



# DIGITALISIERUNG UND NOTWENDIGER STRUKTURWANDEL IM GESUNDHEITSWESEN

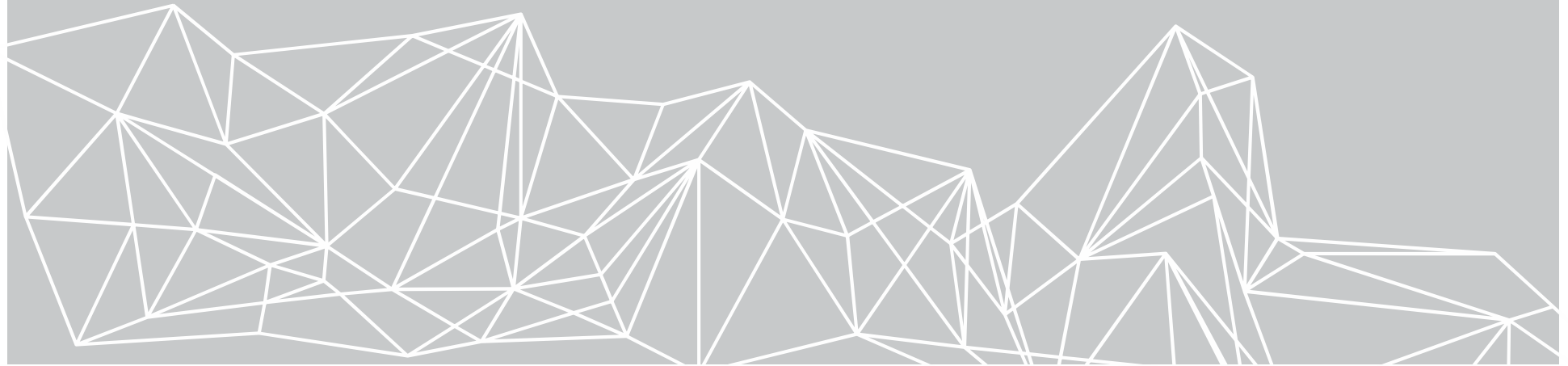
© Matthias Heyde / Fraunhofer FOKUS

Dr. Jörg Caumanns // Fraunhofer FOKUS



# TEIL 1

## WARUM DIGITALISIERUNG?

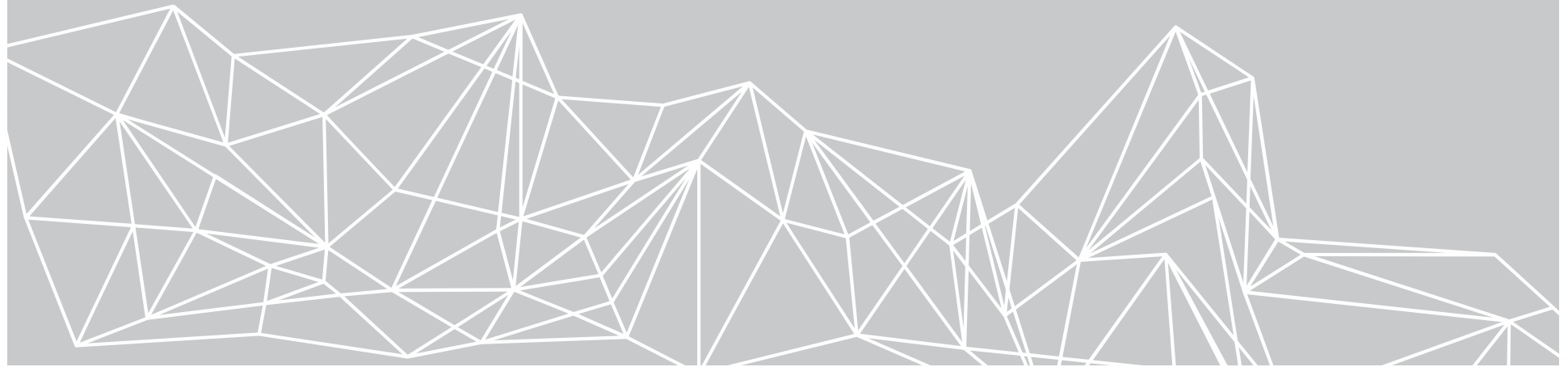


## ... WEIL ES DAS LEBEN EINFACHER MACHT!

**Digitalisierung ist freiwillig und findet statt. Es muss also gute Gründe geben...**

- Grillfest mit den Nachbarn: doodle, WhatsApp, Bringmeister, ...
- Änderung des Dauerauftrags bei Mieterhöhung: online-Banking
- Reklamation der gekauften Ware: Postaufkleber von amazon & Co
- Der 2. Teil des spannenden Krimis: Online am Strand auf den kindle
- Die Musik zur Stimmung: iTunes, spotify, ...
- Das Live-Konzert zur Platte: eventim, ...
- Von Spandau nach Dahlem: google Maps, BVG-App, ...
- Zug verpasst: Bahn-App, Flixbus-App, ...
- Serie verpasst: netflix, sky go, ...
- Heute nicht in Berlin: Radio1 online, tagesspiegel checkpoint, ...
- Morgen in Wien: Wetterbericht online, easyjet online, booking.com, wien.at live, ...

## TEIL 2 WO STEHEN WIR?



# DAS GESUNDHEITSSYSTEM IN DEUTSCHLAND

## Wie weit trägt eine eHealth-Strategie?

- Horizontal und vertikal aufgeteilte Verantwortlichkeiten
  - Bundesministerium für Gesundheit: Regulierung (von Zuständigkeiten)
  - Selbstverwaltung: Umsetzung der Regulierungen, weitgehende Selbstorganisation des GKV-Bereichs
  - Bundesländer: Öffentliche Krankenhäuser, Öffentlicher Gesundheitsdienst
  - Bundesministerium für Bildung und Forschung: Klinische Forschung, Unikliniken, Förderprogramme
  - Bundesministerium für Wirtschaft: Gesundheitswirtschaft, Förderprogramme
- Gesundheitsausgaben: 374 Mrd. Euro pro Jahr (11% des BSP)
- 77% der Ausgaben aus dem GKV-System (Gesetzliche Krankenkassen)
- Ca. 90% der Deutschen sind gesetzlich versichert, 9% privat versichert

# ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE UND TELEMATIKINFRASTRUKTUR

Sichere Vernetzung von Krankenhäusern, Ärzten, Apotheken, Zahnärzten

- 2004 wurde vom BMG die Verantwortlichkeit für eine landesweite eHealth-Infrastruktur per Gesetz an die Selbstverwaltung gegeben
  - Ausgabe elektronischer Gesundheitskarten bis 2006
  - Aufbau einer Telematikinfrastruktur bis 2006
  - Aufsetzen von eHealth-Diensten (eRezept, Patientenakte, etc.)
  - Gründung der gematik als führende und ausführende Organisation
- Realität:
  - Ausgabe der Karten in 2013/2014
  - Rollout 2017 angelaufen (ohne „echte“ Dienste)
  - Dienst „Notfalldatensatz“ in 2017 auf Papier erprobt
  - Dienst „Arztbrief“ auf Parallelinfrastruktur
  - Krankenkassen setzen eigene Aktenlösungen auf Infrastrukturen der KVen um (keine Authentifizierung über eGK möglich!)
  - Unikliniken bauen eigene Vernetzungslösungen (BMBF)

## WARUM GEHT ES SO SCHLEPPEND?

Prozess und Rahmenbedingungen bieten genug Ausreden

- Unter Herstellern gilt der deutsche Gesundheits-IT-Markt als schwierig
  - 2 Mrd. Euro Umsatz (0,7 % des Marktvolumens)
  - Hohe Sättigung mit IT, Budgets werden vom Betrieb verschlungen
- Dominante Position der gesetzlichen Krankenkassen
  - Heterogenes Umfeld; viele „Tanker“, die sich nur langsam bewegen
  - Restriktive Regulierung schränkt Spielräume ein
- Mit der Telematikinfrastruktur fehlt auch die „letzte Meile“
- Wenig Interesse der großen Player im KIS- und AIS-Markt ihre Systeme für andere Akteure zu öffnen
  - Lock-In als dominantes Geschäftsmodell
- Schlechte Erfahrungen der Innovatoren und „First Mover“
  - IT kann Versprechen nicht einhalten (z. B. Aktenplattformen)
  - Projekte statt Produkte (out of time & budget)
  - AIS- und KIS-Integration als Dauerbaustelle und Kostentreiber

## VERALTETE TECHNIK UND BEGRENZTE SPIELRÄUME FÜR INNOVATION

vorhandene Systeme zu integrieren ist schwerer als neue aufzubauen

- Deutsche Krankenhäuser geben im Schnitt 2% ihres Budgets für IT aus
  - Die Schere bei der Dualen Finanzierung geht weit auseinander
  - Denken in Projekten; kein nachhaltiger Aufbau von Plattformen
- Die meisten der etablierten KIS wurden in den 1990er-Jahren entwickelt
  - Ca. 30-50 KIS-Ausschreibungen pro Jahr (bei 2000 Häusern)
  - Neue Technologien sind mit den Altsystemen kaum integrierbar
  - „jedes KIS ist anders“ → kein richtiger Add-In/Plug-In Markt
- Der Markt für Arztsysteme ist gesättigt
  - Zwei Hersteller haben zusammen ca. 70% des Markts
  - Mehr Ko-Existenz zur Bewahrung des Status-Quo als Wettbewerb
- Bereiche mit Bedarf für IT (z. B. ambulante Pflege) haben sehr geringe Margen und sind daher wenig attraktiv

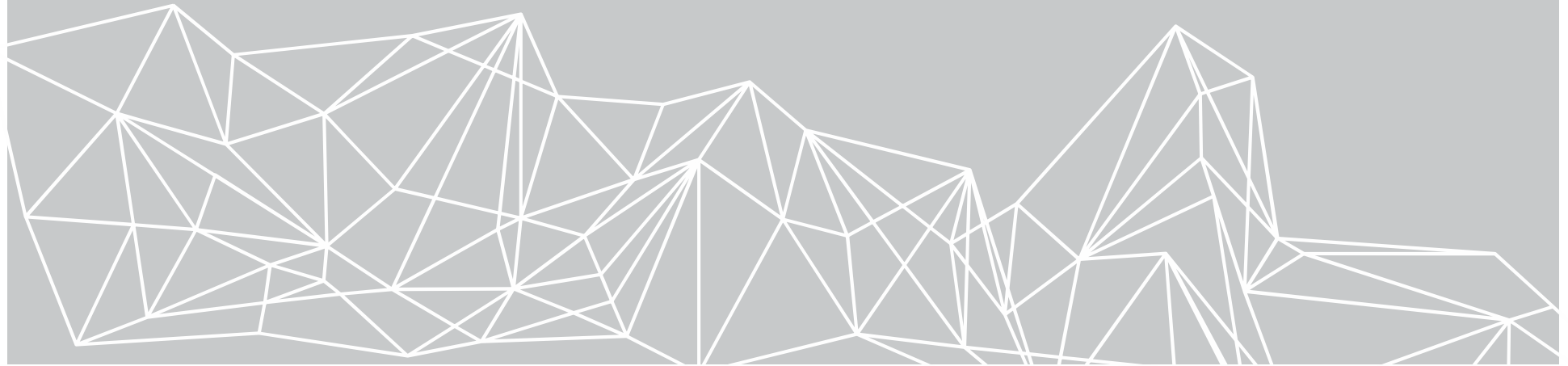


## ZURÜCK ZUM ANFANG: WARUM DIGITALISIERUNG?

Es funktioniert nicht, weil es überhaupt nicht funktionieren kann

- Digitalisierung ist vor allem dann erfolgreich, wenn sie disruptiv ist und neue Möglichkeiten der Interaktion ermöglicht
  - Digitalisierung im Gesundheitswesen ist vor allem „Verstromung“ von Papier
- Digitalisierung ist vor allem dann erfolgreich, wenn sie Dinge einfacher, bequemer und/oder flexibler macht
  - Digitalisierung im Gesundheitswesen schafft oftmals neue Medienbrüche
  - Ziel ist meist „Qualität und Kostensenkung“: Wie will Ärzte mit diesem „Mehr Arbeit und weniger Geld“ für Digitalisierung gewinnen?
  - Eine politische Motivation (demografischer Wandel, etc.) begeistert die Politik aber nicht zwingend die Nutzer und Multiplikatoren
- Die diskutierten Anwendungen zeichnen ein nicht existentes Idealbild des Patienten als Manager seiner eigenen Gesundheit
  - Für Patienten wird es nicht einfacher, sondern komplexer
  - Eigenverantwortung braucht Anleitung bzw. Führung

# TEIL 3 WAS IST ERFORDERLICH?



## NUTZER MÜSSEN DEN MEHRWERT ERKENNEN UND DIE LÖSUNG FORDERN

Politik muss die Rahmenbedingungen schaffen, dass attraktive Lösungen entstehen können

- Vereinfachungen für die Bürger schaffen
  - Was nutzt das eRezept, wenn ich mir vorher eine Überweisung für den Arzt holen muss, der das Rezept ausstellt?
  - Was nutzt die elektronische Einweisung, wenn ich mir diese in der Geschäftsstelle der Krankenkasse abstempeln lassen muss?
  - Was nutzt die Patientenakte, wenn ich zu deren Nutzung andauernd irgendwelche Papiereinwilligungen unterschreiben muss?
  - Was nutzt die online-Terminbuchung, wenn der nächste freie Termin in 5 Monaten ist?
- Faustregel: Eine Anwendung ist gut, wenn dafür jemand eigenes Geld bezahlen würde.
- Grundlage: Gute Anwendungen (s.o.) müssen Zugang zu Daten haben und sich vernetzen können.

## TELEMATIKINFRASTRUKTUR – AUF ENABLER-FUNKTION FOKUSSIEREN

Wirtschaftlichkeit von eHealth/mHealth stärken

- Zuständigkeit für Infrastruktur und Anwendungen trennen
  - Infrastruktur ist alles, was erforderlich ist, aber keinen unmittelbaren Wertbeitrag leistet: Verzeichnisdienste, Sicherheitsdienste, sichere Vernetzung, etc.
- eGK stärken, um die Rolle des Patienten/Versicherten zu stärken
  - Sichere Kommunikation mit Ärzten und Diensten
  - Kontrolle über das Patientenfach als Übergang SGB  $\leftrightarrow$  DS-GVO
  - Migration zur mEGK
- Letzte Meile (d. h. Anbindung einzelner Praxen, etc.) funktional stärken, um Datensilos aufzubrechen
- Versichertenzentrierte IT-Dienste als Wettbewerbsfaktor der Kassen
  - Aber: Schnittstellen und Zulassungsverfahren für Drittanbieter

## AKZEPTANZ VON GESUNDHEITS-APPS NUTZEN

Wenn Patienten Gesundheits-Apps nutzen wollen, dann müssen diese auch in die Versorgung integrierbar sein

- Der Zugang von Apps zum ersten Gesundheitsmarkt ist mehr als die Frage der Finanzierung
  - Anbindung an Daten(plattformen) ermöglichen und je nach Vertrauensstufe der App zulassen
  - Trennung von Funktionalität und Datenhaltung forcieren
  - Thema „Gesundheitsdaten in der Cloud“ konstruktiv neu bewerten
- Finanzierungsfrage ist eine Frage des Geschäftsmodells
  - Bessere Verzahnung mit ärztlichen/pflegerischen/... Dienstleistungen herstellen
  - Anbindung von Apps an Datenplattformen der Kassen und Krankenhäuser als erster Schritt in die Regelversorgung (win-win)

## REGIONALE VERSORGUNGSNETZE VS. PATIENTENZENTRIERTE PLATTFORMEN

Versorgung ist nicht Big Data sondern das Kleinstadt-Krankenhaus

- Regionale Versorgungsnetze als Innovationstreiber stärken
- Verbindliche Orientierung zu Datenschutz und IT-Sicherheit
  - Ein regionaler MPI ist zulässig, wenn....
  - Die folgenden Daten können mit eSeal genutzt werden: ....
  - Online-Erklärungen sind rechtsverbindlich, wenn ...
  - Eine konkludente Schweigepflichtentbindung liegt vor, wenn ...
- Landesdatenschutzgesetze als Enabler und nicht als zusätzliche Hürde
  - Vereinfachungen bei von LDI geprüften Verfahren
  - Risikobewertung in Abwägung des Nutzwerts für die Bürger der Region

## KONTAKT

Fraunhofer FOKUS  
Kaiserin-Augusta-Allee 31  
10589 Berlin, Germany  
[www.fokus.fraunhofer.de](http://www.fokus.fraunhofer.de)

Dr. Jörg Caumanns  
Leiter Kompetenzzentrum E-HEALTH  
[joerg.caumanns@fokus.fraunhofer.de](mailto:joerg.caumanns@fokus.fraunhofer.de)  
Tel. +49 (0)30 3463-7581