



MINISTER OF HEALTH – OPEN THIS GATE!

Für ein deutsches eHealth-Gesetz 2.0



1 Key Summary	3
2 Einleitung	4
3 Die Bilanz der 18. Legislaturperiode	4
3.1 Das eHealth-Gesetz 1.0 ist nur ein erster Warnschuss	4
3.2 Der Innovationsfonds: Gut für Überraschungen, aber erheblich aus dem Zeitplan	4
3.3 Die BMG-Studien: Fortschreibung der Besorgniskultur und „Grüne Tisch“-Pläne	5
4 Das deutsche Gesundheitswesen bewegt sich: An vielen Stellen!	6
4.1 Digitale Innovation kann die Gesundheitsversorgung verbessern und kosteneffizienter machen. Wenn man sie lässt!	6
5 Eckpunkte für eine eHealth-Strategie der 19. Legislaturperiode	8
5.1 Modular statt monolithisch vorgehen	8
5.2 Zeitgemäße und innovationsoffene Governance-Strukturen	9
5.3 Ein Weißbuchprozess “Die Erschließung digitaler Potentiale für die Gesundheitsversorgung in einer alternden Gesellschaft”	12
5.4 Ein eHealth-Gesetz 2.0 für patientengesteuerte Nutzung von Gesundheitsdaten	12
5.5 Ein verbesserter Innovationsfonds und Steuernachlässe für die Einführung digitaler Infrastruktur	14
5.5.1 Ein kofinanzierter Innovationsfonds	14
5.5.2 Öffentliche Mitverantwortung bei der Finanzierung digitaler Infrastruktur	14

1 KEY SUMMARY

In der laufenden (18.) Legislaturperiode wurden mit eHealth-Gesetz, Innovationsfonds und diversen Studien durch die Politik Initiativen zur Modernisierung des Deutschen Gesundheitswesens ergriffen, die zwar Wirkung zeigen – jedoch nicht in dem erwarteten Ausmaß. Die Digitalisierung des Deutschen Gesundheitswesens hat bislang viel Zeit und Geld gekostet – und ist doch schon wieder überholt. In- und Ausland haben inzwischen fernab von der Politik selbst Initiativen zur Modernisierung ergriffen. Die Bundespolitik sollte sich künftig vorrangig darauf konzentrieren, vernünftige Rahmenbedingungen zu schaffen, und darüber wachen, die Nutzung von Informationstechnologien und deren Potentiale zur Entfaltung kommen zu lassen – zum Wohle des Patienten.

Eine eHealth Strategie der kommenden Legislaturperiode sollte sich von Überregulierung und Gruppenegoismen lösen und den verantwortungsfähigen Akteuren unseres Gesundheitssystems den notwendigen Freiraum für Innovationen einräumen. Schon jetzt haben einzelne Bundesländer, Krankenkassen, Startups und die Industrie Initiativen ergriffen.

Eine monolithische, neu entwickelte eHealth-Strategie ist unnötig. Stattdessen geht es darum, zu identifizieren was funktioniert, und zu definieren, an welchen Stellen Schnittstellen geöffnet werden müssen, damit nicht weiterhin Insellösungen vorherrschen, sondern eine digitale Gesundheitsinfrastruktur von der Basis her wachsen kann. Dabei plädieren wir für eine offene und nutzungsfreundliche Datenkultur, in der der Patient Herr seiner Daten ist und selbst bestimmt, wem diese zur Verfügung gestellt werden – transparent und verständlich für Alle.



2 Einleitung

Informationstechnologie kann das Gesundheitswesen besser, schneller und kostengünstiger machen. Wenn man sie lässt.

In den zurückliegenden 12 Jahren haben die zentralen Initiativen für eine Digitale Infrastruktur des Gesundheitswesens viel Geld gekostet. Alleine die elektronische Gesundheitskarte (eGK) hat bis zum Jahre 2015 1,2 Mrd. € verschlungen⁽¹⁾. Und trotzdem haben diese Initiativen nur wenige Früchte getragen.

Eine Folge der Verschleppung: Heute denken zentrale Institutionen des deutschen Gesundheitswesens über Health-IT in den Formen von Gestern nach. Das Ausland ist da weiter⁽²⁾.

3 Die Bilanz der 18. Legislaturperiode

Mit dem eHealth-Gesetz und dem Innovationsfonds hat die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode weitere politische Initiativen ergriffen, um die Modernisierung des Deutschen Gesundheitswesens weiter voranzutreiben. Mit eigens in Auftrag gegebenen Studien zum Thema Gesundheits-Apps und der Fortführung der eHealth-Strategie der Bundesregierung will das BMG seinen Beitrag zu einer Beschleunigung der Nutzung digitaler Technologien im Gesundheitswesen leisten.

Das Policy-Paper der HIMSS eHealth-Arbeitsgruppe⁽³⁾ bilanziert: Die Aktivitäten des Gesundheitsministeriums zeigen Wirkung, jedoch anderes als die Initiatoren erwartet haben.

3.1 Das eHealth-Gesetz 1.0 ist nur ein erster Warnschuss

Die von der Gematik verantworteten Aktivitäten kommen weiterhin nur schleppend voran. Aktuell ist nicht absehbar, inwieweit selbst diese punktuellen Maßnahmen im festgeschriebenen Zeitraum realisiert werden.

3.2 Der Innovationsfonds: Gut für Überraschungen, aber erheblich aus dem Zeitplan

Der Innovationsfonds konnte seine Projekte nur mit erheblicher Verzögerung beauftragen. Eine Beurteilung der Ergebnisse muss deswegen zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Bei einer Projektlaufzeit von 3 Jahren ist allerdings jetzt bereits absehbar, dass die ursprüngliche Intention, Entwicklungen anzustoßen, die zu einer Verbesserung der Regelversorgung führen könnten, nicht geleistet werden kann.

Unsere Hypothese: Das deutsche Gesundheitswesen würde, wenn es die Projekte des Innovationsfonds in dessen bisherigen Strukturen zum zentralen Stellhebel für eine bessere, IT-gestützte Regelversorgung machen würde, weiter ins Hintertreffen geraten.

3.3 Die BMG-Studien: Fortschreibung der Besorgniskultur und „Grüne Tisch“-Pläne

Die vom Bundesgesundheitsministerium beauftragten Studien zum Thema Gesundheits-Apps und der Fortentwicklung der eHealth-Strategie offenbaren zudem ein falsches Verständnis von Innovation.

Die **eHealth-Studie**⁽⁴⁾ beschwört die Gesundheitsrisiken, die durch die Anwendung von Apps entstehen könnten. Sie legt nahe, dass nur eine im öffentlichen Auftrag erfolgte Bewertung die Bürgerinnen und Bürger vor unsachgemäßer Handhabung schützen könnten. Sie setzt auf zentrale Beurteilungsinstanzen.

Die Studie zur **Fortführung der eHealth-Strategie**⁽⁵⁾ lässt ein weitgehend planwirtschaftliches Verständnis der Gesundheitswirtschaft erkennen. Nur was bundeseinheitlich und politisch initiiert ist, so die versteckte Botschaft der Studie, entsteht. Es definiert neun Themenbereiche, in denen eine Weiterentwicklung der eHealth-Strategie erfolgen müsste. Sie empfiehlt die Einsetzung von neun Arbeitsgruppen und einer vom Ministerium zu finanzierenden Steuerungsgruppe, um eine eHealth-Strategie zu entwickeln⁽⁶⁾.

Beide Studien ignorieren, dass im In- und Ausland Anwender, Unternehmen und andere Initiativen selbst Maßnahmen ergriffen haben, um die Modernisierung des Gesundheitswesens voranzutreiben.

Der Blick ins Ausland macht klar, dass die Länder, die Initiativen aus Wirtschaft und Gesellschaft aufgegriffen haben, letztlich erfolgreich waren. Und dass es die vorrangige Aufgabe der Politik ist, dafür die richtigen Rahmenbedingungen, richtige Leitplanken zum Wohle von Versicherten und Patienten zu schaffen.

„Das deutsche Gesundheitswesen würde, wenn es die Projekte des Innovationsfonds in dessen bisherigen Strukturen zum zentralen Stellhebel für eine bessere, IT-gestützte Regelversorgung machen würde, weiter ins Hintertreffen geraten.“



4 Das deutsche Gesundheitswesen bewegt sich: An vielen Stellen!

Wir stellen fest: In Deutschland haben sich Unternehmen, Investoren, Krankenversicherungen, gesetzliche wie private, Kommunen, Regionen und Bundesländer auf den Weg gemacht. Sie sind dabei, Maßnahmen zu realisieren, die zu einem Quantensprung in der Gesundheitsversorgung führen können.

Beispiel Innovationsfonds:

In der ersten Genehmigungsrunde der Innovationsfonds-Projekte enthalten 19 von 29 Projekten strategische Gesundheits-IT-Elemente, sei es in Form von Infrastrukturen für Videokonferenzen, seien es digitale Patientenakten. Bei 8 Projekten lässt sich dies aus den Antragsbedingungen nicht entnehmen. Lediglich 2 Projekte kommen völlig ohne IT-Elemente aus.

Zudem sind derzeit von verschiedensten Akteuren unterschiedliche Aktivitäten zu beobachten. Beteiligt sind EU, Bundesländer, Gesundheitsregionen und Unternehmen.

Vor diesem Hintergrund halten wir es für vordringlich, dass das Bundesgesundheitsministerium seine und vor allem die Rolle der Selbstverwaltung kritisch hinterfragt. Wir stellen fest, dass diese im politischen Auftrag geschaffenen konsensuell arbeitenden Gremien nicht zu den besten Lösungen für eine zukünftig gute Versorgung führen, sondern, vorrangig aus Gruppenegoismen heraus, eine Umsetzung verzögern und verhindern. Wir bedauern ausdrücklich, dass sich in diesem Zusammenhang oftmals Wissenschaftler und Berater instrumentalisieren lassen.

4.1 Digitale Innovation kann die Gesundheitsversorgung verbessern und kosteneffizienter machen. Wenn man sie lässt!

Digitale Innovationen können die Gesundheitsversorgung verbessern und kosteneffizienter machen. Die Bundesregierung hat darauf zu achten, dass sich die Veränderungen im Sinne der Bürger und Verbraucher entwickeln

(Leitplankenfunktion). Die Einrichtung immer neuer Institutionen auf Bundesebene (G-BA, IQWiG, IQTIK) führt, solange sie nicht unabhängig von den Interessengruppen organisiert sind, aus unserer Sicht ins Abseits.

Innovation ist eine Daueraufgabe. Sie kann nicht durch zentral eingerichtete und konsensuell arbeitende Gremien gesteuert, sondern lediglich kontrolliert und ex post beurteilt werden.

Wir plädieren vor diesem Hintergrund für eine neue Balance zwischen Einheitlichkeit und Innovationsfreudigkeit der Versorgung.

- Vorrangig ist dabei für uns, verantwortungsfähige Akteure in der Gesundheitsversorgung zu schaffen und unterstützen, die Innovationen von sich aus aufgreifen, erproben, verbessern und in die Regelversorgung einbringen können. Das können Krankenkassen, Krankenhaus-Unternehmen, Ärztenetze sowie andere Zusammenschlüsse von Leistungsanbietern insb. auch im Pflegebereich sein.
- Medizinischer Sachverstand spielt dabei eine Rolle, muss sich jedoch besser als bisher in systemisch-prozessuales Denken/Denken integrieren lassen. Die immerwährende Berufung auf den Hypokratischen Eid, beispielsweise in der unsinnigen Debatte über die Rationierung von Gesundheitsleistungen, ist ein Ausdruck dieses nicht lösungsorientierten Denkens.

Und um Missverständnissen vorzubeugen: Wir halten an der Idee eines solidarischen Gesundheitswesens fest. Wir plädieren allerdings dafür, die gesetzliche und institutionelle Überregulierung abzubauen, damit Akteure, die das Gesundheitswesen besser machen wollen und können, auch die Chance erhalten, das zu tun.

Der Staat hat in Zeiten der Veränderung und Erneuerung aus unserer Sicht eine vorrangige Aufgabe: Darüber zu wachen, dass die Nutzung von Informationstechnologien im Gesundheitswesen deren Potentiale zur Entfaltung kommen lässt. Und dass dies letztlich im Interesse der Bürgerinnen und Bürger, die gleichzeitig Versicherte und Patienten sind, geschieht.

„In Deutschland haben sich Unternehmen, Investoren, Krankenversicherungen, gesetzliche wie private, Kommunen, Regionen und Bundesländer auf den Weg gemacht.“



5 Eckpunkte für eine eHealth-Strategie der 19. Legislaturperiode

Vor diesem Hintergrund plädieren wir eine Neuausrichtung der eHealth-Strategie in der 19. Legislaturperiode nach folgenden Prinzipien:

5.1 Modular statt monolithisch vorgehen

Weil die Gremien der Selbstverwaltung die Nutzung digitaler Strategien mehr blockiert als befördert haben und die Bundespolitik zu wenig Konfliktbewusstsein gezeigt hat, beginnen andere längst, zu liefern:

- Der Innovationsfonds lässt 1000 digitale Blumen blühen. Von den 29 im ersten Durchgang genehmigten Projekten setzen 19 auf digitale Infrastrukturen und Anwendungen. Nur 2 Projekte verzichten auf jegliche digitale Komponenten.

Es ist wie mit der Büchse der Pandora: Einmal freigelassen, wird der Nutzen als problematisierenden Mutmaßungen der üblichen Verdächtigen überlagert. Auch wenn manche Investition sich später, in einer Konsolidierungsphase als überflüssig herausstellen wird. Der Anfang ist gemacht!

Daneben machen sich auch andere auf den Weg:

- Einige **Bundesländer** beginnen, auf eigene Kosten eine digitale Infrastruktur für den Gesundheitsbereich zu etablieren. Stand Anfang April 2017 sind Digitalisierungsprojekte und -initiativen in Bayern, Baden-Württemberg, NRW und Niedersachsen bekannt.
- Auch **Krankenkassen**⁽⁷⁾ ergreifen Initiative. Die Techniker-Krankenkasse und die AOK Nordost haben bereits Ausschreibungen für elektronische Patientenakten erfolgreich abgeschlossen. Für die privaten Krankenversicherung haben AXA und CompuGroup mit MSG Meine Gesundheit Service die Initiative ergriffen.
- Im Gesundheitsbereich ist eine lebhaftere **Startup-Kultur** entstanden. Auch wenn diese die Spielregeln des Deutschen Gesundheitswesens noch nicht verstanden hat: Es entwickeln sich neue Ideen für eine bessere, integrierte therapeutische Kultur. Und da das Gesundheitswesen

komplex ist, engagieren sich überwiegend Menschen, denen das Thema, Gesundheit, ihre Erhaltung und Wiederherstellung am Herzen liegt; auch aus eigener oder familiärer Betroffenheit.

- Und schließlich erkennen auch die großen Akteure außerhalb der Selbstverwaltung, Pharma- und Medizingeräte-Industrie, Industrielle Dienstleister, international agierende Unternehmen wie Amazon, Apple, Google, Microsoft und andere, dass sich die Wertschöpfungskanäle des Gesundheitswesens der Zukunft ändern werden. Nationale Politik kann das kanalisieren, aber nur, solange die alten Befestigungen halten.

Unsere These: Die Balance zwischen einheitlicher Versorgung und Innovationsoffenheit, einer eigenverantwortlichen Entwicklung und Nutzung neuer Technologien muss neu bestimmt werden.

Unsere Schlussfolgerung: Statt eine monolithische, neu entwickelte eHealth-Strategie zu entwickeln, geht es darum, zu identifizieren, was läuft, zu definieren, wo Schnittstellen geöffnet werden müssen, damit nicht In-sellösungen, sondern ein eine digitale Gesundheitsinfrastruktur von unten wachsen kann.

5.2 Zeitgemäße und innovationsoffene Governance-Strukturen

Betrachten wir, ohne in Schuldzuweisungen oder Vorwürfe zu verfallen, die Governance-Strukturen des deutschen Gesundheitswesens mal mit etwas Distanz.

- Ein funktionierendes Gesundheitswesen wird von den deutschen Bürgerinnen und Bürgern als etwas Selbstverständliches betrachtet. Sie erwarten maximalen Datenschutz, sie wollen sich ihre Ärzte selbst aussuchen, jede Untersuchung und jede Diagnose jederzeit hinterfragen können.

Und sie interessiert nicht, dass jede Inanspruchnahme auch Geld kostet.

- Diese Haltung, "die Rechnung bezahlen die anderen", ist auch bei anderen Akteuren des Gesundheitswesens weit verbreitet: Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben einen Versorgungsauftrag übernommen, es gelingt ihnen aber nicht, eine flächendeckende Versorgung mit niedergelassenen Ärzten zu gewährleisten. Und dies, obwohl es in Deutschland mehr Ärzte als jemals in der deutschen Geschichte im erwerbsfähigen Alter gibt.

„Die Balance zwischen einheitlicher Versorgung und Innovationsoffenheit, einer eigenverantwortlichen Entwicklung und Nutzung neuer Technologien muss neu bestimmt werden.“



- Im Bereich Krankenhäuser diagnostizieren Studien seit Jahren einen Überbesatz von mindestens einem Drittel der Häuser. Weil Krankenhäuser Geld kosten und die politische Verantwortung bei den Ländern liegt, die zu wenig Geld für Investitionen in zu viele Krankenhäuser bereitstellen und weil die rechtlichen Fragen (Jeder Krankenhausbetreiber kann derzeit auf Weiterfinanzierung klagen) unbearbeitet bleiben, sind unterausgestattete, veraltete Krankenhäuser mit teilweise unterbezahlem, insbesondere Pflegepersonal die Folge. Die Attraktivität des Arbeitsplatzes Klinik schwindet weiter, obwohl die Beschäftigten, folgt man Befragungen und Erfahrungen von Patienten, ihren Beruf überwiegend mit großem Engagement und "Herzblut" und hoher Kompetenz ausüben.
- Inzwischen hat der Gemeinsame Bundesausschuss faktisch die Schlüsselstellung und Systemsteuerung übernommen. Die Aufgabenteilung: Die Politik hält an einem nicht mehr wirklichkeitsgemäßen Bild einer flächendeckenden, einheitlichen Versorgung fest und macht sich dadurch erpressbar. Die Selbstverwaltung fordert "mehr Geld" und "steuert" das System von oben.
- Die Akteure, Kliniken wie Niedergelassene Ärzte, entwickeln zunehmend "Fließband"- und/oder Cherrypicking-Mentalität und versuchen, aus dieser Situation das für sie Beste zu machen. An eine "Gute Versorgungs-Lösung" glauben sie ohnehin nicht mehr.

Und die Politik? Sie streitet sich über Bürgerversicherung oder nicht. Nicht nur, aber auch, um das weitaus schwierigere und komplexere Thema "Gesundheitsversorgung in einer alternden Gesellschaft", die sich in wachsendem Maße mit Finanzierungszwängen beschäftigen muss, zu vermeiden.

Fünf-Minuten Audienzen beim Hausarzt mit Standardverschreibungen sind nicht die optimalen Lösungen. Wir leben länger als jemals zuvor, wir sind gesünder als jemals zuvor. Aber wir beobachten auch, dass chronische und ernsthafte Krankheiten, Depressionen, Asthma, Diabetes, Krebs und andere, nur mit gemeinsamen, zielgerichteten und systematischen Lösungsansätzen bewältigt werden können.

Wir sind davon überzeugt, dass die Bürgerinnen und Bürger den Weg in eine sich verändernde Gesundheitsversorgung mitgehen würden. Wir vermissen aber bei allen Beteiligten die Bereitschaft, die notwendigen unangenehmen Fragen anzusprechen und zu lösen.

Der Bundesverband Managed Care⁽⁸⁾ und die Monopolkommission der Bundesregierung⁽⁹⁾ haben in jüngsten Stellungnahmen zu Strukturfragen des Gesundheitswesens Stellung genommen. Wir fordern von einer künftigen Bundesregierung, diese Impulse aufzugreifen und die Grundaufstellung des Gesundheitswesens mit folgenden Leitgedanken neu zu definieren:

- Die Entscheidung über die Einführung und Nutzung neuer Technologien im Gesundheitswesen werden nach klaren, politisch definierten Kriterien, unabhängig von den Leistungserbringern entschieden.
 - Dazu bedient sich die Bundesregierung fachlich ausgewiesener Experten und Institutionen. Im Bereich Arzneimittelsicherheit/Einführung von Gesundheits-Apps sind das u.a. das Bundesamt für Arzneimittelsicherheit, für den Bereich Datensicherheit das BSI.
- Der Einsatz Digitaler Technologien im Gesundheitswesen wird gesetzlich mit der Festschreibung offener Schnittstellen nach internationalen Standards (z.B. HL7, IHE) verknüpft.
 - Die Definition dieser Schnittstellen wird einem, auch mit internationalen Experten besetzten technologisch versiertem Expertenkreis (Expertenkreis Digitale Gesundheitsstandards) übertragen.

Die oben genannten Maßnahmen gewährleisten, dass die Nutzung digitaler Technologien im Gesundheitsbereich "state of the art" erfolgt. Diese Weichenstellungen können unverzüglich eingeleitet werden.

Die Gematik orientiert sich, nachdem Entscheidungen durch ihre Gesellschafter über 12 Jahre verschleppt wurden, an einem überkommenen Bild digitaler Gesundheitsinfrastruktur. Eine eGK kann eine Identifikationslösung sein, im Zeitalter des Smartphones sind längst andere (Fingerabdruck, Automatische Bildidentifikation) hinzugekommen.

- Die Gematik als scheinbares Steuerungsgremium für die digitale Infrastruktur im Gesundheitswesen, wird damit überflüssig. Sie wird aufgelöst. Der Interoperabilitätsindex erübrigt sich durch oben aufgeführte Maßnahmen.



„Eine theoretische Debatte über Missbrauchsmöglichkeiten – die am längst praktizierten, nutzenorientierten Alltag fast aller Bürger bei der Nutzung ihrer Daten vorbeigeht – blockiert nur.“

5.3 Ein Weißbuchprozess “Die Erschließung digitaler Potentiale für die Gesundheitsversorgung in einer alternden Gesellschaft”

Auf Europäischer Ebene hat die Politik hervorragende Erfahrungen mit sogenannten “konsultativen” Beratungsverfahren (Grünbuchprozess, Weißbuchprozess) gemacht. Ein solcher Grünbuch/Weißbuchprozess ermöglicht die Beschreibung von Szenarien, Governance-Strukturen und die Skizzierung von Rollen der einzelnen Akteure und skizziert die dafür notwendigen Schritte.

Das konsultative Verfahren macht den Bürgern/Versicherten/Patienten deutlich, dass Gesundheitspolitik in erster Linie die Verantwortung für gut gesetzte Rahmenbedingungen und die Entscheidung über finanzielle Ressourcen ist.

Ein konsultatives Verfahren ermöglicht darüber hinaus den Beteiligten, Krankenkassen/Versicherungen wie auch Leistungserbringern, sich frühzeitig auf eine sich verändernde Situation einzustellen.

Der Konsultationsprozess wird zu Anfang der Legislaturperiode gestartet und ein Jahr vor Ende der Legislaturperiode abgeschlossen. Sie wird damit die Basis für einen sachgerechten politischen Wettstreit um die beste Versorgungslösung der Zukunft.

5.4 Ein eHealth-Gesetz 2.0 für patientengesteuerte Nutzung von Gesundheitsdaten

Gesundheitsdaten scheinen die neue Goldgrube des Gesundheitswesens zu sein. Dem scheint das Prinzip “Datenhoheit”, das in der neuen europäischen Datenschutzgrundverordnung ebenso wie im Bewusstsein von uns allen festgeschrieben ist, diametral entgegen zu stehen.

Wir stellen fest: Eine theoretische Debatte über Missbrauchsmöglichkeiten – die am längst praktizierten, nutzenorientierten Alltag fast aller Bürger bei der Nutzung ihrer Daten vorbeigeht – blockiert nur.

Wir plädieren für eine Lösung, die jedem die Möglichkeit gibt, selbst zu entscheiden, ob und wofür er seine Daten freigibt.

Dabei sehen wir, dass mögliche treuhänderische Institutionen die Überforderung jedes Einzelnen, Individualentscheidungen zu treffen, reduzieren können. Auch technologische Unterstützung (Ableitungen des Entscheidungsalgorithmus aus vergangenen Entscheidungen bei gleichzeitiger Nachvollziehbarkeit des Entscheidungsverhaltens) eine ergänzende Möglichkeit.

Um vorhandenen Besorgnissen entgegen zu wirken, plädieren wir für eine offene, nutzungsfreundliche Datenkultur mit einer verbindlich festgeschriebenen Evaluation nach 12 Jahren.

Die Eckpunkte eines solchen eHealth-Gesetzes 2.0 für eine patientengesteuerte Gesundheitsdaten-Nutzerkultur:

1. *Der Patient ist Herr seiner Daten. Er alleine bestimmt, wem diese zur Verfügung gestellt werden*

2. *Mit einem Opt-Out statt Opt-In bei der Nutzung von Gesundheitsdaten ist der Patient/Versicherte gefordert, sich selbst mit dem Thema zu beschäftigen und zu entscheiden*

3. *Kategorisierung der Zustimmung nach einfachen Kriterien, etwa für wissenschaftliche und industriellgewerbliche Zwecke.*

4. *Völlige Transparenz der Inanspruchnahme der Daten (Online-Register)*

5. *Bericht einer Expertenkommission zum Ende des Einführungszeitraums mit Empfehlungen zum weiteren Umgang nach 12 jährigem Anwendungszeitraum.*

„Jedem soll die Möglichkeit gegeben werden, selbst zu entscheiden, ob und wofür er seine Daten freigibt!“



5.5 Ein verbesserter Innovationsfonds und Steuernachlässe für die Einführung digitaler Infrastruktur

Mittelfristig, da sind sich alle Experten einig, wird eine digitale Infrastruktur dazu führen, Kosten zu sparen, sei es, durch eine kontinuierliche Verbesserung der Therapieverfahren, sei es durch "einfache" Kostenersparnis von Nachweis- und Erstattungsprozessen.

5.5.1 Ein kofinanzierter Innovationsfonds

Bei einer Weiterführung des Innovationsfonds sollten die Kreativität und die unternehmerische Kompetenz der Krankenkassen stärker gefragt sein. Grundsätzlich sollte 1% der Mittel jeder Kasse für Innovationslösungen freigehalten werden. Sie kann auch als Kofinanzierung für einen künftigen Innovationsfonds genutzt werden, in dem die Kassen eine erweiterte Mitsprachemöglichkeit bei der Entscheidung und Finanzierung von Innovationslösungen eingeräumt wird.

5.5.2 Öffentliche Mitverantwortung bei der Finanzierung digitaler Infrastruktur

Niedergelassene Ärzte sind Unternehmer. Sagen Sie. Wir nehmen diese Aussage ernst und delegieren die Entscheidung über die Wahl der richtigen Infrastrukturlösung an diese selbst. Für finanzielle Erleichterung sorgen Sonderabschreibungsmöglichkeiten für Investitionen in digitale Gesundheitsinfrastruktur.

Das deutsche Gesundheitswesen hat sich auf den Weg in eine digitale Zukunft gemacht. Digitale Technologien haben das Potential für bessere, punktgenauere und „maßgeschneiderte“ Lösungen. Die Politik trägt die Verantwortung dafür, dass Innovation und Einheitlichkeit der Versorgung in einer richtigen Balance zueinander stehen.

Dazu soll dieses Papier einen wichtigen Beitrag leisten.

Wir freuen uns über eine lebhafte und kontroverse Debatte!

Berlin, im April 2017

Die HIMSS D-A-CH Arbeitsgruppe eHealth-Gesetz 2.0

Autoren: Nikolaus Huss, Prof. Dr. Arno Elmer

Das Papier „Minister of Health – Open this Gate“ der HIMSS D-A-CH Community wurde erarbeitet mit Unterstützung von

K O V A R H U S S
POLICY ADVISORS

IHP
INNOVATION HEALTH PARTNERS

Und wird unterstützt von



VdigG | VERBAND
DIGITALE
GESUNDHEIT

¹ Kosten Elektronische Gesundheitskarte: www.aerzteblatt.de/nachrichten/60983/Elektronische-Gesundheitskarte-Kostenschaeetzungen-liegen-bei-1-2-Milliarden-Euro-bis-Ende-2015

² www.stiftung-muench.org/studie-zur-elektronischen-patientenakte-im-ausland-klare-vorgaben-des-gesetzgebers-sind-voraussetzung-fuer-erfolgreiche-implementierung/

³ Was zu tun ist, Arbeitsunterlage für die eHealth Gesetz 2.0 Arbeitsgruppe der HIMSS D-A-CH, Nikolaus Huss, Berlin, 15.12.2016, www.kovarhuss.de/was-zu-tun-ist-kovarhuss-mit-erstbewertung-der-ehealth-strategie-der-bundesregierung

⁴ Zur CharismHa-Studie. Sie befördert die deutschen, weitgehend theoretischen Risiko-Ängste der Deutschen: www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/w_specials/gesundheitsapps2011/article/910094/gesundheits-apps-meist-zweifelhafter-nutzen.html, kritisch dazu: <http://www.fruehstuecksfernsehen.nikolaus-huss.de/warnung-deutsche-gesundheitsforschung-gefaehrdet-die-entscheidungsfaehigkeit/>

⁵ Zur Studie „Weiterentwicklung der eHealth-Strategie der Bundesregierung“; Darstellung: www.bundesregierung.de/Content/DE/Pressemitteilungen/BMG/2016/11/2016-11-08-studie-e-health-strategie.html und <http://e-health-com.de/details-news/bmg-hat-ehealth-studie-mit-schwerpunkt-auf-big-data-veroeffentlicht/a4d27f023bf079d233b4578d0d803990/> kritische Würdigung,

⁶ Studie "Weiterentwicklung der eHealth-Strategie der Bundesregierung"; S. 165ff

⁷ Zur TK-Patientenakte: www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/article/929966/vorreiter-projekt-tk-beauftragt-e-patientenakte-ibm.html

⁸ Bundesverband Managed Care: Gesundheitspolitische Eckpunkte zur Bundestagswahl 2017, www.bmcev.de/themen/bt-wahl/

⁹ Sondergutachten 75 der Monopolkommission „Stand und Perspektiven im deutschen Krankenversicherungssystem“, www.monopolkommission.de/index.php/de/homepage/84-pressemitteilungen/335-stand-und-perspektiven-des-wettbewerbs-im-deutschen-krankenversicherungssystem

himss Europe

HIMSS Europe GmbH
Bertha-Benz-Straße 5
10557 Berlin
Germany
+ 49 (0) 30 346 55 42 13
europe@himss.org

WWW.HIMSS.EU

