-Markt zu erobern. Diese Versuche konnte man möglicherweise noch „aussitzen“ – das geht heute nicht mehr.

Zum dritten ist mit Jens Spahn ein Gesundheitsminister am Ruder, der zu den „digital natives“ gehört und der mit außerparlamentarischen Aktivitäten und Publikationen bereits unter Beweis gestellt hat, dass es sein Ziel ist, das deutsche Gesundheitssystem endlich ins digitale 21. Jahrhundert zu transferieren.

Diesen Faktoren kann sich die oft träge GKV-Community nicht länger entziehen. Erste und aus unserer Sicht nachhaltige Schritte in Richtung einer digitalen Welt gehen vor allem die Krankenkassen: Sie stellen ihren „Kunden“ Apps zur Verfügung, die es den Versicherten und Patienten erlauben, sich aus den verfügbaren Daten ihre eigene Gesundheitsakte selbst anzulegen. Damit ist für Patienten der Anfang gemacht, ihr Versorgungsmanagement selbst in die Hand nehmen. Dies mag am Anfang noch lückenhaft sein, aber von diesen ersten Entwicklungen werden Impulse ausgehen, die unser bislang bekanntes Gesundheitswesen zu großen Teilen in „digitale Workflows“ überführen wird. So wie es weite Teile der beruflichen und privaten Welt übrigens bereits sind. Vor allem – und das ist für diesen Impuls zentral – sind die Gesundheitsdaten der Versicherten und Patienten in ihrer eigenen Hand!

Doch digitale Daten beim Patienten mögen zwar dessen Mündigkeit stärken und im besten Fall auch sein Gesundheitsbewusstsein fördern, sie schützen jedoch nicht vor diversen Kommunikationsbrüchen im Verlauf der Behandlung. Es ist also unumgänglich, alle Prozesse, die noch analog oder in einem munteren Wechsel aus digitaler und analoger Prozessführung den Alltag der Patientenbehandlung bestimmen, zu digitalisieren.

Der digitale Patient kann und wird – so ist zu hoffen – also erst der Anfang sein für ein immer stärker digitalisiertes Gesundheitswesen und ein weitgehend digitales Prozessmanagement in der Patientenbehandlung. Dabei muss allerdings Sorge dafür getragen werden, dass nicht ganze Ver-

sicherten- und Patientengruppen „abgehängt“ und in einer „Versorgungswelt zweiter Güte“ zurückgelassen werden. Hier ein Auge darauf zu haben, dass unser solidarisches System nicht überdehnt wird und damit quasi von innen erodiert, ist Aufgabe der Politik und eines der vornehmsten Ziele der in dieser Frage so viel gescholtenen Gemeinsamen Selbstverwaltung.

Einheitlich und gemeinsam werden die aktuellen, zum Teil disruptiven Prozesse nicht zu organisieren sein. Aber das in der Gesellschaft fest verankerte Prinzip, dass Gesundheitsversorgung nur ein bestimmtes Maß von Ungleichheit und dies auch nur für begrenzte Zeit akzeptieren wird, darf nicht preisgegeben werden. Dies ist eine der Grundlagen unseres Gesundheitssystems und deshalb bedarf die digitale Transformation des Gesundheitswesens auch eines gesellschaftlichen Diskurses.

Diesem elementar wichtigen Diskurs wollen auch wir uns in diesem Jahr mit mehreren Ausgaben des iX-Forums stellen.

Den Anfang machen wir mit dem vorliegenden Heft und dem Blick aus Versicherten- und Patientensicht. Datenhoheit und die Einwilligung des Patienten müssen stets am

Beginn eines jeden digital geführten Versorgungsprozesses stehen, der immer auch ein Verwaltungs- und Kommunikationsprozess ist.

Doch damit ist das Gesundheitswesen noch nicht digitalisiert. Wie Ärzte, Apotheken und andere Versorger, aber auch Krankenkassen weitere digitale Potentiale heben können, worin Chancen und Risiken liegen, wird eine zweite Ausgabe von iX-Forum beleuchten. Auch die Frage der Steuerung stellt sich mit der Digitalisierung neu.

Schließlich wird in einem dritten Heft die Industrie zu Wort kommen, denn für sie werden sich völlig neue Möglichkeiten auftun – die Industrie nicht nur als Zulieferer von Produkten, sondern als Akteur, der Prozesse mit digitalen Produkten optimiert und mitgestaltet.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens wird uns in den kommenden Jahren noch intensiv beschäftigen. Wir freuen uns, wenn wir Ihnen durch die aktuelle und die oben skizzierten Ausgaben des iX-Forums einen Überblick über die Vielzahl der aktuellen Positionen, Produkte und Potenziale erleichtern können. Vielleicht bringen Sie nach der Lektüre sogar ihren eigenen „digitalen Weg“ in den gesellschaftlichen Diskurs ein.

Mit herzlichen Grüßen



Dr. Jutta Visarius



Dr. Albrecht Kloepper

Digitale Transformation im Gesundheitswesen: Wo stehen wir in der Diabetologie?



Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland
Präsident der DDG

Manuel Ickrath
Sprecher Task Force Digitalisierung der DDG

Barbara Bitzer
Geschäftsführerin der DDG
Deutsche Diabetes Gesellschaft DDG

Digitale Transformation verändert tiefgreifend und in einer rasanten Geschwindigkeit unsere Lebenswelten bzw. alle sozialen, wirtschaftlichen, technischen und politischen Prozesse. Die digitale Transformation verändert Kommunikations- und Interaktionsweisen auf allen Ebenen, unser Selbstverständnis, Lebensentwürfe und last but not least unser Menschenbild.

Damit verändert die Digitalisierung die Medizin inhaltlich und strukturell in allen Bereichen, wie z.B. Forschung, Diagnostik, Monitoring, Therapie, Versorgung sowie Beratung, Aufklärung, Screening und Prävention. Digitalisierung und ihre Folgen verändern aber auch das direkte Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Bei einem derart tiefgreifenden Wandel ist es die Rolle einer Themen- bzw. Krankheits-spezifischen wissenschaftlichen Fachgesellschaft, wie z.B. der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), sich primär durch die Formulierung von konkreten medizinischen Standards aktiv in die Gestaltung mit einzubringen. Die DDG sieht es als ihre Aufgabe beim Thema Digitalisierung, den Handlungsrahmen für den Wandel und damit eine erkennbare Positionierung basierend auf medizinischen Standards intern und extern darzulegen. Dafür hat sie Handlungsfelder für den digitalen Wandel definiert, wie z.B. Datenschutz, Interoperabilität, Forschung, digitale Behandlungsstandards (Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität, Anforderungsprofil für die eGK), Schulung, Aus- und Weiterbildung, „Sprechende Medizin“ sowie Prävention, und diese in einen „Code of Conduct Digital Health“ der DDG (www.ddg.info/fileadmin/Redakteur/Ueber_uns/Code_of_Conduct_der_DDG_Digital_Health_19092017.pdf) näher ausgeführt.

Code of Conduct Digital Health: Handlungsrahmen erkennbar machen

Der „Code of Conduct Digital Health“ der DDG legt gegenüber Patienten, Leistungserbringern, Kostenträgern, der Industrie und Politik dar, zu welchen medizinisch basierten Ansprüchen sich die Fachgesellschaft bei der digitalen Transformation bekennt und welche Erwartungs-

haltungen und Forderungen sich hieraus intern und an Dritte ergeben. Ein derartiger „Code of Conduct“ ist ein „lebendes System“ und wird regelmäßig von der DDG aktualisiert, damit Entwicklungen berücksichtigt und Einschätzungen von Gefährdungen sowie Möglichkeiten des Umgangs damit angepasst und ergänzt werden. Der Bewertungs-Anker hierbei ist neben dem medizinischen Standard insbesondere der von Diabetes betroffene Mensch. Die DDG ist sich ihrer Verantwortung bei der Gewährleistung des Handlungsrahmens bewusst. Ziel ist eine „menschliche“ Patienten-zentrierte digitale Transformation, immanent gekoppelt an einen verantwortungsbewussten Umgang mit Technologie.

Diabetes: Beispiel für eine chronische multimorbide Krankheit

Diabetes mellitus ist eine der großen Volkskrankheiten weltweit und auch in Deutschland: Derzeit sind annähernd sieben Millionen Menschen betroffen, etwa 95 Prozent davon leiden an Typ-2-Diabetes. Die Mechanismen der Entstehung sind komplex und bei weitem nicht komplett wissenschaftlich erklärt. Im vergangenen Vierteljahrhundert ist die Zahl der Betroffenen um mehr als ein Drittel gestiegen. Jedes Jahr kommen etwa 300.000 neu Erkrankte hinzu. Besonders problematisch ist die hohe Dunkelziffer aufgrund der häufig spät gestellten Diagnose: Circa 1,3 Millionen Erkrankte wissen nichts von ihrer Erkrankung.

Schlecht oder gar unbehandelt hat Diabetes dramatische Folgen: Zu den häufigsten Folgen gehören Herzinfarkt, Herzschwäche oder Schlaganfall. Pro Jahr werden aufgrund von Diabetesschäden 40 000 Beine, Füße oder Ze-

hen amputiert, rund 2000 Menschen erblinden in Folge der Stoffwechselerkrankung. Diabetes ist außerdem die häufigste Ursache dafür, dass Menschen regelmäßige Blutwäsche, sprich auf Dialyse angewiesen sind. Lebenserwartung und Lebensqualität der Patienten sind dadurch deutlich vermindert.

Das Ziel einer optimalen Versorgung ist es, die Lebenserwartung und Lebensqualität der Menschen mit Diabetes zu verbessern. „Ein Leben ohne Diabetes“, wäre das Ideal. Hierzu müssen strategisch relevante Daten erhoben werden können, die Patienten-, bedarfs- und ergebnisorientierte Maßnahmen zur Verbesserung von Prävention, Krankheitsverlauf und Versorgung entwickeln lassen und eine vernetzte Diabetes-Forschung ermöglichen.

Digitalisierung als Technologie soll helfen, Prävention, Patienten-zentrierte Therapie und Versorgung in der Diabetologie flächendeckend sowie fach- und sektorenübergreifend zu verbessern.

Die digitale Medizin ist bereits in aller Munde. Nun geht es darum zu handeln, um die Vorteile dieser Technologien in der Breite nutzen zu können. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) sieht in der Digitalisierung eine große Chance, flächendeckend medizinische Versorgung auf höchstem Niveau zu gewährleisten. Mit Hilfe moderner Technologien lässt sich das realisieren, woran die Versorgung komplex und chronisch kranker Patienten seit vielen Jahren leidet: Die oft unüberbrückbaren Grenzen zwischen unterschiedlichen medizinischen Fach- und Berufsgruppen, aber auch zwischen Kliniken und Praxen, Pflege- und Reha-Einrichtungen oder zwischen Stadt und Land können durch intelligente Vernetzung überwunden werden. Dies würde zeitnah aussagekräftige Versorgungsforschung ermöglichen und die Versorgungssituation der Patienten verbessern. Auch die Ärzte würden gewinnen – Zeit und Informationen: Statt mit Doppelbefunden oder unvollständigen Daten Zeit zu verlieren, könnten sie sich besser informiert ihren Patienten widmen.

Versorgungskonzepte in der Diabetologie

Die Gestaltung eines „Diabetologen DDG“ mit all seinen Folgen war nicht nur ein großer Erfolg und Meilenstein der Diabetologie in Deutschland, sondern hat ohne Frage sowohl stationär, als auch ambulant die flächendeckende Versorgung von Patienten mit Diabetes deutlich verbessert. Dies hat zu einer gesteigerten professionellen Akzeptanz der Diabetologie bei Patienten, Kostenträgern und der Politik geführt. Entscheidende Elemente hierbei waren die Formulierung und Zertifizierung von Struktur- und Prozessqualitäten für ambulante und stationäre Versorger durch die DDG, Weiterbildungsangebote mit hoher Qualität für nicht-ärztliches Diabetes-Fachpersonal wie DiabetesberaterInnen und DiabetesassistentInnen und die Überzeugung, dass wir gemeinsam hierdurch die Qualität der Versorgung verbessern.

Digitale Transformation: Neue Zeiten, neue Überzeugungen und neue Anforderungen erfordern natürlich eine Umgestaltung

In der Gesundheitspolitik und der Öffentlichkeit werden neue Anforderungen in der Zukunft steuern, wie sich die Diabetologie entwickeln wird. Erwartet werden neben Strukturqualität mehr Prozess- und Ergebnisqualität sowie eine Leitlinien-basierte überprüfbare Patientenversorgung. Die Selbstverwaltungsorgane wünschen sich eine bedarfsorientierte Gesundheitsplanung, hierfür sind aktuelle Versorgungsdaten unabdingbar. Der Patient und Arzt möchten direkt beim Kontakt („In-Time“) alle verfügbare Literatur bzw. den Wissensstand bedienerfreundlich „an der Hand“ haben.

Also sollten wir uns nicht dauernd fragen, wohin uns „Digitalisierung treibt“, sondern wie wollen wir Medizin und ärztliche Fürsorge in Zukunft -mit Hilfe neuer Technologien- betreiben.

Daher strebt die DDG für die Zukunft ein primär inhaltlich getriebenes und Kompetenz-orientiertes Versorgungskonzept an. Dies muss für den Patienten verständlich, transsektoral gedacht und den individuellen Expertisen der Behandler gerecht werden.

Nun kann man sich die Frage stellen, wie digitale Technologien diese Strategien unterstützen können. Dazu hilft es nicht unsere „analoge Welt“ technisch oder elektronisch „zu übersetzen“, sondern es müssen neue Möglichkeiten abgesteckt werden.

Neue Möglichkeiten der Diabetesversorgung durch digitale Technologien: Was heißt das?

Neue Möglichkeiten sind u.a. einen einheitlich lesbaren und verwendbaren Datenpool zu implementieren, auf den Patienten, Ärzte und Forscher (natürlich mit unterschiedlichen Zugriffs und Verwendungsrechten) zugreifen können. In diesen Pool werden die klinischen Daten aus dem Krankenhaus (stationärer Sektor), einer Praxis (ambulanter Sektor) sowie aus Präventions-Programmen (individuell und strukturiert) sowie klinischen Forschungsprogrammen eingespeist. Zudem können dann auch in naher Zukunft neue Computer-assistierte Fragebögen zu Patienten-bezogenen Endpunkten (PROs) in die tägliche Versorgung mit aufgenommen werden.

Die Daten müssen in einer Struktur und Qualität abgelegt werden, die eine „problemlose Lesbarkeit“ ermöglichen. Die sogenannten „Akten“ stellen die inhaltliche medizinische Qualität der erhobenen Daten (medizinischer Standard) sicher, z.B. durch eine wissenschaftliche Fachgesellschaft.

Kann dann noch z.B. zwischen Selbstkontrolle, POCT und Labor unterschieden werden?

Diese Datenstruktur macht es auch möglich, dass die Herkunft und das Erhebungsverfahren eines Messwertes, z.B. Glukose (Urin oder Blut, Selbstkontrolle versus La-

bor unter Spezifikation des verwendeten Gerätes) erkennbar ist. Zudem können u.a. Differentialdiagnosen, medizinische Empfehlungen und Leitlinien bei kritischen Punkten hinterlegt werden, so dass eine sofortige „In-Time“ Handlungsempfehlung für den Patienten vorliegt und regelmäßig aktualisiert werden kann. Das heißt z.B. konkret, dass bei einem bestimmten Blutzuckerwert oder klinischen Befund Leitlinien-basiert Diagnosen und Handlungsempfehlungen angeboten werden. Zudem ist die „aufbereitete“ Evidenz bzw. wissenschaftliche Literatur zu dem Thema direkt verfügbar.

Was unterscheidet dann z.B. einen Pneumologen vom Diabetologen, „sieht“ er dieselben Daten, oder braucht er wieder andere „Stecker und Zugänge“ bzw. elektronische Akten?

Da es ein Daten-Pool ist, kann jeder Spezialist – nach Freigabe durch den Patienten – auf die Gesamtheit der Daten zugreifen, in die selbstverständlich auch die Diabetes-Daten integriert sind. Die sogenannte „eDiabetes-Akte DDG“, an der die DDG arbeitet, definiert, welche Daten in welcher Form hinterlegt sind und greift mit dem „Diabetes-Spotlight“ auf den Daten-Pool zu.

Wir können dann aktuell analysieren, wie Prozesse sich gestalten und genutzt werden, ob diese mit sinnvollen Ergebnissen (Outcome) verbunden sind und erhalten damit automatisch einen „Versorgungs-Monitor“ der Diabetologie sowie ein umfassendes „nationales“ Diabetes-Register.

Es wird im Moment sehr viel Geld in die Etablierung von großen Gesundheits- und Krankheits-Kohorten gesteckt, wir halten es für sinnvoll, auch die (wahrscheinlich deutlich günstigeren) oben skizzierten digitalen Entwicklungen entsprechend durch öffentliche Gelder zu stimulieren.

Was unterscheidet diese Form der „eDiabetes-Akte DDG“ von den vielen Angeboten, über die jetzt geredet wird?

Wir wollen keine „separaten“ digitalen Akten, wie von einigen Kostenträgern und Anbietern propagiert. Das ist analoge Welt elektronisch gedacht u.a. mit dem Ziel, durch ein „einzigartiges“ Angebot (aber geschlossenes System), einen Wettbewerbsvorteil zu erhaschen. Wir denken in „offenen Plattformen“, die unterschiedlich genutzt werden können; hier ist u.a. die Entwicklung der Smart-Phone-Welt ein gutes Beispiel (jeder Hersteller vertreibt eigenen Geräte, hinzukommen unterschiedliche Telefonanbieter, aber alle können problemlos miteinander kommunizieren).

Welche Perspektiven ergeben sich für die Prävention und Forschung?

Durch Analysen von Daten-Mustern (Big-Data) werden wir u.a. neue Zusammenhänge, Subgruppen, klinische Verläufe und Therapie-Ansätze erkennen. Prädiktive Modelle werden damit sehr gut Risiko-Individuen frühzeitig und präzise erkennen. Die Rate von Menschen, die ganz besonders von einer Therapie- bzw. Interventionsstrategie profitiert und welche auch nicht, wird deutlich besser und damit effizienter. Falls Patienten (oder auch gesunde Risiko-Individuen) an klinischen Studien oder Präventionskonzepten teilnehmen, gehen diese Daten auch nicht „verloren“, sondern werden in den o.g. Daten-Pool integriert. Hierdurch wäre klinische Forschung direkt mit der klinischen Versorgung vernetzt!

Was bedeutet das für die Gesundheitspolitik?

Gesundheitspolitisch ermöglichen diese Datenschätze zum ersten Mal eine wirklich Bedarfs- und Ergebnisorientierte Steuerung und dies zum Wohle der Betroffenen und unserer Solidargemeinschaft!

Warum wir einen einheitlichen Aktenstandard dringend brauchen



Dr. Jens Baas

Vorsitzender des Vorstands der Techniker Krankenkasse

Stellen Sie sich vor, Sie haben starke Schmerzen im Bauch und kommen ins Krankenhaus. Die Symptome sind unklar und die Ursache ist nicht eindeutig. Was passiert? Der Arzt, der sie dort behandelt, muss sich auf die Suche nach Informationen über Sie und Ihre Krankengeschichte machen. Es ist Wochenende und Ihr Hausarzt nicht erreichbar, man kommt nicht an die Vorbefunde. Sie sind sich nicht mehr sicher, wie die Medikamente heißen, die Sie in der Vergangenheit verschrieben bekommen haben. Sie hatten erst vor kurzem Probleme mit dem Magen, der Bericht Ihrer Magenspiegelung liegt aber wiederum beim Gastroenterologen. Ihr letztes Blutbild liegt bei einem Allgemeinmediziner in einer anderen Stadt.

Dieses Beispiel schildert die Realität des analogen Gesundheitswesens, wie wir es derzeit erleben: Die Patientendaten sind bei diversen Leistungserbringern abgelegt. Es gibt keinen zentralen Ort, an dem alle Gesundheitsinformationen eines Patienten sicher und gebündelt gespeichert werden können. Im Zweifel werden Untersuchungen doppelt durchgeführt, weil das im Notfall schneller geht als die vorhandenen Dokumente zu besorgen.

Während alle anderen Lebensbereiche längst digitalisiert sind und wir Einkäufe, Buchungen und Behördengänge online erledigen, wird in der Medizin vielerorts noch immer gefaxt. Ich bin der festen Überzeugung, dass wir diesen Anachronismus im Gesundheitswesen schnellstens überwinden müssen, um den Sprung in eine zeitgemäße Versorgung zu schaffen. Die Entwicklung einer standardisierten Aktenlösung halte ich für eine der wichtigsten Herausforderungen im Gesundheitswesen, die schnellstens angegangen werden muss. Nur wenn Versicherte die Informationen, die über sie vorhanden sind, einsehen und managen können, können sie daraus einen Mehrwert für ihre Gesundheit ziehen. Deshalb freue ich mich sehr, dass in letzter Zeit so viel Bewegung in den Markt der Gesundheitsakten gekommen ist.

Gemeinsame elektronische Gesundheitsakte von TK und IBM

Wir haben für unsere Versicherten im gesamten Bundesgebiet gemeinsam mit IBM Deutschland eine elektronische Gesundheitsakte entwickelt, mit der wir aktuell im Test sind: TK-Safe. Es handelt sich um einen Datensafe, in den unsere Versicherten alle ihre Informationen rund um ihre Gesundheit ablegen können. Ausschließlich der Versicherte selbst hat Zugriff auf die Daten, niemand sonst. Weder wir als Krankenkasse haben Einblick, noch IBM.

Datenhoheit des Versicherten und Datenschutz haben oberste Priorität

Alles, was in TK-Safe abgespeichert wird, ist dreifach verschlüsselt. Nur mit registriertem Smartphone und Passwort ist der Zugriff auf die Daten möglich. Außerdem werden die Informationen direkt auf dem Smartphone ver- und wieder entschlüsselt. Dadurch ist gewährleistet, dass die Daten außerhalb des Smartphones – also während des Transfers zum Server und innerhalb des Servers – nicht gelesen werden können.

Transparenz: Alle Daten auf einen Blick

Als ersten Schritt erhalten unsere Versicherten – wenn sie dies wünschen – einen Grundstock an Daten für ihren Tresor. Das bedeutet konkret, dass wir zum Beispiel einen Überblick geben können über alle Arzt- und Zahnarztbesuche, die verordneten Medikamente oder die Impfungen der letzten Jahre. Das ist ein Novum, denn erstmalig haben Patienten fortlaufend Einblick in ihre Gesundheitsdaten. Alle relevanten Daten, die der TK über ihre Versicherten vorliegen, können sie in ihre Akte laden.

Doppeluntersuchungen vermeiden und Wechselwirkungen aufdecken

Zudem können Patienten Unterlagen, die ihnen vorliegen, wie Röntgenbilder oder verschreibungsfreie Medikamente, selbst ergänzen. Mit TK-Safe können so unnötige Doppeluntersuchungen wie zum Beispiel ein zweites Röntgen vermieden werden. Gleichzeitig lassen sich unerwünschte Wechselwirkungen von Medikamenten schnell aufdecken, wenn Patienten ihren vollständigen Medikationsplan – inklusive der verschreibungsfreien Präparate, die eingescannt werden können – jederzeit parat haben. Wir bauen die Services in TK-Safe immer weiter aus. Als nächstes folgen Erinnerungen für Vorsorgeuntersuchungen und das elektronische Zahnbonusheft. Außerdem sollen unsere Versicherten in naher Zukunft die Möglichkeit bekommen, auch selbst erhobene Daten, wie beispielsweise Messwerte von Wearables, zu speichern.

Blick in die (nahe) Zukunft

Aber wir denken weiter – in Zukunft könnte die Behandlung unseres eingangs erwähnten Patienten mit Bauchschmerzen folgendermaßen aussehen: Bei den ersten Beschwerden loggt er sich in TK-Safe ein und startet das integrierte Selbstdiagnosetool. Dieses leitet ihn durch einen Fragenkatalog, anhand dessen seine Symptome und Beschwerden erfasst werden. Hinter dem Tool steckt eine medizinische Datenbank, die mit Hilfe von künstlicher Intelligenz die Angaben des Nutzers mit gespeicherten Krankheitsbildern abgleicht. Unser Versicherter bekommt den Hinweis, dass er einen Arzt konsultieren sollte. Nun kann er sich über den Terminservice in TK-Safe einen Termin bei seinem Hausarzt suchen. Oder TK-Safe verbindet ihn direkt mit der Videosprechstunde. Unser Versicherter schaltet die Informationen für den Arzt frei, die dieser für die Diagnose braucht. Der Arzt kann nun alle notwendigen Dokumente und Daten einsehen, er hat alle Informationen über den Patienten, die er braucht, und könnte in unserem Fall durch die Medikamentenhistorie und die Vorbefunde bereits eine erste Diagnose stellen und die weitere Behandlung einleiten. Er könnte unserem Patienten auch ein eRezept ausstellen, das sofort in seiner Akte landet und in der nächsten Apotheke eingelöst werden kann. Für diese gar nicht so ferne Vision bildet TK-Safe bereits heute den Grundstock.

Datensilos überwinden und Interoperabilität gewährleisten

Derzeit haben wir in Deutschland über hundert verschiedene Praxissoftwaresysteme, die ambulante Ärzte zur Organisation ihrer Praxen nutzen. Gleichzeitig gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Krankenhausinformationssysteme. Aber es gibt keine einheitlichen Schnittstellen, um diese Daten zwischen den Sektoren und den unterschiedlichen Leistungserbringern zu vernetzen. Doch erst die Vernetzung der Daten schafft den Mehrwert für Patienten und macht sie zu hilfreichen Informationen. Ich

bin überzeugt: Die nächste große Revolution in der Medizin sind nicht neue therapeutische oder diagnostische Maßnahmen, sondern die sinnvolle Zusammenführung und Analyse von Gesundheitsdaten, die Überwindung der Datensilos. Umso mehr freut mich deshalb, dass das Thema Digitalisierung jetzt auch im Bundesgesundheitsministerium ganz oben auf der Agenda steht und von der neuen Regierung den Rückenwind bekommt, um nun endlich Fahrt aufzunehmen.

Von enormer Wichtigkeit ist es jedoch, dass alle Aktenlösungen, die derzeit auf dem Markt sind, einheitlichen technischen Standards folgen. Nur so ist gewährleistet, dass die unterschiedlichen Lösungen miteinander kompatibel sind und sich keine Insellösungen etablieren. Deshalb brauchen wir dringend eine einheitliche Definition, auf die alle Aktenanbieter und die Gematik aufbauen können.

Bei der Entwicklung von TK-Safe haben wir darauf geachtet die Akte so zu konzipieren, dass sie anschlussfähig ist und mit einem künftigen einheitlichen Standard kompatibel. So ist TK-Safe keine Einbahnstraße, sondern ein Daten-Hub, das die verschiedenen Leistungserbringer auch über Sektorengrenzen hinweg vernetzen soll. Im ersten Schritt starten wir mit der Anbindung von Kliniken in ganz Deutschland. Mit der Klinikette Agaplesion sind im derzeitigen Testbetrieb 16 Krankenhäuser an TK-Safe angebunden. Viele weitere Krankenhausbetreiber und Kliniksoftwareanbieter haben bereits ihre Absicht bekundet, sich anzuschließen. Dokumente wie etwa der Entlassungsbericht können für TK-Versicherte auf Wunsch direkt in der Gesundheitsakte abgelegt werden. Das macht die Überleitung in die ambulante Versorgung leichter und sicherer und verringert die Bürokratie für den Patienten enorm. Endlich gibt es einen standardisierten Prozess, wie der Patient selbst an seine Dokumente gelangen kann.

#Patientenpower – der Versicherte steht im Mittelpunkt

Wir möchten mit TK-Safe eine bislang vollkommen unterschätzte Ressource in unserem Gesundheitssystem fördern: den Patienten! Patienten sind in viele Entscheidungsprozesse rund um ihre Gesundheit zu wenig eingebunden, weil ihnen die Informationen fehlen. Deshalb geht es bei TK-Safe auch nicht nur um ein neues praktisches Tool auf dem Smartphone. Sondern es geht um ein Umdenken in der Versorgung. Indem wir dem Versicherten den Zugriff auf und die Hoheit über seine Daten geben, wird er selbst zum Manager seiner Gesundheit. Er weiß sofort, welche Medikamente er verordnet bekommen hat. Er kann nein sagen, wenn ein weiteres Röntgenbild gemacht werden soll, nur weil das andere Bild gerade nicht zu Hand ist. Er sieht, wenn sein Impfschutz abgelaufen ist.

Drei von vier Versicherten befürworten elektronische Gesundheitsakte

Drei von vier Versicherten finden die Idee der eGA gut, wie eine bevölkerungsrepräsentative Forsa-Umfrage zeigt. Und eine gute Mehrheit wünscht sich eine papierlose digitale Krankenkasse. Das ist ein guter Anfang. Es ist allerdings noch viel zu tun. Und die Investitionen in patientenorientierte digitale Angebote lohnen in jedem Fall: Sie helfen, die Patientenzufriedenheit zu erhöhen und auch künftig ein für alle bezahlbares Gesundheitswesen zu sichern. Denn: Gesundheitskompetenz ist auch wirtschaftlich. Die Weltgesundheitsorganisation schätzt, dass drei bis fünf Prozent der Kosten im Gesundheitswesen – das entspräche in Deutschland elf bis 18 Milliarden Euro – durch mangelnde Gesundheitskompetenz entstehen. Das sind Gelder, die wir stattdessen in eine noch bessere Versorgung investieren könnten.

Zurück in die Zukunft: Wie wir die digitale Vernetzung voranbringen

Martin Litsch

Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes



15 Jahre nach Verabschiedung der ersten gesetzlichen Grundlagen für den Aufbau der Telematik-Infrastruktur in Deutschland ist die Bilanz äußerst ernüchternd: Bisher wurden schon über zwei Milliarden Euro für die Vernetzung im deutschen Gesundheitswesen ausgegeben.

Aber der Nutzen für unsere Versicherten ist überschaubar: Bisher konnte nur das Versichertenstammdaten-Management, also die Mitgliedschaftsprüfung, realisiert werden. Doch selbst das funktioniert wegen der Verzögerungen beim Roll-out erst in etwa jeder fünften Arztpraxis. Die interessanten medizinischen Anwendungen lassen nach wie vor auf sich warten. Das führt dazu, dass die elektronische Gesundheitskarte (eGK) nicht „smart“ ist – kein Wunder, dass sie deshalb besonders im Fokus der Diskussion steht.

Gleichzeitig hat sich die digitale Welt um uns herum in den letzten 15 Jahren rasant weiterentwickelt. Auch wer kein „Digital Native“ ist, nutzt heutzutage ganz selbstverständlich Smartphone und Tablet. Eigentlich hätte es Zeit genug gegeben, den technologischen Wandel bei der Weiterentwicklung der Telematik-Infrastruktur mitzudenken. Aber die geplanten Lösungen atmen den Geist vergangener Zeiten: Wenn Versicherte ihre medizinischen Daten verwalten wollen, dann ginge das rechtlich normiert heute nur in Kombination von PC und einem Kartenlesegerät. Als Alternative, die „Barrierefreiheit“ gewährleisten soll, sind beispielsweise Terminals (sogenannte „eKioske“) in den Geschäftsstellen der Krankenkassen vorgesehen. Ich mag mir nicht vorstellen, was passiert, wenn wir unseren Versicherten diese von der gematik verordneten Lösungen zur Verfügung stellen müssen.

Die Hardware-basierte Telematik-Infrastruktur, wie sie heute konzipiert ist, entspricht dem technologischen Stand der 90er Jahre. So ist zum Beispiel die Installation der Konnektoren in den Arztpraxen teuer und ermöglicht wenig Flexibilität. Die gerade erst installierten Geräte müssen in spätestens fünf Jahren wieder ausgetauscht werden – und alles beginnt von vorne. Mittelfristig brauchen wir einen ganz neuen Ansatz mit einer zeitgemäßen Software-Lösung.

Wie kann es sein, dass auf Kosten der Beitragszahler das Festhalten an verstaubten Entwicklungen so lange Bestand hat? Warum nicht längst ein Umschwenken? Ursächlich ist ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren. Einerseits müssen Teile des Gesetzes reformiert werden. Der in den Jahren immer weiter „verfeinerte“ § 291 SBV V (er geht inzwischen bis § 291g) regelt nicht nur die rechtlichen Rahmenbedingungen der eGK, sondern auch sehr konkrete operative Themen – insbesondere das sogenannte „Zwei-Schlüssel-Prinzip“ nach § 291a. Aktuell verhindert diese Gesetzgebung, dass Versicherte auch außerhalb einer Arztpraxis direkt auf ihre medizinischen Daten zugreifen können. Zur Patientensouveränität gehört aber, dass Patienten diese Möglichkeit jederzeit haben – auch mobil über ihr Smartphone.

Andererseits müssen auch die Organisation und die Aufgaben der gematik überdacht werden. Ursprünglich war man davon ausgegangen, dass die Beteiligten in der gematik die Digitalisierung wegen der zu erwartenden Einsparungen und Wirtschaftlichkeitsvorteile beherzt vorantreiben würden. Doch die Governance dieses komplexen bundesweiten IT-Projektes hat ganz offensichtlich nicht funktioniert. Eine Ursache sind Interessenkonflikte der beteiligten Partner. Aber auch die Kombination aus den extrem detaillierten gematik-Spezifikationen auf der einen Seite und den hohen, sich ständig wandelnden Sicherheits- und Datenschutzerfordernissen auf der anderen Seite hat die Probleme verschärft. Die gematik, wie sie heute aufgestellt ist, bringt digitale Innovationen nicht voran. Es gab bisher kein „Geschäftsmodell“ für Vernetzung, und verordnen kann man eine solch komplexe Technologie nicht. Jeder Akteur sieht zunächst seine eigenen Prozesse, und die bisherigen Anwendungen der eGK bringen hier zunächst keinen echten Mehrwert. Erst wenn sich Fachanwendungen als wahre Unterstützung für die Behandlungsprozesse etablieren, ist für alle Beteiligten unmittelbarer Nutzen erfahrbar.

Diese Situation hat zu jahrelangem Stillstand geführt. Bis vor wenigen Monaten gab es so gut wie keinen Wettbewerb der verschiedenen Akteure um digitale Versorgungslösungen, die Patient und Arzt vernetzen und dadurch einen Mehrwert für die Versorgung schaffen. Das hat sich inzwischen geändert: Die AOK hat mit ihrer Initiative für den Aufbau eines Digitalen Gesundheitsnetzwerkes Bewegung in das Thema gebracht. Im Oktober 2017 haben wir das Projekt vorgestellt. Mittlerweile ist das Gesundheitsnetzwerk mit zwei Piloten in Berlin und Mecklenburg-Vorpommern gestartet. Dabei arbeiten wir unter anderem mit der drittgrößten privaten Klinikgruppe Sana Kliniken AG und mit Deutschlands größtem kommunalen Krankenhauskonzern Vivantes zusammen. Die ersten AOK-Versicherten können also jetzt schon ganz konkret von der neuen Vernetzung profitieren.

Das Digitale Gesundheitsnetzwerk ist eine Plattform zum digitalen Austausch von Gesundheitsdaten zwischen Patienten, niedergelassenen Ärzten und Kliniken. Perspektivisch sollen auch weitere an der Versorgung beteiligte Akteure wie Apotheken oder Pflege- und Rehaeinrichtungen hinzukommen – und andere Krankenkassen.

Für unsere Initiative zur Vernetzung und für alle anderen Vorhaben dieser Art gilt: Die Bereitstellung von medizinischen Informationen ist kein Selbstzweck. Aber wenn diese Informationen für die beteiligten Akteure Nutzen stiften, dann steigt die Akzeptanz, und es kann ein Markt um die besten Ideen entstehen. Das treibt die Entwicklung. Für Patienten bedeuten Initiativen wie das Digitale Gesundheitsnetzwerk mehr Sicherheit, für Ärzte eine qualitativ bessere, transparente und nachvollziehbare Versorgung sowie die (teilweise) Überwindung von Sektorengrenzen, für Kassen und Leistungserbringer transparente Abrechnungsprozesse. Die Informationen selbst sind standardisiert und immer gleich strukturiert: Indikationen, Therapien, Medikation etc. Daraus lassen sich für jeden Patienten und für jedes Krankheitsbild individuelle Profile ableiten, die aus den Daten erst eine wertvolle In-

formation machen. Die Informationsbedürfnisse sind bei einem dialysepflichtigen Patienten und seine Behandler völlig andere als bei einem Diabetiker oder einen Patienten mit Schlaganfall. Ihre Profile basieren auf den gleichen standardisierten Daten, im Ergebnis entstehen aber ganz unterschiedliche „Patient Journeys“. Und hier spielt sich dann auch der Wettbewerb um die besten Ideen ab. Das Konzept unseres Digitalen Gesundheitsnetzwerkes geht in vielerlei Hinsicht über die Lösungen für digitale Gesundheitsakten hinaus, mit denen die Techniker Krankenkasse und der Anbieter „Vivy“ in den letzten Wochen an die Öffentlichkeit gegangen sind: Es beinhaltet zwar auch eine digitale Gesundheitsakte, über die Versicherte medizinische Dokumente oder Informationen abrufen oder bereitstellen können. Doch wir gehen weiter, indem wir tatsächlich alle Leistungserbringer sektorenübergreifend vernetzen.

Die Wettbewerber setzen zur Vernetzung mit den Ärzten bisher vor allem auf den Kommunikationsdienst „KV-Connect“ der Kassenärztlichen Vereinigungen – diese Lösung setzt aber einen KV-SafeNet-Anschluss voraus, den längst nicht alle Ärzte und erst recht nicht alle Krankenhäuser haben. Im Digitalen Gesundheitsnetzwerk lassen wir neben KV-Connect weitere Kanäle für die Anbindung der niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser zu. Über Schnittstellen wird das Netzwerk direkt mit den Software-Systemen der Leistungserbringer verbunden, sodass diese keine zusätzliche Software nutzen müssen. Auch eine Doppelerfassung der Daten ist nicht notwendig. Bei der Entwicklung des Netzwerkes arbeiten wir in den Piloten eng mit niedergelassenen Ärzten und Kliniken zusammen, um deren Sichtweise in das Projekt einzubringen und die Anwendung für die „professionellen Nutzer“ so einfach wie möglich zu machen.

Ein weiterer entscheidender Unterschied zu den Entwicklungen der Mitbewerber ist die dezentrale Speicherung der medizinischen Informationen und Dokumente im Di-

gitalen Gesundheitsnetzwerk. Die Daten bleiben auf dem Server der jeweiligen Arztpraxis oder Klinik. Im Gesundheitsnetzwerk wird nur ein Link gesetzt, über den andere Ärzte auf die Befunde und Dokumente wie Röntgenbilder oder Entlassbriefe zugreifen können – vorausgesetzt, der Patient hat sein Einverständnis für den Datenaustausch gegeben. Das hat den Vorteil, dass es keine zentrale Angriffsfläche für Datenhacker gibt. Und es gibt keinerlei Inkonsistenzen zwischen verschiedenen Datenbeständen – es gibt nur einen aktuellen Stand.

Die teilnehmenden AOK-Versicherten können ihre vom behandelnden Arzt bereitgestellten Gesundheitsdaten über ein Portal jederzeit einsehen und anderen Ärzten zur Verfügung stellen. Sie haben die Datenhoheit und entscheiden selbst, welcher Arzt welche Informationen erhält. Dabei können einmal gegebene Einwilligungen jederzeit widerrufen werden. Wenn der Patient möchte, kann er seinen behandelnden Ärzten auch dauerhaft die Erlaubnis erteilen, auf bestimmte medizinische Informationen zuzugreifen. So sind die Daten immer verfügbar und können auch ohne ständiges Eingreifen des Versicherten jederzeit abgerufen werden. Das ist gerade für multimorbide und chronisch kranke Menschen wichtig. Zusätzlich können die Patienten im Gesundheitsnetzwerk Informationen abrufen, die die AOK auf Basis von Abrechnungsdaten bereitstellt – zum Beispiel zu verordneten Medikamenten. Außerdem können sie eigene Dokumente hochladen und auf Wunsch auch Messwerte aus Fitnessstrackern oder Wearables hinterlegen. Der Schutz der Daten hat dabei höchste Priorität. So werden zur Übertragung der Informationen im Gesundheitsnetzwerk sichere Ende-zu-Ende-verschlüsselte Verbindungen genutzt. Auch der Zugang des Patienten zu seiner Gesundheitsakte ist besonders gesichert und erfordert eine sogenannte Zwei-Faktor-Authentifizierung wie beim Online-Banking.

Anders als gewinnorientierte Unternehmen hat die AOK kein Interesse daran, Patientendaten zu sammeln und kommerziell zu verwerten; rechtlich ist das auch gar nicht möglich. Das spiegelt sich in der Architektur des Gesundheitsnetzwerkes wider: Die AOK bietet ihren Versicherten zwar die Plattform für den Austausch ihrer medizinischen Daten an, hat aber selbst keinen Zugriff auf die Daten und Dokumente, die die teilnehmenden Ärzte bereitstellen. Diese Transparenz kann sich positiv auf die Versorgung der Patienten auswirken: Nicht nur die teilnehmenden Patienten, sondern auch ihre behandelnden Ärzte werden von der besseren Verfügbarkeit medizinischer Informationen profitieren – über Sektorengrenzen und medizinische Disziplinen hinweg. Unnötige Doppeluntersuchungen und Schnittstellenprobleme bei der Krankenhausentlassung können vermieden werden. Durch einen digitalen Medikationsplan verbessert sich die Arzneimitteltherapiesicherheit. Und im Notfall können die Patienten auf Basis der gespeicherten Informationen schneller und gezielter behandelt werden.

Als offene Plattform wollen wir das Digitale Gesundheitsnetzwerk schrittweise allen Akteuren zur Verfügung stellen. Das Netzwerk ist unser Beitrag, um endlich Bewegung in das Thema Vernetzung im deutschen Gesundheitswesen zu bringen – aber es ist nicht als „Gegenentwurf“ zur Telematik-Infrastruktur zu verstehen. Im Gegenteil: Wir wollen keine neuen Barrieren aufbauen. Unser Ziel ist es vielmehr, Teil der gesamten Vernetzung im deutschen Gesundheitswesen zu sein. Bei der Entwicklung des Digitalen Gesundheitsnetzwerkes wurden daher von Anfang an technische Standards berücksichtigt, die Interoperabilität ermöglichen – auch zur Telematik-Infrastruktur. So greifen wir zum Beispiel auf sogenannte IHE-Profile zurück, um die Anschlussfähigkeit an beliebige andere Systemen und Netze zu gewährleisten.

Über das Thema Standardisierung sind wir auch mit der Politik und mit unseren Wettbewerbern im Gespräch. Denn wir sind uns einig darüber, dass die verschiedenen Aktenlösungen der gesetzlichen Krankenkassen – und übrigens auch der privaten Krankenversicherungen – einheitlichen technischen Standards folgen müssen. Auch bei einem Wechsel der Kasse muss der Versicherte seine zur Verfügung gestellten Daten mitnehmen können. Nur so kann es gelingen, alle Akteure sinnvoll miteinander zu vernetzen. Denn digitale „Insellösungen“, die nicht miteinander kommunizieren können, gibt es schon mehr als genug.

Um die Vernetzung voranzubringen, muss die Politik die gesetzlichen Rahmenbedingungen weiterentwickeln. Klar ist, dass der Datenschutz im sensiblen Bereich der Gesundheitsdaten auch in Zukunft höchste Priorität haben muss. Die neue Datenschutzgrundverordnung hat hier viele sinnvolle Regelungen mitgebracht, die teilweise auch in das Sozialgesetzbuch übernommen werden sollten, etwa wenn es um informierte Einwilligungen in Datenverarbeitungsprozesse geht. Dass das „Zwei-Schlüssel-Prinzip“ nach § 291a nicht mehr in die Zeit passt, hat auch die Politik längst erkannt. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat bereits angekündigt, dass er sich für zeitgemäßere Lösungen einsetzen will. Hier wird es mit dem geplanten „E-Health-Gesetz II“ hoffentlich Änderungen geben, die uns zurück in die Zukunft bringen.

Wichtig sind aber auch Änderungen bei den gesetzlichen Rahmenbedingungen, damit Krankenkassen eine aktive und gestaltende Rolle bei E-Health-Entwicklungen übernehmen können. Und nicht zuletzt muss sich die Politik die Rolle und die Strukturen der gematik vornehmen: Denkbar wäre, dass die gematik in Zukunft nur noch regulierende Aufgaben übernimmt und zum Beispiel dafür sorgt, dass bei der Vernetzung einheitliche Standards umgesetzt werden. Diese Normen und Standards für die In-

teroperabilität festzulegen – das könnte man einer Organisation übertragen, die auf solche Prozesse spezialisiert und von Einzelinteressen unabhängig ist.

Wenn wir das Thema „Vernetzung von Gesundheitsdaten“ nicht Konzernen wie Google oder Amazon überlassen wollen, brauchen wir jetzt schnell zeitgemäße Lösungen zur Vernetzung von Patienten, Ärzten, Kliniken und weiteren Leistungsanbietern. Sie müssen auf dem Prinzip der Datenhoheit des Patienten basieren und höchsten Sicherheitsanforderungen entsprechen. Solche Lösungen sollten von den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen im Wettbewerb entwickelt werden können, aber auf Basis einheitlicher Standards, die Interoperabilität ermöglichen. Diese Lösungen müssen schnell umgesetzt werden – und gerne mit der Telematik-Infrastruktur. Die AOK hat mir ihrem Digitalen Gesundheitsnetzwerk bereits eine Antwort auf diese Herausforderungen gegeben.

Kundenzentriert und TI-kompatibel: Den Versicherten in den Mittelpunkt stellen und Interoperabilität gewährleisten



Frank Hippler

Vorstandsvorsitzender der
IKK classic

Die Digitalisierung ist derzeit eine der größten Herausforderungen im Gesundheitswesen. Die wesentlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen sind grundsätzlich seit langem vorhanden, doch nun sind auch erlebbare Ergebnisse für die Versicherten erforderlich und dazu sollten die bestehenden Möglichkeiten genutzt werden.

Ausgangssituation im Gesundheitswesen

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn ist recht dynamisch in sein neues Amt gestartet – und benannte sofort die Digitalisierung als eines seiner Kernthemen. Bereits in den ersten Wochen äußerte er sich mehrfach zum Thema und bezeichnete etwa das Tempo der Entwicklung der Gesundheitskarte (eGK) als „völlig inakzeptabel“. Gleichzeitig forderte Spahn eine schnelle, umfassende Einführung mit Nutzen für alle: „Ich möchte, dass wir in den nächsten dreieinhalb Jahren das Ding endlich so hinkriegen, dass Patienten, Ärzte, Pflegekräfte einen Mehrwert spüren“, so Spahn. Der Ärger des Gesundheitsministers ist durchaus verständlich, denn die Idee einer elektronischen Gesundheitskarte für jeden Bürger ist wahrlich nicht neu. Bereits vor 14 Jahren wurde die eGK als ehrgeiziges Zukunftsprojekt auf den Weg gebracht, mehr als eine Milliarde Euro investierten die Krankenkassen seitdem in die eGK und den Ausbau der notwendigen Telematikinfrastruktur (TI). Dabei befindet sich das Gesundheitswesen schon gegenwärtig in einer rasanten Umbruchphase, in der die Digitalisierung omnipräsent ist und die Erwartungen aller Beteiligten steigen: In Zeiten, in denen viele Menschen ihre Einkäufe, Reisebuchungen oder Bankgeschäfte online oder per App über das Smartphone abwickeln, erwarten sie auch von den Akteuren im Gesundheitssystem eine rasche Umsetzung der digitalen Möglichkeiten.

Auswirkungen für die Krankenkassen

Gerade für die IKK classic als bundesweit agierende Krankenkasse ist eine umfassende, schnelle und damit zunehmend auch digitale Kommunikation, intern wie extern, essentiell. Hier geht es nicht nur um eine unkomplizierte Interaktion mit den Versicherten und Leistungserbringern, sondern auch um den direkten Austausch zwischen den Beteiligten. Für die Krankenkassen bedeuten die Erwartungen und Bedürfnisse der verschiedenen Partner einen laufenden Veränderungsprozess in der Aufbau- und Ablauforganisation. Die digitale Transformation erfordert zudem vernetzbare Systeme und rechtssichere Rahmenbedingungen, wie sie der Gesetzgeber mit dem „GKV-Modernisierungsgesetz“ bereits in Grundzügen geschaffen hat. Schon im Jahr 2004 wurde hier die eGK zum „Schlüssel“ für die Nutzung und Verwendung der Telematikinfrastruktur – unter anderem in Form einer elektronischen Patientenakte sowie eines elektronischen Patientenfachs – erklärt. Ziel war es bereits damals, die Vernetzung der Leistungserbringer im Leistungsfall zu gewährleisten, medizinische Dokumente schnell allen Beteiligten zur Verfügung zu stellen, sowie die Administration im Interesse der Versicherten zu erleichtern. Das E-Health-Gesetz von 2015 konkretisiert zusätzlich diese Inhalte.

Analyse der Rahmenbedingungen

Doch trotz der langen Vorlaufzeit und der hohen Entwicklungskosten ist das Ergebnis mehr als unbefriedigend: Herausgekommen ist bislang eine nahezu funktionslose Gesundheitskarte, die – mit Ausnahme eines Passbildes – keinen erkennbaren Mehrwert für die Versicherten bietet. Zwar sind in der zweiten Kartengeneration viele der Schlüsselfunktionen angelegt, stehen aber den Bürgern bislang aus bekannten Gründen nur eingeschränkt zur Verfügung: So konnten die ursprünglichen Zeitpläne nicht eingehalten werden und auch die Implementierung der Telematikinfrastruktur dauert länger als gedacht. Hier einen Konsens zur Problemlösung zu finden, gestaltet sich zwischen den Beteiligten als schwierig. Fraglich ist, ob diese Probleme in naher Zukunft behoben werden können – und selbst wenn es nun gelingt, die eGK zeitnah mit allen notwendigen Funktionen an den Start zu bringen, bleibt aus Sicht der IKK classic eine wesentliche Schwäche: Die Versicherten können die in der aktuellen Telematikinfrastruktur gespeicherten Daten und Informationen nicht selbst einsehen, auslesen oder verwalten. Sie haben keinen Zugriff auf ärztliche Befunde wie etwa Röntgenaufnahmen oder Blutbilder; sie können diese nicht mit ihren behandelnden Ärzten teilen oder nach eigenem Bedarf mit anderen Partnern kommunizieren. Den Versicherten diese Datenhoheit zu verschaffen und sie zu selbstbestimmten Managern ihrer Gesundheit zu machen, ist aus Sicht der IKK classic jedoch wichtig für die Akzeptanz der Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Neue Aktivitäten für die Versicherten

Diese Entwicklung zu verpassen, kann sich das deutsche Gesundheitswesen nicht leisten. Deshalb suchen wir bei der IKK classic, wie andere Krankenkassen auch, seit einiger Zeit verstärkt nach eigenen digitalen Lösungen. Die rechtliche Grundlage dieser ergänzenden Ansätze hat der Gesetzgeber bereits vor vielen Jahren im § 68 SGB V festgeschrieben. Diese Rechtsnorm ermöglicht es den Krankenkassen – durch eine entsprechende Satzungsregelung – ihren Versicherten „Dienstleistungen der elektronischen Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten“ zur Verfügung zu stellen. Auch die IKK classic will diese Möglichkeit nutzen, da wir überzeugt sind, dass die Versicherten davon profitieren. Dabei sollte eine elektronische Gesundheitsakte nach Auffassung der IKK classic folgende Kriterien erfüllen:

- Die höchsten Standards des Datenschutzes und der Datensicherheit beachten
- Die Interoperabilität mit den Lösungen der Telematikinfrastruktur sicherstellen
- Die Datennutzung und Datenverwendung in die Entscheidungshoheit des Versicherten stellen
- Einen Mehrwert für Kranke und Gesunde darstellen
- Die erforderlichen Gesundheitsdaten jederzeit für den Versicherten transparent vorhalten
- Den Austausch zwischen Versicherten und Leistungserbringern ermöglichen

Innerhalb dieses Anforderungskataloges sind die Interessen der Versicherten für uns vielleicht sogar der entscheidende Treiber: Der Kunde will heutzutage mit mo-

deren, digitalen, datensicheren Lösungen seine Gesundheit managen und bequem von zuhause oder unterwegs mit Smartphone und Tablet auf seine Daten zugreifen. Der Versicherte erwartet von der Nutzung seiner eGA greifbare und sofort wirksame Vorteile, etwa die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und die Transparenz seiner Gesundheitsdaten. Und er möchte, so unsere Überzeugung, seine medizinischen Dokumente gemeinsam mit seinen persönlichen Lebensstil-Parametern verwalten, die etwa Wearables und Fitness-Tracker zur Verfügung stellen. Mit einer solchen Lösung wird dann der Versicherte in den Mittelpunkt der digitalen Gesundheitswirtschaft gestellt.

Darauf setzt die IKK classic und hat sich über ihren strategischen Partner BITMARCK für das Produkt Vivy entschieden. Die App ermöglicht es dem Nutzer, die eigenen Gesundheitsdaten digital zu verwalten und unterstützt ihn bei der Kommunikation rund um die Gesundheit – sowohl beim Arzt, als auch beim Management von Vorsorgeterminen sowie durch die Erinnerung an Impftermine oder Medikationszeiten. Nur der Versicherte selbst entscheidet, wem er wann seine Daten für eine begrenzte Zeit digital zur Verfügung stellt.

Darüber hinaus – und auch das ist der IKK classic wichtig – ist Vivy als Ergänzung zur Telematikinfrastruktur angelegt und wird mit dieser kompatibel sein, so dass auch Ärzte und andere Leistungserbringer über die App mit den Patienten und Versicherten kommunizieren können. Vivy ist aktuell bereits in einer Basisversion verfü-

bar und wird ab dem dritten Quartal 2018 den ersten Versicherten zur Verfügung stehen. So kann die IKK classic auch heute schon den Kunden gerecht werden, die sich digitale Lösungen wünschen, und ist gleichzeitig offen für weitere (digitale) Entwicklungen in der Zukunft.

Mit Vivy haben wir uns zudem für eine systemübergreifendes Produkt entschieden, das sowohl von gesetzlichen Krankenkassen als auch von privaten Krankenversicherungen unterstützt wird. Der potentielle Kundenkreis von Vivy umfasst bis zu 25 Millionen Versicherte, so dass es auch für viele Leistungserbringer interessant sein sollte, Vivy zum Datenaustausch mit ihren Patienten zu nutzen.

Fazit

Sicherheit, Datenschutz und kundenorientierter Nutzen sind aus unserer Sicht keine Gegensätze. Die Politik ist nun gefordert die Balance zu finden, um den Prozess der Digitalisierung zu beschleunigen und dabei den Patienten in den Mittelpunkt der Lösungen zu stellen, ohne dabei den „nichtdigitalen Versicherten“ zu vergessen.

Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen – Wege der Umsetzung



Hans-Jörg Gittler

Vorstandsvorsitzender der
BAHN-BKK

Mitglied im Aufsichtsrat und
Präsidium der BITMARCK

Die Digitalisierung der Arbeit macht vor keiner Branche und keinem Arbeitsplatz halt. Auch im deutschen Gesundheitswesen nimmt das Thema einen immer höheren Stellenwert ein. Und das zu Recht: Eine flächendeckende Vernetzung im Gesundheitswesen ermöglicht die Betreuung von Versicherten auf höchstem Niveau. Denn intelligente Gesundheitsnetze beschleunigen den Datenaustausch zwischen den unterschiedlichen Akteuren, wovon alle Prozessbeteiligten profitieren.

Historie der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen

Dabei ist das Thema Digitalisierung nicht neu. Bereits seit 1990 wird weltweit über die Einführung einer elektronischen Patientenakte diskutiert. In Deutschland wurde das Thema Digitalisierung des Gesundheitswesens mit dem „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“, das 2004 in Kraft trat, erstmalig gesetzlich in Angriff genommen. Hier wurde die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zum 1. Januar 2006 verpflichtend festgelegt. Die eGK sollte Basis für eine zukünftige elektronische Patientenakte sein.

Das Beispiel der elektronischen Gesundheitskarte zeigt, dass Jahre vergehen können, bis erste messbare Funktionalitäten auf die Bahn gebracht werden. Erst in diesem Jahr gab es für die Versicherten den ersten sichtbaren Vorteil: die Onlinefähigkeit der eGK. Bis dahin sind mehr als eine Milliarde Euro an Kosten entstanden, die die Krankenkassen - und damit Versicherte und Arbeitgeber - dafür aufbringen mussten.

Im Jahr 2016 trat das „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ in Kraft, besser bekannt als E-Health-Gesetz. Noch im Jahr 2018 soll flächendeckend das Stammdatenmanagement als erste Online-Anwendung auf der eGK umgesetzt werden. Im nächsten Schritt soll es möglich sein, Notfalldaten wie Allergien, Vorerkrankungen und Adressen, Medikationspläne und elektronische Arztbriefe auf der eGK zu speichern.

Bis Ende 2018 muss die gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) die Strukturen und Voraussetzungen schaffen, dass Daten in

einer elektronische Patientenakte bzw. einem Patientenfach gespeichert werden können. In den nächsten Monaten wird sich zeigen, ob die Versicherten ab 2019 tatsächlich die neue Infrastruktur nutzen können. Klar ist: Ein ähnliches Fiasko wie bei der elektronische Gesundheitskarte darf bei den anstehenden Entwicklungen rund um die E-Health-Entwicklungen nicht auftreten.

Klärung von Begrifflichkeiten

An dieser Stelle noch eine kurze Erklärung zu den verschiedenen Begrifflichkeiten: Die elektronischen Patientenakte (ePA) ist eine Anwendung auf der eGK, die jeder Versicherte freiwillig nutzen kann. Sie dient dazu, dass verschiedene Leistungserbringer wie Krankenhäuser, Fachärzte und Therapeuten Daten im Rahmen der Behandlung eines Versicherten austauschen, wie zum Beispiel Befunde, Diagnosen, Therapien oder Impfungen.

Auf das elektronische Patientenfach (ePF) hat der Versicherte selbst Zugriff. Dorthin werden die Daten der elektronischen Gesundheitsakte gespiegelt. Zusätzlich können auch eigene Daten, wie zum Beispiel ein Blutdruckpass oder Gesundheitswerte aus einer App, hochladen werden.

Unabhängig davon gibt es elektronische Gesundheitsakten (eGA). Dies sind technische Lösungen von freien Unternehmen am Markt, die Krankenkassen ihren Versicherten anbieten können, um Gesundheitsdaten zu speichern.

Vorteile digitaler Lösungen

Von den Hürden der Einführung einmal abgesehen, liegen die Vorteile dieser vernetzten Vorgehensweise für Versi-

cherte klar auf der Hand: Alle Daten sind aktuell. So muss der Versicherte zum Beispiel bei einem Umzug keine neuen Daten bei seinem Arzt hinterlegen. Da alle Gesundheitsdaten an einem Ort liegen, können doppelte Behandlungen vermieden werden, auch Medikamente können besser aufeinander abgestimmt werden. Ein weiterer Vorteil ist, dass auch in Notfällen immer auf die Daten zugegriffen werden kann, das kann im Zweifel Leben retten. Ein großes Plus liegt auch in der Transparenz für den Versicherten. Er hat einen besseren Einblick in die Diagnose und Therapie und kann so selbstbestimmter Entscheidungen treffen. Nicht zuletzt kann er mit diesen Informationen zielgerichteter telemedizinische Dienste zum Beispiel für eine ärztliche Zweitmeinung nutzen.

Doch nicht nur Versicherte profitieren von der Vernetzung der Daten. Auch Leistungserbringer können mit einer besseren Datenbasis mehr Hintergrundwissen für ihre Entscheidungen von Behandlung und Medikation nutzen. Die Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer wird dadurch wesentlich effizienter. Gerade bei multimorbiden Patienten ist dies ein großer Vorteil und macht ein aufeinander abgestimmtes Vorgehen möglich. Für die Krankenkassen bedeutet der Zuwachs an Transparenz auch die Ersparnis von Kosten. Und Kosten sind in diesem Fall die Gelder der Versicherten und Arbeitgeber. Die Krankenkassen sind gesetzlich dazu verpflichtet, mit Versichertengeldern wirtschaftlich umzugehen. Langfristig können durch ein vernetztes Gesundheitswesen Leistungsausgaben der Krankenkassen reduziert und die Versorgungsqualität für die Versicherten erhöht werden.

Auch für Politik und Gesellschaft bieten digitale Gesundheitsdaten einen Nutzen. Mit ihnen wird es möglich, Rückschlüsse auf die Qualität von Behandlungen zu ziehen und

somit in die Entwicklung neuer Versorgungsansätze zu investieren. Zusätzlich ist für die Weiterentwicklung gesundheitspolitischer Maßnahmen eine valide Datengrundlage eine optimale Voraussetzung.

Datenschutz und Recht auf informationelle Selbstbestimmung

Ein ganz wesentlicher Punkt bei allen digitalen Anwendungen ist der Datenschutz – auch vor dem Hintergrund der Datenschutz-Grundverordnung. Gesundheitsdaten sind mit die sensibelsten Daten, die wir haben, und damit verdienen sie einen besonderen Schutz. Da Daten dieser Güte bisher in dieser Zusammenstellung noch nicht gesammelt wurden, müssen die Rahmenbedingungen so geschaffen sein, dass eine absolute Datensicherheit gewährleistet werden kann.

Damit einher geht das Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Hier gibt es vor einer Einführung einer elektronischen Patientenakte noch viel Klärungsbedarf. Neben der Frage nach der generellen Nutzung müssen viele Detailfragen erörtert werden: Welche meiner Daten möchte ich speichern? Wer darf welche Daten sehen? Wie kann ich Daten wieder löschen? Und wie geht man mit Daten von Patienten um, die selbst nicht mehr entscheiden können, weil sie zum Beispiel an Demenz leiden, die aber von einer vernetzten Datensammlung durchaus profitieren können?

Auf Kundenwünsche reagieren

Was wünscht sich eigentlich der Versicherte beim Thema Gesundheit und Digitalisierung? Auf diese Frage gibt eine Umfrage unter 1.000 Deutschen aus März 2017 vom Di-

gitalverband Bitkom zusammen mit der Bayerischen TelemedAllianz (BTA) Antworten. Die Umfrage zeigt, dass 45 % der Befragten Gesundheitsapps nutzen und weitere 45 % sich vorstellen können, dies zukünftig zu tun. Die Frage, ob sie eine elektronische Patientenakte nutzen würden, beantworten 60 % mit „Ja“. Dies sind nur zwei Beispiele. Im Grundsatz zeigt die Studie, dass viele Versicherte digitalen Gesundheitsangeboten gegenüber aufgeschlossen sind, es jedoch an passenden Angeboten mangelt.

Die Ergebnisse dieser Umfrage, aber auch die langwierigen Entwicklungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass es sich lohnt, eigene Wege zu gehen. Gesetzliche und private Krankenversicherungen, darunter auch die BAHN-BKK, bringen erstmals eine gemeinsame elektronische Gesundheitsakte auf den Weg. Davon können künftig bis zu 25 Millionen Versicherte profitieren.

„Vivy“ heißt die digitale Gesundheitsakte, mit der die Versicherten in Zukunft ihre persönlichen Gesundheitsdaten in einer App verwalten können. Dazu zählen beispielsweise Arztbriefe, Befunde, Laborwerte, Medikationspläne, Notfalldaten und Impfinformationen. Auch Überweisungen und Leistungsübersichten lassen sich in der App unkompliziert verwalten. Zudem kann die App an Arzttermine und Medikamenteneinnahmen erinnern.

Vivy hat den Anspruch, Nutzern jederzeit als digitale Gesundheitsassistentin zur Seite zu stehen. Die Versicherten haben dabei die volle Kontrolle: Nur sie selbst entscheiden, welche Informationen sie in der App speichern und an wen sie diese weitergeben möchten. Von Beginn an wird die systemübergreifende Lösung Vivy unterstützt von der BITMARCK, dem IT Dienstleister von mehr als 90

Krankenkassen. Vivy wurde von unabhängigen Unternehmen wie ePrivacy und dem TÜV Rheinland getestet und als sichere Plattform zertifiziert

Fazit

Der Wunsch nach digitalen Angeboten im Gesundheitsmarkt ist bei vielen Akteuren vorhanden, denn diese bringen durch Transparenz und Vernetzung viele Vorteile mit sich. Auch wenn im ersten Schritt viele Investitionen nötig sind, lohnt sich Digitalisierung. Denn dieses Investment steht dabei langfristig verschlankten Prozessen, geringen Aufwänden sowie einer besseren Versorgung der Versicherten gegenüber. Das zeigt sich auch bei der BAHN-BKK. Schon seit über zehn Jahren arbeitet die BAHN-BKK zusammen mit der BITMARCK an automatisierten Prozessen. So können Prozesse in hohem Maße (teilweise bis zu 70 %) automatisiert und verschlankt werden. Dies erhöht die Bearbeitungsqualität und die Bearbeitungszeiten werden für die Kunden drastisch verkürzt.

Die neuen elektronischen Angebote bieten allen Beteiligten eine praktische Rund-um-Sicht und alle Informationen auf einen Blick. Mit dem E-Health-Gesetz hat der Gesetzgeber den rechtlichen Rahmen und einen Zeitplan vorgegeben. Allerdings bleibt abzuwarten, ob die vorgesehenen Entwicklungen in diesem komplexen Prozess tatsächlich bis zum Jahresende finalisiert sein werden.

Die Arzt-Patientenbeziehung im digitalen Zeitalter - Von der Überschätzung körperschaftszentrierter elektronischer Patientenakten am Beispiel alternativer Vernetzungslösungen

Ekkehard Mittelstaedt

Business Development Manager
CGM-Partner Ready
CompuGroup Medical
Deutschland AG



2018, irgendwann im Juni: Sie buchen einen innerdeutschen Flug von Köln nach Berlin. Online. Die Buchungsbestätigung erhalten sie just in time sowohl per SMS auf ihr Smartphone, als auch per Mail in ihren Mailaccount. Selbstverständlich mit der Möglichkeit, sich online einchecken zu können, inklusive Bordkarte – versteht sich. Sie werden kurz vor Boarding-Time per SMS oder Mail – je nachdem, was sie wünschen – über ihr Abfluggate und Zeit (in diesem Fall startet die Maschine pünktlich) informiert. Gleichfalls über die voraussichtliche Ankunft und das Wetter am Zielort. Mittels OCR Code haben sie den Zugang zum Sicherheitsbereich und können nach Security Check im Flugzeug ihren Platz einnehmen. Am Zielort werden sie via SMS begrüßt und eingeladen, ihre Erfahrungen der Fluggesellschaft mitzuteilen. Die Fluggesellschaft bedankt sich für ihre Wahl.

Zur gleichen Zeit irgendwo im bundesdeutschen Gesundheitswesen: Sie sind Diabetiker und fühlen sich unwohl. Ihre Vital- und Blutzuckerwerte haben sie bereits gemessen und elektronisch gespeichert. Ihr Blutzuckermessgerät überträgt die Daten in ihren elektronischen Diabetespass, weitere Vitaldaten übertragen sie händisch in eine App ihrer Krankenkasse mit Patientenaktenfunktion. Zur Abklärung wollen sie ärztlichen Rat. Sie rufen in der Arztpraxis an und landen in der Wartschleife. Nach einiger Zeit meldet sich die Mitarbeiterin der Praxis. Sie haben die Möglichkeit, einen Termin binnen der nächsten 10 Tage zu bekommen oder aber in der Notfallsprechstunde am heutigen Nachmittag. Dann aber bitte ausreichend Zeit - bis zu drei Stunden - mitbringen. Sie entscheiden sich für die Notfallsprechstunde und haben Glück: nach ca. 30 Minuten werden sie aufgerufen. Im Sprechzimmer öffnen sie ihre App mit Patientenaktenfunktion auf dem Smartphone und zeigen die Eintragungen vom Vormittag ihrem Arzt. Der Arzt schließt ihr Blutzuckermessgerät via Hub an und liest die Daten in einem Extraprogramm, das neben dem AIS installiert ist, aus. Der Arzt nimmt die mitgebrachten Messungen zur Kenntnis, führt seine eigenen Messungen und Untersuchungen durch, speichert die Ergebnisse seiner Messungen in der arztgeführten Karteikarte im Arztinformationssystem ab und legt die Behandlung fest. Er bittet seine Mitarbeiterin einen Folgetermin mit einem Facharzt zu vereinbaren, der ihnen händisch auf einen kleinen Zettel für ihr Portemonnaie ausgehändigt wird.

In beiden Beispielen sind die Protagonisten (Fluggast und Patient) und Provider (Fluggesellschaft und Arzt) digital unterwegs:

Der Patient hat eine App seiner Krankenkasse, die auch Patientendaten speichern kann und in der er seine medi-

zinischen Daten eingibt. Er ist Besitzer eines Medical Devices, das Daten erhebt und in einer eigens dafür entwickelten App speichert und ggf. sogar auswerten kann. Er ist Besitzer eines Smartphones, das er auch für das Gesundheitsmanagement einsetzt. Und er ist bereit, die erhobenen Daten mit dem Dritten für die digitale Verarbeitung zur Weiterbehandlung zu teilen.

Der Arzt arbeitet mit einem Arzt-Informationssystem, führt elektronische Karteikarten, in dem die Behandlungschroniken seiner Patienten jederzeit und digital abrufbar sind, hat darüber hinaus eine Schnittstelle zu einem speziellen Programm, mit dem er Daten aus Messgeräten seiner Patienten auslesen kann.

Allerdings - und das ist der Unterschied zum ersten Case - haben wir in diesem Case einen Mix aus teils digitalen, teils analogen parallel oder hintereinander geschalteten Prozessen, die losgelöst vom Behandlungskontext einzelnen Bestimmungen folgen. Folglich ist die fehlende Abstimmung zwischen den jeweiligen Teilprozessen prozessimmanent und somit das generieren echter Mehrwerte durch Prozessoptimierung mittels Nutzung digitaler Lösungen zum Scheitern verurteilt. Die Teilprozesse sind weder technisch noch semantisch oder gar organisatorisch interoperabel.

Anders im ersten Beispiel, in dem der Workflow medienbruchfrei mit Beginn der Begehrlichkeit des Kunden bis zur Erreichung des Ziels, nämlich der Ankunft am Zielort, digital abgebildet ist. Der Kunde ist wesentlicher Teil des Prozesses. Er ist eingebunden und ihm werden alle notwendigen Informationen bereitgestellt. Mehr noch: dort wo es möglich ist, kann er den Prozess in seinem Sinne beeinflussen. Etwa bei der Platzwahl oder bei Umbuchungen. Ferner kann er die digitalen Daten auch für seine eigenen Prozesse weiterverarbeiten. Das wird am Beispiel

Termine deutlich: Denn Termine, inklusiver Terminänderungen, werden direkt im persönlichen Terminkalender des Users gespeichert, und zwar unabhängig vom führenden System, und stehen folglich für ganz andere Terminfindungsprozesse zur Verfügung, ohne dass es ein händisches Eingreifen des Kunden bedarf. Die in diesem Beispiel gezeigte intelligente, digitale Lösung steigert die Usability und sorgt für einen reibungslosen Ablauf unter Berücksichtigung des jeweiligen Kundenwunsches (Präferenz).

Überträgt man diesen Gedanken auf den Beispielfall zwei, dann wird deutlich, dass die digitale Patientenakte zwar ein wichtiger Teil der notwendigen Infrastruktur ist, eine gute Gesundheitsversorgung aber erst mit einer praxisgerechten Umsetzung der Workflows und der Anbindung der Ärzte, Praxen und Kliniken ohne Medienbrüche möglich wird. Das Fokussieren auf die eine Patientenakte und der Wettbewerb unter den Kostenträgern, der erste zu sein, der möglichst viele Versicherte in den Genuss einer elektronischen Patientenakte bringt, muss daher ins Leere laufen. Denn es fehlt an validen Angeboten für eine praxisgerechte Umsetzung von Workflows und für die medienbruchfreie Anbindung der Ärzte, Praxen und Kliniken als Voraussetzung guter Gesundheitsversorgung in vernetzten Behandlungs- und Versorgungssystemen. Denn Datenverfügbarkeit allein, ohne dafür Sorge zu tragen, validierte Daten unabhängig vom führenden System nutzbar zu machen, verfehlt das Ziel. Wenn dann auch noch bewährte, aber im Kern analoge Prozesse die Blaupause für die Digitalisierung bilden, wird es komisch: Denn das Potential der Digitalisierung liegt eben nicht in der Manifestierung analoger Prozesse, die mit mehr oder weniger intelligenten digitalen Insellösungen garniert werden, wie bspw. das Abfotografieren von Dokumenten oder das Übertragen von Papierlösungen per Hand durch den User.

In der Digitalisierungsdiskussion werden wir nicht müde zu behaupten, dass die Patientenakte der Schlüssel zum Erfolg ist. Der Patient als Herr seiner Daten, die jederzeit

und überall verfügbar sind. Die Gesetzlichen Krankenkassen können ihren Versicherten hier unterstützen und entsprechende Angebote finanzieren. Ja, sie stellen sogar in Aussicht, die elektronischen Akten mit den bei ihnen zur Verfügung stehenden Patientendaten zu befüllen, also die ICD 10 basierten Abrechnungsaltsfälle zur Verfügung zu stellen, die dann wiederum den jeweiligen Behandlern zur Verfügung gestellt werden können, von denen sie ja im Ursprung kommen. Wem aber nützen diese Daten, wenn sie nicht prozessual und individuell eingebunden werden können? Wenn also der Bezug zu weiteren Teilprozessen im Behandlungskontext nicht oder nur mühsam „per Hand“ hergestellt werden kann? Ist es da nicht sinnvoller dort anzusetzen, wo die behandlungsrelevanten Daten entstehen, nämlich am Point of Care? Und ist es nicht sinnvoll, diese Daten demjenigen unmittelbar zur Verfügung zu stellen, dem sie auch gehören, nämlich dem Patienten?

Völlig ungeklärt bleiben übrigens auch die Fragen, wie die behandlungsrelevanten Daten in die AIS kommen und wie aus einer Fülle behandlungsrelevanter Daten tatsächlich behandlungsrelevante Informationen werden. Die Einbindung von „Drittanbietern“, die ebenfalls valide und behandlungsrelevante Daten oder sogar Informationen generieren, wie bspw. Diabetesmanagementprogramme, wird ad absurdum geführt, wenn sie zwar Daten für die Akte generieren, aber nicht mit ihrer Kernkompetenz in den Behandlungskontext am Point of Care eingebunden werden; wenn also die Ergebnisse der Anwendung dem Behandler nicht auch digital zur Weiterverarbeitung zur Verfügung stehen. Der Austausch zwischen den Behandlern via Einblick in die Akte, ohne dass die Daten in das führende System übernommen werden können, ist im Vergleich zur analogen Welt kein wirklicher Fortschritt. Bestes Beispiel ist einer der am häufigsten vorkommenden Prozesse, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung: Reicht es wirklich aus, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung via Bild oder PDF in einer Akte zu speichern? Elektronische Patientenakte als besseres Dokumentenfach?

Müsste nicht vielmehr dem User die AU als strukturierter Datensatz zur Verfügung stehen? Denn nur dann kann ein digitaler Prozess angestoßen werden, der mehr als bloße Information für Dritte ist. Nämlich die Zurverfügungstellung digitaler Daten zur Weiterverarbeitung beim Arbeitgeber und GKV für deren interne Prozesse. Beispielsweise für Versorgungs- und Präventionsprogramme oder aber für die Optimierung der eigenen, zur Zeit noch papierbasierten Prozesse. Wesentlich ist aber, dass der User entscheidet, was mit den Daten passiert. Nicht der Arzt und auch nicht die Kasse. Es liegt in der Entscheidung des Patienten, ob und wen er informiert.

CGM LIFE setzt genau hier an: Mittels einer patientenzentrierten Plattform wird allen Beteiligten am Behandlungsprozess – inklusive der Administration – die Möglichkeit eingeräumt, die für ihre Prozesse notwendigen Daten zwischen den Akteuren auszutauschen. Zentrales Element ist hier ein persönlicher User-Account, hochsicher und Ende-zu-Ende verschlüsselt. Es steht jedem Akteur im Behandlungskontext frei, sich mit seinen Lösungen anzubinden. Aber: Allein der User entscheidet, mit wem er seine Daten teilen und welche Anwendungen er nutzen will. Mit CGM LIFE wird die Vernetzung mit den Behandlern ermöglicht. Beginnend mit Arztsuche und online Terminbuchungen wird die Arzt-Patienten-Kommunikation professionell unterstützt. Es werden die Kommunikationswege zwischen den Beteiligten vernetzt und digitalisiert, damit im jeweiligen Bedarfsfall die erforderlichen Informationen zur Weiterverarbeitung zur Verfügung stehen. Und zwar völlig unabhängig davon, ob es sich um valide Informationen aus einem Medical Device wie bspw. aus einem Blutzuckermessgerät handelt, oder um Medikationsdaten aus dem Bestand der kassenzentrierten Patientenakten. Die Herausforderung ist es, die Daten dem Behandler über den Patienten für die digitale Weiterverarbeitung verfügbar zu machen. Aus diesem Grunde sind bereits heute ausnahmslos alle CGM Lösungen an die CGM LIFE angebunden und für den bidirektionalen Datenaustausch mit CGM LIFE vorbereitet.

So kann in dem o.g. Beispiel die Terminvergabe digital erfolgen. Über den Patienten oder aber, wie in dem Beispiel vom Arzt zum Facharzt mit direktem Zugriff auf die vom Facharzt zur Vergabe freigegebenen Terminressourcen. Wartezeiten können dem Patienten angezeigt und die voraussichtliche Behandlungszeit angegeben werden. Die bereits vom Patienten erhobenen oder aber in jeder anderen eAkte gespeicherten Daten können schon vorab dem Arzt zur Verfügung stehen, der ggf. auch entscheiden kann – wenn es dem Patienten genehm ist – in einer Videosprechstunde beraten zu werden. Über die CGM LIFE Plattform kann der Behandler Daten und Informationen sehen und – wenn er es für richtig hält – diese dann auch als Fremddaten gekennzeichnet in seinem System in seiner individualisierten arztgeführten Patientenakte speichern. Und es versteht sich von selbst, dass bei einem patientenzentrierte Ansatz wie CGM LIFE die Daten aus dem AIS automatisch in den User Account real time übergeben werden.

Lösungen wie CGM LIFE eröffnen heute schon die Möglichkeit echter Workflowunterstützung, indem Patienten und Behandlern plattformgestützte Kommunikation geboten wird, unter Einbeziehung weiterer spezifischer Lösungen von Drittanbietern. Die Beziehungen und die sich aus den Beziehungen resultierenden Anforderungen an eine zielgerichtete Kommunikation bilden die Basis für echte workflowunterstützende Prozesse, unabhängig davon, welche Datenbasen genutzt werden. Das ist CGM LIFE!

Eine digitale Gesundheitsakte für alle



Christian Rebernik

Gründer und Geschäftsführer Vivy

Christian Rebernik (CEO) und Rowanto Rowanto (CTO) riefen Vivy im Jahr 2017 ins Leben. Die beiden erfahrenen Gründer – Rebernik und Rowanto arbeiteten bereits beim erfolgreichen Banking-Startup N26 zusammen – brachten Vivy dank ihres qualifizierten internationalen Teams, agiler Strukturen sowie ihrer Erfahrung mit stark reglementierten Märkten in kurzer Zeit auf den Markt. Vivy ist ein deutsches Unternehmen mit Sitz in Berlin. Die grundlegende Vision von Vivy: Millionen von Menschen die Möglichkeit zu geben, ihre Gesundheit und Fitness aktiv zu gestalten und zu verbessern - einfach, sicher und selbstbestimmt.

Vivy ist eine digitale Gesundheitsassistentin, in der Versicherte all ihre Gesundheitsdaten bündeln können. Die Vivy-App hilft ihnen dabei, diese Daten einzuordnen und ihre Gesundheit aktiv zu gestalten. Als elektronische Gesundheitsakte ist Vivy ein Teil eines neuen Gesundheitsökosystems und übernimmt die Funktion, Nutzer mit Ärzten, Krankenhäusern, Laboren sowie Krankenkassen und –versicherungen zu vernetzen. So sind Nutzer jederzeit in der Lage, Informationen aus der App selbstbestimmt mit den Akteuren des Gesundheitssystems zu teilen, die ihnen in ihrer aktuellen Situation mit den Daten helfen können. Vivy wird von gesetzlichen wie privaten Krankenversicherungen unterstützt, profitieren können von der Kooperation in Kürze bis zu 25 Millionen Versicherte. Die ersten Kassen und Versicherungen werden bereits ab Juli damit beginnen, ihren Versicherten die neue Gesundheitsakte anzubieten.

Gesetzliche und private Krankenversicherungen setzen erstmals systemübergreifend auf eine gemeinsame Lösung, um eine elektronische Gesundheitsakte auf den Markt zu bringen. Von Beginn an wird die systemübergreifende Lösung Vivy unterstützt von der BITMARCK, dem IT Dienstleister von mehr als 90 Krankenkassen, sowie von der Allianz Privaten Krankenversicherung, der Barmenia, der Gothaer und der Süddeutschen Krankenversicherung.

App, Ökosystem, Plattform

Vivy ist weit mehr als eine Anwendung für Nutzer, folgt einem dreistufigen Ansatz.

Vivy, digitale Gesundheitsassistentin

Kernstück der Vivy-Lösung ist die Vivy-App. Hier können Nutzer Arztbriefe, Befunde, Laborwerte, Medikations-

pläne, Notfalldaten und Impfinformationen speichern. Die App bietet zudem die Möglichkeit, Arzttermine digital zu managen und sich an Impfungen oder Medikationseinnahme erinnern zu lassen. In der App lassen sich Gesundheits- mit Lifestyle-Daten kombinieren. Vivy bietet dann als permanent verfügbare digitale und persönliche Assistentin einen ganzheitlichen und leicht verständlichen Blick auf die gesammelten Informationen und unterstützt den Anwender in seinem Alltag bei allem rund um die Gesundheit.

Vivy, Ökosystem für Leistungserbringer

Vivy-Nutzer haben die Möglichkeit, gespeicherte Daten wie Röntgenbilder mit dem Arzt zu teilen, der ihnen in ihrer aktuellen Situation helfen kann. Ärzte oder Labore wiederum können Untersuchungsdaten aus ihrer Praxis- oder Laborsoftware heraus in der Vivy-App des betreffenden Patienten bereitstellen oder diese sogar an die App faxen. Möglich macht diesen – immer vom Vivy-Anwender kontrollierten – Datenaustausch das Ökosystem, das rund um die App existiert. Erst durch die digitale Vernetzung des Patienten mit Leistungserbringern und Krankenversicherungen wird aus Vivy eine systemübergreifend arbeitende, digitale Gesundheitsassistentin.

Vivy, der Plattformgedanke

Das Konzept Vivy geht über eine App hinaus: Vivy verfügt über Schnittstellen, über die weitere gesundheitsrelevante Anwendungen oder Geräte wie beispielsweise Fitnessstracker mit Vivy verbunden werden können. Erst der Plattformgedanke macht Vivy zu einer kompletten Gesundheitslösung, die Nutzer nach und nach ihren Bedürfnissen anpassen können. Dieser Ansatz folgt Vivys Vision: Der Mensch steht im Zentrum und erhält eine Begleiterin, die ihm dabei hilft, seine Gesundheit aktiv und umfassend zu gestalten.

Gesundheitsservices in der Vivy-App

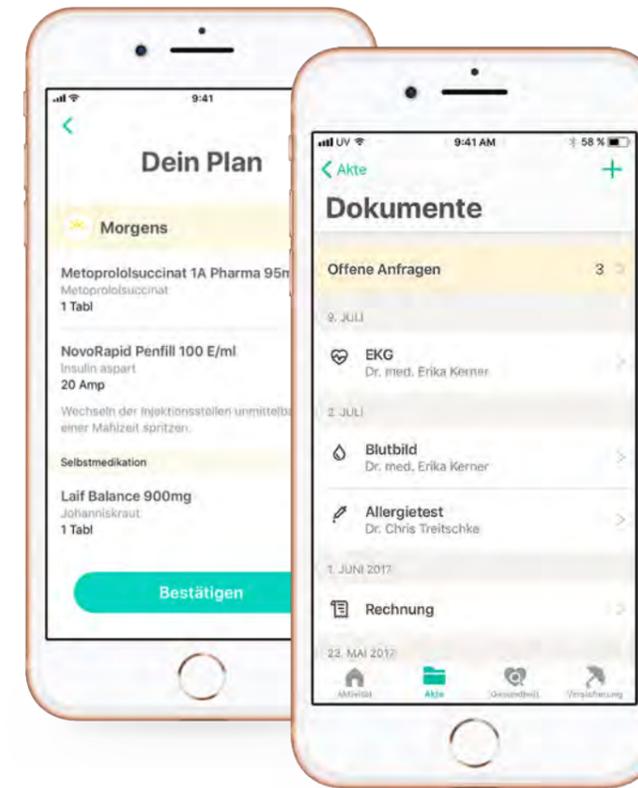
- Digitaler Impfplan: Patienten können Daten zu ihrer Impfhistorie speichern und erhalten Hinweise basierend auf den StIKo Empfehlungen sowie den eingegebenen Impfungen.
- Vorsorgeerinnerung: Nutzer können Medikationspläne, die Ärzte erstellen, automatisiert durch das Scannen der Datenmatrix erfassen inklusive der Daten zu Medikament und Einnahmeempfehlungen.
- Digitalisierung von Medikationsplänen: Nutzer können Medikationspläne, die Ärzte erstellen, automatisiert durch das Scannen von QR-/ Barcodes erfassen - inklusive Daten zu Medikament und Einnahmeempfehlungen
- Wechselwirkungsprüfung von Arzneimitteln: Nutzer können automatisch Informationen zu möglichen Wechselwirkungen ihrer Medikamente erhalten.
- Medikationserinnerungen: Nutzer können über die Timeline Erinnerungen zur Einnahme von Medikamenten erhalten.
- Überweisungen und Arztbriefe: Nutzer können Überweisungen und Arztbriefe durch das Abfotografieren der Originale in der Vivy-App speichern und bei Bedarf vorlegen.
- Gesundheitscheck: Nutzer können einen wissenschaftlich fundierten Gesundheitscheck durchführen, und erhalten eine Auswertung in den Bereichen Körper, Ernährung, Bewegung und Geist. Zudem wird das biologische Alter berechnet, basierend u.a. auf den Blutwerten des Nutzers.

- Personalisierte Empfehlungen zu Fitness & Wellness Management: Nutzer können, basierend auf der Auswertung ihrer medizinischen Daten Empfehlungen zu ihrer Gesundheit erhalten.
- Arztsuche: Nutzer können nach Ärzten suchen und nach Name, Fachbereich und Adresse filtern. Die Vivy Arztsuche-Funktion zeigt zudem die Bewertung der Ärzte, zunächst als Google Bewertungen, an.
- Anbindung von Wearables: Nutzer können die Daten externen Wearables, wie z.B Fitbit, an die Vivy-App übertragen

Sichere Gesundheitsdaten

Vivy wurde von unabhängigen Unternehmen wie ePrivacy und dem TÜV Rheinland getestet und als sichere Plattform zertifiziert. Der TÜV Rheinland bescheinigt, dass Vivy die Anforderungen hinsichtlich Integrität, Authentizität und Vertraulichkeit von sensiblen Daten erfüllt und Daten durch eine verschlüsselte Kommunikation gemäß dem Stand der Technik schützt und im Rahmen ihrer Funktionalität angemessene Berechtigungen nutzt (Prüfberichte Nr. 63009023-01 und 63009023-02). Die Wirksamkeit der Schutzmaßnahmen wird durch den TÜV Rheinland regelmäßig überwacht.

Einzig die Nutzer haben die Hoheit über sämtliche eigene Gesundheitsdaten und entscheiden, welche Informationen in ihre Gesundheitsakte gelangen. Ebenso bestimmen sie, ob und in welchem Umfang sie diese Informationen mit Ärzten, anderen Leistungsanbietern oder weiteren Partnern teilen. Ohne explizite Zustimmung der Nutzer hat keine Partei Zugriff auf Vivy-Daten; Vivy selbst gibt keinerlei Daten an Dritte weiter und hat keinen Zugriff auf diese.



Bei jeder Datenübertragung setzt Vivy auf mehrstufige Sicherheitsprozesse und eine asymmetrische Ende-zu-Ende-Verschlüsselung, für die nur der Versicherte selbst den Schlüssel hat. Gehostet wird die digitale Akte ausschließlich auf nach ISO 27001 und ISO 9001 zertifizierten Servern in Deutschland, die den hohen europäischen Datenschutzbestimmungen entsprechen. Bereits beim Start der App-Nutzung schützt Vivy das Konto. Durch ein zweistufiges so genanntes Know Your Customer-Verfahren wird die Identität des Nutzers festgestellt. Zudem wird jedes Vivy-Nutzerkonto durch eine sogenannte Zwei-Faktor-Authentifizierung doppelt vor unbefugtem Zugriff geschützt: Erst muss der Nutzer sein Smartphone mit seinem selbst vergebenen Passwort entsperren und sich dann mit seinem persönlichen Vivy-Passcode in die App einloggen. So wird sichergestellt, dass persönliche Informationen nie in die falschen Hände gelangen.

Rechtliche Hintergründe

Der Nutzer fragt über Vivy seine Patientendaten bei den behandelnden Arztpraxen ab und bittet die Ärzte die Daten auf dem vorgegebenen digitalen Weg bereitzustellen. Bei dieser Datenabfrage handelt es sich grundsätzlich nicht um eine Weiterleitung von personenbezogenen Daten an Dritte, sondern um eine Datenabfrage des Patienten als betroffene Person im Sinne der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Die Anfrage leitet sich unmittelbar aus Art. 20 DSGVO ab. Daraus ergibt sich die Pflicht des Arztes die Daten in der angefragten Form („in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format“) an den Patienten herauszugeben. Der Patient hat außerdem das Recht, diese Daten einem anderen Verantwortlichen ohne Behinderung durch den Arzt, zu übermitteln. Grundsätzlich bedarf die Datenabfrage des Patienten keiner weiteren Schweigepflichtentbindung gegenüber dem Arzt, weil ja der Patient die Hoheit über seine eigenen Daten nicht gesondert freigeben muss.

Das Patientenrechtegesetz (§ 630a-h BGB) legt das Verhältnis zwischen Arzt und Patient als eigenen Vertrag im Rahmen des Bürgerlichen Gesetzbuches fest. Das Gesetz beschreibt unter anderem die Rechte der Patientinnen und Patienten, etwa das Recht auf Aufklärung - umfassend und rechtzeitig - oder auch das Recht, Behandlungsunterlagen einsehen zu dürfen. So wird ausdrücklich festgeschrieben, dass Patienten über alles aufgeklärt werden, was wichtig für eine Behandlung ist. Darunter fallen beispielsweise: Diagnose, Folgen, Risiken und mögliche Behandlungsalternativen der Behandlung.

Preisgestaltung und Ausblick

Das Ziel von Vivy ist es, möglichst vielen Menschen einen kostenfreien Zugang zu ermöglichen. Das erreicht Vivy durch die Kooperation mit Krankenkassen und Krankenversicherungen, die für ihre Kunden die jährlichen Kosten der App übernehmen. Gesetzliche Krankenkassen haben die Möglichkeit, mit einer Satzungsänderung nach § 68 SGB V ihren Versicherten die Vorteile der elektronischen Gesundheitsakte kostenfrei zur Verfügung zu stellen. Für Kunden nicht teilnehmender Kassen besteht die Möglichkeit, Vivy zu einem jährlichen Beitrag zu nutzen.

Perspektivisch arbeitet Vivy daran, das Ökosystem als offene Plattform mit Partnern und den Bereich Gesundheitsassistenten weiterzuentwickeln. Die ersten Krankenversicherungen beginnen bereits im Juli damit, ihre Versicherten in die Vivy-App einzuladen.

Impressum



Herausgeber:

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

Redaktion:

Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Jutta Visarius, Sophia V. M. Wagner

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 Nutzungsrechte am iX-Forum liegen bei der iX-Media. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung der iX-Media unzulässig.

Die Fotorechte liegen bei der jeweiligen Institution.

ISSN 2569-6289, 24. Jahrgang 2018, Ausgabe 2 · 2018, Erscheinungsdatum: 09. Juli 2018

Themenvorschau 2018

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

- **Digitalisierung**
- **Sektorenübergreifende Versorgung**
- **AIS**
- **GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)**
- **Industrie als Versorgungspartner**

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

