

9.1 Mit Corona beginnt ein neues Zeitalter

Das neue Jahrzehnt begann völlig anders als erwartet. Am 31. Januar 2020 rief die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den internationalen Gesundheitsnotstand aus. Zu diesem Zeitpunkt konnten sich wohl nur die wenigsten vorstellen, wie sehr das SARS-CoV-2 genannte Virus unser aller Leben auf den Kopf stellen würde. Wenige Wochen später breitete sich das Virus über den ganzen Globus aus und die WHO erklärte CO-VID-19 zur weltweiten Pandemie (WHO 2020). Als auch in Deutschland die Zahlen stiegen und das Infektionsgeschehen immer weniger nachvollziehbar und kontrollierbar geworden war, folgte eine Reihe von Maßnahmen, um im öffentlichen und privaten Leben Kontakte zu beschränken, unser Land befand sich im "Lockdown".

Schnell zeigte uns die Pandemie bestehende Schwächen des Gesundheitssystems wie unter einem Brennglas auf: Im internationalen Vergleich wirkte das deutsche Gesundheitssystem mit seinem Mix aus bundes-, landes- und kommunalen Elementen, der Selbstverwaltung und harter Sektorengrenzen wenig strukturiert und bisweilen chaotisch. Bundesweit wirkungsvolle Maßnahmen gegen die Pandemie auszurollen, wurde zu einem holprigen Unterfangen: Es mangelte an Schutzausrüstungen vor Ort, und vor allem auch an Kommunikation: Statt einem unserer Zeit angemessen schnellen Datenaustausch, bremsten veraltete Technik und lange Meldeketten die Reaktionsfähigkeit des Systems. Die zu Beginn der Pandemie noch deutlich geringeren Testkapazitäten taten ihr Übriges: Während das Virus sich exponentiell verbreitete, erreichten immer wieder neuralgische Punkte ihre Belastungsgrenze.

Das sind schlechte Voraussetzungen, um eine Pandemie unter Kontrolle zu bringen, deren Verbreitung nicht an Grenzen von Zuständigkeitsbereichen endet. So wurde es

bereits zur Herausforderung, einen bundesweiten Überblick zum Infektionsgeschehen zu erheben und Deutschland lief dem Infektionsgeschehen schnell hinterher.

Während der COVID-19-Pandemie wurde deutlich, dass ein schneller und einfacher Austausch von Daten zur frühzeitigen Erkennung und Eindämmung des Infektionsgeschehens beitragen kann.

Genau an diesem Punkt hat uns die COVID-19-Pandemie jedoch auch gezeigt, dass das deutsche Gesundheitssystem anpassungsfähig ist: Es gelang relativ kurzfristig, Maßnahmen zu entwickeln, die den oben genannten Nachteilen entgegenwirken und es zum Beispiel ermöglichten, das Infektionsgeschehen besser zu überblicken. Die Corona-Warn-App des RKI verfolgt den Ansatz, bundesweit ein Instrument zur individuellen Risikoeinschätzung bereit zu stellen. Die App stand innerhalb relativ kurzer Zeit zur Verfügung und erfüllte die sehr hohen Anforderungen im Hinblick auf den Datenschutz. Diese Anforderungen sind allerdings so hoch, dass ihr möglicher Nutzen deutlich eingeschränkt wurde – manche gehen so weit zu sagen, dass sie annährend nutzlos wurde. Ein Dilemma, in dem sich Anwendungen für das Gesundheitssystem immer wieder befinden.

Nachdem an der Charité in Berlin der erste Test zum Nachweis auf das Corona-Virus entwickelt wurde (Charité 2020), konnten die Testkapazitäten schnell erhöht und bereits nach etwa sieben Monaten eine Million Tests pro Woche durchgeführt werden (Staat 2020, S. 16).

Ein weiteres Positivbeispiel ist das Intensivbettenregister der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und dem Robert Koch- Institut (RKI). Es wurde bereits zu Beginn des Lockdowns aufgesetzt, um einen tagesaktuellen Stand der Intensivbettkapazitäten in Deutschland zu bekommen und gegebenenfalls Patienten schnell verlegen zu können. Seit April 2020 sind die Krankenhäuser zu regelmäßigen Meldungen verpflichtet (DIVI 2020). Damit ist das Melderegister mit seinen "harten" Daten (ohne Dunkelziffer) auch zu einem wichtigen Werkzeug geworden, um über die heterogene Krankenhauslandschaft hinweg verlässliche Einschätzungen über den Verlauf der Pandemie zu treffen.

Durch den so abrupt veränderten Alltag entwickelten sich auch jenseits des unmittelbaren Infektionsgeschehens Impulse zur Transformation. Mit Blick auf das Gesundheitssystem werden wir COVID-19 rückblickend als Katalysator für die Digitalisierung sehen. Vieles, was vor der Pandemie nicht über den Versuchs- oder Teststatus hinauskam, wurde in der Pandemie einerseits möglich gemacht und andererseits auch dankend angenommen.

Das zeigt sich etwa im Bereich der Telemedizin. Obwohl sie technisch bereits seit einiger Zeit sicher durchführbar ist und in vielerlei Hinsicht großes Potenzial hat, kam sie in Deutschland vor der Pandemie nie im Alltag der Versorgung an. In einer Situation, in der einerseits viele Patienten aus Sorge vor Ansteckung die Praxen mieden und der ambulante Bereich gleichzeitig Kapazitäten zur Versorgung der tatsächlich Infizierten bereitstellen musste, änderte sich das schlagartig. Es brauchte erst die Pandemie, um der Entwicklung den entscheidenden Stoß zu geben. Dabei war es auch vor der Pandemie keine gute Idee, sich mit Erkältungssymptomen nur zur Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in die Praxis zu schleppen.



Ist die Pandemie einmal überstanden, muss durch eine kluge Strategie sichergestellt werden, dass diese und weitere digitale Chancen für die Versorgung – wo immer sinnvoll – auch weiter genutzt werden. Damit die Digitalisierung aber wirklich vorgetrieben werden kann, muss zudem:

- die elektronische Patientenakte (ePA) weiter ausgebaut werden,
- Datenschutz als Chance begriffen werden, nicht als ständiges Hindernis,
- ein kluger Weg gefunden werden, wie eine Zusammenarbeit mit der Tech-Industrie aussehen kann sowie
- Daten interoperabel gespeichert und Schnittstellen geschaffen werden.

Entgegen der Meinung, dass die Digitalisierung vor allem ein Werkzeug der Kostendämpfung und Effizienzsteigerung ist, ist sie in Deutschland zunächst ein klares Investitionsthema. Zeitnah müssen Patienten/Versicherte und Leistungserbringer den Mehrwert der Digitalisierung erleben. Erst bei einer dadurch gestiegenen Akzeptanz und Verbreitung kann das Eleminieren von Ineffizienzen im Gesundheitssystem durch die Digitalisierung auch eine Kostenersparnis bringen.

Parallel zu diesem Investitionserfordernis sind aber nicht nur die öffentlichen Haushalte durch die COVID-19-Pandemie stark belastet, sondern auch die Gesetzlichen Krankenkassen stehen vor großen finanziellen Herausforderungen, die durch die Pandemie verschärft wurden. Spätestens ab 2021 beginnt sich zu rächen, dass in den hinter uns liegenden Zeiten voller Kassen kaum strukturelle Probleme angegangen wurden, um zumindest mittelfristig die stetige Ausgabensteigerung zu bremsen. Stattdessen wurden in den letzten Legislaturperioden teure Gesetze verabschiedet, deren ausgabensteigernde Wirkung jetzt durch den wirtschaftlichen Abschwung Mindereinnahmen des Gesundheitsfonds gegenüberstehen.

Wir müssen die Kraft aufbringen, die Gesetzlichen Krankenkassen finanziell stabil zu halten und die notwendigen Investitionen in die Digitalisierung anzugehen.

Hier wächst schon heute der Druck auf die gesundheitspolitisch Verantwortlichen der kommenden Legislaturperiode: Die Aufgabe ist keineswegs banal. Es gilt, einerseits eine nachhaltige Lösung für die Finanzentwicklung zu schaffen – und gleichzeitig sicherzustellen, dass notwendige Investitionen, wie eben in die Digitalisierung, das Gesundheitssystem zeitgemäß und leistungsfähig halten.

9.2 Patientenbestimmte Dateninfrastruktur: Die ePA als Basis der digitalen Transformation

Den Kurs in Richtung Digitalisierung hat die aktuelle Bundesregierung nicht nur bereits eingeläutet, sondern auch auf Tempo gebracht. Dafür sorgten gleich mehrere "Digitalgesetze". Ein wesentliches Element dabei ist die Basis für eine funktionierende Dateninfrastruktur: Seit dem 1. Januar 2021 hat jeder gesetzlich Versicherte in Deutschland einen Anspruch auf eine elektronische Patientenakte (ePA). Sie soll nach

dem Willen der Politik "zentrales Element für die Erfassung und Aufbewahrung von Gesundheitsdaten in Deutschland [...] werden" (Bundesregierung 2020).

Was mit der elektronischen Gesundheitskarte nicht durchsetzbar war, kann nun mit der ePA erreicht werden. Die Gesetzlichen Krankenkassen stellen ihren Versicherten mit der ePA einen sicheren Datenspeicher zur Verfügung, in dem alle wichtigen medizinischen Informationen in einer lebenslang geführten Akte verwaltet werden können. Das Besondere dabei ist, dass der Versicherte selbst entscheidet, welche Daten er dort ablegt und mit wem er sie teilt.

Zu ihrem Start wird die ePA zunächst mit den Basisfunktionen ausgestattet und im laufenden Jahr erweitert, sodass zum Beispiel Arztbefunde, der Medikationsplan oder Blutwerte gespeichert werden können. Ab 2022 kommt der digitale Impfausweis, der Mutterpass, das Untersuchungsheft für Kinder und Zahnbonusheft hinzu (BMG 2021). Auch wenn die Basisfunktionen nicht nach einer großen digitalen Revolution aussehen, so wird sie es durch die Möglichkeiten, die wir in Zukunft mit der Akte haben werden, wenn wir sie konsequent weiterentwickeln. Der nächste große Schritt wird die flächendeckende Vernetzung mit den ambulanten Arzt- und Zahnarztpraxen, Apotheken und Krankenhäusern. Das erhöht nicht nur die Transparenz für die Versicherten, sondern kann auch die Kommunikation zwischen den Sektoren deutlich vereinfachen und verbessern. Außerdem werden die Versicherten durch die Implementierung des elektronischen Rezepts und der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eine spürbare Erleichterung im Alltag haben.

Die ePA wird der zentrale Baustein der Digitalisierung werden.

Die ePA sollte zudem sehr viel mehr werden als eine sichere Akte, in der Daten gespeichert und durch ein Berechtigungsmanagement abgerufen und geteilt werden können. Sie kann uns in Zukunft auch die Dateninfrastruktur liefern, auf der neben der Vernetzung von Leistungserbringern und Krankenkassen weitere Angebote aufbauen. Zum Beispiel, indem Schnittstellen für weitere Sensorik etabliert werden. Das würde es Versicherten ermöglichen, ergänzende relevante Daten, wie zum Beispiel Gewicht, Blutdruck, Herzfrequenz oder Bewegungsdaten über entsprechende Geräte in die Akte zu laden. Auf diese ergänzenden Informationen können die vom Versicherten berechtigten Leistungserbringer dann im Rahmen von Diagnostik und Therapie aus der Ferne oder beim Praxisbesuch zugreifen.

Außerdem muss die Akte mittelfristig dahingehend weiterentwickelt werden, dass sie vorwiegend qualifizierte Daten speichert, diese also nicht nur im PDF-Format vorliegen, sondern als direkte Datenpunkte ausgelesen und verarbeitet werden können. Damit könnten zum Beispiel Laborwerte verschiedener Krankenhausaufenthalte direkt in Bezug zueinander gestellt und den Ärzten übersichtlich dargestellt werden und weitergehende Anwendungen, auch auf Basis von Künstlicher Intelligenz, würden entscheidend vereinfacht werden.

Damit die ePA für Versicherte wie Leistungserbringer zur Schnittstelle einer digitalen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen (s. Abb. 1) werden kann, muss Folgendes bei der Weiterentwicklung berücksichtigt werden:

356





Abb. 1 ePA wird zur digitalen Gesundheitsplattform des Versicherten

- Sicherheit und Definitionshoheit: Die ePA muss weiterhin die Standards und Schnittstellen definieren, sie muss dabei zwischen den Anbietern und hin zu dem System der Leistungserbringer vollständig interoperabel sein und auf festen Datenschutzgrundlagen basieren.
- 2. Knotenpunkt statt Parallelstrukturen: Die ePA darf nicht durch weitere Gesundheitsanwendungen, wie zum Beispiel einer eigenständigen App zum elektronischen Rezept, flankiert werden. Wir brauchen eine bequeme Möglichkeit für die Patienten, mit Gesundheitsdaten an einer Stelle zu interagieren, und keine künstliche Zersplitterung in eine App je Bereich.
- 3. Entkoppelung vom Endgerät: Heute ist der Zugang zur ePA an ein festes Endgerät gebunden. Das entspricht auch noch weitestgehend den Gewohnheiten, da die meisten ihr Smartphone täglich verwenden. Mit zunehmender Nutzung von Sprachassistenten über mehrere Geräte hinweg etwa Smart-Watch, Smartphone, Smart-Speaker etc. verändern sich perspektivisch auch die Anforderungen an die ePA.

Wettbewerb sollte über die Kernfunktionen der ePA nicht erfolgen, weil dies der Standardisierung gegenüber den Leistungserbringern widersprechen würde. Allerdings sollte ein Wettbewerb über Optik und Bedienbarkeit sowie über Zusatzangebote erfolgen. Solche Angebote könnten etwa das Tracking von Sport- und Fitnessdaten oder digitale Versorgungsangebote der Krankenkassen sein.

Es ist essenziell, dass die ePA Standards setzt, Bedingungen definiert und gleichzeitig für Anbieter weiterer digitaler Dienste und Versorgungsangebote kein Weg an ihr vorbeiführt. Nur so lassen sich angesichts der in den Bereich Gesundheit drängenden internationalen Player langfristig unsere Definition von Datenschutz sowie auch die Prinzipien eines solidarischen Gesundheitssystems aufrechterhalten.

9.3 Datenschutz als Chance begreifen

In Deutschland gibt es keine Digitalisierungsdebatte ohne Datenschutzdebatte. Das ist auch grundsätzlich gut so: Gerade Gesundheitsdaten sind äußerst persönliche und sensible Informationen und müssen besonders geschützt werden. Problematisch wird es jedoch, wenn der Datenschutz zum Selbstzweck wird oder ihn Interessenvertreter als Scheinargument vor sich her tragen, wenn sie eigentlich ganz andere Ziele verfolgen.

Wir sollten Innovationen so sicher wie möglich gestalten und ihre Vorteile nutzen (dürfen), statt Datenschutzrichtlinen so eng auszulegen, dass der eigentliche Nutzen der Digitalisierung verpufft.

Ein Beispiel hierfür ist die Corona-Warn-App des Robert-Koch-Instituts. Sie wurde in kurzer Zeit millionenfach heruntergeladen und installiert (Bundesregierung 2020), und legt höchste Ansprüche an den Datenschutz und Sicherheit. Der Fokus auf den Datenschutz war bei der Entwicklung so ausgeprägt, dass wir heute einen wesentlichen Nutzen aus der App nicht ziehen können. Die App warnt uns nur vor einer gefährlichen Begegnung, wenn der Erkrankte seine Infektion über die App meldet. Außerdem erfahren wir nicht wann und wo diese Begegnung stattgefunden hat. Das wäre für jeden Einzelnen, aber auch für die Epidemiologien eine wichtige Information. Viele Menschen wären bereit gewesen, diese Daten anonymisiert zu teilen und wir wüssten heute deutlich mehr über die Verbreitung des Virus. Obwohl sie von so vielen Menschen installiert wurde, spielt die App bei der Eindämmung der Pandemie daher nicht die tragende Rolle, die ihr eigentlich zugedacht war.

Ein guter und hoher Datenschutzstandard widerspricht dem Fortschritt und der Digitalisierung nicht. Im Gegenteil haben wir eine historische Chance, wenn wir es schaffen, einen europäischen Datenraum unter dem Schirm der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zu entwickeln. Unter diesen Voraussetzungen kann es uns gelingen, in Abgrenzung zu den USA und China, die europäischen Werte und Vorstellungen für den Umgang mit Daten durchzusetzen, einen Wettbewerbsvorteil zu erlangen und mit den großen Tech-Unternehmen zu unseren Bedingungen zu kooperieren.

Schauen wir nach China und in die USA, finden wir völlig andere Datenschutzmodelle. In den USA beruht das Geschäftsmodell der großen amerikanischen Tech-Unternehmen zu großen Teilen darin, die Daten der Nutzer zu sammeln, auszuwerten und mit diesen Erkenntnissen Gewinne zu erwirtschaften. In China wird der Datenschutz hingegen als wichtig betrachtet, jedoch mit der Einschränkung, dass der Staat prinzipiell an alle Daten herankommen kann (Luks 2020, S. 66f.).



9.4 Die Zusammenarbeit mit der Industrie

Die großen Tech-Unternehmen haben längst erkannt, dass der Gesundheitsmarkt ein Zukunftsmarkt ist und investieren Milliardensummen (Schulz 2018, S. 22ff. und Choueiri 2019, S. 4). Diese Unternehmen zeigen uns heute in vielen Branchen und Märkten, was technisch bereits machbar ist. Sie profitieren davon, dass ihre Marken global bekannt sind und sie in den meisten Haushalten Europas, Nordamerikas und Asiens mit Soft- bzw. Hardware präsent sind. Mit ihren Produkten verändern sie nicht nur ganze Wirtschaftszweige, sie verändern auch die Art wie wir leben. Es reichen schon ein paar Investitionen und Zukäufe der Tech-Unternehmen im Gesundheitsbereich, um einen enormen Druck auf die Branche auszuüben.

Für viele ist dieses sich anbahnende Engagement ein Schreckgespenst. Es kann aber auch als große Chance gesehen werden. Es bietet uns die Gelegenheit, auch im Gesundheitsbereich die Vorteile der Digitalisierung auszuspielen und unser System nutzerfreundlicher, effizienter und kostengünstiger zu gestalten. Wir müssen uns aber die Frage stellen: Wie kann es gelingen, den Patienten sinnvolle Innovationen zugänglich zu machen ohne dafür unsere hohen Datenschutzstandards über Bord zu werfen?

Mit dem Blick auf die unterschiedlichen Einstellungen zum Datenschutz in den Ländern, aus denen diese Innovationen wahrscheinlich kommen werden, muss ein guter Weg gefunden werden, wie Player im deutschen Gesundheitswesen mit den großen Tech-Unternehmen in Zukunft zusammenarbeiten. Die Innovationskraft und Kompetenz dieser Unternehmen darf nicht ausgeklammert oder ignoriert werden. Verbleiben wir im Status quo, werden diese Unternehmen ihre Produkte dennoch auf den Gesundheitsmarkt bringen und diesen dann sicher schnell beherrschen. Denn auch das Thema Gesundheit folgt der Logik, die in anderen Bereichen zu disruptiven Entwicklungen geführt hat: Die Menschen wollen Angebote, die ihnen einen Mehrwert versprechen, die ihnen schnell, einfach und bequem nutzen.

In diesem Fall würden sich die Menschen den Zugang analog zu den vielen anderen digitalen Produkten erkaufen: mit schlechterem Datenschutz und weniger Kontrolle, also indem sie mit ihren Daten bezahlen. Damit würde diesen Unternehmen mittelfristig auch der Zugang zu bestehenden Strukturen ermöglicht. In letzter Konsequenz bedeutet das, dass sich diese Unternehmen an die Schnittstelle zwischen den Versicherten/Patienten und den Leistungserbringern sowie den Krankenkassen setzen.

Eine ähnliche Erfahrung machen derzeit Hoteliers und Taxiunternehmer weltweit. Airbnb ist größter Anbieter von Übernachtungsmöglichkeiten und besitzt nicht ein einziges Bett (Pereira 2021). Über hat selbst keine Fahrzeuge, vermittelt aber Millionen Fahrten (Mensing 2021). Beide Unternehmen haben bereits eine Größe erreicht, mit der sie erheblichen Einfluss auf den Markt und die auf ihm herrschenden Konditionen haben. Die ursprünglichen Player verlieren die Schnittstelle zum Kunden und damit auch alle Steuerungsfunktionen. Am Ende der Wertschöpfungskette er-

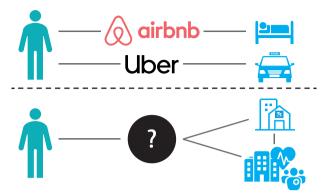


Abb. 2 Wird ein Tech-Unternehmen die Schnittstelle zum Patienten besetzen?

bringen Sie dann lediglich eine Leistung, wie Abbildung 2 zeigt. Natürlich ist es auch im Gesundheitsbereich möglich, dass sich ein Unternehmen mit einer guten digitalen Anwendung zwischen den Versicherten und den Leistungserbringer oder der Krankenkassen platziert. Dieses Unternehmen hätte dann erheblichen Einfluss auf die Behandlungs- und Versorgungspfade, die dann im Sinne von Kooperationspartnern und Werbekunden gestaltet werden können – statt im Sinne einer optimalen Versorgung. Erste Ansätze dieser Entwicklung sehen wir bereits jetzt in China (Weiss 2017, S. 98).

Wir können uns in Deutschland nicht hinter der Regulierung verstecken. Das Gesundheitswesen ist zwar ein stark regulierter Bereich, das trifft aber auch auf den Bankensektor zu, der nun durch Online-Banken und Fin-Techs zunehmend unter Druck gerät. Analog zur Pharma- und Medizintechnikindustrie muss demnach ein guter Weg für Kooperationen gefunden werden.

Besondere Aufmerksamkeit sollte auch den kleinen Unternehmen gelten. Häufig sind sie es, die gute Ideen haben und Innovationen vorantreiben. Sind diese wirtschaftlich interessant, wird das Unternehmen entweder schnell groß oder von einem anderen übernommen und das Produkt findet seinen Weg zum Kunden. Wenn eine Idee hingegen keinen wirtschaftlichen Erfolg verspricht, aber dennoch die Versorgung der Patienten verbessern kann, analog eines Medikamentes gegen eine seltene Erkrankung, ist es jedoch oft schwer, Investoren zu finden. Während in anderen Bereichen möglichen Nutzern dann oft lediglich die Chance auf schnelleren Service verloren geht, verlieren hier bestimmte Patienten im Extremfall die Chance auf Heilung.

Einen ersten Ansatz, dieses Problem zu lösen, liefert das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG). Es ermöglicht Krankenkassen erstmals, selbst Kapital in solche Unternehmen zu investieren. Allerdings sind den Investitionen in der jetzigen gesetzlichen Ausgestaltung so enge Grenzen gesteckt, dass diese neue Möglichkeit in der konkreten Versorgungsrealität wohl kaum eine Rolle spielen wird.

Ab 2023 können Versicherte ihre Daten aus der ePA freiwillig und in anonymisierter Form der Forschung zur Verfügung stellen. Wenn wir dadurch einen hinreichend großen Gesundheitsdatenschatz aufbauen können, werden sich ganz neue Möglichkeiten für die Entwicklung und Erforschung von Arzneimittel oder anderen Therapien ergeben. Schnittstellen müssen so ausgestaltet sein, dass diese Daten sicher anony-



misiert und nutzbar gemacht werden können. Zu diskutieren ist, ob auch die Solidargemeinschaft ein Recht darauf haben sollte, diese Daten anonymisiert auszuwerten, damit die Versichertengemeinschaft insgesamt von diesen Informationen profitieren kann.

Über Verlaufsformen von COVID-19 und die Ausbreitung der Pandemie wüssten wir heute sicher schon wesentlich mehr, wenn Pulsoximeter nicht nur in hochwertigen Smart-Watches verfügbar, sondern die Messung des Sauerstoffgehaltes im Blut ähnlich verbreitet wären wie Pulsmesser und auch diese Daten in einer ePA zur Verfügung stünden. Individuell könnte die Empfehlung für eine Krankenhauseinweisung ausgesprochen werden und auch für die Pandemieforschung wären diese Daten wertvoll.

9.5 Interoperabilität als Schlüssel zur Digitalisierung

Grundbedingung für eine funktionierende Digitalisierung in unserem Gesundheitssystem mit seinen Sektorengrenzen, historisch gewachsenen Prozessen und gegebenenfalls über mehrere Plattformen hinweg, ist ein technisch reibungsloser Datenaustausch: Wir müssen also der Interoperabilität besonderer Aufmerksamkeit schenken.

Denn schon heute liegen sehr viele Daten digital vor, die dazu geeignet wären, die Behandlung oder auch die Prävention zu verbessern. Nur gelingt es oftmals nicht, sie an der richtigen Stelle zusammenzuführen. Meist sind die einzelnen "Dateninseln" heute noch nicht miteinander vernetzt: Wenn man als Patient die Aufnahmen eines CT auf einer CD-Rom mitbekommt oder diese in einem Format gespeichert sind, das mit anderen Systemen nicht kompatibel ist, sinken die Chancen, dass diese Informationen bei einer späteren Therapie genutzt werden können.

Fehlende Interoperabilität ist in vielen Gesundheitssystemen ein Problem. Das betrifft auch Länder wie die USA, die in Sachen Digitalisierung in Teilbereichen weiter sind, die Daten aber, wenn überhaupt, meist nur innerhalb der Leistungsbringer einer HMO (Health Maintenance Organization) oder einer Versicherung vernetzt sind (Steinacher 2020).

Interoperabilität ist entscheidend: Nur wenn wir es schaffen, die vorliegenden Daten zusammen zu bringen, werden wir die wirklich großen Potenziale aus der Digitalisierung schöpfen können.

Fallen nun im weiteren Verlauf der Digitalisierung immer mehr Daten an, birgt das die Gefahr, dass sich die digitale Landschaft immer weiter zergliedert und der eigentliche Vorteil der Digitalisierung nicht ausgeschöpft werden kann.

Mit der ePA haben wir in Deutschland eine sehr gute Basis geschaffen, um diese Daten zu bündeln und zu vernetzen. Nun müssen wir weiter dafür sorgen, dass diese Daten auch von allen, die wir beteiligen wollen, gelesen und verarbeitet werden können.

9.6 Das Gesundheitswesen der Zukunft wird ein digitales

Mit den Gesetzen der aktuellen Legislaturperiode und dem Druck, der durch die CO-VID-19-Pandemie an vielen Stellen entstanden ist, hat die Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem Fahrt aufgenommen. Dabei ist die Digitalisierung kein Selbstzweck, sondern ein Schlüsselfaktor, um das deutsche Gesundheitssystem zukunftsfähig zu machen. Das gilt besonders mit Blick auf den internationalen Kontext mit grenzüberschreitenden Datenräumen und internationalen Playern, die Gesundheit vor allem als attraktiven Markt verstehen.

Damit die weitere digitale Transformation im Sinne der Patienten gelingt, ergeben sich für die Politik klare Handlungsfelder:

- Die elektronische Patientenakte muss zum zentralen Knotenpunkt für Gesundheitsdaten werden. Das gelingt nur, wenn diese mit hoher Sicherheit, guter Funktionalität und breiter Vernetzung Versicherte und Leistungserbringer überzeugt. Das bedeutet, dass sie noch in wesentlichen Punkten weiterentwickelt werden muss.
- Es muss ein Konsens hergestellt werden, wie wir Daten so nutzen können, dass einerseits individuelle Informationen geschützt bleiben, die Solidargemeinschaft aber gleichzeitig von datenbasierten Erkenntnissen profitiert.
- Wir müssen den Tech-Unternehmen Schnittstellen anbieten, um mit ihnen gemeinsam den Fortschritt zu unseren Bedingungen zu gestalten.
- Die Digitalisierungsbestrebungen dürfen nicht durch unterschiedliche Interessen zergliedert und Transparenz behindert werden – das gelingt nur mit interoperablen Schnittstellen.

Die Krankenkassen haben ebenso wie viele Leistungserbringer in den vergangenen Jahren in Sachen Digitalisierung Neues ausprobiert. Viele Ansätze sind äußerst Erfolg versprechend, wie etwa der Startschuss der ePA, aber auch viele kleine Projekte, zum Beispiel zur telemedizinischen Unterstützung der Facharztversorgung auf dem Land. Sich auf diesen ersten Erfolgen auszuruhen, darf aber keine Option sein. Es gilt, bestehende Erfahrungen zu nutzen, bestehende Konzepte weiterzuentwickeln und zukunftsfest zu machen.

Eine Transformation, die auf Vernetzung basiert, braucht Teamplayer statt Einzelkämpfer. Der internationale Druck lässt keinen Spielraum für standesbezogene Eitelkeiten. Es geht nur gemeinsam – und zwar mit den Grundprinzipien Interoperabilität und Patientenperspektive. Für beide bietet die ePA optimale Bedingungen. Gelingt das nicht, hat zwar am Ende jede Disziplin mindestens eine eigene App, die Versicherten tummeln sich vermutlich dann aber dort, wo sie alles aus einer Hand bekommen – und womöglich mit ihren Daten bezahlen.

Eine so weitreichende Transformation wird absehbar auch dazu führen, dass sich historisch gewachsene und etablierte Rollen wandeln. Arbeitsabläufe und intersektorale Prozesse verändern sich ebenso wie die Kommunikation und Erwartungshaltungen der Patienen in Hinsicht auf Transparenz, Effizienz und Servicelevel.

Auch Krankenkassen werden eine aktivere Rolle einnehmen müssen. Sie können zum aktiven Partner ihrer Versicherten werden, und diese auf Basis vorhandener Daten und individueller Bedürfnisse entlang individualisierter Versorgungspfade durch das Gesundheitssystem leiten. Erhält heute ein Versicherter zwei Medikamen-



te, die sich nicht vertragen – etwa aus unterschiedlichen Praxen –, laufen diese Informationen bei den Krankenkassen zusammen. Das hilft Betroffenen jedoch wenig, denn zum einen geschieht das noch immer erst lange nach der Einnahme, zum anderen darf die Krankenkasse Betroffene über die mögliche Gefahr nicht aktiv informieren. Lägen solche Daten in Echtzeit vor, heute technisch problemlos machbar, könnte die Krankenkasse sofort intervenieren und sogar Leben retten – müsste dies aber auch dürfen.

Ähnlich verhält es sich beim Thema Operationen. Viele Knie- und Rücken-OPs sind eigentlich vermeidbar – z.B. eine ärztliche Zweitmeinung kann hier Alternativen aufzeigen. Gleichzeitig können Muster bestimmter Daten, die bei den Kassen zusammenlaufen, wie Arbeitsunfähigkeit, bestimmte abgerechnete Leistungen und Medikamente, darauf hinweisen, wenn Rückenpatienten auf eine OP zusteuern. Doch auch hier liegen diese Daten meist erst vor, wenn es bereits zu spät für Alternativen zur OP ist.

Das Gesundheitswesen der Zukunft wird ein digitales sein.

Für den weiteren Weg dahin gilt, dass wir uns das Heft des Handelns nicht aus der Hand nehmen lassen dürfen und stattdessen die nun geschaffenen Strukturen geschickt verbinden, ausbauen und vor allem nutzen müssen.

Literatur

- Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2021) Die elektronische Patientenakte (ePA). URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/elektronische-patientenakte.html (abgerufen am 24.02.2021)
- Bundesregierung (2020) Corona-Warn-App: 20 Millionen Downloads. URL: https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/cwa-20-mio-downloads-1803204 (abgerufen am 24.02.2021)
- Charité (2020) Erster Test für das neuartige Coronavirus in China entwickelt. Gemeinsame Pressemeldung Charité und des DZIF vom 16.01.2020. URL: https://www.charite.de/service/pressemitteilung/artikel/detail/erster_test_fuer_das_neuartige_coronavirus_in_china_entwickelt/ (abgerufen am 24.02.2021)
- Choueiri P et al. (2019) Future of Health. Eine Branche digitalisiert sich radikaler als erwartet. Roland Berger München
- DIVI (2020) Nach Einführung der Meldepflicht: DIVI Intensivregister zählt 30.000 Intensivbetten in Deutschland – und berichtet jetzt sogar auf Kreisebene, Pressemeldung vom 19.4.2020. URL: https://www.divi. de/pressemeldungen-nach-themen/viewdocument/3814/200419-pressemeldungen-divi-intensivregister-jetzt-auch-auf-kreisebene (abgerufen am 24.02.2021)
- Luks K (2020) Der Wettlauf um die Digitalisierung: Potenziale und Hürden in Industrie, Gesellschaft und Verwaltung. Schäffer-Poeschel Verlag für Wirtschaft Steuern Recht Freiburg
- Mensing G (2021) Uber so much more than going from A to B. URL: https://www.businessmodelsinc.com/exponential-business-model/uber-an-exponential-business-model/ (abgerufen am 25.01.2021)
- Pereira D (2021) Airbnb Business Model. URL: https://businessmodelanalyst.com/airbnb-business-model/ (abgerufen am 24.02.2021)
- Schulz T (2018) Zukunftsmedizin. Wie das Silicon Valley Krankheiten besiegen und unser Leben verlängern will.

 Deutsche Verlagsanstalt München
- Staat D et al. (2020) Erfassung der SARS-CoV-2-Testzahlen in Deutschland. Stand 4.11.2020. In: Epidemiologisches Bulletin 45/2020. Robert Koch-Institut Berlin

Steinacher H (2020) Digital Health in den USA. URL: https://www.gtai.de/gtai-de/meta/ueber-uns/was-wirtun/schwerpunkte/digitalisierung/digital-health-in-den-usa-228438 (abgerufen am 24.02.2021)

Weiss S (2017) Die elektronische Patientenakte in China. In: Reisach U (Hrsg.) Das Gesundheitswesen in China. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin

WHO (2020) WHO erklärt COVID-19-Ausbruch zur Pandemie. URL: https://www.euro.who.int/de/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic (abgerufen am 24.02.2021)



Dr. Jens Baas

Jens Baas ist seit 2012 Vorsitzender des Vorstands der Techniker Krankenkasse (TK). Vor seiner Zeit als Vorstandsvorsitzender war er bei der Unternehmensberatung Boston Consulting Group tätig, zuletzt als Partner und Geschäftsführer. Sein Studium der Humanmedizin absolvierte Baas an der Universität Heidelberg und der University of Minnesota (USA) und arbeitete anschließend als Arzt in den chirurgischen Universitätskliniken Heidelberg und Münster.



Dennis Chytrek

Dennis Chytrek ist seit 2019 persönlicher Referent des Vorstandsvorsitzenden der Techniker Krankenkasse (TK). Zuvor war er stellvertretender Pressesprecher und Pressereferent in der Unternehmenskommunikation der TK. Er hat sein Studium der Politik und Rechtswissenschaften in Hamburg und Schweden absolviert. Bevor er zur TK ging, war er unter anderem als freier Journalist und Berater bei einer Unternehmensberatung für Gesundheitskommunikation tätig.