

# Auf und Ab: Der politische Wille zur Stärkung der Digitalisierung im Gesundheitswesen

PATRICIA EX,  
VOLKER AMELUNG

Dr. Patricia Ex ist Geschäftsführerin des Bundesverbandes Managed Care in Berlin

Prof. Dr. Volker E. Amelung ist Vorsitzender des Bundesverbandes Managed Care in Berlin und Mitherausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“

**Die Digitalisierung gewinnt zunehmend auch im Gesundheitswesen an Bedeutung. Seit 15 Jahren versucht der Gesetzgeber, verschiedene Elemente der Digitalisierung durch Reformen zu gestalten, zum Beispiel die Einführung einer einheitlichen elektronischen Patientenakte mit einer sicheren Telematikinfrastruktur. Der Beitrag gibt einen Überblick über den Stand von *Digital Health* in Deutschland und die Gesetze zu dessen Regulierung seit 2003. Auf dieser Grundlage werden die Handlungsfelder zur Digitalisierung des Gesundheitswesens aus dem aktuellen Koalitionsvertrag dargestellt und bewertet.**

## 1. Einführung

In den vergangenen fünfzehn Jahren hat die Digitalisierung auch im Gesundheitswesen stetig an Bedeutung gewonnen. Zum Beispiel sind ein wachsendes Angebot und eine steigende Nutzung von Webseiten und mobilen Apps zu Gesundheitsthemen zu erkennen (Gigerenzer et al 2016). Neben Anwendungen aus dem Freizeitbereich und Informationsbroschüren werden derzeit vermehrt therapierelevante Angebote für den ersten Gesundheitsmarkt eingeführt. Darüber hinaus funktioniert die Kommunikation und Antragstellung bei einigen Krankenkassen online und Krankenhäuser digitalisieren ihre internen Prozesse, wie beispielsweise die Einrichtungen, denen auf Grundlage der EMRAM-Klassifizierung papierlose Prozesse bescheinigt werden (Grätzel von Grätz 2017). Dabei werden *Digital Health* einige generische Vorteile zugesprochen, zum einen durch die Überwindung von geografischen Grenzen, beispielsweise in der dauerhaft möglichen Verknüpfung von Behandlern und Patienten. Des Wei-

teren können durch die automatisierte Auswertung von Kennzahlen digitale Anwendungen ungesteuert die Über- oder Unterschreitung von bestimmten Werten erkennen und Alarm schlagen, gleichzeitig erhalten Versorger und Forscher neue datenbasierte Einblicke in das Verhalten von Patienten. Auf der anderen Seite gibt es kaum einen Bereich, in dem so viel Quatsch als Leistung angeboten wird – von bedeutungslos bis gefährlich. Kurzum, was in anderen Lebensbereichen für die meisten Menschen in Deutschland längst selbstverständlich ist – wie Bankgeschäfte und Reisebuchungen extern über digitale Prozesse zu managen – hält zunehmend auch im Gesundheitswesen Einzug.

Der konkrete Nutzen der Digitalisierung im Gesundheitswesen hängt vom jeweiligen Einsatzfeld ab, da es ein Sammelbegriff für sehr unterschiedliche Phänomene ist. Der Begriff *Digital Health* beinhaltet alle Verknüpfungen aus Gesundheitsversorgung und digital, also die Bereiche Telemedizin, E-Health und mHealth (Elmer 2016). Unter Telemedizin versteht man den Einsatz von

Informations- und Kommunikationstechnologien zur Überwindung zeitlicher und räumlicher Grenzen. Der Begriff E-Health (für *electronic health*) umfasst den Einsatz elektronischer Geräte in der Gesundheitsversorgung. mHealth bezieht sich laut Weltgesundheitsorganisation auf drahtlose Geräte wie Mobiltelefone, Smartphones, Patientenmonitore etc. (WHO 2011). Dabei gilt für die meisten *Digital Health*-Anwendungen übereinstimmend, dass die Grenzkosten gleich Null streben: Egal ob 100 oder 120 Patienten ein Online-Beratungstool verwenden, die Produktionskosten bleiben gleich. Diese Anwendungen sind daher erst dann lukrativ, wenn sie skaliert werden können, also der Markt für große Menschengruppen offen ist.

## Anfang der 2000er Jahre wurden unter dem Begriff Telemedizin die ersten Grundsteine für die Digitalisierung gelegt.

Um die Entwicklung von *Digital Health* in Deutschland zu ermöglichen, wurden seit 2003 verschiedene Gesetze und Verordnungen erlassen. Das war notwendig, da Deutschlands größte Wirtschaftsbranche vorrangig durch Normen reguliert wird und weniger durch Marktprozesse wie andere Wirtschaftsbereiche (Knieps, Reimers 2015). Somit existierten zahlreiche Regularien zur Einführung, Anwendung und Erstattung von neuen Technologien, zur Zusammenarbeit von an der Versorgung beteiligten Akteuren usw., die auf *Digital Health* anzuwenden waren bzw. sind. Zunächst war insbesondere eine passende digitale Infrastruktur notwendig, um auf dieser Grundlage sektorenübergreifende digitale Prozesse zu etablieren. Im Gegensatz zu vielen Entscheidungen im Gesundheitssystem auf regionaler und Länderebene – wie in der Krankenhausplanung, in der integrierten Versorgung, in der ärztlichen Vergütung von Leistungen etc. – sollte hier ein einheitliches System erstellt werden, das für alle Krankenkassen, alle Ärzte und alle Bundesländer funktioniert. Damit ist der Umfang dieses Projektes deutlich größer als „nur“ eine elektroni-

sche Gesundheitskarte, sondern verfolgt das Ziel einer Vernetzung des gesamten Gesundheitswesens.

In diesem Kontext stellt sich die Frage, welche ordnungspolitische Aufgabe der deutsche Staat für *Digital Health* haben sollte. Der prinzipielle Ansatz dabei ist, dass durch die staatliche Hoheit über definierte Bereiche dort keine solitären Konzepte entwickelt werden, sodass Versicherte eher ein gutes einheitliches System erhalten ohne übermäßige Varianz nach oben und unten. Außerdem sollen Lock-In-Situationen für Bürger vermieden werden, bei denen sie dem Markt unterlegen sind und nicht frei wählen können, wie beispielsweise die Krankenkasse nicht wechseln zu können oder Daten für einen Dienst abgeben

zu müssen etc. Grundsätzlich sind für die ordnungspolitische Hoheit des Staates für *Digital Health* verschiedene Ausprägungen denkbar: In einem einheitlichen Modell würde der Staat bzw. die Gemeinsame Selbstverwaltung die Rahmenbedingungen für *Digital Health* vorgeben, es

gleichzeitig betreiben und finanzieren. Ein solches Staatsmodell führt beispielsweise Dänemark erfolgreich. In einem Meso-Modell würde die Selbstverwaltung in die Pflicht genommen, die Digitalisierung zu unterstützen und neue Ansätze zu entwickeln, während zusätzlich Marktkräfte die Möglichkeit haben, einzelne Lösungen einzuführen. In einem liberalen Modell wären Patientenschutz und -sicherheit hinsichtlich der Daten und der Anwendungen staatlich reguliert, während jedoch keine Inhalte von staatlicher bzw. Selbstverwaltungsseite eingeführt werden, wie es einige Schwellenländer handhaben.

In den 2000-er Jahren wurde die Gemeinsame Selbstverwaltung durch verschiedene Gesetze gestärkt und mit neuen Aufgaben versehen, zum Beispiel durch die Gründung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Jahr 2003 und die Gründung des GKV-Spitzenverbandes 2007. Ebenso wurde im Jahr 2005 die gematik als Betriebsorganisation der Selbstverwaltung gegründet. Die gematik ist ein Zusammenschluss der Spitzenorganisationen der Krankenkassen, Ärzte und Zahnärzte, Krankenhäuser und Apotheker, wobei die Hälfte der

Gesellschafteranteile auf die Krankenkassen entfallen, die andere Hälfte auf die weiteren Beteiligten. Die politische Absicht der Gründung der gematik war, eine bessere Handlungsfähigkeit „für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und ihrer Anwendungen erforderliche Infrastruktur zu schaffen“, wie in der Begründung im Gesetzentwurf ausgeführt wird (Drucksache 15/4924).

Dabei war angedacht, dass der Aufbau der allgemeinen digitalen Infrastruktur für die Gesundheitsakte bereitgestellt wird, damit digitale Anwendungen primär von externen Anbietern entwickelt und angeboten würden. Die Idee war also analog zum Beispiel zur Verkehrsinfrastruktur, die zur Verfügung gestellt und unterhalten wird, um anschließend marktoffen durch die freie Wirtschaft nutzbar gemacht zu werden. Auch im Bereich der Telekommunikation war ein ähnlicher Ansatz gewählt worden, wo mit der Festlegung von Standards und der Sicherung von Interoperabilität nach einigen Anfangsversuchen nun alle Nutzer über nationale und internationale Grenzen hinweg zwischen Mobilfunknetzen automatisch wechseln und ihren Mobilfunkprovider nutzen können. Der ordnungspolitische Ansatz kann demnach dem Meso-Modell zugeordnet werden. Während einige Marktbestrebungen – wie das Ziel von Qualitätswettbewerb – verfolgt werden, ist die Gemeinsame Selbstverwaltung von der Regierung beauftragt, spezifische Grundlagen in Form von Richtlinien zu beschließen. Im Folgenden wird zunächst ein kurzer Überblick über die Gesetze zu E-Health zwischen den Jahren 2000 und 2017 gegeben, auf dessen Grundlage dann die Vereinbarungen im aktuellen Koalitionsvertrag vorgestellt werden.

## 2. Gesetze zur Digitalisierung des Gesundheitswesens, 2000-2017

Anfang der 2000er Jahre wurden die ersten Grundsteine für die Digitalisierung, damals vor allem unter dem Begriff Telemedizin, gelegt. Zu Beginn war die Entwicklung stark fokussiert auf das Messen von Vitalparametern und miteinander verbundenen Messgeräten. Insbesondere die elektronische Gesundheitskarte für eine verbundene Patientenakte war eines der zuerst angegangenen Projekte des Gesetzgebers.

**Tabelle 1: Übersicht der Regulierungen auf Bundesebene zur Einführung von *Digital Health* im deutschen Gesundheitswesen**

2003	<p><b>Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Einführung der elektronischen Gesundheitskarte; freiwillige Speicherung versichertenbezogener Daten</li> <li>■ Zulassung von Internetversandhandel für Arzneimittel</li> <li>■ Anschubfinanzierung für Verträge der Integrierten Versorgung (2004-2008), die neuerdings auch ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossen werden können</li> </ul>	Ulla Schmidt SPD (Koalition aus SPD und Bündnis 90/ Die Grünen)
2005	<p><b>Gesetz zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ die Selbstverwaltung wird verpflichtet, die Telematikinfrastruktur (also die notwendige Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur) zur Einführung und Anwendung der elektronischen Patientenakte und von elektronischen Rezepten zu schaffen</li> <li>■ Gründung der gematik GmbH</li> </ul>	
2005	<p><b>Verordnung über Testmaßnahmen für die Einführung der eGK</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verpflichtung der gematik, die Funktionalität, Interoperabilität, Kompatibilität, Stabilität, Sicherheit und Praxistauglichkeit innerhalb der Telematikinfrastruktur zu testen</li> </ul>	
2010	<p><b>Gesetz zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Krankenkassen werden verpflichtet, Dienste anzubieten, mit denen die Leistungserbringer die Gültigkeit und die Aktualität der Daten bei den Krankenkassen online überprüfen und auf der eGK aktualisieren können</li> </ul>	Philipp Rösler FDP (Koalition aus CDU, CSU und FDP)
2010	<p><b>GKV-Finanzierungsgesetz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Krankenkassen werden verpflichtet, bis Ende 2011 die eGK an mindestens 10 Prozent der Versicherten auszugeben, sonst Kürzung der Verwaltungsausgaben</li> </ul>	
2011	<p><b>GKV-Versorgungsstrukturgesetz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Krankenkassen werden verpflichtet, die eGK an mindestens 70 Prozent ihrer Versicherten auszugeben, ansonsten Ausgabenbegrenzung im Jahr 2013 auf das Niveau von 2012</li> </ul>	Daniel Bahr FDP (Koalition aus CDU, CSU und FDP)
2015	<p><b>E-Health-Gesetz (Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Einführung eines Stammdaten-Managements zur Online-Überprüfung und Aktualisierung der Versichertenstammdaten) bis Juli 2018; Honorarkürzung der Ärzte bei Nichtumsetzung</li> <li>■ Verpflichtung der gematik, ein Interoperabilitätsverzeichnis zu erstellen</li> </ul>	Hermann Gröhe CDU (Koalition aus CDU, CSU und SPD)

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Bundesgesetze und -verordnungen, welche die Digitalisierung im Gesundheitswesen regulieren sollten (Knieps, Reiners 2015, KomPart-Verlag 2017).

Dieser Überblick über die Anpassungen der Rahmenbedingungen kann den Anschein einer kontinuierlichen Entwicklung mit der Bestrebung nach mehr Digitalisierung erwecken. Dabei gab es in der Zeit immer wieder starke politische Tendenzen dagegen, die u. a. eine Angst vor mangelndem Datenschutz und -sicherheit vor die Digitalisierung stellten. Ein weiteres Hindernis war sicherlich der Mangel einer konsistenten Strategie. Im tabellarisch dargestellten Zeitraum von 2003 bis 2015 waren immerhin vier unterschiedliche Regierungskonstellationen und vier Gesundheitsminister im Amt. Einige Akteure berichten, dass der politische Wille nach mehr Vernetzung und Digitalisierung bis

2009 aufgebaut und dann erst ab 2012 wieder stärker wurde. So hatten CDU, CSU und FDP in ihrem Koalitionsvertrag im Jahr 2009 vereinbart, die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte einer Bestandsaufnahme zu unterziehen und den möglichen Leistungsumfang zu reduzieren (Pharmazeutische Zeitung 2009, Tagesspiegel 2009). Seit dem Jahr 2003 steht damit eine elektronische Patientenakte im Gesetz, die man trotz vielfältiger Maßnahmen bis zum Jahr 2018 nicht geschafft hat zu etablieren und damit einige der wichtigen Akteure in ihrer Meinung zu brechen. Ein zweiter Grund für die langsame Entwicklung kann sein, dass die politische Umsetzung von breiten Themen, die viele als wichtig artikulieren und denen grundsätzlich jeder zustimmen muss, oft Schwierigkeiten bei der Implementierung haben, wie beispielsweise auch beim Thema Prävention zu beobachten ist. Vielleicht wäre man

zudem deutlich weiter, wenn man eher funktionierende Konzepte aus anderen Gesundheitssystemen adaptiert hätte, als komplett neue Ansätze zu entwickeln. Insgesamt ist in dem betrachteten Zeitraum auf politischer Ebene im Bereich *Digital Health* mehr in Gesetzen festgelegt worden, als in Wirklichkeit erreicht wurde. Diese Beobachtung geht einher mit der Bewertung der Monopolkommission, die in ihrem Sondergutachten zum Krankenversicherungssystem beschreibt, dass das Gesundheitswesen hinsichtlich des Digitalisierungsprozesses im Vergleich zu anderen Branchen sowie im europäischen Vergleich unterdurchschnittlich abschneidet (Monopolkommission 2017). Da mittlerweile die meisten Akteure grundsätzlich eine schnellere Digitalisierung einfordern, ist der Druck aber auch die Frustration im System in den vergangenen Jahren beträchtlich angestiegen.

**Tabelle 2: Synopse der wichtigsten Ansätze im Koalitionsvertrag zum Thema Digitalisierung**

Ansätze im Koalitionsvertrag zum Thema Digital Health	Bedeutung und Bewertung
<b>Freiwillige elektronische Patientenakte für alle Versicherten</b> „Wir werden [...] eine elektronische Patientenakte für alle Versicherten in dieser Legislaturperiode einführen.“ und „Grundlagen für den sicheren Austausch sensibler Daten und Informationen sowie die digitale Patientenakte sind eine verlässliche und vertrauenswürdige Telematikinfrastruktur und höchste Datenschutz- und Datensicherheitsstandards. Die Nutzung der digitalen Angebote erfolgt ausschließlich auf freiwilliger Basis (Opt-In).“	Schnellstmöglich sollte die Einführung einer elektronischen Patientenakte durchgeführt werden, womit Patienten unmittelbaren Zugang zu und Überblick über ihre Gesundheitsdaten erhalten. Selbstverständlich muss die elektronische Patientenakte auch für alle behandelnden Leistungserbringer einschließlich Heilmittel und Pflege zugänglich sein, um so die Koordination und Kommunikation an Versorgungsschnittstellen zu erleichtern. Praxisbeispiele zeigen – wie im Fall von Österreich – dass ein Opt-out Ansatz besser geeignet ist als Opt-in, wie bei Organtransplantationen.
<b>Gespeicherte Daten sind Eigentum des Patienten</b> „Es wird sichergestellt, dass die Datenspeicherung den strengen Anforderungen des Datenschutzes unterliegt. Die gespeicherten Daten sind Eigentum der Patientinnen und Patienten.“	Lange Zeit herrschte die Überzeugung vieler Leistungserbringer vor, dass ihnen die Patientendaten gehören. Mittlerweile wird nicht mehr in Frage gestellt, dass die Daten den Patienten selbst gehören sollen. Dabei ist insbesondere zu klären, inwieweit Patienten ihre Daten nicht einsehbar machen dürfen, obwohl sie in der elektronischen Patientenakte vorliegen. In der Realität des Internets sollte zudem darauf hingewiesen werden, dass auch mit höchsten Datensicherheitsstandards keine absolute Garantie auf dieses Eigentum besteht.
<b>Aktionsplan 2020</b> „Wir werden das bestehende E-Health-Gesetz im Zuge technologischer Innovationen im Dialog mit allen Akteuren weiterentwickeln und einen konkreten Aktionsplan bis 2020 mit Maßnahmen und Meilensteinen aufstellen.“	Die Digitalisierung wartet nicht auf die deutsche Bundesregierung. Daher sollte vorab eine Vision und Umsetzung für Digital Health entworfen werden, die frühzeitiger als 2020 einsetzt und weit darüber hinaus blickt. Eine solche Zielrichtung sollte sich dann durch die gesamte Gesundheitsgesetzgebung einschließlich angeknüpfter Felder wie Forschungspolitik, Wirtschaftspolitik, Bildungspolitik etc. ziehen.
<b>Digitale Speicherung des Impfpasses, Mutterpasses, Untersuchungshefts und Zahnbonushefts</b> „...einen konkreten Aktionsplan bis 2020 mit Maßnahmen und Meilensteinen aufstellen. Als erste Maßnahme schaffen wir die Möglichkeit, den Impfpass, den Mutterpass und das Untersuchungsheft digital zu speichern, das Zahnbonusheft digital zu verwalten sowie die Möglichkeiten von „Mobile Health“ zu nutzen.“	Dieser Ansatz ist sinnvoll, sollte aber zwingend in die elektronische Patientenakte integriert werden. Dabei kann auf die Vielzahl bestehender Angebote zurückgegriffen werden, die es zu integrieren gilt. Allerdings ist die Begrenzung auf die genannten Felder nur als Nebenschauplatz bzw. populistische, verständliche Lösung der Politik zu werten.
<b>Fernbehandlung</b> „Die einschränkenden Regelungen zur Fernbehandlung werden wir auf den Prüfstand stellen.“	Aktuell schreibt die Musterberufsordnung der Ärzte vor, dass der Erstkontakt mit Patienten persönlich erfolgen muss. Eine Aufhebung des Fernbehandlungsverbotes kann insbesondere einen positiven Effekt auf die Auslastung von Notfallambulanzen haben. Gleichzeitig ist eine größere Transparenz in der Patientenbehandlung notwendig, sodass bspw. eine Hausärztin weiß, was der Telearzt verordnet hat. Es ist zu prüfen, welche Qualifikation das Call-Center haben muss, also ob Delegation in dem Bereich erlaubt wäre. Ein internationales Beispiel für Fernbehandlung sind Medgate und Medi24 in der Schweiz.
<b>Digitale Rezeptvergabe</b> „Außerdem wollen wir die Möglichkeit der digitalen Rezeptvergabe auch ohne Arztbesuch schaffen.“	Insbesondere, aber nicht nur, für chronisch erkrankte Patienten sollte die digitale Rezeptvergabe eine Selbstverständlichkeit sein. Diese knappe Forderung würde jedoch einige Umsetzungsschritte benötigen, da in diesem Zuge das Fernbehandlungsverbot aufgehoben und die elektronische Patientenakte bzw. die sichere Datenübermittlung etabliert werden müsste. Insbesondere im Kontext der Forderung nach einem Versandhandelsverbot klingt sie jedoch kaum glaubwürdig.
<b>Digitalisierung im Pflegebereich</b> „Auch die pflegerische Versorgung wollen wir mit den Möglichkeiten der Digitalisierung weiterentwickeln, so dass sowohl Pflegekräfte als auch pflegebedürftige Menschen Informations- und Kommunikationstechnologien sowie neue technische Anwendungen besser nutzen können. Dazu gehört auch, die Pflege in die Telematikinfrastruktur einzubeziehen.“	Grundsätzlich ist jegliche Entlastung des Pflegepersonals wünschenswert. Hierbei müssten vor allem einfache Dokumentationsmöglichkeiten im Vordergrund stehen, wie bspw. Akteneinträge durch Stimmenkennung. Technisch setzt dies jedoch sowohl eine elektronische Patientenakte als auch die Möglichkeit der Authentifizierung von nicht-approbierten Heilberufen, die aktuell nicht möglich ist. Für Pflegebedürftige und deren Angehörigen sind zahlreiche Möglichkeiten bei der Pflege in der eigenen Häuslichkeit denkbar.
<b>Anwendung und Abrechenbarkeit telemedizinischer Leistungen</b> „Die Anwendung und Abrechenbarkeit telemedizinischer Leistungen soll ausgebaut werden.“	Hier ist zwischen Technologien zu unterscheiden, die bekannte, erstattungsfähige Therapien mit einem qualitativ überlegenen Mittel durchführen und solchen, die gänzlich neue Therapieansätze beinhalten. Ist die Methode nicht neu aber das Medium erstmalig digital, sollte der Bewertungsausschuss verpflichtet sein, eine Abrechnungsziffer als Alternative zum persönlichen Kontakt zwischen Ärzten und Patienten mit einer Frist von sechs Monaten zu erstellen, da digitale Leistungen Warte- und Wegezeiten sparen. Die bisher im Gesetz vorgeschriebenen Anwendungen, zum Beispiel Videosprechstunde, finden in Wirklichkeit bisher kaum statt. Daher sollte es ein Ziel der Politik sein, mit den Abrechnungsziffern die Nutzung von Telemedizin zu steigern. Bei gänzlich neuen Leistungen ist neben der Erstattung auch die Wirksamkeit zu regeln, daher siehe Bewertung im nachfolgenden Absatz.
<b>Neue Zulassungswege für digitale Anwendungen</b> „Wir wollen neue Zulassungswege für digitale Anwendungen schaffen, die Interoperabilität herstellen und die digitale Sicherheit im Gesundheitswesen stärken.“ „Wir fördern die Gründungskultur in Deutschland, indem wir etwa im ersten Jahr der Gründung die Bürokratiebelastung auf ein Mindestmaß reduzieren und die Bedingungen für Wagniskapital verbessern.“	Viele digitale Anwendungen bieten die Chance, auf individuelle Patienten abgestimmte Versorgungspfade zu gestalten, z. B. Coaching zur Erhöhung der Therapieadhärenz. Um diese Potenziale zu nutzen, muss digitalen Technologien ein schneller Zugang zum ersten Gesundheitsmarkt gewährt werden. Dafür benötigen wir einen befristeten, temporären Fast-Track Zugang für neue digitale Anwendungen, der dennoch hohe Anforderungen an Studien für die Nutzenbewertung stellt. Voraussetzung ist, dass die Anwendungen bereits einen Selektivvertrag mit einer Krankenkasse abgeschlossen haben und das Potenzial für einen Mehrnutzen für die Versorgung zu bieten. Mit der Erstattungsfähigkeit müssen die Anwendungen in einem befristeten Zeitrahmen ihren Nutzen belegen, ansonsten wird die Erstattungsfähigkeit entzogen.
<b>Nationales Gesundheitsportal</b> „Mit einem Nationalen Gesundheitsportal wollen wir, dass sich die Patientinnen und Patienten verlässlich schnell und umfassend im Internet über medizinische Fragestellungen und Strukturen unseres Gesundheitswesens informieren können.“	Patienten werden zunehmend ihre Versorgungswege selbst steuern, sodass die Entwicklung eines nationalen Gesundheitsportals zum Patienten-Empowerment und zur Förderung der Gesundheitskompetenz sehr sinnvoll ist. Die zentrale Herausforderung sind Aufbau und Pflege sowie die Aktualität eines solchen staatlichen Informationsangebotes. Gleichwohl wurde auch die breit anerkannte Zeitschrift „Stiftung Warentest“ ursprünglich als staatliche Initiative vom Gesetzgeber 1964 gegründet (Stiftung Warentest 2018). Zudem gibt es an verschiedenen Stellen bereits Online-Informationsangebote in kleinerer Form, die hier zusammengeführt werden sollten. Dabei ist besonders wichtig, dass sofort optisch erkennbar ist, dass es sich um gesicherte staatliche Informationen handelt, was aktuell bspw. auf gesundheitsinformation.de nicht deutlich wird.

Quelle: eigene Darstellung, Inhalte basieren auf eine Abfrage innerhalb der BMC Arbeitsgruppe Digital Health

## 3. Synopse Koalitionsvertrag

Der aktuelle Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD sieht einige Ansätze und Reformvorschläge im Bereich *Digital Health* vor. Die wichtigsten, vereinbarten Maßnahmen wurden in Tabelle 2 extrahiert und in Form einer Synopse bewertet.

## 4. Bewertung und Ausblick

Der Koalitionsvertrag benennt einige Fehler zur Politikgestaltung für die laufende Legislaturperiode, ohne eine größere politische Vision für das Gesundheitswesen zu vermitteln. Aus der Bestandsaufnahme der Entwicklung von *Digital Health* im deutschen Gesundheitswesen und des aktuellen Koalitionsvertrages ergeben sich drei zentrale Forderungen und Empfehlungen zur politischen Gestaltung:

### Infrastruktur und elektronische Patientenakte etablieren

Die oberste gesundheitspolitische Priorität sollte weiterhin sein, die nötige Infrastruktur umgehend zu etablieren und die elektronische Patientenakte Versorgungsrealität werden zu lassen. Das ist vor allem daher so zeitkritisch, da mit jedem Jahr weiterer Verzögerung aufgrund der bis dahin entstehenden Einzellösungen eine einheitliche Einführung erschwert wird. Alternativ kann man die Krankenkassen verpflichten, ihren Versicherten umgehend den Zugang zu einer elektronischen Patientenakte mit bestimmten Mindeststandards und Interoperabilität anzubieten.

### Flexibilisierung der Finanzierung mit Nutzenbewertung für Digital Health-Anwendungen

Das Angebot an *Digital Health*-Anwendungen wird in den nächsten Jahren für den ersten Gesundheitsmarkt weiter ansteigen, von denen sicher einige aus Patientennutzen und aus ökonomischen Gründen des Solidarsystems sinnvoll sein werden. Für die Adoption und Diffusion dieser Anwendungen sollten Finanzierungstöpfe durchlässiger gestaltet werden. Zuallererst muss dafür akzeptiert werden, dass die Koordination von Patientenpfaden und die Vernetzung und Kommunikation zwischen Gesundheitsberufen eine ernstzunehmende Leistung ist, die nicht in der Regelversorgung abgedeckt ist. Trotz der schnellen Zugangswege dürfen Herstel-

ler nicht von ihrer Verantwortung entbunden werden, den Nutzen nachzuweisen. So haben viele *Digital Health*-Anwendungen immense Gefahrenpotenziale (Albrecht et al 2018).

Eine bestehende Möglichkeit der Erstattung von *Digital Health*-Anwendungen ist der Innovationsfonds, der mit dem Koalitionsvertrag auch verlängert werden soll. Die überwiegende Mehrheit der geförderten Innovationsfondsprojekte verfügt über Komponenten von *Digital Health*. Damit besteht auch die Möglichkeit bzw. der Wille einer Überleitung in die Regelversorgung nach der Projektzeit. Allerdings steht *Digital Health* bisher dabei nie im Fokus. Aufgrund der beschriebenen Eigenschaft von hohen Einführungskosten und niedrigen Grenzkosten können *Digital Health*-Anwendungen bei den kleinen Mengen in Einzelverträgen in der Regel nicht überleben. Der Selektivvertrag ist damit der natürliche Tod von *Digital Health*, wenn selbst bei dem Erfolg eines Vertragsabschlusses das Volumen der eingeschriebenen Patienten nicht ausreicht. *Digital Health*-Anwendungen können somit nur funktionieren, wenn sie skalierbar sind und große Märkte bedienen können. Das setzt eine schnelle Mittelvergabe voraus und eine Flexibilisierung der extrem starren Verteilung von Geldtöpfen, die zudem niemandem gehören dürfen.

### Politische Vision entwickeln

Das Gesundheitswesen baut auf menschlichen Interaktionen, Pflege und der Nutzung von externen Mitteln (Arzneimittel, operative Eingriffe, Heilmittel etc.), damit eine Person eine bessere Gesundheit erhält. Sehr wenig ist davon komplett digital zu ersetzen, sondern vielmehr zu ergänzen. Trotzdem wird die Digitalisierung auch das Gesundheitswesen früher oder später von Grund auf umstrukturieren: Es ist absehbar, dass sich das Verhältnis der beteiligten Akteure untereinander ändern wird. Bei der Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds werden andere Probleme auftreten, gegebenenfalls braucht es unter anderem neue Zugangsbarrieren bei einer externen Erstattung von digitalen Anwendungen. Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich viele Faktoren im Gesundheitswesen mittel- und langfristig verändern werden.

Dabei ist die Geschwindigkeit der Marktentwicklung im digitalen Bereich ungleich schneller als die der Legislati-

ve, sodass sich die Frage stellt werden muss, ob eine zeitige Regulierung dieses Bereiches überhaupt realisierbar ist. Die zentrale Gefahr ist, dass zum Zeitpunkt der Umsetzung von Regularien das Etablierte längst nicht mehr *State of the Art* ist. Daher ist zu empfehlen, die aktuell sehr vollen Finanztöpfe zu nutzen, um anstelle eines graduellen Transformationsprozesses einen kurzen, radikalen Wandel – im Wirtschaftsbereich auch „*Cold Turkey*-Strategie“ genannt – durchzuführen. ■

## Literatur

**Albrecht UV, Kuhn B, Land J, Ameling V, von Jan U (2018):** Nutzenbewertung von digitalen Gesundheitsprodukten (*Digital Health*) im gesellschaftlichen Erstattungskontext. Bundesgesundheitsblatt.

**Deutscher Bundestag (2005):** Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen. Entwurf eines Gesetzes zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen, Drucksache 15/4924. Online abrufbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/049/1504924.pdf>.

**Elmer A (2016):** *eHealth in Deutschland – Probleme, Projekte, Perspektiven*. GGW (3) 7-13.

**Knieps F, Reiners H (2015):** *Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen*. Huber, Berlin.

**KomPart-Verlag (2017):** *Die Reformfibel 2.0. Handbuch der Gesundheitsreformen bis Ende 2017*. KomPart, Berlin.

**Gigerenzer G, Schlegel-Matthies K, Wagner G (2016):** *Digitale Welt und Gesundheit. eHealth und mHealth – Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitsbereich*. Sachverständigenrat für Verbraucherfragen, Berlin.

**Grätzel von Grätz (2017):** *Neuer Digital-Champion im Krankenhaussektor*. Online abrufbar unter: <http://e-health-com.de/details-news/neuer-digital-champion-im-krankenhaussektor/37e05326654e61cdedb2bd5860f6ded5/>.

**Monopolkommission (2017):** *Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem*. Sondergutachten 75. [http://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75\\_volltext.pdf](http://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/s75_volltext.pdf).

**Pharmazeutische Zeitung (2009):** *Vorerst ohne E-Rezept*. Online abrufbar unter: <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=31882>.

**Stiftung Warentest (2018):** *Überblick: Die Stiftung Warentest stellt sich vor*. Online abrufbar unter: <https://www.test.de/unternehmen/ueberblick-5017075-0>.

**Tagesspiegel (2009):** *Gesundheitskarte soll doch kommen*. Online abrufbar unter: <https://www.tagesspiegel.de/politik/philipp-roesler-gesundheitskarte-soll-doch-kommen/1627244.html>.

**Weltgesundheitsorganisation (2011):** *mHealth. New Horizons for Health through Mobile Technologies. Second Global Survey on eHealth*. Global Observatory for eHealth Series, 3.