

4 Vom Markt getrieben oder den Markt mitgestalten – Perspektiven für die Krankenkassen

Johannes Thormählen

Bis heute ist die technologische Entwicklung der stärkste Treiber der digitalen Transformation des Gesundheitswesens. Mit dem E-Health-Gesetz haben die Akteure des Gesundheitssystems eine Rahmenvorgabe zur Integration der neuen Möglichkeiten. Aber es gibt keine einheitliche E-Health-Strategie, die Methoden, Ziele oder Geschwindigkeit der Prozesse verbindlich festlegt. Deshalb führt der Weg in die digitale Zukunft in Deutschland über einen Wettbewerb der Ideen, Initiativen und Verträge. Krankenkassen müssen ihre Rolle in diesem Wettbewerb noch definieren. Sinnvoll und realistisch wäre es, sich als Partner, als digitaler Advokat der Versicherten zu positionieren, sodass künftig beim Thema E-Health gilt: „Zu Chancen, Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihre Krankenkasse“.

Zum Pflichtprogramm der Krankenkassen gehört es, die Möglichkeiten von E-Health gemeinsam mit Vertragspartnern einzusetzen, um Service, Prävention und Versorgung ihrer Versicherten zu verbessern und Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Dieser digitale Transfer des bestehenden Versorgungssystems hat begonnen, doch handelt es sich um eine langfristige und vergleichsweise langsame Entwicklung. Parallel zum klassischen Gesundheitssystem wächst eine digitale Gesundheitswelt heran, in der Ärzte, Kliniken oder auch Krankenkassen keinen definierten Platz haben.

Unterschiedliche Geschwindigkeiten

Anders als in zentral organisierten Gesundheitssystemen, wie z.B. denen Skandinaviens, verläuft die Digitalisierung in Deutschland nicht als koordinierte Aktion. Vorgegeben ist allein der Aufbau einer systemweiten IT-Infrastruktur. Die Frage, welche



Anwendungen – von einfachen Smartphone-Apps bis zu den Möglichkeiten von Big Data – Versicherte nutzen oder in Versorgungslösungen integriert werden, wird individuell entschieden. Diese Angebote werden nicht aufgrund eines formulierten Bedarfs des Versorgungssystems entwickelt, sondern für die Bedürfnisse der Endverbraucher. Weil ihre Nutzung nicht von der Kostenübernahme durch Krankenkassen oder der ärztlichen Verordnung abhängig ist, wächst dieses neue Segment des zweiten Gesundheitsmarktes genauso schnell wie ungesteuert.

In Deutschland wird die digitale Transformation daher von drei Entwicklungen mit unterschiedlichen Geschwindigkeiten bestimmt:

- Die größte Dynamik erzeugt der zweite Gesundheitsmarkt. Unternehmen wie Google oder Facebook wie auch zahllose Technologie- Start-ups arbeiten an einem stetig wachsenden Angebot an Gesundheits-Apps oder Ratgeberseiten; den Nutzern versprechen sie einfache Antworten und fallgerechte Lösungen für jede individuelle Fragestellung.
- Mit zunehmendem Tempo, aber von der Öffentlichkeit weniger wahrgenommen, verläuft die Einführung neuer Versorgungslösungen ins GKV-System. Sie werden, überwiegend in Kooperation, von Krankenkassen, Kliniken oder Ärztenetzwerken entwickelt.
- Gebremst wird die digitale Transformation von der „unendlichen Geschichte“ des Aufbaus einer gemeinsamen IT-Struktur für das Versorgungssystem. Das Versichertenstammdatenmanagement ist 14 Jahre nach dem Beschluss zur eGK immer noch nicht etabliert, erst 2018 soll ein Notfalldatenmanagement kommen, die elektronische Patientenakte frühestens 2019.

Dementsprechend ist der E-Health Markt heute de facto in drei Segmente unterteilt:

- **Auf der Konsumentenebene** werden Apps, Mess- und Assistenzsysteme oder Gesundheitsportale angeboten. Die Kauf- bzw. Nutzungsentscheidungen für diese Produkte des zweiten Gesundheitsmarkts liegen beim Versicherten.
- **Auf der professionellen Ebene** entwickeln Leistungserbringer und Kostenträger digitale Gesundheitsangebote zur Verbesserung von Qualität oder Verfügbarkeit bestimmter Versorgungsleistungen.
- **Auf der Makroebene** werden Netzinfrastrukturen ausgebaut, der Informations- und Datenaustausch zwischen Leistungserbringern, Kostenträgern und Patienten etabliert und gleichzeitig die Prozesse beschleunigt und vereinfacht.

Kassen als teilnehmende Beobachter

In allen drei Bereichen haben die Krankenkassen die Rolle von „teilnehmenden Beobachtern“. Tatsächlich – so Daten aus der von der Bertelsmann Stiftung im Februar 2016 veröffentlichten Arbeit „Digital-Health-Anwendungen für Bürger“ – kommen die meisten digitalen Angebote von anderen Marktteilnehmern: „Lediglich 6 Prozent werden von einzelnen Krankenkassen finanziert, keine Anwendung wird von der GKV insgesamt finanziert“ (Bertelsmann Stiftung 2016). Kassen können Ressourcen und Kompetenzen aufbauen, Entwicklungen anstoßen und eigene Angebote entwickeln. Aber sie können keines der Marktsegmente allein maßgeblich beeinflussen: Die aktuell über 50 in der GKV angebotenen Apps stehen im Wettbewerb mit weit

über 100.000 Programmen in den App-Stores; Gesundheitsinformationen stehen in Konkurrenz zu zahllosen Portalen und Foren.

E-Health basierte Versorgungslösungen können Kassen nur in Zusammenarbeit von Medizinern und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden einführen, beim Aufbau der IT-Infrastruktur sind sie nicht zuletzt als Finanziere gefordert.

Für schnelle Kursänderungen ist das bestehende Versorgungssystem zu groß und zu komplex, der digitale Transfer verläuft daher eher schleppend. „Transformiert“ wird eher das Verhältnis der Versicherten zur Gesundheitsversorgung: Sie nutzen Apps zur Vorsorge, für Diagnosen und zum Krankheitsmanagement, suchen im Internet nach medizinischen Informationen, Leidensgefährten oder ärztlichem Rat, sehen es gleichsam als zweites, privates Gesundheitssystem. Krankenkassen spielen hier höchstens eine Nebenrolle.

Trotzdem ist Abwarten keine Option. Erwartungen und Einstellungen zu Digital Health werden heute geprägt: Die Menschen nutzen die vorhandenen Angebote, und diese Nutzung beeinflusst letztlich auch die Nachfrage nach kassenfinanzierten Gesundheitsleistungen. Die Qualität der Angebote bleibt dabei weithin ungeprüft. Erst im Jahr 2017, so die Bundesregierung Ende 2016 auf Anfrage der Grünen, sollen „Qualitätskriterien für die Beurteilung von Gesundheits-Apps vorliegen“; dann könne man prüfen, ob „darüber hinaus Standards benötigt werden“ (Deutscher Bundestag 2016). Andererseits stehen Klickzahlen und Downloads für eine offenbar bisher nicht befriedigte Nachfrage: Die Menschen wollen mehr über Gesundheit und Krankheiten wissen, sie sind offen für neue Medien und elektronische Helfer, sie suchen einfache Wege zur Gesundheitsförderung, Selbstdiagnose oder therapeutische Hilfe.

Große Offenheit für digitale Angebote

Schon jetzt, das zeigt eine Umfrage der Schwenninger Krankenkasse vom Frühjahr 2017, würden mehr als ein Drittel der Versicherten Online-Sprechstunden auch bei unbekanntem Ärzten nutzen; knapp 30 Prozent würden sich von Robotern behandeln lassen, jeder zweite der Auswertung seiner Patientendaten zustimmen, um Qualität von Diagnosen und Therapien zu verbessern. Die Menschen sehen E-Health-Lösungen offenbar eher als neue Option statt als Bedrohung. Sie vertrauen den im Internet gefundenen Informationen und ihren Smartphone-Apps, weder ihr Arzt noch die Krankenkasse hat bzw. nimmt darauf irgendwelchen Einfluss.

Maßgeblich für den Erfolg solcher Angebote sind nicht-objektive Qualitätsmaßstäbe oder der medizinische Nutzen, sondern gutes Marketing und einfachste Verfügbarkeit. Harte Qualitätskriterien und strenge Datenschutzerfordernisse können bislang nur Selektivverträge erfüllen, die z. B. digitale Therapiehilfen oder telemedizinische Angebote ins Versorgungssystem integrieren. Doch diese sind quantitativ noch eine Randerscheinung.

Qualität, Sinnhaftigkeit oder Sicherheit der digitalen Angebote des zweiten Gesundheitsmarktes bleiben für die Nutzer im Dunkeln. Die wenigsten Apps sind als Medizinprodukte zugelassen und entsprechend geprüft; was mit den – nicht nur gesundheitsbezogenen – Nutzerdaten geschieht, ist unklar. Während z. B. jedes Arzneimittel eine Zulassung braucht und in der Regel apothekenpflichtig ist, gibt es solche Qualitätsfilter auf dem E-Health-Markt (noch) nicht – selbst wenn es z. B. um An-



wendungen geht, die Hautkrebs erkennen oder für gutes Diabetesmanagement sorgen sollen.

Die Krankenkasse als Tor zur digitalen Gesundheitswelt

Es ist nur eine theoretische Option für Krankenkassen, mit eigenen Angeboten auf breiter Ebene zu einem echten qualitätsorientierten Wettbewerber auf diesem Markt zu werden. Dazu fehlen ihnen der Auftrag und die Ressourcen. Apps als Zusatzleistungen anzubieten, kann aus Marketinggesichtspunkten sinnvoll sein, ein Schritt zur systematischen Digitalisierung sind sie nicht. Durch Selektivverträge können E-Health-Lösungen wie Videosprechstunden, PC- bzw. datengestützte Therapiehilfen oder die telemedizinische Chronikerüberwachung Zug um Zug und in gesicherter Qualität eingeführt werden. In dem Positionspapier „Telemedizin in der vertragsärztlichen Versorgung“ des GKV-Spitzenverbands vom Frühjahr 2016 heißt es z.B.: „Im Rahmen von Selektivverträgen können und sollen innovative, telemedizinische Anwendungen in der Versorgung erprobt werden“ (GKV-Spitzenverband 2016). Überall und kurzfristig verfügbar werden diese Leistungen jedoch auf absehbare Zeit nicht sein – während der freie Markt immer neue Angebote produziert, die Bedürfnisse befriedigen, die die Versicherten bis dahin vielleicht noch nicht einmal kannten.

Trotz ihrer beschränkten Möglichkeiten müssen sich Krankenkassen angesichts des großen Interesses ihrer Versicherten nicht auf ihr Pflichtprogramm beschränken. Im Gegenteil, die derzeitige Situation gibt ihnen die Chance, sich neu zu positionieren, ihren Kunden einen sicheren und qualitätsgeprüften Zugang zur digitalen Gesundheitswelt zu bieten. Durch elektronische Serviceleistungen vom Mutterschaftspass bis zu Ärzte- oder Klinikfindern, durch Verträge, die Versicherten gute Anwendungen und den einwandfreien Umgang mit ihren Daten garantieren, aber auch durch Tests und Empfehlungen von Informationsangeboten oder neuen Apps. Schon das analoge Versorgungssystem ist ein Dschungel, in dem sich Patienten ohne Lotsen verirren oder in die Irre geleitet werden, mit der digitalen Welt wird die Lage für die Versicherten zunächst noch komplizierter.

Um die Vorteile der Digitalisierung wie des gesamten Gesundheitssystems zu nutzen, müssen die „Endverbraucher“ informierte Entscheidungen treffen. Es ist eine originäre Aufgabe der Krankenkassen, ihnen die richtigen Entscheidungsgrundlagen zu liefern. Ansatzweise geschieht das seit langem, jede Kasse bietet Basisinformationen zu Krankheiten und Therapien, zur Krankenhausqualität oder zur Selbstmedikation. Hier schafft die Digitalisierung mit ihren Vernetzungsmöglichkeiten die Chance, diesen „Dienstleistungsbereich“ in neuer Quantität wie Qualität auszubauen.

Alle Informationen sind „im Netz“ verfügbar, was bis heute fehlt, ist ein Filter, ein Content- und Qualitäts-Management, das den Versicherten die Informationen bedarfsgerecht zur Verfügung stellt. Krankenkassen, die diese Lücke schließen, können ihre Versicherten durch den digitalen Transfer begleiten und so an sich binden. Denn trotz hoher Klick- und Downloadzahlen, die Mehrheit der 70 Millionen Versicherten wünscht und braucht in dem immer komplexer werdenden System Unterstützung und Orientierung – nicht nur zum Thema E-Health, sondern bei allen Fragen rund um Gesundheit und Krankheit. Allerdings müssen die Versicherten in ihrer Sprache angesprochen und auf ihrer Wissens Ebene abgeholt werden. Hier haben die Kostenträger Nachholbedarf, wie die 2016 von der MH Hannover veröffentlichte CHARISMHA-

Studie feststellt (Aumann et al. 2016): Überwiegend würden Versicherte allgemein angesprochen, weder anhand der verwendeten Sprache, noch aufgrund der Aufmachung werde eine Alters- oder Zielgruppe spezifiziert. Genau das aber ist notwendig, um Versicherten überzeugend zu vermitteln, dass sie zu Risiken und Nebenwirkungen einfach ihre Krankenkasse fragen können ...

Literatur

- Aumann I, Frank M, Pramann O (2016) Kapitel 12 – Gesundheits-Apps in der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung. In: Albrecht U-V (Hrsg.) Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, S. 244–280. URL: <http://www.digibib.tu-bs.de/?docid=60019> (abgerufen am 27.07.2017)
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2016) Digital-Health-Anwendungen für Bürger – Kontext, Typologie und Relevanz aus Public-Health-Perspektive, 1. Auflage 2016 . URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_Digital-Health-Anwendungen_2016.pdf (abgerufen am 27.07.2017)
- Deutscher Bundestag (2016) Drucksache 18/10259, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Renate Künast, Dr. Konstantin von Notz, Nicole Maisch, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 18/10108 – Verbraucherschutz bei Gesundheits-Apps. Stand: 09.11.2016. URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/102/1810259.pdf> (abgerufen am 27.07.2017)
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2016) Telemedizin in der vertragsärztlichen Versorgung Vorschläge der gesetzlichen Krankenkassen, Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes. Stand: 16. März 2016. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_Telemedizin_03-2016.pdf (abgerufen am 27.07.2016)
- Schwenninger Krankenkasse (Hrsg.) (2017) Bevölkerungsrepräsentative Umfrage, www statt Wartezimmer – Wie digital wird unsere Gesundheitsversorgung? Stand: 22.03.2017. URL: http://presse.die-schwenninger.de/fileadmin/presse/user_upload/Studien/Umfrage_www_statt_Wartezimmer_Schwenninger_Krankenkasse.pdf (abgerufen am 27.07.2017)