



# Die Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems und wertorientierte Versorgung: Chancen und Grenzen

## Die aktuelle Reform

Politische Entscheidungsträger in Deutschland setzen sich für die schnelle Digitalisierung der Gesundheitsleistungen des Landes ein. Jörg Debatin, CEO des Health Innovation Hub, einer vom Deutschen Gesundheitsministerium gegründeten neutralen Plattform zur Förderung des Stakeholder-Dialogs, meinte: „Dies ist ein iterativer Prozess, der größere und kleinere Schritte beinhaltet. In den letzten Jahren brachte das Gesundheitsministerium ungefähr 20 Gesetzesinitiativen mit digitalem Bezug ein.“

Der Prozess begann 2016 mit dem E-Health-Gesetz, in dem einige der notwendigen Grundlagen in Bezug auf die Informations- und Kommunikationstechnologie eingeführt wurden, die den Weg für spätere Änderungen bereiten könnten. Hierzu zählte unter anderem eine Telematikinfrastruktur und die ersten elektronischen Patientenakten (ePAs).

Die neuesten und wichtigsten Reformen wurden Ende 2019 unter dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) eingeführt. Die meisten Elemente dieses Gesetzes traten sofort in Kraft oder werden im späteren Verlauf des Jahres 2020 und im Januar 2021 in Kraft treten.

In Auftrag gegeben durch

**Medtronic**

Die wichtigste eingeführte Änderung ist, dass deutsche Versicherer Kosten für gesundheitsbezogene Handy-Apps erstatten müssen, wenn diese vom Arzt an den Patienten verschrieben wurden und wenn diese im von der deutschen Zulassungsbehörde (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfAM) gepflegten Verzeichnis der zugelassenen Apps aufgelistet sind.

Laut Regierung ist dies eine Weltneuheit. Dieses Verzeichnis unterscheidet sich auch von den Standardvorgaben zur Bewertung von Gesundheitstechnologie des Landes, anhand derer der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der sich aus Vertretern der medizinischen Fachgesellschaften und der Versicherungsbranche zusammensetzt, entscheidet, welche Interventionen vom öffentlichen Gesundheitssystem erstattet werden.

Weitere wichtige Maßnahmen des DVG sind:

- Bis Januar 2021 muss jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, d. h. 90 % der Bevölkerung bzw. ungefähr 72 Millionen Menschen, Zugang zu einer elektronischen Patientenakte (ePA) haben. Diese wird irgendwann die Daten aller in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen enthalten, sowie weitere Informationen, die der Patient hinzufügen möchte. Die genauen Details sind in einem weiteren Gesetz enthalten, dem Patientendaten-Schutz-Gesetz, dessen Verabschiedung die Regierung für den späteren Verlauf des Jahres 2020 geplant hat.
- Bis zum Januar 2021 müssen alle Leistungserbringer, einschließlich Ärzte und Krankenhäuser, an das Datennetzwerk des nationalen Gesundheitssystems angebunden sein.
- Ärzte dürfen künftig darüber informieren, ob sie Videosprechstunden anbieten, und können von Versicherern eine Extragelbühr für derartige Sprechstunden verlangen.
- Ebenso wird ein signifikanter Anteil der Kommunikation zwischen Gesundheitsversorger und Patient digitalisiert. Elektronische Rezepte und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für Arbeitgeber sind dann erlaubt.
- Versicherer müssen anonymisierte Daten aller ihrer Mitglieder an ein zentrales Bundesregister übermitteln. Forscher wiederum können für Studien zur Gesundheitsversorgung den Zugriff auf dieses Register beantragen.

Man muss diese substanziellen Reformen jedoch im Kontext betrachten. Erstens wird sich erst in Zukunft zeigen, inwieweit die neuen Regeln zu echten Veränderungen führen. Der Markt wird entscheiden, welche Apps zum Beispiel Erfolg haben werden, oder in welchem Ausmaß eine größere Nutzung von Videosprechstunden zu neuen Geschäftsmodellen führen wird. Die von uns für diesen Artikel befragten Experten betonten immer wieder, dass die Diskussionen über die Folgen immer noch Spekulationen enthalten.

Zweitens ist das DVG zwar ein neues Gesetz, es bleibt jedoch Teil eines noch andauernden Entwicklungsprozesses. Isabella Erb-Herrmann, Bevollmächtigte des Vorstandes der AOK Hessen, einem regionalen Versicherer, erklärt, dass das neue Gesetz zumindest für Versicherer kein Wendepunkt ist, sondern dass es eher „einige wenige [bestehende] Trends beschleunigt“.

Zudem sind die verpflichtenden technologischen Änderungen dieser Transformation noch nicht abgeschlossen, ergänzt Dr. Thomas Kriedel, Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die 175.000 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten vertritt. Seine Organisation hilft bei der Erstellung standardisierter elektronischer Rezepte und anderer medizinischer Kommunikationen, die unter dem DVG eingesetzt werden sollen. Er hebt hervor, dass selbst diese technischen Neuerungen die möglichen Vorteile der Digitalisierung sowohl verstärken als auch begrenzen können: Eine durchgehende Verschlüsselung zwischen Arzt und Apotheker würde zum Beispiel die Erhebung bestimmter Verschreibungsdaten auf Ebene des Gesundheitssystems verhindern.

Drittens beinhaltet das DVG im Gegensatz zu größeren Gesundheitssystemreformen anderer Länder keine wertorientierte Versorgung. Stattdessen stützt es sich wie bisher auf ein „Modell der Einzelleistungsvergütung (Fee-for-Service) in einem gesetzlichen Gesundheitssystem, das unter den gleichen Richtlinien wie bisher läuft.“ Die große Veränderung ist, fügt er hinzu, dass das System mit besseren, breiter eingesetzten digitalen Tools ausgestattet wird. „Dies ist in anderen Ländern bislang noch nicht geschehen.“

### Eine Umgebung, die mehr Wert auf Integration und Patientenwerte legt

Obwohl das Gesetz nicht mit der formellen Zielvorgabe entwickelt wurde, mehr wertorientierte integrierte Versorgung zu erreichen, schaffen einige Elemente der Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems die Grundlage für derartige Veränderungen, bzw. lenken es in diese Richtung.

**Das Potenzial einer nahtlosen Versorgung mithilfe von Apps:** Die Integration von mobilen Apps in das Gesundheitssystem ist die Veränderung des DVG, die am meisten Aufmerksamkeit erregt. Ihr Einfluss lässt sich aber auch am wenigsten vorhersagen.

Unter der neuen Gesetzgebung können Apps dank eines Fast-Track-Zulassungsverfahrens vorläufig zugelassen werden, wenn ein glaubhafter Plan vorgelegt wird, wie Patienten von der App profitieren können. Die Produzenten haben dann ein Jahr Zeit, die App einzusetzen und müssen Daten sammeln, die ihren Nutzen belegen. Um die Gefahren für Patienten bei der Anwendung möglicherweise unerprobter Tools zu minimieren, dürfen nur Apps mit geringem Risiko in das Verzeichnis der genehmigten Apps aufgenommen werden, z. B. Apps, die Informationen sammeln, um dem Patienten bei nicht kritischen Gesundheitsentscheidungen zu helfen.

Das führt wahrscheinlich dazu, dass anfangs sehr viele Apps herausgebracht werden. Prof. Debatin führt an, dass er in den letzten sechs Monaten ein großes Interesse von Entwicklern beobachtet hat. Er führt weiter aus: „Dies wird zumindest signifikant zur Innovationsförderung beitragen und kreative Menschen zusammenbringen, die schon darauf warten, Applikationen im System testen zu können. Es gibt da draußen viele gute Ideen.“

Die langfristigen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem sind schwerer vorherzusagen. Erb-Herrmann erwartet, dass viele der neuen Produkte „Einzellösungen sein werden, die nichts mit integrierter Versorgung zu tun haben. Es besteht die Gefahr, dass Apps, die nichts zur Lösung der übergeordneten Probleme beitragen, großflächig eingesetzt werden.“

Kriedel hingegen erwartet, dass es infolge des neuen Zulassungsmodells Startschwierigkeiten geben wird. Die Regierung, führt er weiter aus, scheint für die Testung einen agilen Trial-and-Error-Ansatz zu fördern, der für Ärzte eine substanzielle kulturelle Änderung bedeutet. Ärzte „haben damit keine Erfahrung“, fügt er hinzu, und werden in der Praxis vielleicht zögern, etwas zu verschreiben, für das noch keine soliden Beweise in Bezug auf die erwarteten Vorteile vorliegen.

Einige dieser neuen Apps werden sich zudem möglicherweise langfristig nicht bewähren. Prof. Debatin schätzt, dass nach der ersten Innovationswelle wahrscheinlich 10 bis 20 häufig eingesetzte Apps bleiben werden. Er fügt hinzu, dass sich darunter wahrscheinlich Tracking-Apps für chronische Erkrankungen und Betreuungs-Apps für die psychiatrische und postoperative Versorgung befinden. Diese Apps haben Potenzial, glaubt er, eine Brücke zwischen verschiedenen Sektoren

**„Dies wird zumindest signifikant zur Innovationsförderung beitragen und kreative Menschen zusammenbringen, die schon darauf warten, ihre Applikationen im System testen zu können. Es gibt da draußen viele gute Ideen.“**

*Jörg Debatin,  
CEO, Health Innovation Hub*

des Gesundheitssystems zu schlagen, weil sie einzelne Patienten behandeln, zum Beispiel durch Erleichterung des Übergangs auf die Versorgung durch einen Allgemeinarzt nach einer Operation. Insgesamt, so glaubt er, „werden sich derartige digitale Tools schnell zu einem integralen Bestandteil der deutschen Medizin entwickeln, ohne großartige Veränderungen“ auf Ebene des Gesundheitssystems.

**Verbesserung der Patientenoptionen bei der Versorgung:** Wertorientierte Versorgung bedeutet das Respektieren von Patientenwünschen, nicht nur in Bezug auf Behandlungsoptionen, sondern auch darauf, wie der Patient mit dem Gesundheitssystem interagieren möchte. Das Ziel des DVG, durch mehr Informationen und Finanzierung von Video- und telemedizinischen Sprechstunden die Auswahlmöglichkeiten von Patienten zu verbessern, sollte daher ein Schritt zu mehr Patientenzentrierung sein.

Die anfängliche Erwartung war jedoch, dass diese gesetzliche Bestimmung nur eine begrenzte Wirkung haben werde. Videosprechstunden sind zwar schon seit 2017 erlaubt, erklärt Prof. Debatin, bis vor Kurzem „war es jedoch sehr schwer für uns, Ärzte zu überzeugen, sich dem System anzuschließen.“ Zusätzlich gab es Vorschriften, die den Anteil derartiger Sprechstunden auf 20 % aller abrechenbaren Patienteninteraktionen für Ärzte beschränkten – einen Anteil, der, so glaubten viele, so schnell nicht überschritten werden würde.

Mit Beginn der COVID-19-Pandemie „explodierte die Inanspruchnahme“ aber quasi über Nacht, so Prof. Debatin. Die Beschränkungen in Bezug auf den Anteil von Videosprechstunden an den Gesamtterminen von Patienten wurden schnell aufgegeben. Die rasche Umstellung auf diesen Kommunikationskanal, der sich durch das DVG bot, „war eine große Chance, für die wir dankbar sind“.

Erb-Herrmann ist sich jedoch nicht sicher, inwieweit der durch die Pandemie verursachte Einsatz von Videokanälen anhalten wird. Sie glaubt, dass die Erfahrung „wahrscheinlich die Arbeitsweise von Ärzten verändern wird“, wenn diese sich besser an die neue Technik gewöhnt haben. Sie fügt jedoch hinzu, dass Ärzte als Gruppe tendenziell zurückhaltend gegenüber Innovationen sind, sodass einige Praxen ihre videobasierten Angebote vielleicht wieder reduzieren werden.

Prof. Debatin hat mehr Hoffnung und entgegnet, dass es kein Zurück mehr gibt. Sobald Ärzte und Patienten „den Nutzen, den Komfort und die Einfachheit [dieser Interaktionsmethode] erkannt haben“, wird sie nicht mehr verschwinden. Kriedel fügt hinzu, dass sich viele neue Techniken erst spät durchsetzen, da die Beteiligten den potenziellen Wert für die Lösung bestehender Probleme nicht erkennen. „Die Corona-Krise hat auf erstaunliche Weise zu einer größeren Akzeptanz der Digitalisierung geführt, da sie – bis zu einem gewissen Grad – als nützlich für den Behandlungsprozess gesehen wurde.“

In diesem Fall erforderte das DVG keine Umstellung auf eine patientenzentriertere Auswahl von Leistungsangeboten. Als die Umstände jedoch eine Umstellung erforderlich machten, bot das Gesetz den Rahmen dafür, dass dies auch geschah.

**Integration rund um den Patienten:** Das DVG selbst und die damit zusammenhängenden Reformen ändern formal keine Prozesse des Gesundheitswesens. Die Existenz von ePAs erlaubt jedoch ausdrücklich eine bessere Integration der Versorgung durch verschiedene Leistungserbringer.

**„Die Corona-Krise hat auf erstaunliche Weise zu einer größeren Akzeptanz der Digitalisierung geführt, weil sie – bis zu einem gewissen Grad – als nützlich für den Behandlungsprozess angesehen wurde.“**

*Dr. Thomas Kriedel, Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*

Prof. Debatin fügt an, dass die aktuellen Pläne vorsehen, dass in der ePA anfangs eine Liste von Diagnosen, Medikation und Allergien zusammenführt und später ausführlichere Daten hinzugefügt werden sollen. Alle ePAs werden ein einheitliches Format haben und in der Cloud gespeichert. Der Patient behält die Kontrolle über die Informationen.

Prof. Debatin fügt hinzu, dass „ein sehr wichtiger Teil der digitalen Strategie“ darin besteht, dass Patienten die Möglichkeit haben, Ärzten zu erlauben, ihre ePAs zu öffnen und hilfreiche Daten herunterzuladen. Die Verfügbarkeit dieser sehr grundlegenden Informationen wird die ersten Interaktionen deutlich erleichtern. Prof. Debatin führt als Beispiel einen Allgemeinarzt an, der einen Patienten an einen Kardiologen überweist. Selbst einfache Daten zu Diagnose, Medikation und Allergien, die in der derzeitigen Form der ePA enthalten sind, würden ungefähr 70 % der Informationen abdecken, die ein Facharzt normalerweise vorab benötigt, bevor er sich dem akuten Problem widmet. Dies alleine wäre eine „große Verbesserung“ der Effizienz für sowohl den Patienten als auch den Arzt. In Zukunft wäre es für den Arzt ganz einfach, die Empfehlungen anderer Ärzte zu überprüfen, zum Beispiel aus dem Entlassungsbrief eines Krankenhauses, um diese dann umzusetzen.

Für Erb-Herrmann, ist die ePA ein wichtiger erster Schritt zu einer umfangreicheren wertorientierten Versorgung. „Nur in einer Welt mit integrierten Daten, in der Stakeholder Informationen sehen und austauschen können, können wir das meiste aus unserem System herausholen“, fügt sie an. Die AOK Hessen hat dementsprechend bereits einen eigenen Service für Mitglieder eingeführt, das Digitale Gesundheitsnetzwerk, das Mitgliedern ermöglicht, ihre Gesundheitsdaten für unterschiedliche Stakeholder ihrer Gesundheitsversorgung freizugeben, wenn sie dies möchten. Das System befindet sich derzeit noch im Aufbau und die wichtigsten Stakeholder werden derzeit angebunden. Der Versicherer hofft, dass das Netzwerk nach der Umsetzung die Entwicklung von integrierteren Gesundheitsleistungen und Versorgungsprogrammen ermöglicht. „Das ist aber noch Zukunftsmusik“, ergänzt Erb-Herrmann.

Kriedel hingegen warnt davor, dass eine Fokussierung der Gesetzgebung auf die Patientenzentrierung – die Kontrolle der Patienten über ihre eigenen individuellen Daten – die Integration auch behindern könnte, weil die Patienten kontrollieren können, welche Informationen aus der ePA für Ärzte sichtbar sind. Ärzte machen sich Sorgen, dass bestimmte Patienten möglicherweise wichtige Details, die sie für beschämend halten oder wegen derer sie stigmatisiert werden könnten, zurückhalten möchten. Um eine effektive Versorgung zu bieten, „muss sich der Arzt sicher sein, dass die Informationen vollständig sind.“ Vielleicht sind diese Befürchtungen übertrieben – wir wissen allerdings noch nicht, was letztendlich passieren wird.“

Kurz gesagt bietet das DVG dem deutschen Gesundheitssystem ein notwendiges Element der Integration, das bislang gefehlt hat. Die Zeit wird zeigen, ob diese Grundbedingungen für eine derartige Veränderung ausreichen.

**Wertvolle Outcome-Daten:** Die Möglichkeit, Daten zu durchsuchen, um, vereinfacht ausgedrückt, zu sehen was funktioniert und was nicht funktioniert, ist für die wertorientierte Versorgung essenziell. Zusätzlich fördert die Existenz solcher Ergebnisdaten tendenziell den Einsatz besserer, hochwertiger Interventionen. Einmal mehr ist das unmittelbare Versprechen des DVG begrenzt, die langfristigen Möglichkeiten sind jedoch sehr spannend.

**„Nur in einer Welt mit integrierten Daten, in der Stakeholder Informationen sehen und austauschen, können wir das meiste aus unserem System herausholen.“**

*Isabella Erb-Herrmann,  
Bevollmächtigte des  
Vorstandes, AOK Hessen*

Wie bereits vorab angemerkt, fordert das Gesetz von den gesetzlichen Versicherern, anonymisierte Daten zu ihren Mitgliedern an ein zentrales Register zu senden. Akademische Forscher oder Forscher, die in Organen des deutschen Gesundheitssystems arbeiten, können Zugriff auf diese Daten verlangen. Erb-Herrmann hebt hervor, dass der Nutzen dieser Informationen jedoch auf keinen Fall überschätzt werden sollte. „Als Versicherer verfügen wir über viele Daten, die wir für die Durchführung von Zahlungen benötigen,“ erklärt sie, „das ist aber nicht die ganze Geschichte.“

Erb-Herrmann führt als hypothetisches Beispiel einen Patienten mit Herzerkrankung an. Der Versicherer würde erfahren, wann der Patient beim Kardiologen war, ob Rezepte ausgestellt und ob diese in der Apotheke eingelöst wurden. Der Versicherer erhält jedoch keine Informationen darüber, ob der Patient das Medikament eingenommen hat und welche Wirkung es hatte oder nicht. Diese Daten sind nicht ausreichend für Outcome-Studien oder die Messung des Nutzens von Interventionen.

Prof. Debatin glaubt, dass ePAs noch viel mehr Potenzial bieten. Diese enthalten in standardisierten Formaten eventuell umfangreiche Informationen, auch zu Ergebnissen. Obwohl der Patient die Kontrolle über seine Daten behält, ermöglicht ein neuer Gesetzesentwurf, so Prof. Debatin, dass Patienten ihre ePA-Daten der Forschung zur Verfügung stellen. Die neuesten Umfragen seiner eigenen Organisation enthalten Hinweise darauf, dass ein Großteil der Menschen dazu bereit wäre, selbst für die eigene Forschung und Entwicklung von gewinnorientierten Unternehmen. „Davon wird die Forschung stark profitieren,“ so Prof. Debatin. „Die Bürger sind bereit und die Datenqualität wird im Vergleich zu den eher limitierten Versicherungsdaten deutlich besser sein“.

## Abschluss

Das DVG ist die wichtigste Reform, die derzeit im deutschen Gesundheitssystem stattfindet. Ist das Gesetz erfolgreich, werden sich die Tools der Informations- und Kommunikationstechnik, die Ärzte für die Interaktion mit Patienten einsetzen, rasch digitalisieren.

Die Auswirkungen, die diese Form der Modernisierung innerhalb der Gesundheitsversorgung auf eine echt wertorientierte Versorgung hat, ist weniger klar.

Auf der einen Seite bietet das DVG auf verschiedene Weise sicher Potenzial für Fortschritte in Richtung eines wertorientierteren Systems:

- Apps könnten dabei helfen, dass der Übergang zwischen bestehenden Versorgungseinheiten möglichst reibungslos abläuft;
- Die Zunahme von Videosprechstunden ist zum Teil eine Reaktion auf den Bedarf der Patienten; und
- Die ePA bietet die Möglichkeit, Daten für unterschiedliche Stakeholder freizugeben. Dadurch wird sowohl die Integration der Versorgung gefördert als auch die Forschung darüber, welche Interventionen den größten Wert haben.

Auf der anderen Seite besteht keine Garantie für irgendeine dieser Entwicklungen. Rückblickend ist der größte Beitrag des DVG zu einer wertorientierten Versorgung, dass Patienten mehr Mitspracherecht in Bezug auf ihre Daten erhalten. Sie können jetzt das Maß kontrollieren, inwieweit ihre eigenen Gesundheitsdaten die Integration ihrer Versorgung und Outcome-Studien für Patienten wie sie selbst fördern. Es ist ein interessantes Experiment, ob eine wertorientierte Versorgung wichtig genug für die Patienten ist, um diese selbst in die Hand zu nehmen.