

Integrierte Unternehmensführung

Band 7

Digitalisierung im Gesundheitswesen

Kristin Butzer-Strothmann, Annett Bork und Nikolaus Forgó

unter Mitwirkung von: Katrin Baxmann, Annett Bork, Kristin Butzer-Strothmann,
Peter Eicke, Vincent Fieguth, Nikolaus Forgó, Laura Göing, Anika Hahn,
Joachim Heilmann, Kevin Jerke, Markus Prestin, Tim Schmidt, Fabian Schmieder,
Fabienne Sissel, Elmar Waldschmitt, Laura Weber, Hauke Wolfam.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Aufl. - Göttingen: Cuvillier, 2018

Lektorat:

Yasemin Baha

Gregor Harder

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2018

Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen

Telefon: 0551-54724-0

Telefax: 0551-54724-21

www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2018

Gedruckt auf umweltfreundlichem, säurefreiem Papier aus nachhaltiger Forstwirtschaft.

ISBN 978-3-7369-9687-8

eISBN 978-3-7369-8687-9

Vorwort

Der Gesundheitsbranche steht ein alle Bereiche berührender Wandel bevor. E-Health, Medical Apps, Big Data sind nur einige Stichworte, die verdeutlichen: Die Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft schreitet mit hohem Tempo und großer Dynamik voran. Sie betrifft die gesamte „Reise des Patienten“ – von der Prävention über die Diagnose bis zur Therapie. Alle Prozesse werden durch digitale Werkzeuge und Interaktionen verändert, mit entsprechenden Folgen für Geschäftsmodelle und Marktanteile.

Doch nicht alles, was technisch und managementmäßig möglich und gewollt ist, lässt sich auch rechtlich ohne weiteres umsetzen. Es lauern Fallstricke, die für die erfolgreiche Umsetzung bekannt sein und vermieden werden sollten. Dazu gehören z. B. die Themen Datenschutz und Datensicherheit, wettbewerbsrechtliche Grenzen, regulatorische Vorgaben, haftungsrechtliche Aspekte.

Welche Management- und rechtlichen Herausforderungen sich in der digitalen Welt der Gesundheit stellen und wie sie praktisch gelöst werden können, damit soll sich der vorliegende Herausgeberband „Digital Health – Herausforderungen und Perspektivenvielfalt“ befassen.

Den Herausgebern/innen liegt im Wesentlichen daran, exemplarisch die Vielfalt und die hohe Bedeutung der Thematik für die verschiedenen Akteure in der Gesundheitsbranche aufzeigen. Wir danken daher den Autoren dafür, dass sie alle aus ihrer individuellen beruflichen Praxis oder spezifischen Forschungsfeldern dazu beigetragen haben. Die Beiträge spiegeln sehr gut wider, was bereits im Bereich Digitalisierung möglich ist. Sie verdeutlichen aber auch die hohe Komplexität dieser Thematik für die Gesundheitsbranche. Es ist wichtig, ein gemeinsames Verständnis der Akteure im Gesundheitswesen hinsichtlich der Chancen der Digitalisierung zu schaffen, um damit den Herausforderungen konstruktiv begegnen zu können. Die Zielsetzung der Integration der Digitalisierung ist es, die Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern. Wir hoffen, dass hierzu das Buch einen Einblick gibt.

Wir danken Frau Yasemin Baha und Herrn Gregor Harder für das Lektorat und die Aufbereitung der Beiträge für den Druck. Nicht zu vergessen: Unser Dank gilt dem Cuvillier Verlag Göttingen, mit dem wir nun in der Reihe „Integrierte Unternehmensführung“ den siebten Band herausbringen. Ohne die gute Zusammenarbeit wäre das nicht möglich gewesen.

Hannover, im Januar 2018

Die Herausgeber

Kristin Butzer-Strothmann, Annett Bork und Nikolaus Forgó

Inhaltsübersicht

Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung – eine Einführung in den Herausgeberband	
Kristin Butzer-Strothmann	1
Inwieweit sind Krankenversicherungen ein Katalysator für die intensivierete Nutzung von Big-Data-Anwendungen im Gesundheitswesen?	
Annett Bork	7
Alles Leibniz – das digitale Ökosystem der Privaten Krankenversicherung	
Markus Prestin / Tim Schmidt	21
Die digitale Patientenakte Akzeptanz oder Ablehnung?	
Kathrin Baxmann / Kevin Jerke / Peter Eicke	37
Telemedizin – Betrachtung der möglichen Auswirkungen bei Einführung der Telemedizin mit Hilfe der Balanced Scorecard	
Laura Weber	63
Einsatz von Gesundheitsapps – Chancen und Risiken für Krankenversicherungen	
Vincent Fieguth / Laura Göing / Hauke Wolfram	97
Symptom Check im Internet – gut informiert oder schlecht beraten?	
Anika Hahn / Fabienne Sissel	119
Bewertungsportale für Gesundheitsdienstleistungen: Eine rechtliche Einordnung unter besonderer Berücksichtigung der Datenschutzgrundverordnung	
Fabian Schmieder	131
Schutz sensibler Daten von Beschäftigten im Gesundheitswesen	
Joachim Heilmann	147
Digitalisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder: „Wie Startups Körperschaften Beine machen“	
Elmar Waldschmitt	165
Datenschutz in der vernetzten Medizinforschung in Deutschland – ein Problemaufriss im Licht der Datenschutz-Grundverordnung	
Nikolaus Forgó	181

Inhaltsverzeichnis

Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung – eine Einführung in den Herausgeberband	1
Inwieweit sind Krankenversicherungen ein Katalysator für die intensivierete Nutzung von Big-Data-Anwendungen im Gesundheitswesen?	7
1 Einführung und Ziel der Arbeit.....	7
2 Big Data	8
2.1 Big Data im Allgemeinen	8
2.2 Big Data im Gesundheitswesen.....	9
3 Bedeutung Big Data für Krankenversicherungen	11
3.1 Herausforderungen für die Krankenversicherung	11
3.2 Mehrwert der Big-Data-Analysen für Krankenversicherungen.....	12
3.3 Krankenversicherungen als Katalysator?	13
4 Risiken und Anforderungen.....	14
4.1 Risiken.....	14
4.2 Anforderungen zur intensivierten Nutzung von Big Data	15
4.2.1 Anforderungen an die Gesundheitspolitik.....	15
4.2.2 Anforderungen an die Krankenversicherungen	16
5 Zusammenfassung und Ausblick	17
Alles Leibniz – das digitale Ökosystem der Privaten Krankenversicherung	21
1 Einführung.....	21
2 Was bedeutet die Digitalisierung für die Private Krankenversicherung?	22
2.1 Elemente der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung	22
2.2 Implikationen für die Private Krankenversicherung.....	23
3 Digitalisierung entlang der Wertschöpfungskette	24
3.1 Wertschöpfungskette einer Privaten Krankenversicherung	24
3.2 Weiterentwicklung des Underwritings	25
3.3 Beispiele zur Entwicklung im Leistungsmanagement	27
3.4 Service-Verbesserungen zur Erhöhung der Kundenzufriedenheit.....	29
4 Rechtliche Herausforderungen.....	30
4.1 Datenschutz.....	30
4.2 Rahmenbedingungen und Entwicklungen in der telemedizinischen Versorgung.....	31
5 Fazit und Ausblick	32
Die digitale Patientenakte Akzeptanz oder Ablehnung?	37
1 Einführung.....	37
2 Zusammenhang digitale Patientenakte und elektronische Gesundheitskarte	38

2.1	Digitale Patientenakte	38
2.2	Elektronische Gesundheitskarte	41
3	Kritische Reflexion	44
3.1	Vor- und Nachteile	44
3.2	Datenschutz.....	47
3.3	„Gläserner Patient“?	49
3.4	Zwischenfazit	50
4	Die Sicht des Versicherten – Ergebnisse einer Online-Befragung	51
5	Handlungsempfehlungen für das Gesundheitswesen	57
6	Fazit: Akzeptanz der Versicherten ist gegeben	58
Telemedizin – Betrachtung der möglichen Auswirkungen bei Einführung der Telemedizin mit Hilfe der Balanced Scorecard		63
1	Einleitung	63
2	Theoretisch-begriffliche Grundlagen der Telemedizin	63
2.1	Definition und Zielsetzung	63
2.2	Arten der Telemedizin.....	65
2.3	Herausforderung der Telemedizin	69
3	Betrachtung der Aspekte der Telemedizin mit Hilfe der Balanced Scorecard am Beispiel des Klinikums Hann. Münden	71
3.1	Vorgehensweise	71
3.2	Balanced Scorecard am Beispiel des Klinikums Hann. Münden	73
3.2.1	Patientenperspektive.....	73
3.2.1.1	Interner Geschäftsprozess.....	79
3.2.1.2	Finanzielle Perspektive.....	84
3.2.1.3	Lern- und Entwicklungsperspektive	86
4	Handlungsempfehlung	88
5	Fazit	91
Einsatz von Gesundheitsapps – Chancen und Risiken für Krankenversicherungen		97
1	Einleitung	97
2	Theoretisch-konzeptionelle Grundlagen von mobile Health	98
2.1	Definition und begriffliche Einordnung von mobile Health.....	98
2.2	Potenziale und Problemfelder bei der Anwendung von Apps im Gesundheitssektor	99
3	Status quo von Gesundheits-Apps in den gesetzlichen und privaten Krankenkassen	101
3.1	Definition und aktueller Stand von Gesundheits-Apps.....	101
3.2	Vergleich der Gesundheits-Apps im Rahmen der Krankenversicherung ...	103

3.2.1	Ist-Analyse der Gesundheits-Apps in der gesetzlichen Krankenversicherung	103
3.2.2	Ist-Analyse der Gesundheits-Apps in der privaten Krankenversicherung	106
3.2.3	Interpretation der Ist-Analyse	107
4	Qualitative Untersuchung zu Gesundheits-Apps: Halbstandardisiertes Leitfadeninterview in der PKV und GKV	109
4.1	Zielsetzung und Methodik der Untersuchung	109
4.2	Darstellung und Interpretation der Ergebnisse	111
5	Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick	115
	Symptom Check im Internet – gut informiert oder schlecht beraten?	119
1	Einführung: Nutzung von Onlineforen für medizinische Fragestellungen	119
2	Untersuchung von Onlineforen	120
2.1	Arten und Grundkonturen von Onlineforen	120
2.2	Onlineforen im Gesundheitswesen – Ein Benchmark	121
2.2.1	Vorgehensweise und Vergleichskriterien	121
2.2.2	Ergebnisse	124
2.2.2.1	Formale Angaben	124
2.2.2.2	Medizinische Qualität	125
3	Gesamtbetrachtung und Fazit	126
	Bewertungsportale für Gesundheitsdienstleistungen: Eine rechtliche Einordnung unter besonderer Berücksichtigung der Datenschutzgrundverordnung	131
1	Einleitung	131
2	Interessenlage zwischen Gesundheitsdienstleister, Plattformbetreiber und Plattformnutzer	131
3	Verfassungsrechtliche Einordnung	132
3.1	Grundrechtspositionen des Arztes oder Krankenhauses	132
3.1.1	Allgemeines Persönlichkeitsrecht	133
3.1.2	Recht auf freie Berufsausübung	133
3.2	Grundrechtspositionen der Portalnutzer	133
3.2.1	Aktive Nutzer	134
3.2.2	Passive Nutzer	134
3.3	Grundrechtspositionen des Portalbetreibers	134
3.4	Mittelbare Drittwirkung im einfachen Recht	135
4	Einfachrechtliche Einordnung	135
4.1	Datenschutzrecht	135

4.1.1	Anwendbarkeit des Datenschutzrechts	135
4.1.2	bisherige Zulässigkeitsvoraussetzungen nach dem des BDSG	136
4.1.3	Zulässigkeitsvoraussetzungen der DSGVO	136
4.1.4	Interessenabwägung	137
4.1.5	Auswirkungen der DSGVO auf die Interessenabwägung	138
4.2	Rechtsschutzmöglichkeiten	139
4.2.1	Datenschutzrechtlicher Berichtigungsanspruch	139
4.2.2	Datenschutzrechtlicher Lösungsanspruch („Recht auf Vergessen“)	139
4.2.3	Beseitigungs-, Unterlassungs- und Schadenersatzansprüche	140
4.2.3.1	Gegen den Urheber der Bewertung	140
4.2.3.2	Gegen den Plattformbetreiber	141
4.2.3.2.1	Haftungsprivilegierung des Plattformbetreibers nach dem Telemediengesetz	141
4.2.3.2.2	Zurechnung fremder Inhalte	141
4.2.4	Identifizierungsmöglichkeiten des Urhebers einer rechtsverletzenden Bewertung	143
5	Fazit	144
	Schutz sensibler Daten von Beschäftigten im Gesundheitswesen	147
1	Problem	147
2	Interessenlage und Zielsetzung	147
3	Wege dorthin	148
4	Anwendungsgebiete	148
4.1	Datenerhebung bei Bewerberinnen und Bewerbern	148
4.2	Gentechnische Untersuchungen	149
4.3	Einstellungsuntersuchungen	149
4.4	Eignungsuntersuchungen	150
4.5	Arbeitszeiten und Zeitkonten (vor allem Fehlzeiten)	150
4.6	Gesundheits- bzw. Krankheitsdaten	151
4.7	Arbeitsmedizinische Vorsorge	151
4.8	Ergebnisse von Tests und sonstigen Untersuchungen	151
4.9	Arbeitsunfähigkeitsdaten bei krankheitsbedingter Kündigung	152
4.10	Unverzichtbare Rechte von Beschäftigten bei allen ärztlichen Untersuchungen	152
5	Sonderfall: Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	152
5.1	Beschnittene Mitbestimmung der Betriebsräte	152
5.2	Krankheitsdaten	153
5.3	Verfahrensregelung	153
5.4	Gesundheitsbezogene Daten	154
5.5	Datenaufbewahrung und -vernichtung	155
6	Daten aus rechtswidrig erlangten Informationen	155

7	Personalakteninhalt.....	156
8	Spezielle Datenschutzrechte.....	156
9	Kontrollen durch den Betriebsarzt, den betrieblichen Datenschutzbeauftragten und die Aufsichtsbehörde.....	157
9.1	Betriebsarzt	157
9.2	Betrieblicher Datenschutzbeauftragter (DSB).....	157
9.3	Aufsichtsbehörden	158
10	Rechte und Pflichten der Betriebsräte.....	158
10.1	Bewerbung und Auswahl	158
10.2	Verhalten der Beschäftigten	159
10.3	Überwachung und Gesundheitsschutz	159
10.4	Betriebs- oder Dienstvereinbarungen	160
10.5	Für Betriebsvereinbarungen eignet sich folgende Regelungstechnik:	160
10.6	Notfalls Einigungsstelle.....	162
11	Verwahrung und Verbleib der Daten	162
12	Fazit – Kernaussagen	162
	Digitalisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder: „Wie Startups Körperschaften Beine machen“	165
1	Vom Megatrend zum Megadeal?	165
2	Startups und ihre spezifischen Rahmenbedingungen	166
3	Digitalisierung bei den gesetzlichen Krankenkassen	167
4	Zur Rolle von Startups bei der Digitalisierung der GKV	169
4.1	Welche Gründe sprechen für eine Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Startups?.....	169
4.2	Wo liegen die Hinderungsgründe?.....	172
4.3	Was können Kassen und Startups tun, um attraktive Partner füreinander zu sein?	174
5	Vertragliche Grundlagen für eine Zusammenarbeit zwischen Startups und Krankenkassen	175
6	Fazit: Gelassenheit führt zum Ziel	177
	Datenschutz in der vernetzten Medizinforschung in Deutschland – ein Problemaufriss im Licht der Datenschutz-Grundverordnung	181
1	Status Quo	181
2	Fortentwicklung	185
	Über die Autorinnen und Autoren	189

Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung – eine Einführung in den Herausgeberband

Kristin Butzer-Strothmann

Digitalisierung im Gesundheitswesen, E-Health, Telemedizin, Data Analytics, Big Data, New Health – diese Begriffe symbolisieren eine Revolution im Gesundheitswesen. Sicherer Datenaustausch und leistungsfähige IT-Infrastruktur erlauben es Ärzten, Krankenhäusern, Pharmaunternehmen, aber auch Patienten, Gesundheit neu zu denken: Durch den beschleunigten Austausch und die Vernetzung von Patientendaten sind neue innovative Therapieformen möglich. (Lux, T. 2017, S. 1). Durch die Telemedizin kann medizinische Fachwissen ortsunabhängig und flächendeckend zur Verfügung gestellt werden.

Big Data ermöglicht eine neue Qualität der Medizin, da große Datenmengen zusammengeführt und gezielt analysiert werden können. Mobile Anwendungen helfen Patienten im Alltag und machen andere Formen der Diagnose und Therapie möglich. Dieses sind nur einige Beispiele dafür, welche Möglichkeiten die Integration von IT-Infrastruktur bieten. (Müller-Mielitz, S. 2017, S. 173f.)

Die IT-Vernetzung verbindet die Systeme, die zusammengehören: Krankenhäuser, Ärzte, Pharmaunternehmen, Apotheken, Patienten. Die Digitalisierung geht somit quer durch jeden Sektor im Gesundheitswesen. Ein Ziel ist die Steigerung der Effizienz. Dieses ist möglich, weil durch die Digitalisierung mehr Transparenz geschaffen wird. Prozesse können wesentlich stärker vereinfacht und auch automatisiert werden. Intelligente Infrastrukturen ermöglichen z. B., dass Maschinen mit Maschinen kommunizieren. Neben der Effizienz wird aber auch die Effektivität gesteigert. Gesundheitsdaten können ganz anders ausgewertet werden und somit eine zielsichere Gesundheitsversorgung gewährleisten. Damit ist es trotz Automatisierung möglich, stärker auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingehen zu können. (Gmeiner, A. 2016, S. 128ff.)

Die Elektronische Gesundheitskarte oder auch die elektronische Patientenakte stellen hierzu den Schlüssel zum Erfolg dar. Denn sie ermöglicht, wenn der Patient dieses zulässt, einen sicheren und schnellen Austausch von Gesundheitsdaten. Darüber hinaus hängt der Erfolg oder Misserfolg der Gesundheitskarte in hohem Maße davon ab, dass die Patienten auf einen sensiblen Umgang mit ihren Daten vertrauen können. Eine Studie zeigt, dass der überwiegende Teil der Deutschen bereit ist, persönliche Krankheitsdaten freizugeben, wenn diese Freigabe zu besseren Therapiemöglichkeiten führt (PwC 2016). Es ist daher davon auszugehen – nimmt man diese Ergebnisse als Signal – dass nur Unternehmen der Gesundheitsbranche, die neue Technologien verantwortungsvoll einsetzen, langfristig im Wettbewerb bestehen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen sind und der Markt sich hoch dynamisch bewegt. Im sog. Zweiten Gesundheitsmarkt existieren bereits eine Fülle von digitalen Anwendungen. Als Beispiele sind hier die Vielzahl von Gesundheitsapps und Wearables anzuführen. Allerdings muss konstatiert werden, dass

im ersten, „klassischen“ Gesundheitsmarkt die Digitalisierung noch in den Kindheitsschuhen steckt. Daher besteht insgesamt ein hohes Wachstumspotential durch die Digitalisierung im Gesundheitssektor.

Alle Leistungserbringer stehen jetzt vor der Aufgabe, die Chancen und Möglichkeiten zu nutzen und ihre Position für die Zukunft zu sichern. Insgesamt darf dabei aber nicht unberücksichtigt bleiben, dass die Digitalisierung auch Risiken in sich birgt, zum Beispiel im Bereich des Datenschutzes und der Datensicherheit. Die Herausforderung besteht in der Strukturierung und Integration der bisherigen Ansätze und Einbindung in ein Gesamtkonzept.

Die vorliegenden Beiträge spiegeln die unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten, aber auch die Chancen und Risiken der Digitalisierung aus der managementzentrierten sowie aus der rechtlichen Perspektive wider.

Zu den zentralen Herausforderungen im Gesundheitswesen gehören die Kostensteigerung durch die demographische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt sowie der permanente Wettbewerbsdruck der Krankenversicherungen. Die Krankenversicherungen nehmen durch die bei ihnen bereits vorhandenen Daten und ihre Vielzahl von Schnittstellenpartnern eine zentrale Rolle im Gesundheitssektor ein. Sinnvoll verstandene Anwendung von Big Data kann durch bessere Nutzung der in den Daten enthaltenen Informationen und die Erschließung neuer Datenquellen dabei als Instrument fungieren, um Zusammenhänge besser zu verstehen und relevante Muster zu erkennen. Die daraus resultierenden Kosten- und Gesundheitsvorteile kommen sowohl den Krankenversicherungen wie auch den Versicherten zugute. Der Artikel von *Annett Bork* beschäftigt sich zusätzlich mit den Herausforderungen hinsichtlich Balance von Nutzen der Daten und Schutz des Einzelnen.

Die erfolgreiche Nutzung der Möglichkeiten durch die Digitalisierung ist einer der entscheidenden Wettbewerbsfaktoren in der Privaten Krankenversicherung. Die drei Stoßrichtungen dabei sind die Senkung der Verwaltungskosten, die Senkung der Leistungskosten sowie die Erhöhung der Kundenzufriedenheit. Wegbereiter für diese Entwicklungen ist u.a. Gottfried Wilhelm Leibniz gewesen. In welcher Form? - das thematisiert der Beitrag von *Markus Prestin und Tim Schmidt*.

Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung ist es elementar, für eine strukturierte Einbindung der Leistungserbringer in den Behandlungs- und Behandlungsprozess der Krankenversicherten zu sorgen. Ein oft thematisiertes Hilfsmittel dieser telemedizinischen Steuerung ist die digitale Patientenakte (auch elektronische Patientenakte genannt). Bei der genaueren Betrachtung der Autoren *Kathrin Baxmann, Kevin Jerke und Peter Eicke* fällt auf, dass der Informationsfluss zu diesem Thema verstärkt bei den Stakeholdern wie Gesundheitsministerium oder Krankenkassen liegt. Doch wie sehen die Versicherten das Thema der zunehmenden Digitalisierung des Gesundheitswesens? Betrachten sie diese eher als Chance zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung oder sehen sie diese überwiegend als Risiko im Bereich des Datenschutzes und fühlen sich dabei als „gläserner Patient“?

„Es gibt zwar viele interessante Projekte, in denen Dinge ausprobiert worden sind. Bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen bekommt die Branche aber ihre PS nicht auf die Straße (Deutsches Ärzteblatt 2016).“ Am Beispiel einer Klinik veranschaulicht *Laura Weber* den derzeitigen Status im Bereich der Telemedizin. Eine von mehreren Fragestellungen hierbei bezieht sich darauf, inwieweit die Vernetzung von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Apotheken und Therapeuten gefördert wird und wie die bestehenden Datenschutzleitlinien bzgl. der Telemedizin angepasst werden müssen. Auf welche Aspekte sollte ein Leistungserbringer bei der Umsetzung eines telemedizinischen Angebots achten und welche Auswirkungen hat es auf das Unternehmen, die Patienten und die Mitarbeiter? – Eine Handlungsempfehlung.

Smartphone und Apps stellen inzwischen übliche Begleiter im Alltag dar. Auch im Bereich des Gesundheitswesens reichen die Nutzungsmöglichkeiten der Apps von Wellness-Anwendungen bis zu Diagnose und Therapien. Die mittlerweile immer selbständigere Nutzung dieser Anwendungen sollte aber nicht den Blick auf die Risiken verstellen, die unter medizinischen, ethischen, rechtlichen, ökonomischen und politischen Gesichtspunkten zu diskutieren sind. Der Beitrag von *Laura Göing, Vincent Figuth und Hauke Wolfram* fasst den derzeitigen Status quo von Gesundheitsapps in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zusammen. Mit Hilfe von Experteninterviews werden darüber hinaus die Chancen und Risiken zum Einsatz von Gesundheitsapps in der Krankenversicherung aufgezeigt.

Hotelbewertungen, Versicherungsprämien und vieles mehr sucht man schon längst erfolgreich im Internet. Warum also nicht auch die Online-Recherche nutzen, um sich über Symptome oder akute gesundheitliche Beschwerden zu informieren? Das Internet bietet eine Vielzahl von medizinischen Informationen. Gesundheitsportale bieten allgemeine Informationen mit Gesundheitsnachrichten, Medizin-Lexika und Erläuterungen zu verschiedenen Krankheiten. Doch wie gut wird der Nutzer dieser Angebote tatsächlich beraten? Diese Thematik analysieren *Anika Hahn und Fabienne Sissel*.

Wer ein Produkt oder eine Dienstleistung sucht, verlässt sich gerne auf Empfehlungen – auch im Gesundheitswesen. Verbraucher nutzen daher u. a. Bewertungsportale im Web, um zu entscheiden, welchen Arzt oder welches Krankenhaus sie aufsuchen. Dabei führen vor allem negative Bewertungen über Gesundheitsdienstleistungen gelegentlich zu juristischen Auseinandersetzungen im Dreiecksverhältnis zwischen Portalbetreiber, Bewertungsverfasser und Gesundheitsdienstleister. Ausgehend vom grundrechtlichen Spannungsfeld zwischen Meinungsfreiheit und Allgemeinem Persönlichkeitsrecht untersucht *Fabian Schmieder* die einfachrechtlichen Aspekte dieses Konflikts und geht dabei insbesondere auch auf die datenschutzrechtlichen Aspekte und Veränderungen durch die Datenschutzgrundverordnung ein.

Gesundheits- und Krankheitsdaten von Bewerbern und Beschäftigten sind ein begehrtes Gut bei Arbeitgebern und anderen Stellen (z. B. Versicherungen). Im Zuge der Bewerbung, der Einstellung, der Eignungsprüfung und der weiteren Durchführung des Beschäftigungsverhältnisses geraten auch Gesundheitsdaten in den Fokus, etwa bei Arbeitszeitregeln, Vorsorgen, Tests, Untersuchungen, Krankheiten oder Wiedereingliede-

rungen. Arbeitnehmer haben aber das vorrangige Interesse, ihr Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung zu wahren. Wie lassen sich diese Standpunkte miteinander vereinbaren? – Eine rechtliche Betrachtung von *Joachim Heilmann*.

Die medizinische Forschung lebt von Daten! Aber: Unsere aller medizinische Daten sind häufig eingesperrt in Silos, nicht zugänglich, nicht bekannt und einem Sicherheitsrisiko ausgesetzt, das nicht selten nur durch die IT-Kompetenz und der Sicherheitsaffinität des lokalen Administrators limitiert wird – mit erheblichen Unterschieden und Defiziten. Diese Problematik behindert die medizinische Forschung nachhaltig. Warum ist das so und wie lässt es sich ändern? Mit dieser Frage aus der Perspektive des Datenschutzes in der vernetzten Medizinforschung befasst sich der Beitrag von *Nikolaus Forgó*.

Ist die Zusammenarbeit von Krankenkassen und Startups von einer Win-Win-Situation geprägt? Diese Frage stellt sich *Elmar Waldschmitt* in seinem Beitrag „Krankenkassen und Startups – Ansätze zu einer nutzenbringenden Zusammenarbeit“. So erhoffen sich Krankenkassen über die Zusammenarbeit mit Startups innovative Impulse von außen. Startups dagegen bauen auf einen leichteren Zugang in den schwierigen, aber lukrativen ersten Gesundheitsmarkt. Es existieren genügend Rechtsgrundlagen, auf Basis derer Startups und Krankenkassen zusammenarbeiten können. Die unterschiedlichen Unternehmenskulturen von Körperschaften des Öffentlichen Rechts und privaten, auf schnelles Wachstum getrimmten Unternehmen zusammen zu bringen, stellt eine große Herausforderung dar. Beide – Krankenkassen sowie Startups – müssen bereit sein, sich ein Stück aus ihren Welten hinaus und aufeinander zubewegen.

Im vorliegenden Forschungsband wird durch die Beiträge der Autoren ein Überblick zu aktuellen Aspekten und Fragestellungen im Bereich der Digitalisierung im Gesundheitswesen gegeben. Die Komplexität dieser Thematik kann an dieser Stelle nicht abschließend dargestellt werden. Den Autoren ist es wichtig, dass es eines gemeinsamen Verständnisses bedarf, was Digitalisierung bedeutet. Neben IT-Infrastruktur, sinnvollen Datenanalysen und Evaluationen zum Nutzenaspekt, stellen Austausch und Kooperationen zwischen den Anbietern digitaler Anwendungen und den Akteuren im Gesundheitswesen einen zentralen Erfolgsfaktor dafür dar, das jeweilige spezifische Wissen zielführend einzubringen. Eines ist aber auch sicher: Der Mensch steht weiterhin als Akteur im Zentrum der Digitalisierung. Er muss vorgeben, welche Daten für eine zielgerichtete Auswertung oder Therapie von Nöten sind und die Ergebnisse einordnen. Insgesamt ist es erforderlich, einen holistischen Ansatz zu verfolgen.

Literatur

- Gmeiner, A. (2016): Gesundheitsökonomische Konsequenzen der Digitalisierung bei Gesundheitsdienstleistungen für Qualität und Effizienz der Patientenversorgung. Verlag Dr. Kovač, Hamburg.
- Lux, Th. (2017): E-Health – Begriff und Anwendungen. In: Müller-Mielitz, St. / Lux, Th. (Hrsg.): E-Health-Ökonomie. Springer, Wiesbaden, S. 1- 22.
- Müller-Mielitz, S. (2107): Digitalisierung der Gesundheitswirtschaft. In: Müller-Mielitz, St. / Lux, Th. (Hrsg.): E-Health-Ökonomie. Springer, Wiesbaden, S. 173 – 196.
- PwC (2016): Personalisierte Medizin – Ohne persönliche Daten keine optimale Therapie, <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/personalisierte-medizin-studie-2016.pdf>. Abruf am 15.11.2016.

Inwieweit sind Krankenversicherungen ein Katalysator für die intensivierete Nutzung von Big-Data-Anwendungen im Gesundheitswesen?

Annett Bork

1 Einführung und Ziel der Arbeit

Der Begriff Big Data hat sich in den vergangenen Jahren zu einem Synonym für den zunehmenden Wert von großen Datenmengen entwickelt. Mayer-Schönberger und Cukier beschreiben bereits 2013 den Wandel von Daten von ihrer unterstützenden Rolle hin zu Daten, die aus sich heraus bereits einen Wert besitzen. Das zeigt sich im Zusatz- bzw. Sekundärnutzen der Daten. Dies bedeutet, dass Daten wiederholt für verschiedene Zwecke genutzt werden können, in allen Bereichen der Gesellschaft und damit auch im Gesundheitssektor. Daten entwickeln sich zu einem weiteren Produktionsfaktor, neben den in der Ökonomie bekannten klassischen Produktionsfaktoren Arbeit, Boden und Kapital (Mayer-Schönberger und Cukier 2013, S.127-130).

Die zentralen Herausforderungen im Gesundheitswesen und der Krankenversicherungen umfassen zwei wesentliche Aspekte: Zum einen die Kostensteigerung (Statistisches Bundesamt 2017) durch die demographische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt und zum anderen der permanente Wettbewerbsdruck der Krankenversicherungen (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz 2014, Bundesversicherungsamt Wettbewerbsgrundsätze 2016).

Die Krankenversicherungen nehmen durch die bei ihnen bereits vorhandenen Daten und ihre Vielzahl von Schnittstellenpartnern eine zentrale Rolle im Gesundheitssektor ein. Sinnvoll verstandene Anwendung von Big Data kann durch bessere Nutzung der in den Daten enthaltenen Informationen und die Erschließung neuer und externer Datenquellen dabei als Instrument fungieren, um Zusammenhänge besser zu verstehen und relevante Muster zu erkennen. Die resultierenden Kosten- und Gesundheitsvorteile kommen sowohl den Krankenversicherungen wie auch den Versicherten zugute: eine effizientere Behandlungsqualität hat Auswirkung auf die Kostenentwicklung und Beitragsentwicklung, personalisierte Gesundheitsprogramme stärken die Kundenbindung und Betrugs-erkennung wird optimiert.

Die vorliegende Arbeit soll die zentrale Rolle der Krankenversicherungen zeigen, die sie als Katalysator zur Reduzierung der Hemmnisse bei der Nutzung von Big Data einnehmen können. Daneben wird auf die Risiken hinsichtlich Balance von Nutzen der Daten und Schutz des Einzelnen sowie der möglichen Diskriminierung durch Schlussfolgerungen nur aufgrund von Wahrscheinlichkeiten und den damit verbundenen Herausforderungen eingegangen.

2 Big Data

2.1 Big Data im Allgemeinen

In der Literatur finden sich vielfältige Definitionen zu Big Data. Lanley (2001) beschreibt das 3-V-Modell mit drei Dimensionen: Ansteigendes Datenvolumen (volume), ansteigende Geschwindigkeit, mit der Daten erzeugt und verarbeitet werden (velocity) sowie eine zunehmende Datenvielfalt (variety). Auf dieser Basis sind weitere Dimensionen ergänzt worden, zum Beispiel die Vertrauenswürdigkeit und Zuverlässigkeit (veracity). Dies ist insbesondere von großer Bedeutung im medizinischen Kontext.

Damit zeigen sich vier gängige Dimensionen von Big Data:

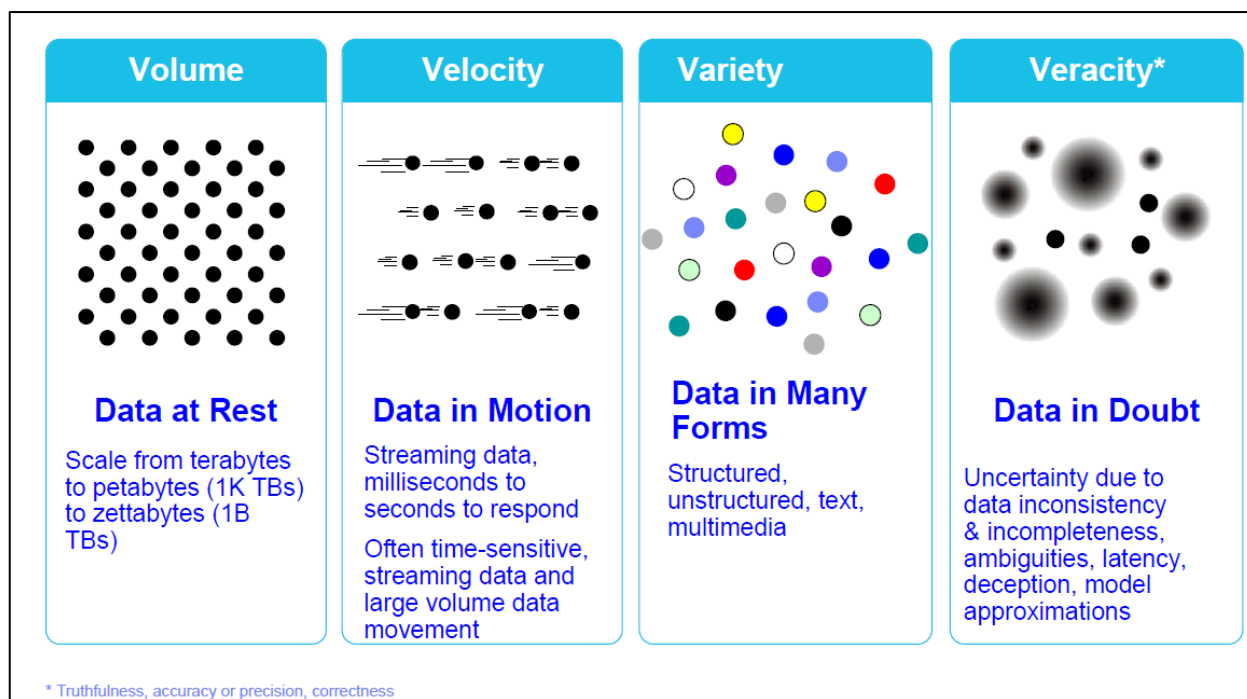


Abbildung 1: The fourth dimension of Big Data

Quelle: IBM Corporation, Solutions Big Data 2012.

Neben der Beschreibung von Datenvolumen und –struktur beinhaltet Big Data auch ein Handlungskonzept zur sinnvollen Nutzung von Daten und deren wirtschaftlichen Umgang. Diesen Aspekt nimmt die Bitkom (2017) auf und bezeichnet Big Data als:

„...die wirtschaftlich sinnvolle Gewinnung und Nutzung entscheidungsrelevanter Erkenntnisse aus qualitativ vielfältigen und unterschiedlich strukturierten Informationen, die einem schnellen Wandel unterliegen und in bisher ungekanntem Umfang anfallen. Big Data stellt Konzepte, Methoden, Technologien, IT-Architekturen sowie Tools zur Verfügung, um die geradezu exponentiell steigenden Volumina vielfältiger Informationen in besser fundierte und zeitnahe Management-Entscheidungen umzusetzen und so die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen zu verbessern...“

Big Data wird vorangetrieben durch die Digitalisierung in allen Bereichen der Gesellschaft auch im Gesundheitswesen. Damit verbunden ist die Digitalisierung von Gegenständen, Beziehungen und Dienstleistungen: Aus einer Vielfalt von Datenquellen, auch

aus initial scheinbar wertlosen Daten, können wertvolle Informationen strukturiert, erfasst und analysiert werden. Datenquellen können beispielsweise eingebettete Sensoren in Alltagsgegenständen, Web- und Social Media Daten oder biometrische Daten sein. Die Auswertung erfolgt durch die Datenhalter selbst, externe Analyse-Experten oder Unternehmen mit einer ausgeprägten „Big-Data-Affinität“, die unterschiedliche Daten sammeln, verknüpfen und neue (Geschäfts-)Ideen entwickeln. Leistungsfähige und preisgünstige Verarbeitungs- und Speicherkapazitäten sowie Analysewerkzeuge machen neben reinen Datenanalysen die Anwendung komplexer Algorithmen möglich.

Die klassischen „Small-Data“-Analysen beziehen sich überwiegend auf einen hypothesenbasierten Ansatz mit Auswahl einer Stichprobe, der Datenanalyse und der Suche nach Kausalitäten, nach der Ursache für eine Konstellation bzw. einen Sachverhalt.

Ein wichtiges Merkmal von Big-Data-Analysen ist der datenbasierte Ansatz (Mayer-Schönberger, Cukier 2013, S.74). Es erfolgt die Auswertung aller relativ zur gesamt möglichen Datenmenge vorhandenen Daten mit der Suche nach Korrelationen und macht damit Vorhersagen oder weitere konkrete Analysen möglich. Die Daten können wiederholt für verschiedene Zwecke genutzt werden. Dies ist ein Vorteil, da oft erst nach der Analyse Fragen auftreten, für deren Klärung auf den kompletten Datenbestand zurückgegriffen werden kann. Bei Stichproben-Analysen mit reduzierten Datenmenge ist die Exaktheit der Daten von essentieller Bedeutung. Bei sehr großen Datenmengen kann die Fehlerwahrscheinlichkeit steigen, zum Beispiel durch Inkonsistenzen in der Formatierung oder bei der Datenverarbeitung. Mayer-Schönberger und Cukier merken dazu an, dass

„...wir in Zukunft oft eine gewisse Unschärfe der Daten kann in Kauf nehmen werden, wenn sich im Gegenzug dafür die gesammelte Datenmenge dramatisch erhöht...“ (Mayer-Schönberger, Cukier 2013, S. 49).

2.2 Big Data im Gesundheitswesen

Eine der zentralen Herausforderungen im Gesundheitswesen ist die Kostensteigerung, unter anderem durch die Zunahme der alten und hochaltrigen Bevölkerungspopulation und dem medizinisch-technischen Fortschritt. Damit rücken Effektivitäts- und Effizienzsteigerungen in den Fokus, zum Beispiel durch Überwindung der Grenzen von ambulanten und stationären Bereich zur Nutzung von Synergien sowie der Digitalisierung von bestehenden Prozessen. Ein weiterer Ansatz ist es, Daten als strategische Ressource zu nutzen, etwa im Rahmen der verbesserten Versorgungsqualität.

Im Gesundheitswesen stammen die Daten aus einer Vielzahl von Quellen. Neben den klassischen medizinischen Daten, wie Diagnose oder bildgebende Befunde (z. B. Computertomographie) existieren gesundheitsbezogene Daten. PricewaterhouseCoopers (2016) kategorisiert die Datenquellen in ihrer Studie „Weiterentwicklung der eHealth-Strategie. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit“ folgendermaßen:

Kategorie der Datenquelle	Ausgewählte Datenquellen
Medizinische Daten	Laborbefunde
	Bilddaten
	Krankheitsverläufe
	Genomik
	Patientenprofile
	Adhärenz-Profil
	Länge des Aufenthalts
Öffentliche Gesundheitsdaten	Gesundheitsämter
	Gemeinden
	Ministerien auf Bundes- und Landesebene
	Nachgelagerte Behörden (RKI, PEI, DIMDI etc.)
	WHO
Versicherungsdaten	Versicherungsinformationen
	Risikoprofile
	Inanspruchnahme von Leistungen
Forschungsdaten	Biobanken
	Klinische Versuche
	Open Data
Individuelle, durch Nutzer generierte Daten	Wellness
	Ernährung
	Fitness
	Schmerztagebuch
	Sensoren
Pharmadaten	Verkauf von Medikamenten
	Medikamentennutzung
	Beschwerden
	Zusammensetzung von Rezepturen
Nichtklassische Gesundheitsdaten	Soziale Netzwerke
	Telekommunikation
	Einzelhandel
	Gefühlszustand

Tabelle 1: Kategorisierung von Datenquellen
Quelle: PricewaterhouseCoopers 2016, S. 55-56.

In der Literatur wird eine Vielzahl von möglichen Anwendungsgebieten von Big Data im Gesundheitswesen beschrieben, beispielsweise zur Optimierung der Versorgungsqualität, zur Entscheidungsunterstützung der Fachexperten bei personalisierten Therapieoptionen, im Rahmen der Versorgungsforschung oder bei der Identifikation von Betrugsfällen (PricewaterhouseCoopers 2016, S.58-61; Gigerenzer et al. 2016, S. 24ff.).

Dennoch steckt Big Data im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Branchen noch in den „Kinderschuhen“. Gersch und Rüsike beschreiben Hemmnisse im e-Health-Bereich als sogenannte Diffusionshemmnisse (Gersch und Rüsike 2011, S. 12 ff.). Diese Hemmnisse, beispielsweise ein unzureichender bzw. unklarer Rechtsrahmen, die unzureichende Standardisierung auf Prozess- und Datenebene sowie divergierende Investitionskalküle und –horizonte der Stakeholder, lassen sich auf Hemmnisse bei der Nutzung von Big Data übertragen. Insbesondere die Heterogenität der Datenquellen, die Komplexität der Datenmenge und -struktur und die datenschutzrechtliche Bewertung der Datenerhebung und -nutzung sind hier zu nennen. Zudem agiert eine Vielzahl von Stakeholdern mit unterschiedlichen Interessen im Gesundheitssektor.

Eine zentrale Schnittstellenfunktion nehmen die Krankenversicherungen als Kostenträger ein. Wie sie diese Position bei der intensivierten Nutzung von Big Data nutzen können, damit befasst sich das folgende Kapitel.

3 Bedeutung Big Data für Krankenversicherungen

3.1 Herausforderungen für die Krankenversicherung

Nach dem SGB V ist es die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (§ 1 SGB V) und Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 SGB V). Für die privaten Krankenversicherungen gelten das Versicherungsvertrags- und das Versicherungsaufsichtsgesetz (VVG und VAG). Für die in § 193 Abs. 3 VVG genannten Personen besteht eine Versicherungspflicht. Mit diesen Aufgaben fungieren die Krankenversicherer in erster Linie als Kostenträger.

In diesem Kontext bestehen Schnittstellen zu einer Vielzahl von Akteuren (Auszug):



Abbildung 2: Interaktion der Stakeholder im Gesundheitswesen

Quelle: Eigene Darstellung

Die Krankenversicherungen haben sich in den vergangenen Jahren vom Kostenerstatler zum Lotsen für ihre Versicherten durch den komplexen Gesundheitssektor entwickelt. Dies erfolgte vor dem Hintergrund zu bewältigenden Herausforderungen. Diese und die damit verbundenen Ziele stellen sich wie folgt dar:

- Steigender Behandlungs- und Pflegebedarf aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts betroffen

Ziel: Kostensenkung, Umsatzsteigerung bzw. -erhalt, Sicherung der Rentabilität

- Permanenter Wettbewerbsdruck
Ziel: Steigerung der Kundenbindung, Senkung der Stornoquoten
- Steigendes Datenvolumen in verschiedener Datenqualität und -struktur aus unterschiedlichen Datenquellen
Ziel: Sicherstellung der bedarfs- und datenschutzgerechten Speicherung und Nutzung der polystrukturierten Informationen
- Regionale Versorgungsvariabilität und Überdiagnostik/-therapie
Ziel: Sicherstellung der (Versorgungs-) Qualität und der Wirtschaftlichkeit der zu erstattenden Leistung
- Zunehmende Entwicklung zur personalisierten Medizin
Ziel: Prüfung der medizinischen Notwendigkeit und der Versorgungsqualität der zu erstattenden Leistung
- Kenntnis und Nutzung der Möglichkeiten der angebotsindizierten Nachfrage durch Leistungsanbieter
Ziel: Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der zu erstattenden Leistung

3.2 Mehrwert der Big-Data-Analysen für Krankenversicherungen

Der Nutzen von Big Data Analysen zeigt sich deutlich beim Thema der steigenden *Leistungsausgaben*. Zur Beurteilung der Kosten- und Abrechnungsentwicklungen mit einem daraus resultierenden effektiven und effizienten Leistungsmanagement sind valide Daten unabdingbar. Die Identifikation von effektiven und effizienten Behandlungspfaden vermeidet Über-, Unter- und Fehlversorgung und führt zur Kostenreduktion. Das Erkennen von Therapieinteraktionen, zum Beispiel bei der Polymedikation chronisch Kranker, und deren zeitnahe Intervention reduziert Folgekosten, etwa durch die Verringerung unnötiger Stationäraufenthalte. Analysen auf umfassender Datenbasis unterstützen die Verbesserung der Versorgungsqualität, da die Prozesse und Leistungen der Akteure im Gesundheitssektor vergleichbar werden. Überdies kann die Einhaltung von Leitlinien und Qualitätsstandards überprüft werden. Der Zugriff auf Echtzeitdaten kann hilfreich sein, beispielsweise bei der Erkennung von Epidemien.

Big-Data-Analysen können zudem Themen mit mangelnder Gesundheits(system)kompetenz identifizieren und durch gezielte Kundenansprache eine gezielte Aufklärung und Wissensvermittlung unterstützen. Schaeffer et al. zeigen 2016 in einer Studie zur Gesundheitskompetenz in Deutschland, dass 54,3% der Deutschen über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügen. Das beinhaltet zum einen den Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen, um gesundheitliche Belastungen und Krankheiten zu bewältigen. Zum anderen bestehen Orientierungsschwierigkeiten im Gesundheitssystem, was unter anderem zu häufigeren Einweisungen in das Krankenhaus führt (Schaeffer et al. 2016, S.3). Unter dem Gesichtspunkt der Kosten ist dies ein relevantes Thema für die Krankenversicherungen.

Im Rahmen des *Wettbewerbsdruckes* sind die Steigerung der Kundenbindung und die Senkung der Stornoquoten ein wichtiges Ziel. Durch die Auswertung der internen Daten sowie durch die Informationsgewinnung durch externe neue Datenquellen lassen sich die Versicherten durch personalisierte Gesundheitsprogramme und Präventionsangebote individuell ansprechen. Dies ist auch ein Gesundheitsvorteil für die Versicherten. Im Rahmen der Stornoprävention ist das Erkennen von Frühwarnzeichen ein wichtiger Aspekt, um gezielt Maßnahmen zur Kundenbindung ergreifen zu können. Die gute Kundenbindung wird unterstützt durch eine solide und zuverlässige Beitragsentwicklung. Solide Prognosen hinsichtlich Bestandsentwicklung und -risiken haben einen unmittelbaren Einfluss auf die Beitragsentwicklung, sowohl im Bereich der gesetzlichen als auch der privaten Krankenversicherung.

Die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit von Diagnostik- und Therapieoptionen und damit der Versorgungsqualität ist ein wesentlicher Aspekt bei Themen der personalisierten Medizin, der bestehenden Versorgungsvariabilität, Überdiagnostik/-therapie und angebotsinduzierten Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Diese Prüfung erfolgt durch medizinische Experten der Krankenversicherungen, in der Regel Fachärzte, und basiert auf der Beurteilung objektiver medizinischer Befunde und Erkenntnisse. Dabei ist unter anderem der aktuelle Stand der klinischen Medizin und der wissenschaftlichen Forschung zu berücksichtigen (SGB V §2, Hütt 2010). Neben den individuellen medizinischen Daten der Versicherten, über die die Krankenversicherungen bereits verfügen, können weitere Daten aus aktuellen wissenschaftlichen und klinischen Studien die Entscheidungsfindung unterstützen. Der Kosten- und Gesundheitsvorteil kommt der Krankenversicherung sowie ihren Kunden zugute.

Die *Betrugsbekämpfung* wird durch Analysen umfangreicher Daten optimiert. Abweichungen und bestimmte Muster bei Abrechnungen können plausibilisiert und bei Unstimmigkeiten die Kostenerstattung ausgesetzt werden.

Die Bereitstellung der technischen und personellen Ressourcen bildet die Grundlage, um das steigende Datenvolumen in verschiedener Datenqualität und -struktur aus unterschiedlichen Datenquellen zu bewältigen. Erst darauf lässt sich eine bedarfs- und datenschutzgerechten Speicherung und Nutzung der Daten aufbauen.

3.3 Krankenversicherungen als Katalysator?

Zusammenfassend ist erkennbar, dass die Nutzung von Big Data den Blick in zukünftige Entwicklungen und Ereignisse unterstützt und frühzeitig die Bewertung potentieller Handlungsoptionen ermöglicht. Zur Bewältigung der oben genannten, umfangreichen Herausforderungen kann jede Krankenversicherung ihre vorhandenen internen Daten sowie Informationen aus neuen und externen Daten als strategische Ressource nutzen.

Ansätze für eine verbesserte Kundenbindung zu finden, stellt dabei eine *krankenversicherungsindividuelle* Aufgabe dar. Das Thema der Kostenentwicklung ist zusätzlich eine übergreifende gesamt-gesundheitswirtschaftliche Herausforderung. Epidemieprognosen, epidemiologische Analysen, Entwicklung medizinischer oder abrechnungstechnische Trends sind nur einige Beispiele, bei denen ein *krankenversicherungsübergreifen-*

der Ansatz hinsichtlich Datenauswertung und -nutzung vorstellbar ist. Mit einem sinnvollen Einsatz von Big Data-Analysen können Krankenversicherungen hier wegweisend als „Katalysator“ wirken.

Der Begriff Katalysator wird in den Naturwissenschaften verwendet, lässt sich jedoch sehr gut auf den Einsatz von Big Data im Gesundheitswesen übertragen. In der Chemie wird ein Stoff, der die Reaktionsgeschwindigkeit durch die Senkung der Aktivierungsenergie erhöht, als Katalysator bezeichnet. Ohne dessen Anwesenheit würde die jeweilige chemische Reaktion sehr viel langsamer oder gar nicht erfolgen. Im übertragenen Sinn stellt der Einsatz von Big Data die chemische Reaktion dar. Die Aktivierungsenergie symbolisiert den Aufwand, um Big Data zu etablieren. Es gilt diesen Aufwand bzw. die Hemmnisse zu reduzieren und einen An Schub für die noch zurückhaltende Nutzung zu leisten. Dieser An Schub kann durch die Krankenversicherungen übernommen werden, welche in diesem Bild den Katalysator darstellen, insbesondere auf Grund des krankenversicherungsübergreifenden Themas der Kostenentwicklung und ihrer vernetzten Schlüssel- und Schnittstellenposition im Gesundheitssektor.

Mit den Risiken hinsichtlich Balance von Nutzen der Daten und Schutz des Einzelnen sowie der möglichen Diskriminierung durch Schlussfolgerungen nur aufgrund von Wahrscheinlichkeiten und den damit verbundenen Herausforderungen befasst sich das nächste Kapitel.

4 Risiken und Anforderungen

4.1 Risiken

Ein wesentlicher Aspekt bei der Speicherung und Nutzung von Daten ist die mögliche *Verletzung der Privatsphäre*. Dies begründet sich zum einen im Umgang mit den gesammelten Informationen an sich und zum anderen in der möglichen Wieder- und Weiterverwendung. Auch wenn nicht alle Daten personenbezogene Informationen enthalten, kann ein Rückschluss auf den Einzelnen bei der Verknüpfung mit anderen Daten, zum Beispiel Bewegungsdaten, möglich sein.

Die Voraussetzungen für eine rechtsgültige Einwilligung für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten ist aktuell durch § 4a Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und für den Bereich der elektronischen Medien zusätzlich durch § 13 Abs. 2 Telemediengesetz (TMG) geregelt. Zusätzlich ist durch technischen oder manuellen Einsatz die Anonymisierung von personenbezogenen Daten möglich. Mit der Auswertung umfangreicher Daten aus verschiedenen Datenquellen ist jedoch die Re-Identifikation bzw. De-Anonymisierung möglich.

Wie unter 2.2. ausgeführt, existiert im Gesundheitswesen eine Vielzahl von Datenquellen für medizinische und gesundheitsbezogene Informationen. Die Erwartungshaltung hinsichtlich des Datenschutzes scheint sich dieser Unterscheidung anzupassen: Bei der Datenerhebung und -speicherung im medizinischen Kontext (z. B. beim behandelnden Arzt, in der Klinik) besteht eine hohe Sensibilität; bei der (bekannten) Speicherung von gesundheitsbezogenen Daten durch Dritte (z. B. von Fitnessstrackern) wird dies von vielen Nutzern toleriert.

Neben der möglichen Verletzung der Privatsphäre besteht ein *Missbrauchspotenzial* der Daten, auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Datafizierung: Der Einzelne hinterlässt vielfache Datenspuren und die Digitalisierung von Gegenständen, Dienstleistungen und Beziehungen nimmt zu. Gigerenzer weist darauf hin, dass diese Thematik eng mit der Frage nach Zugriffsrechten und Datensicherheit verbunden ist (Gigerenzer 2016, S. 3).

Zusätzlich muss darauf geachtet werden, dass die Ergebnisse der Big-Data-Analysen hinterfragt und validiert werden. Sie dürfen nicht als zweifelsfreie Wahrheit interpretiert werden. Die Grenzen von Big Data nicht zu erkennen und sich ausschließlich auf Daten zu fixieren, führt zur *Datendiktatur*. Big-Data-Analysen können Daten mit schlechter Qualität enthalten, fehlanalysiert und -interpretiert werden oder unpassend zur Problemstellung sein. Dies ist besonders dann als kritisch zu betrachten, wenn aus korrelativen Vorhersagen Konsequenzen gezogen werden, zum Beispiel die Beitragsanpassungen ausschließlich aufgrund des Gesundheitsverhaltens.

4.2 Anforderungen zur intensivierten Nutzung von Big Data

4.2.1 Anforderungen an die Gesundheitspolitik

Eine große Herausforderung bei der intensivierten Nutzung von Big Data stellt der *Datenschutz* dar. Vertrauen und Akzeptanz des Einzelnen in die Datenerhebung, -speicherung und -nutzung personenbezogener Daten hängen unmittelbar davon ab und bilden die Basis zu übergreifender Nutzung von Big Data im Gesundheitssektor. Es existieren bereits umfangreiche Gesetze, Verordnungen, Richtlinien und Ausführungsbestimmungen zum Umgang mit personenbezogenen Daten.

Das BDSG und das TMG werden diesbezüglich seit 2016 durch die Einführung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ergänzt.

Bezogen auf die Einwilligung heißt es dazu in Artikel 6 Nr.1a DSGVO:

- „1. Die Verarbeitung personenbezogener Daten ist nur rechtmäßig, wenn mindestens eine der nachstehenden Bedingungen erfüllt ist:
 - a) Die betroffene Person hat ihre *Einwilligung* zu der Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten für einen oder mehrere festgelegte Zwecke gegeben;“

Die Frage ist nun, inwieweit mit dieser Formulierung die Wieder- und Weiterverwendung von Daten hinsichtlich Big Data klar geregelt ist.

Eine intensive und kritische Auseinandersetzung zur Auswirkung der Datenschutzbestimmungen auf Big Data wird geführt und ist notwendig. Unter anderem führt Roßnagel zur Datenschutz-Grundverordnung aus: „...„Alle modernen Herausforderungen für den Datenschutz wie Soziale Netzwerke, Big Data, Suchmaschinen, Cloud Computing, Ubiquitous Computing und andere Technikanwendungen werden vom Text der Verordnung ignoriert...“(Roßnagel 2016, S. 342).

Prinzipiell sieht der Datenschutz die Einwilligung des Einzelnen vor. Die Diskussion hinsichtlich der Verantwortung der Datennutzer steht ebenfalls im Fokus und ist sinnvoll.

Beispielsweise hat der Beirat der Datenschutzkonventionen des Europarates „Richtlinien zum Schutz persönlicher Daten in einer Big Data-Welt“ formuliert, die Empfehlungscharakter haben. Darin wird unter anderem gefordert, dass die Risiken in Big-Data-Anwendungen von Datenverarbeitern regelmäßig evaluiert werden und Gegenmaßnahmen auf Effizienz und Wirksamkeit überprüft werden sollen. Weitere wichtige Aspekte, die Möglichkeit der Nutzer-Intervention, Verhältnismäßigkeit und Transparenz, werden ebenfalls betont (Council of Europe 2017).

Klarheit ist hier hinsichtlich des Geltungsbereiches der Datenschutz-Grundverordnung sowie der Verantwortlichkeit der Datennutzer wichtig, um Sicherheit und Vertrauen zu schaffen.

Hinsichtlich der *Analysen großer Datenmengen* ist ein weiterer Diskussionsansatz, eine Risikostratifizierung von medizinischen und gesundheitsbezogenen Informationen vorzunehmen, analog der bestehenden Schutzklassen bei der Datenträgervernichtung personenbezogener Daten (TÜV Süd o. J., DIN 66399, BDSG § 20 Abs. 2 bzw. § 35 Abs. 2). Damit könnte eine Kategorisierung der Daten für ihre Nutzung und ihre Wieder- und Weiterverwendung erfolgen, verbunden mit entsprechenden Vorgaben und Schutzmaßnahmen. Diese können beispielsweise die Datenaufbereitung, die Zugriffsrechte auf die zu analysierenden Daten, die Speicherdauer nach Analysen und ein Prüf- und Genehmigungsverfahren für risikobehaftete Daten hinsichtlich ihrer möglichen Konsequenz (z. B. genetische Daten) umfassen.

Greift man des Weiteren den *krankenversicherungsübergreifenden* Ansatz hinsichtlich Datenauswertung und -nutzung auf, kann ein unabhängiges Dateninstitut oder -register zur Datenauswertung sinnvoll sein, um Entwicklungen zu erkennen, die aus eigenen Datenbestand nicht ersichtlich sind.

4.2.2 Anforderungen an die Krankenversicherungen

Die Grundlage für die Nutzung interner und der Erschließung externer Datenquellen ist die Entwicklung einer Big-Data-Strategie, die durch das Management forciert wird. Damit vergesellschaftet ist die Entwicklung einer entsprechenden Big-Data-Unternehmenskultur.

Beim Auf- und Ausbau fachlicher Expertise mit bedarfsgerechter personeller Ausstattung gewinnen neben IT-Experten Methodiker im Analyse- und Statistikbereich an Bedeutung. Die Krankenversicherungen treiben bereits die Digitalisierung ihrer Informationen und Prozesse voran, einschließlich Investitionen in Hard- und Software. Dies ist, verbunden mit einem Big-Data-Datenkonzept, ein weiterer Baustein.

Die Kenntnisse datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen hinsichtlich Big Data und deren lösungsorientierte Anwendung stellen einen weiteren wichtigen Aspekt dar. Damit verbunden ist die Übernahme der Verantwortung als Datennutzer, unabhängig von der Einwilligung des Einzelnen in die Verwendung seiner personenbezogenen Daten. Eine Plattform bzw. Ansprechpartner für die Versicherten bei Big-Data-Fragen vermittelt die Unternehmens-Sensibilität im Umgang mit personenbezogenen Daten und bietet zudem die Möglichkeit, den Standpunkt der Versicherten zur dieser Thematik zu erhalten.

Zur Nutzung umfangreicher Daten als strategische Ressource ist letztlich die konkrete Anwendung ausschlaggebend: Die Identifizierung und Umsetzung von Big-Data-Projekten, intern und mit den Schnittstellenpartnern.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Big Data ein relevantes gesamtgesellschaftliches Thema ist. Vor dem Hintergrund der zu bewältigenden Herausforderungen im Gesundheitswesen rücken der Wert der Daten und deren Sekundärnutzen in den Fokus. Big-Data-Analysen können durch das Erkennen von Korrelationen die Verbesserung der Versorgungsqualität und damit sekundär die Kostenentwicklung beeinflussen. Die Kosten- und Gesundheitsvorteile kommen Krankenversicherungen als auch Versicherten zugute. Gleichzeitig zu den genannten Vorteilen bestehen Risiken hinsichtlich der Verletzung der Privatsphäre des Einzelnen.

Bei der Implementierung von Big Data sind verschiedene Hemmnisse zu überwinden. Dabei können die Krankenversicherungen aufgrund ihrer vorhandenen Daten und ihrer Vernetzung mit den Stakeholdern im Gesundheitssektor eine Schlüsselrolle als Katalysator einnehmen und Big Data stärker als strategische Ressource nutzen.

Es kann zwischen krankenversicherungsindividuellen Herausforderungen, etwa der Optimierung der Kundenbindung, und krankenversicherungsübergreifenden Herausforderungen, wie zum Beispiel die Kostenentwicklung, unterschieden werden. Vorgeschlagen wird die übergreifende Datenanalyse anonymisierter personenbezogener Krankenversicherungsdaten in einem neutralen unabhängigen Dateninstitut, um Entwicklungen und Muster zu erkennen, die aus eigenen begrenzten Daten nicht ersichtlich sind.

Eindeutige datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sind für die intensiverte Nutzung von Big Data essentiell. Die aktuelle Diskussion, insbesondere zur Datenschutz-Grundverordnung und deren Interpretation hinsichtlich Big Data, trägt zur Klarstellung bei.

Perspektivisch ist eine konsequente gesundheitspolitische Ausrichtung hinsichtlich Digitalisierung und Big Data notwendig. Mit dem E-Health-Gesetz wurde ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung der Standardisierung auf Daten – und Prozessebene gegangen. Wünschenswert ist der Anstoß zu einer gesellschaftlichen Diskussion zu Nutzen und Risiken der Analyse von medizinischen und gesundheitsbezogenen Daten.

Literatur

- Beirat der Datenschutzkonvention Europarat: Guidelines on the protection of individuals with regard to the processing of personal data in a world of Big Data.
<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806ebe7a>. Abruf am 07.01.2017.
- Bitkom (2016): <https://www.bitkom.org/Bitkom/Organisation/Gremien/Big-Data.html>.
Abruf am 12.04.2017.
- Bundesdatenschutzgesetz (1990): §4a. https://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_1990/index.html. Abruf am 12.04.2017.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015): GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG). 21.Juli 2014.
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (1988): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/SGB_5.pdf. Abruf am 12.04.2017.
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2007): Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG). https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/vvg_2008/gesamt.pdf. Abruf am 12.04.2017.
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2007): Telemediengesetz (TMG), § 13. Abs. 2. <http://www.gesetze-im-internet.de/tmg/>. Abruf am 12.04.2017.
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2015): Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG). https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/vag_2016/gesamt.pdf. Abruf am 12.04.2017.
- Bundesversicherungsamt (2016): Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19.März 1998 – geändert am 9.November 2006 – in der Fassung vom 11.November 2015 (Wettbewerbsgrundsätze 2016). http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/Gemeinsame_Wettbewerbsgrundsaeetze_2016.pdf. Abruf am 12.04.2017.
- Datenschutzgrundverordnung (2017): <https://dsgvo-gesetz.de/>, Aufruf am 2017-04-13.
- Gersch, M. / Rüsike, T. (2011): Entwicklung von Geschäftsmodellen zur Unterstützung eines selbst bestimmten Lebens in einer alternden Gesellschaft. BMBF u. DLR, Berlin.
- Hütt, S. (2010): Die „medizinische Notwendigkeit“ im Sinne der privaten Krankenversicherung. In: GenRe Forum Medizinische Begutachtung 2010(2): 40 – 42.
- Laney, D. (2001): 3D Data Management : Controlling Data Volume, Velocity, and Variety. In: ADS 2001(949):Addendum.
- Mayer-Schönberger, V. / Cukier, K. (2013): Big Data : Die Revolution, die unser Leben verändern wird. Redline Verlag, München.

-
- PricewaterhouseCoopers (2016): Weiterentwicklung der eHealth-Strategie : Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/eHealth/BMG-Weiterentwicklung_der_eHealth-Strategie-Abschlussfassung.pdf. Abruf am 24.10.2016.
- Roßnagel, A. (2016): Europäische Datenschutz-Grundverordnung – Vorrang des Unionsrechts – Anwendbarkeit des nationalen Rechts. Nomos Verlag, Baden-Baden.
- Schaeffer, D. et al. (2016): Ergebnisbericht. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld.
- Statistisches Bundesamt (2016): Jährliche Gesundheitsausgaben in Deutschland in den Jahren von 1992 bis 2015 (in Millionen Euro). <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5463/umfrage/gesundheitsystem-in-deutschland---ausgaben-seit-1992/>. Abruf am 25.04.2017.
- TÜV Süd (o. J.): DIN 66399, URL: <http://www.tuev-sued.de/fokus-themen/it-security/din-66399/din-66399-schutzklassen-und-sicherheitsstufen>. Abruf am 13.04.2017.

Alles Leibniz – das digitale Ökosystem der Privaten Krankenversicherung

Markus Prestin und Tim Schmidt

1 Einführung

Gottfried Wilhelm Leibniz wird als einer der letzten Universalgelehrten angesehen. Er war Jurist, Mathematiker, Philosoph, Ingenieur, Erfinder, Berater und vieles mehr. Vor 301 Jahren ist er in Hannover gestorben und hat ein umfassendes Lebenswerk hinterlassen, das bis heute noch nicht vollständig ausgewertet ist. In der Mathematik war er in einigen Bereichen seiner Zeit voraus. Er trug mit seinen Forschungen zu einer wesentlichen Fortentwicklung der Mathematik bei (Vollrath 2016, S. 3). Leibniz befasste sich dabei auch früh mit der Entwicklung einer Rechenmaschine. Seine Motivation war dabei eindeutig:

„Indignum enim est excellentium virorum horas servili calculandi labore perire, quia Machina adhibita vilissimo cuique secure transcribi posset.“

Zu Deutsch:

„Es ist unwürdig, die Zeit von hervorragenden Leuten mit knechtischen Rechenarbeiten zu verschwenden, weil bei Einsatz einer Maschine auch der Einfältigste die Ergebnisse sicher hinschreiben kann.“

Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716)

Ein Nachbau seiner Rechenmaschine befindet sich heute in der Leibniz Bibliothek in Hannover. Parallel forschte Leibniz an der Idee des Binärsystems. Er selbst hatte diese beiden Forschungsgebiete wahrscheinlich noch nicht in Verbindung gebracht. Jedoch können sie als Grundlage der Computer und somit auch als Fundament der Digitalisierung angesehen werden (Vollrath 2016, S. 15). Leibniz ist somit Pionier, um nicht zu sagen sogar erster „nerd“, auf dem Weg zur Digitalisierung.

Aber auch das Thema Versicherung war für Leibniz von hoher Bedeutung. Schon früh interessierte er sich für die Fortentwicklung des Wohlstands einer Gesellschaft durch den Ausgleich eines Einzelrisikos im Kollektiv. Bereits 1678 empfahl Leibniz seinem Dienstherrn, Herzog Ernst August von Hannover, die Gründung einer Assekurations-Casse im Sinne einer Feuer- und Wasserschadenversicherung. In allen seinen Wirkstätten nahm er die Idee wieder auf. Auch hier trug er zu der Entwicklung der mathematischen Grundlagen der Versicherungswissenschaft und auch der verbundenen Betriebswirtschaftslehre bei. Neu dabei war, dass nicht nur der in die Versicherung einzahlen sollte, der von einem Schaden betroffen war, sondern dass sowohl der Glückliche als auch der Unglückliche einen Beitrag leisten sollte (Hirsch 2007, S. 156-157).

Auch wenn er sehr wahrscheinlich die Tragweite seiner Forschungen und Ideen nicht absehen konnte, so kann man doch sagen, dass Leibniz im weitesten Sinne ein Wegbereiter und Grundlagenforscher der Thematik Digital Health gewesen ist. Im Weiteren wird beleuchtet, welchen Herausforderungen sich die Private Krankenversicherung (PKV) als

ein Akteur bei der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung gegenübersteht und wie sie ihnen begegnen kann. Dabei werden sowohl datenschutzrechtliche als auch strategische Fragestellungen beleuchtet.

2 Was bedeutet die Digitalisierung für die Private Krankenversicherung?

Das Wort Digitalisierung ist nicht nur eines der zurzeit am häufigsten genannten Schlagwörter in den Medien, sondern auch in der Gesundheitsversorgung und in der Versicherungsbranche. Die Implikationen hieraus beherrschen die strategischen Überlegungen des Top Managements. Genauso vielfältig wie die aktuellen Bestrebungen und die hiermit verbundene Betriebsamkeit ist die Definition der Unternehmen, was Digitalisierung überhaupt bedeutet.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen ist die inhaltliche und zeitliche Veränderung von Prozess-Abläufen zwischen Akteuren in der Gesundheitsversorgung und den Vertragsbeziehungen durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) mit Nutzung von teilweise sehr hohen Datenvolumina mit der Zielsetzung der Effektivitäts- und Effizienzsteigerung sowie der Kundenzufriedenheit (Eigene Definition in Anlehnung an Strategy& (2017, S.26)). Baierlein (2017, S.6) konstatiert, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen noch gering ausgeprägt ist. In Anlehnung an William Ford Gibson kann man aber sagen, dass die Zukunft bereits da ist. Sie ist nur noch nicht an das Gesundheitswesen „ausgeliefert“ worden (Gibson 1999).

Die PKV als einer der großen Kostenträger ist selbstverständlich auch den Strömungen und Regularien der Gesundheitsversorgung unterworfen. Die Besonderheiten der PKV, und hier allen voran das Kostenerstattungsprinzip, verursachen allerdings Besonderheiten in der Interaktion mit Versicherten und Leistungserbringern, die gemeistert werden müssen.

2.1 Elemente der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung

Bei der Digitalisierung geht es zum einen um die inhaltliche und zeitliche Veränderung von Prozess-Abläufen, wie z. B. eine Automatisierung von vormals manuell oder maximal computerunterstützten Arbeitsschritten und zum anderen um die Informationsgewinnung aus großen Datenvolumina als Entscheidungsgrundlage, auch als „Big Data“ bezeichnet. Die Veränderung der Prozess-Abläufe kann dabei sowohl innerhalb der jeweiligen Akteure in der gesamten Gesundheitsversorgung, als auch zwischen ihnen stattfinden. Es werden somit zeitliche und räumliche Distanzen überwunden, Prozesse verschlankt und beschleunigt sowie Marktakteure besser vernetzt (Markl et al. 2013, S. 9).

"Big Data" sind große Mengen an Daten, die aus unterschiedlichsten Datenquellen stammen und mit normalen Database Software Tools aufgrund ihrer Größe nicht ausgewertet und gemanaged werden können (Manyika et al. 2011, S.1). Wie wichtig das Managen großer Datenvolumen jedoch ist, zeigt die jüngste Dynamik. Ca. 90% der weltweiten Datenmenge sind seit 2014 entstanden (Kroker 2015).

Die Daten müssen daher mit speziellen, neu entwickelten bzw. noch zu entwickelnden Algorithmen analysiert und verarbeitet werden. Sie bieten dann jedoch völlig neue Möglichkeiten zu Mustererkennungen und Trend-Analysen, um hieraus Informationen zur

Entscheidungsfindung zu generieren. Bereits in den 2000er Jahren entwickelte der Krankenversicherer Humana in den USA erste sogenannte Weather Maps, um die Entwicklung von Erkrankungsbildern im Versichertenkollektiv vorherzusagen. Vorlage waren dabei die Berechnungs-Algorithmen von Wettervorhersagen auf Basis eines prädiktiven Modells (Anthes 2005).

Dass die konsequente Nutzung von großen Datenmengen zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt werden kann, zeigt auch das Start Up Symptoma®. Hierbei handelt es sich um eine Suchmaschine für Ärzte, die ausgehend von Symptomen die passenden Differentialdiagnosen findet, gewichtet nach Wahrscheinlichkeit gemäß der eigenen Datenbank. Das Unternehmen selbst postuliert, dass weltweit jede siebte Diagnose eine Fehldiagnose aufgrund des begrenzten Wissens der Ärzte ist. Symptoma will helfen, dies signifikant zu verringern (Symptoma 2017).

Es zeigt sich, dass neben der technischen Herausforderung in der Entwicklung einer digitalen Gesundheitsversorgung auch die rechtlichen Restriktionen bzw. Fragestellungen des Datenschutzes beachtet werden müssen. Nicht nur, weil es sich um personenbezogene und damit besonders schützenswerte Daten handelt, sondern weil hieraus auch prognostische Aussagen getätigt werden. Um den enormen Möglichkeiten der Informationsgewinnung aus Daten gerecht zu werden, scheint es jedoch geboten, aus dem alten Paradigma der Datensparsamkeit im datenschutzrechtlichen Sinne ein Postulat der Datensicherheit zu entwickeln.

2.2 Implikationen für die Private Krankenversicherung

Die PKV als Kostenträger ist neben den Patienten, den Leistungserbringern, der Privatwirtschaft, dem Staat und der Forschung einer der relevanten Akteure in der Gesundheitsversorgung und damit auch ein wesentliches Element im digitalen Spinnennetz.

Die sich hieraus ergebende fundamentale Veränderung in der PKV zeigt sich in drei Bereichen: den Prozessen, der Informationsgewinnung und der Interaktion mit Kunden. In allen drei Bereichen geht es darum, die Wettbewerbssituation zu verbessern. Die Prozesse sollen effektiver und effizienter ablaufen, um Verwaltungskosten zu senken. Die Informationsgewinnung dient dazu, die in der Versicherungsbranche herrschenden Informationsasymmetrien zu verringern und damit das Problem der Adversen Selektion und des Moral Hazards (zum Beispiel durch verbesserte Betrugserkennung) zu minimieren. Dieses geschieht mit dem Ziel, die Leistungskosten zu senken. Die Interaktion mit Kunden muss so gestaltet werden, dass die Kundenzufriedenheit gesteigert wird, um die Attraktivität bei Interessenten und bei Bestandskunden zu erhöhen.

Letzteres verdeutlicht sich am Beispiel des Prozesses der Rechnungseinreichung. Dieser Weg wird mittlerweile bei vielen PKV-Unternehmen mit Hilfe einer Einreichungs-App gestaltet. Dieses war bis vor Kurzem undenkbar. Selbst in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der meisten PKV-Unternehmen steht bis heute noch, dass eine Rechnung nur erstattet werden kann, sofern sie im Original vorgelegt wird. Alleine hiervon abzuweichen bedeutet schon eine zumindest psychologisch nicht unbedeutende Hürde bei den Entscheidern der Branche. Hiermit wurde jedoch ein Bedarf bei Kunden getroffen,

der zu einer hohen Nutzungsrate und damit zu einer signifikanten Erhöhung der Kundenzufriedenheit führt. Bei der Concordia Krankenversicherung wurde die Rechnungs-App im Juni 2016 eingeführt. Im ersten Quartal 2017 wurden bereits 28% aller Belege mit der App eingereicht. Der Kunde spart Zeit und Portokosten, die Concordia reduziert die Durchlauf- und Bearbeitungszeit, da der Scan-Prozess an den Kunden verlagert wird. Ein Vorteil für beide Parteien.

Betrachtet man die Entwicklung in der Versicherungsbranche im Allgemeinen, so kann man gemäß vorgenannter Definition nicht genau sagen, wann die Digitalisierung gestartet ist. Es ist jedoch erkennbar, dass sie eine besondere Geschwindigkeit Mitte der 1990er Jahre entwickelt hat. Zu diesem Zeitpunkt präsentierten sich erstmals Versicherer im Internet. Selbstverständlich waren die Datenverarbeitung und Telekommunikation bereits bedeutsame Unternehmensbereiche. Jedoch wurde erst durch den Start des Internetzeitalters die umfassende Interaktion mit dem Kunden durch IKT begründet. Um die Jahrtausendwende gab es erste Kundenkontakte über das Internet durch Prozessauslösende Elemente, wie z. B. Kontaktanfrage-Möglichkeiten. Etwa 2005 kam es zu einer fortschreitenden internen Prozess-Automatisierung auch mit Hilfe von Scanning und e-Workflow-Elementen. Die Entwicklung und Nutzung von Apps und Social Media-Auftritten sind etwa 2010 als wichtige und notwendige Kundeninteraktion erkannt worden. Aktuell scheint die Entwicklung allerdings nicht mehr linear, sondern dynamisch voranzuschreiten.

Somit wird der richtige Umgang mit der Digitalisierung ein entscheidender Wettbewerbsfaktor für die PKV werden. Wer kann zu günstigeren Kosten produzieren? Wer hat komparative Vorteile in den Leistungskosten? Wer hat die höhere Kundenzufriedenheit?

3 Digitalisierung entlang der Wertschöpfungskette

Um die vorgenannten Implikationen zu konkretisieren, wird im Folgenden die Digitalisierung entlang der Wertschöpfungskette näher beleuchtet. Es zeigen sich dabei direkte und indirekte Auswirkungen. Indirekt wirkt sie auf die PKV, da sich auch die Prozesse zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens, wie Leistungserbringer, Apotheken und Patienten zunehmend digitalisieren. Direkt wirkt sie, sobald die Akteure mit der PKV interagieren bzw. bei Prozessen, die ausschließlich innerhalb des Unternehmens ablaufen.

3.1 Wertschöpfungskette einer Privaten Krankenversicherung

In der Darstellung der Geschäftslogik und zur Analyse der relevanten Wertschöpfungsbereiche hat sich die Wertschöpfungskette etabliert. Sie stellt eine umfassende Darstellung der zentralen Aktivitäten einer Unternehmung dar und spiegelt ihr elementares Zusammenwirken wider (Porter 1986, S. 11 ff.).



Abbildung 1: Wertschöpfungskette einer PKV

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Porter (1986, S. 11 ff.)

Die rasante technologische Entwicklung und das dadurch veränderte Kundenverhalten treiben die Digitalisierung in der Versicherungsbranche voran und beeinflussen das Geschäftsmodell entlang der gesamten Wertschöpfungskette. Während der Kunde in der Vergangenheit ausschließlich standardisierte Produkte und Dienstleistungen konsumiert hat, werden im digitalen Zeitalter seine individuellen Bedürfnisse in den Mittelpunkt der unternehmerischen Aktivität gestellt. Insofern hängt der Unternehmenserfolg zukünftig davon ab, die bestehenden Kundenbedürfnisse schneller und besser als die Wettbewerber zu identifizieren und zu befriedigen (Naujoks et al. 2013, S.12.).

Drei Wertschöpfungsbereiche der PKV haben eine rasante Entwicklung in der zunehmenden Nutzung und Erweiterung von IKT vollzogen. Vor allem im Bereich des Underwritings, des Leistungsmanagements und des Services führt die Digitalisierung zu einer zunehmenden Veränderung der Ablauf-Organisation und der strategischen Ausrichtung. Hier wird sich in den nächsten Jahren zeigen, welche Unternehmungen hier nachhaltige Wettbewerbsvorteile realisieren können, um im zunehmenden Wettbewerb um den (profitablen) Kunden zu bestehen.

3.2 Weiterentwicklung des Underwritings

Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal zur Gesetzlichen Krankenversicherung ist die Risikoprüfung als Entscheidungsgrundlage zur Aufnahmefähigkeit in das Versichertenkollektiv der substitutiven Krankenversicherung der PKV. Auf Basis der Empirie wird je nach Diagnose und Diagnose-Kombinationen versucht, das Krankheitsbild und das damit zu erwartende Kostenprofil im Lebensverlauf eines Versicherten zu prognostizieren und mit dem kalkulierten Kostenprofil eines durchschnittlich gesunden bzw. kranken Versicherten verglichen. Abweichungen vom erwarteten zum kalkulierten Schadenverlauf des Versicherten werden auf den Grundbeitrag hinzugerechnet und vereinbart. Ist das Risiko nicht kalkulierbar oder übersteigt der vom Versicherten zu tragende Risikozuschlag eine entsprechende Höhe (in der Regel ab 100% vom Grundbeitrag), so ist der Interessent nicht versicherbar. Je genauer hier die Prognose, desto sicherer die Kalkulation für den Versicherer und desto geringer die Wahrscheinlichkeit der Abweichung vom erwarteten zum tatsächlichen Schadenverlauf. Seit den 2000er Jahren hat sich im Markt ein Verfahren etabliert, das als Grundlage die Abrechnungsdaten von einem großen Versichertenbestand mit mehr als 35 Millionen Versichertenjahren nutzt. Das von der RISK-

CONSULTING Prof. Dr. Weyer-GmbH entwickelte Programm AktuarMed® führt eine kostenkalibrierte Risikobewertung durch. Die durch die Software ermittelten Risikozuschläge sind dazu geeignet, die zusätzlichen Leistungen, die aufgrund der Vorerkrankungen zu erwarten sind, weitestgehend auszugleichen.

Vor Etablierung dieses Programms wurde die Risikoprüfung anhand ärztlicher Expertise vorgenommen. Während die Beurteilung durch den Arzt in erster Linie den aktuellen Leidensdruck des Patienten einbezieht und hohen Leidensdruck oftmals mit einer gravierenden Krankheit gleichsetzt, wird hier der Kostendruck in das Zentrum der Betrachtung gestellt, der für den Krankenversicherer von Interesse und Bedeutung ist. Die Basis bilden die statistischen Auswertungen von Versicherungsleistungen. Mit Hilfe multivariater Verfahren wurden Leistungsdatenbanken mit Anamnesedatenbanken abgeglichen. Auffällige Leistungen wurden in Abhängigkeit der Vorerkrankungen aufgedeckt und quantifiziert. Das so gewonnene Risikowissen ist in der Software hinterlegt.

Durch die Auswertung eines großen Datenpools kann AktuarMed® außerdem eine Langzeitbewertung vornehmen. Aus dem Rückgriff auf historisierte Datenbestände ergibt sich eine realistische Prognose für die Kostenabschätzung in der Zukunft. Dabei können Querverbindungen aus verschiedensten medizinischen Fachgebieten hergestellt und für die Kostenprognose berücksichtigt werden. Es erlaubt eine Risikoberechnung entsprechend der aktuellen Kostensituation, denn die Wissensbasis, die den differenzierten Berechnungen zu Grunde liegt, wird in regelmäßigen Abständen aktualisiert. Diese Bearbeitung der vorhandenen Leistungsdaten kann für die PKV als erste große Big Data-Analyse gesehen werden und ist ein großer Beitrag für die Effektivität der Risikobewertung (o. V. 2013).

Fraglich ist, welche Entwicklungen aufgrund von Big Data-Analysen sich aus Sicht der Versicherten ergeben können. Was ist, wenn die Prognosefähigkeit über das eigene Gesundheitsprofil der Versicherten, z. B. durch die Weiterentwicklung von Genom-Analysen und hierauf basierenden prädiktiven Modellen, sich soweit verbessert, dass der Einzelne aufzeigen kann, dass er mit einer hohen statistischen Wahrscheinlichkeit im weiteren Lebensverlauf deutlich gesünder als der Durchschnitt der Bevölkerung sein wird? Werden diese Versicherten dann auf den gesundheitlichen Durchschnitt kalkulierte Tarife akzeptieren? Werden sie geringere Beiträge fordern oder sich sogar aus der Solidargemeinschaft verabschieden?

Der ökonomische Umgang hiermit hängt vom gesellschaftlichen Konsens ab, der den Rahmen für die politische Umsetzung setzt. Die Analysen können jedoch auch zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Patienten und so zu Einsparungen im Gesundheitssystem führen (Thurner, 2016). Die Auswirkungen auf die Tarifierung werden kritisch diskutiert. Aktuell wird jedoch die risikogerechte Prämienfestsetzung nicht als Gefährdung für die Produktionsgesetze der Privatversicherung gesehen (Albrecht 2017, S. 191).

3.3 Beispiele zur Entwicklung im Leistungsmanagement

Der wichtigste Geschäftsprozess im Schaden- und Leistungsmanagement ist die Bearbeitung von Leistungsanträgen. Hierbei prüft der Versicherer die tarifliche Rechtmäßigkeit der in Rechnung gestellten Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen (Kalenborn et al. 2016, S. 257). Ein erfolgreiches Leistungsmanagement und die Senkung von Verwaltungskosten sind dabei wiederum die wichtigsten Elemente für die Beitragsstabilität bzw. -reduktion, um im Preiswettbewerb bestehen zu können (Schreyögg / Busse / Tiemann 2013, S. 32). In der Vergangenheit wurden die Leistungsanträge von der Poststelle an den zuständigen Fachbereich übergeben und dort von einem Sachbearbeiter überprüft, inwieweit die behandelte Person und die beanspruchte Leistung versichert ist, Selbstbehalte in Abzug zu bringen sind und die Rechnung den Abrechnungsvorschriften entspricht. Daraufhin wurden die elementaren Daten für die Auszahlung und Kundeninformation erfasst und elektronisch verarbeitet. Durch die Digitalisierung haben in den letzten Jahren neue und moderne Komponenten zur elektronischen Datenverarbeitung an Bedeutung gewonnen.

Aufgrund der technischen Möglichkeiten investieren viele private Krankenversicherer, um einen teil- oder vollautomatisierten Abrechnungsprozess zu implementieren, der in die Elemente „scannen“, „erkennen“, „nacherfassen“, „prüfen“, „verteilen“, „entscheiden“ und „freigeben“ aufgegliedert ist (Kalenborn et al. 2016, S. 258). Sofern der Kunde einen Teil der Prozesskette übernehmen soll (z. B. Einscannen von Rechnungen), ist eine intuitive und einfache Handhabung dieser Tätigkeit unabdingbar, denn nur dann steigt seine Bereitschaft, auf Postverkehr und Telefonate zu verzichten und folglich erhöht sich der Effizienzgewinn für den Versicherer. Wenn es dem Versicherer daneben gelingt, auch „papierlastige“ Dienstleister des Gesundheitswesens, wie Arztpraxen und Krankenhäuser in den Prozess zu integrieren, wird der Effekt zusätzlich verstärkt. Die Einsparungen resultieren im Wesentlichen aus der Tatsache, dass bereits bei der Dateneingabe eine Plausibilitätsprüfung und Fehleranzeige durchgeführt werden kann. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass für den Kunden nicht der Effizienzgewinn des Versicherers, sondern ausschließlich die Vereinfachung und Beschleunigung des Prozesses im Fokus steht (Naujoks et al. 2013, S. 16).

Durch die automatisierten Prozesse ergeben sich für den Versicherer einige Vorteile. Als Beispiel lassen sich u.a. die schnellere und kostengünstigere Bearbeitung von Leistungsanträgen oder besserer Service anführen, da eingereichte Unterlagen zu Auskunftszwecken jederzeit einsehbar sind. Wie nachfolgend erläutert, kann durch automatisierte Prüfungen auch eine Optimierung der Leistungsregulierung erreicht werden (Kalenborn et al. 2016, S. 260). Für die zu erstattenden Rechnungen gilt, dass nahezu alle PKV-Unternehmen eine nachgelagerte Leistungsprüfung mit zunehmender Hilfe von EDV-gestützten Prüfsystemen durchführen. Hierbei erfolgt im Wesentlichen eine Überprüfung der Abrechnungen anhand von Regelwerken wie der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. für Zahnärzte (GOZ), wodurch wahrscheinlich bis zu 10% der Kosten eingespart werden können. Das Problem besteht darin, dass die konventionelle Prüfung überwiegend erst nach der Leistungserbringung greift, sodass (mit Ausnahme einer gewissen Beitragsstabilität) kein Mehrwert für den Kunden erzielt wird (Ziegenhagen und Schilling

2012, S. 49). Im Gegenteil, das beschriebene Interesse der Versicherung führt regelmäßig zu Leistungskürzungen, Ablehnungen oder Verzögerungen und kollidiert folglich mit den Interessen des Kunden, der eine zügige, unbürokratische und auch vollständige Erstattung erwartet. Daraus resultierend muss der Versicherer in der täglichen Massenverarbeitung entscheiden, inwieweit die Verfolgung ungerechtfertigter Ansprüche aus wirtschaftlichen und kundenorientierten Gründen überhaupt sinnvoll ist (Kalenborn et al. 2016, S. 258).

Ein Blick in die nahende Zukunft zeigt, dass die Versicherten, so selbstverständlich wie sie heute bereits online shoppen, im Internet nach Lösungen für ihre Gesundheitsprobleme suchen werden. Es ist beispielsweise vorstellbar, dass ein Freizeitsportler, der einen Kreuzbandriss erlitten hat, nicht mehr mit seinen Gehhilfen in die ungünstig gelegene Physiotherapiepraxis am Stadtrand gehen muss, sondern sein individuelles Reha-Übungsprogramm, von einem virtuellen Coach begleitet, am heimischen Computer durchführt (Kade-Lamprecht, Sander 2017, S. 154). Die sogenannte „Telemedizin“ umfasst dabei sowohl diagnostische als auch therapeutische Methoden unterschiedlicher medizinischer Fachrichtungen und ermöglicht die Überbrückung einer räumlichen oder zeitlichen Distanz zwischen Arzt bzw. Leistungserbringer und Patient oder zwischen zwei sich konsultierenden Ärzten mittels Telekommunikation (Bundesärztekammer o.J.). Der Versicherte profitiert dabei zum einen von der Zeitersparnis und einem vereinfachten sowie flexiblen Zugang zu individualisierten Versorgungsangeboten. Zum anderen unterstützen digitale Therapien, Gesundheits-Apps und Online-Coachings das Selbstmanagement des Versicherten und überwachen die Einhaltung der gesetzten Therapieziele im Rahmen des Behandlungsprozesses (Kade-Lamprecht, Sander 2017, S. 154). Durch ein telemedizinisch unterstützendes Betreuungskonzept ergeben sich auch aus gesellschaftlicher Sicht Vorteile, da beispielsweise die medizinische und soziale Versorgung in Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte gewährleistet werden kann. Darüber hinaus kann zum Beispiel durch die regelmäßige Übertragung von Vitalparametern die Compliance des Patienten gesteigert werden, da diese Werte nicht manipuliert werden können und eine fehlende Einnahme von Medikamenten sofort sichtbar wird. Durch fehlende Compliance entstehen hohe volkswirtschaftliche Kosten, da die Patienten häufiger den Arzt konsultieren oder die notwendigen Medikamente öfters verschrieben werden müssen (Hoffmann et al. 2012, S. 245).

Damit diese Form des medizinischen Behandlungsprozesses tatsächlich realisiert werden kann, sind jedoch auch einige rechtliche Rahmenbedingungen zu überprüfen bzw. anzupassen. Hierzu gehören unter anderem die Klärung aller haftungsrechtlichen, berufsrechtlichen und datenschutzrechtlichen Vorgaben für die beteiligten Leistungserbringer sowie spezielle Aspekte telemedizinischer Verfahren (Bundesärztekammer o.J.).

Es ist erstaunlich, mit welcher Geschwindigkeit neue Ideen entwickelt und zur Marktreife gebracht werden. Wesentliche Herausforderung ist hierbei, diese Neuentwicklungen möglichst schnell in eine evidenzbasierte Medizin zu überführen. Fraglich ist zudem, inwieweit gesundheitsbezogene Software als Medizinprodukt anzusehen ist. Gemäß § 3 Nr. 1 Medizinproduktegesetz (MPG) verfolgt ein Medizinprodukt mindestens einen der folgenden Zwecke:

- Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Krankheiten, Verletzungen oder Behinderungen
- Untersuchung, Ersetzung oder Veränderung des anatomischen Aufbaus oder eines physiologischen Vorgangs
- Empfängnisregelung

Somit müssen Neuentwicklungen besondere Standards erfüllen, deren Einhaltung es im Sinne der Anwender zu beachten gilt. Was sich jedoch jetzt bereits herauskristallisiert ist, dass es neben dem ambulanten und stationären demnächst mit einem zusätzlichen Sektor geben wird: dem digitalen Sektor.

3.4 Service-Verbesserungen zur Erhöhung der Kundenzufriedenheit

In der allgemeinen Versicherungswirtschaft sind die wichtigsten Kundenwünsche und -bedürfnisse die empfundene Fairness seines Versicherers, gefolgt von der Beratung und Erfüllung der individuellen Bedürfnisse, dem Preis, der Produkttransparenz und dem Service (Naujoks et al. 2012, S. 16-17). In der gesetzlichen Krankenversicherung - dem Pendant zur privaten Krankenversicherung - sind hingegen die Leistungen, der Service und die Beratung von besonderer Bedeutung (Kinder et al. 2013, S. 11).

Im direkten Vergleich zum Handel hat die Krankenversicherung geschätzte 10 bis 15 Jahre „digitalen“ Rückstand. Beim Einkaufen kann der Kunde heutzutage vollkommen selbstverständlich anlass- und situationsbezogen über den Einkaufsort, den Anbieter sowie den Vertriebskanal entscheiden. Die digitale Vernetzung bietet dem einzelnen Händler hierbei die Möglichkeit, den Kunden über sogenannte Touchpoints (z. B. Website, Apps, Socialmedia und Hotline) individuelle Servicedienstleistungen anzubieten und kontinuierlich zu begleiten (Kade-Lamprecht und Sander 2017, S. 152 f.). Der Versicherte, der in seiner Rolle als Kunde bereits den Service beim Shoppen erlebt, möchte auch von seinem Gesundheitsdienstleister betreut werden und sein Anliegen ebenso schnell, ortsunabhängig, persönlich und bequem erledigen, wie er dies von Bestellungen bei Amazon oder Zalando gewohnt ist (Kade-Lamprecht und Sander 2017, S. 148).

Die private Krankenversicherung hat sich dahingegen über Jahrzehnte hinweg als reaktiver Leistungsmanager verstanden, welcher lediglich den Auszahlungsprozess von eingereichten Leistungsanträgen wie beispielsweise Behandlungsrechnungen, Arzneimittelquittungen und Tagegeldern organisiert hat (Kalenborn et al. 2016, S. 257). Bedingt durch die Kaufgewohnheiten im E-Commerce wechseln die Kunden heute zwischen mobilen Endgeräten und dem stationären PC hin und her, überprüfen ihre Vitaldaten mithilfe von „Smart Devices“, tauschen sich in Messengern über Gesundheitsthemen aus, rufen bei der klassischen Hotline an oder lesen die auf Papier gedruckte Kundenzeitschrift. Demzufolge ist es für die Krankenversicherung von elementarer Bedeutung, den Kunden zu analysieren, zu verstehen und ihn dann auf dem richtigen Kanal mit dem richtigen Inhalt zu versorgen. Dafür sind einerseits die Touchpoints interessant zu gestalten und andererseits der Kunde vollumfänglich mit Betreuung in Echtzeit (z. B. Chats, Anleitungen, Hilfemenüs) durch das vorhandene Angebot zu führen (Kade-Lamprecht und Sander 2017, S. 148). Die Krankenversicherung hat hierbei den Vorteil, dass die vom Kunden initiierte Kommunikation mit dem Schaden- und Leistungsmanagement im Vergleich zu

anderen Sparten deutlich häufiger ist, da kaum ein Versicherter bis zu seinem Tode gesund und beschwerdefrei bleiben wird (Kalenborn et al. 2016, S. 261). Durch die Digitalisierung sind sogenannte Self-Service-Angebote im Trend, die für den Versicherer die Möglichkeit bieten, Teile der Wertschöpfungskette an den Kunden auszulagern. Dies kann sich beispielsweise auf das Einscannen von Rechnungen, die Änderung von Adress- oder Kontodaten in einem Onlineformular oder den Ausdruck von Vertragsdokumenten beziehen (Naujoks et al. 2012, S. 26). Im Idealfall kann der Kunde auf der Onlineplattform oder in der App alle Bestands- und Leistungsdaten verwalten, den aktuellen Stand der Leistungsbearbeitung einsehen, mit dem Kundenservice kommunizieren und/oder personalisierte Up- bzw. Cross-Selling-Angebote nutzen (beispielsweise mit digitaler Unterschrift auf dem Smartphone). Allerdings können sich Krankenversicherungen nicht ausschließlich auf Self-Service-Angebote fokussieren, da viele Versicherte ein hybrides Nutzungsverhalten (On- und Offline) zeigen. Daraus lässt sich die schwierige Herausforderung ableiten, die On- und Offlineaktivitäten miteinander abzustimmen und auf allen Kanälen entlang der Wertschöpfungskette eine einheitliche Datenbasis sicherzustellen (Peters 2017, S. 30).

Zudem ist es von wachsender Bedeutung, den Versicherten allgemeine Informationen mit medizinischen und krankenversicherungsspezifischen Themen zur Verfügung zu stellen. Hierzu gehören beispielsweise Informationen über Krankheiten (z. B. Vorsorge), Arzneimittel (z. B. Generika), einen Patientenratgeber für bestimmte Lebenssituationen (z. B. zum Verhalten bei Auslandsaufenthalten) sowie Präventions- und Impfinformationen. Das bevorzugte Kommunikationsmittel ist hierbei das Internet, da die Informationen stets aktuell, umfangreich, kostengünstig und leicht zugänglich abgelegt werden können. Durch derartige entscheidungs- und selbstbehandlungsunterstützende Informationen soll der Versicherte befähigt werden, vernünftig mit medizinischen Gütern und Dienstleistungen umzugehen (Kalenborn et al. 2016, S. 263).

4 Rechtliche Herausforderungen

4.1 Datenschutz

Eine der wesentlichen Fragestellungen bei der zunehmenden Digitalisierung ist der Umgang mit dem Datenschutz. Wie diffizil dies ist, zeigt sich am Beispiel einer Analyse von Wissenschaftlern des MIT. In den USA werden anonymisierte Genom-Daten in öffentlich zugänglichen Datenbanken vorgehalten, um sie für Studien zu Erbkrankungen zu nutzen. Den Wissenschaftlern war es gelungen, diesen Genom-Daten frei zugängliche Daten im World Wide Web zuzuweisen und somit die Spendernamen konkret zu benennen (Gymrek et al. 2013).

Nun stellt sich die Frage, was Datenschutz überhaupt ist. Häufig denkt man sofort an die sichere Verschlüsselung von Daten, Firewalls oder andere technische Anforderungen. Dies sind jedoch nur Teilaspekte des Datenschutzes, da es nicht das primäre Ziel ist, Daten, sondern den Menschen vor einer „Verdatung“ zu schützen. In Deutschland ist der Umgang mit personenbezogenen Daten aus Big Data-Sicht streng geregelt, da juristisch ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt gilt. Nach § 4 Abs. 1 des Bundesdatenschutzge-

setzes ist die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten nur zulässig, sofern eine Erlaubnisnorm dies gestattet oder die Einwilligungen der betroffenen Personen vorliegen. Das heißt, alles ist verboten, außer es ist explizit erlaubt. Auch deshalb ist das damit einhergehende Strafmaß bei Verstößen gegen den Datenschutz mit Bußgeldern von bis zu 300.000 € oder sogar Haftstrafen entsprechend hoch. Der öffentliche Imageschaden wiegt bei entsprechenden Datenschutzverletzungen allerdings noch deutlich höher (Helbing 2015, S.2).

Aber es bleibt festzuhalten, dass der digitale Erfolg maßgeblich von der IT abhängig ist. Einerseits müssen die Prozesse entlang der Wertschöpfungskette einfach, transparent und reibungslos funktionieren, um den Kundenwünschen gerecht zu werden (Kade-Lamprecht und Sander 2012, S.155). Andererseits muss insbesondere in der Krankenversicherung ein hohes Maß an Datenschutz gewährleistet sein (Peters 2017, S. 27). In der Versicherungsbranche hat der Datenschutz einen sehr hohen Stellenwert, der die Versicherer und auch deren Mitarbeiter unter strafrechtlichen Aspekten dazu anhält, die einschlägigen Datenschutzvorschriften ohne Einschränkung einzuhalten. Für die Kommunikation mit dem Kunden ist folglich sicherzustellen, dass vertrauliche Daten weder ungeschützt noch unberechtigter Weise an Dritte herausgegeben werden, was voraussetzt, dass sich der Kunde eindeutig ausweist. Bei der Kommunikation mittels E-Mail, Internet, Telefon oder Fax ist daher besondere Vorsicht geboten (Kalenborn et al. 2016, S. 262). Das elementare Problem besteht demzufolge darin, dass sich die strengen Datenschutzregeln der Aufsichtsbehörden als Hemmschuh für die Digitalisierung von Prozessen und Dienstleistungen erweist. Die Krankenversicherungen befinden sich daher in einem Spannungsverhältnis zwischen dem, was die Kunden wollen und dem, was datenschutzrechtlich erlaubt ist (Kade-Lamprecht und Sander 2012, S.147).

4.2 Rahmenbedingungen und Entwicklungen in der telemedizinischen Versorgung

Bei der bereits beschriebenen telemedizinischen Beratung stellt aktuell noch das Fernbehandlungsverbot für Ärzte nach der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte eine zu beachtende rechtliche Einschränkung dar. In § 7 Abs. 4 der Ärzte-BO ist geregelt, dass auch bei telemedizinischer Beratung die unmittelbare Behandlung zu gewährleisten ist. Die eigentliche Berufsordnung wird von der jeweiligen Landesärztekammer als Satzung erlassen, übernimmt jedoch regelmäßig den Wortlaut der Muster-Ordnung. Fraglich ist, ob der rechtlichen Vorgabe genüge getan wird, sofern das jeweilige Beratungsgespräch durch den Arzt abgebrochen wird, wenn er erkennt, dass das telemedizinische Beratungsgespräch für den Versicherten mit erhöhten Risiken verbunden ist und befürchten muss, dass der Versicherte ansonsten seiner Aufforderung eines direkten Arztkontaktes nicht nachkommt. Ein allgemeines Verbot der Telemedizin ist hieraus nicht erkennbar. Da immer mehr gesetzliche und private Krankenversicherungen diese Form der Beratung anbieten, scheint die Etablierung dieser Leistungsart voranzuschreiten und eventuell auch mittelfristig zur Regelversorgung zu werden.

In Baden-Württemberg beschloss die Vertreterversammlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg am 25. Juli 2016, ärztliche Behandlungen und Beratungen via Kommunikationsmedien zumindest teilweise zuzulassen. Die Kammer teilte mit:

„Mit einer wegweisenden und bundesweit einmaligen Regelung gestattet die Landesärztekammer Baden-Württemberg künftig Modellprojekte, in denen ärztliche Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführt werden.“

Modellprojekte müssen jedoch von der Landesärztekammer genehmigt werden (o. V. 2016).

5 Fazit und Ausblick

Auch Leibniz wäre wahrscheinlich erstaunt gewesen, was sich aus seiner Grundlagenforschung entwickelt hat. Und genauso ist in der Gegenwart nicht absehbar, was die Zukunft bringen wird. Klar jedoch ist, dass es sich aktuell um eine besondere Dynamik in der Fortentwicklung der Technologie handelt. Die Beschleunigung erfolgt vor allem durch neue, bessere Algorithmen sowie der Entwicklung der Smartphones und der damit verbundenen App-Entwicklung.

Damit die Unternehmen der PKV im Wettbewerb bestehen können, müssen sie sich den Herausforderungen der Digitalisierung stellen und diese bei der strategischen Ausrichtung berücksichtigen. Dies bedeutet eine nicht unerhebliche finanzielle Investition in die Zukunft. Es zeigen sich sechs Schwerpunkte, die in das strategische Kalkül eingebunden werden müssen.

- 1) Es bedarf der Entwicklung dynamischer Produkte, die sich den Kundenwünschen anpassen können, um einer spezifischen Bedarfsdeckung gerecht zu werden.
- 2) Der digitale Sektor muss bedient und genutzt werden, um die Kundenzufriedenheit zu erhöhen und die Leistungskosten zu senken. Die Leistungsinhalte zum Beispiel mit einem telemedizinischen Fokus, können dazu dienen, einen niedrigeren Beitrag bei gleichwertiger Leistung zu ermöglichen. Zielsetzung ist dabei auch die Steigerung der Compliance und die Verbesserung der Versorgung in abgelegenen Gebieten.
- 3) Bei der nachgelagerten Rechnungs-Prüfung müssen einerseits Prüfprogramme und Prüfalgorithmen weiterentwickelt werden, um die fortdauernde Beitragsstabilität sicherzustellen. Andererseits müssen auch kundenorientierte Mehrwerte dieser nachgelagerten Prüfung identifiziert und in den Fokus der Kommunikation gerückt werden.
- 4) Um die Versorgungssteuerung zu verbessern, muss eine effektive Datensammlung und eine sich hieraus ergebene Analyse entwickelt werden. Zielsetzung muss dabei die Erzielung von Mehrwerten für den Versicherer (weniger Kosten, geringere Beiträge) und Mehrwerte für die Versicherten (bessere, kundennahe Versorgung sowie Identifikation von weiteren Erkrankungen, die vorher unentdeckt geblieben sind) sein.
- 5) Zur Service-Verbesserung bedarf es eines Ausbaus von kundenorientierten Apps und damit der Auslagerung von einfachen Geschäftsprozessen (Self Service) zur Änderung von vertragsbezogenen Informationen, der Anpassung des Versicherungsschutzes und der selbständigen Identifizierung von Absicherungsbedarfen.

- 6) Der Fortschritt fordert eine Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen durch den Gesetzgeber. Um den Veränderungen gerecht zu werden, müssen auch die internen Restriktionen und Möglichkeiten beachtet werden.

Sollten die vorgenannten Postulate erfüllt werden, kann sich ein Unternehmen im Wettbewerb behaupten. Gesamthaft kann dies auch der Weiterentwicklung des gesamten Gesundheitssystems dienen, so wie es die PKV in der dualen Gesundheitsversorgung in der Vergangenheit gezeigt hat.

Literatur

- Albrecht, P. (2017): Bedroht Big Data Grundprinzipien der Versicherung? (II.). In: Zeitschrift für Versicherungswesen, 68(6): 189-192.
- Anthes, G. (2005): Humana Digs Deep Into Its Data With Predictive Modeling. <http://www.computerworld.com/article/2568872/it-management/humana-digs-deep-into-its-data-with-predictive-modeling.html>.
- Baierlein, J. (2017): Grad der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Branchenvergleich – Hinderungsgründe und Chancen. In: Pfannenstiel, M. A. et al. (Hrsg.). Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen II, Springer Gabler, Wiesbaden.
- Bundesärztekammer (o. J.): Voraussetzungen für gute Telemedizin. <http://www.bun- desaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/113-daet-2010/top- v/telemedizin/1-voraussetzungen/>.
- Gibson, W. F. (1999): The Science in Science Fiction [Radiosendung]. In: Talk of the Nation, (30. November, 1999). <http://www.npr.org/templates/story/story.php?story Id=1067220>.
- Gymrek, M. et al. (2013): Identifying Personal Genomes by Surname Inference. In: Science 339(6117): 321-324.
- Helbing, T. (2015): Big Data und Business Intelligence. <https://www.thomashelbing.com/sites/default/files/simplenews/2015/10/Daten- schutzrecht%20bei%20Big%20Data%20und%20Business%20Intelligence%20be- achten%20-%20Helbing.pdf>.
- Hirsch, C. E. (2000): Der berühmte Herr Leibniz : Eine Biographie. Beck, München.
- Hoffmann, S. / Schwarz, U. / Mai, R. (2012): Telemedizin. In: Häckl, D. / Lukas, D. / Wer- blow, A. (Hrsg.): Angewandtes Gesundheitsmarketing. Springer, Wiesbaden.
- Kade-Lamprecht, E. / Sander, M. (2017): Was kann die Gesundheitswirtschaft aus dem Retail lernen. In: Matusiewicz, D. / Muhrer-Schwaiger, M. (Hrsg.): Neuvermessung der Gesundheitswirtschaft. Springer Gabler, Wiesbaden.
- Kalenborn, F. / ter Schmiten, J. / Sommerreißer, M. (2016): Risikomanagement Schaden- und Leistungsmanagement. In: Berufsbildungswerk der deutschen Versiche- rungswirtschaft (BWV) (Hrsg.): Gestaltung von Geschäftsprozessen im Schaden- und Leistungsmanagement auch unter Berücksichtigung von Assistance-Leistun- gen. BWV, München.
- Kinder, C. / Steingröver, M. / Kasch, M. (2013): Was gesetzlich Versicherte von ihrer Krankenkasse wirklich wollen. http://www.bain.de/Images/BainBrief_Was%20ge- setzlich%20Versicherte%20wirklich%20wollen_FINAL.pdf.
- Kroker M (2015): BIG Data: 2,5 Trillionen Byte Daten jeden Tag, wächst vier Mal schneller als die Weltwirtschaft. <http://blog.wiwo.de/look-at-it/2015/04/22/big-data-25-trillio- nen-byte-daten-jeden-tag-wachst-vier-mal-schneller-als-weltwirtschaft/>.

- Markl, V. / Hoeren, T. / Krcmar, H. (2013): Finale Studienergebnisse - Innovationspotenzialanalyse für die neuen Technologien für das Verwalten und Analysieren von großen Datenmengen (Big Data Management). http://www.dima.tu-berlin.de/fileadmin/fg131/Publikation/BDM_Studie/StudieBiDaMa-online-v2.pdf.
- Manyika, J. et al. (2011): Big data: The next frontier for innovation, competition and productivity. http://www.mckinsey.com/~media/McKinsey/Business%20Functions/McKinsey%20Digital/Our%20Insights/Big%20data%20The%20next%20frontier%20for%20innovation/MGI_big_data_full_report.ashx.
- Naujoks, H. / Lubig, D. / Bernert, A. (2012): Was Versicherungskunden wirklich wollen. http://www.bain.de/Images/121011_Studie_Insurance_ES.pdf.
- Naujoks, H. et al. (2013): Versicherungen: Die digitale Herausforderung. http://www.bain.de/Images/BainBrief_Versicherungen_Die-digitale-Herausforderung_FINAL.pdf.
- o.V. (2016): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel. <http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/20recht/05kammerrecht/bo.pdf>.
- Peters, B. (2017): Leadership Agility und Digitalisierung in der privaten Krankenversicherung – Steigende Komplexität und wachsende Dynamik der Digitalisierung erfordern zunehmend agile Organisationen und agile Führungskräfte. In: Pfannenstiel, M. A. / Da-Cruz, P. / Mehlich, H. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen II. Springer Gabler, Wiesbaden.
- Porter, M. E. (1986): Wettbewerbsvorteile (Competitive Advantage): Spitzenleistungen erreichen und behaupten. Campus, Frankfurt am Main.
- Schreyögg, J. / Busse, R. / Tiemann, O. (2013): Management im Gesundheitswesen. Springer Medizin, Berlin.
- Strategy& (2016): Weiterentwicklung der eHealth-Strategie. Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/eHealth/BMG-Weiterentwicklung_der_eHealth-Strategie-Abschlussfassung.pdf.
- Symptoma (2017): www.symptoma.com/de.
- Thurner, S. (2016): Vorhersagbarkeit von Krankheiten wird Welt drastisch verändern. <http://derstandard.at/2000042916194/Vorhersagbarkeit-von-Krankheiten-wird-Welt-drastisch-veraendern>.
- Vollrath, H.-J. (2016): Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716) als Mathematiker. http://www.didaktik.mathematik.uni-wuerzburg.de/fileadmin/10040500/mitarbeiter-files/weigel/images/leibniz/Leibniz_broschuere_020_250dpi_END.pdf.
- Ziegenhagen, D. J. / Schilling, M. K. (2012): Gesundheitsmanagement in der privaten Krankenversicherung. In: Ostendorf, G.-M (Hrsg.): Versicherungsmedizin im 21. Jahrhundert Private Krankenversicherung. Verlag Versicherungswirtschaft, München.

Die digitale Patientenakte Akzeptanz oder Ablehnung?

Kathrin Baxmann, Kevin Jerke und Peter Eicke

1 Einführung

Die zunehmende Digitalisierung stellt Politik, Wirtschaft und die gesamte Gesellschaft vor immer größere Herausforderungen. „Die damit verbundenen radikalen Veränderungen können aber auch als Chance begriffen werden - gerade im Gesundheitswesen. Innovationen der Telemedizin können einen erheblichen Beitrag zur Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung leisten“. (Mühlbacher und Berhanu 2003, S. 2).

Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung ist es elementar, für eine strukturierte Einbindung der Leistungserbringer in den Behandlungs- und Betreuungsprozess der Krankenversicherten zu sorgen. Ein oft thematisiertes Hilfsmittel dieser telemedizinischen Steuerung ist die digitale Patientenakte (auch elektronische Patientenakte), welche als übergeordnetes Data Warehouse der bereits eingesetzten Telematik, wie die elektronische Gesundheitskarte und der damit verbundenen elektronischen Datenspeicherung, fungieren soll. Bei der genaueren Betrachtung der Publikationen fällt auf, dass die Informationen zu diesem Thema aus Sicht der Anbieter und der Großkunden, wie Gesundheitsministerium oder Krankenkassen, überwiegen. Doch wie sehen die Versicherten das Thema der zunehmenden Digitalisierung des Gesundheitswesens? Betrachten sie diese eher als Chance zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung oder sehen sie diese überwiegend als Risiko im Bereich des Datenschutzes und fühlen sich dabei als „gläserner Patient“? Diese Fragestellung wurde im folgenden Beitrag mithilfe einer empirischen Erhebung betrachtet.

Neben der Perspektive der Patienten ist darüber hinaus zu klären, welche Bedeutung die elektronische Patientenakte für Ärzte, Patienten und Krankenkasse einnimmt.

Derzeit ist die Patientenbetreuung im deutschen Gesundheitswesen durch eine hohe Heterogenität und Vielfalt der an der Patientenversorgung beteiligten Bereiche geprägt. (Mühlbacher und Berhanu 2003, S. 6). „Dieser Zustand erschwert ein kooperatives und koordiniertes Zusammenwirken im gesamten Versorgungsbereich.“ (Mühlbacher 2002, S. 52ff.). Durch die fehlende Kooperation und Koordination der Versorgungsabläufe entstehen an den Schnittstellen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsverluste. (Mühlbacher und Berhanu 2003, S. 7; Henke und Göppfart 2002, S. 6). Genau hier kann die digitale Patientenakte ansetzen. Sie liefert eine homogene Informationsquelle für die integrierte Versorgung und kann dazu beitragen, Doppeluntersuchungen zu vermeiden, ein transparentes Leistungsgeschehen für alle Beteiligten zur Verfügung zu stellen und die angesprochenen Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsverluste zu verringern. (Dietzel 2002, S. A1418).

Die Bedeutung für die Versicherten im Einzelnen stellt hierbei die Egalisierung der Qualitätsverluste, speziell bei der direkten Patientenbehandlung, dar. Das Fehlen der notwendigen Informationen zum Entscheidungszeitpunkt innerhalb des Behandlungsprozesses könnte somit unterbunden werden (Mühlbacher und Berhanu 2003, S. 7).

Im Folgenden wird in diesem Beitrag auf den Zusammenhang zwischen der digitalen Patientenakte, der elektronischen Gesundheitskarte und der elektronischen Datenspeicherung der Versichertendaten eingegangen. Zusätzlich wird eine Abwägung von Chancen und Risiken der digitalen Patientenakte vorgenommen. Diese soll dem Leser die Notwendigkeit der Einführung verdeutlichen.

Das Hauptaugenmerk dieses Artikels gilt einer Empirie, in der eine Beurteilung der Versichertensicht zu den Chancen und Risiken der digitalen Patientenakte der bereits vorhandenen Literatur gegenübergestellt und in den Gesamtkontext gebracht wird. Aufgrund der vorhandenen Teilnehmerzahl ist in diesem Teil jedoch lediglich von ersten Tendenzaussagen der Versichertensicht auszugehen. Insgesamt lassen sich aber anhand einer Customer Journey Handlungsempfehlungen für das Gesundheitswesen ableiten.

Auch wenn die digitale Patientenakte in vielerlei Hinsicht noch Zukunftsmusik darstellt, wird sie bereits in einigen Bereichen des Gesundheitswesens gelebt. Dies zeigen die bereits heute angewandten Versorgungskonzepte „Case Management“ und „Disease Management“ (Mühlbacher und Berhanu 2003, S. 10).

Ziel dieses Beitrages ist es demnach, die flächendeckende Einführung der elektronischen Patientenakte durch die aus der Empirie gewonnenen Erkenntnisse zu bewerten und Handlungsempfehlungen für das Gesundheitswesen auszusprechen.

2 Zusammenhang digitale Patientenakte und elektronische Gesundheitskarte

2.1 Digitale Patientenakte

Die digitale Patientenakte, auch elektronische Patientenakte genannt, ist ein IT-gestütztes Instrument zur Sammlung zeitlich und räumlich verteilter medizinischer Daten eines Versicherten. Dies beinhaltet sämtliche den Patienten betreffende Behandlungsangaben sowie auch Präventionsmaßnahmen. Die Gesundheitsdaten werden elektronisch erfasst und gespeichert. Diese Art der Patientenakte hat zum Ziel, eine bestmögliche Versorgung der Versicherten und eine größere Transparenz für Ärzte zu schaffen (Lütkehaus 2010, S. 62). Die elektronische Patientenakte ersetzt die herkömmliche in Papierform existierende Patientenakte. In ihr werden Diagnosen, Therapien und Medikationen gespeichert (Mühlbacher et al. 2017). Auch Bilddaten wie Röntgenaufnahmen, Ultraschallbilder sowie Laborbefunde und Untersuchungsberichte können auf der elektronischen Patientenakte hinterlegt werden und steigern somit die Qualität einer Behandlung des Patienten (bkk24 2017).

Der Begriff „elektronische Patientenakte“ hat in Deutschland verschiedene Konzepte unter sich vereint und somit unterschiedliche Aktentypen hervorgerufen. Die Wichtigsten davon sind die einrichtungsinterne Patientenakte, die einrichtungsübergreifende Patientenakte, die persönliche Patientenakte und die elektronische Gesundheitsakte (Haas 2016, S. 187f.).

Unter der einrichtungsinternen Patientenakte versteht man die Zusammenführung aller Dokumente und Informationen innerhalb einer behandelnden Einrichtung über den jeweiligen Patienten. In der einrichtungsübergreifenden Patientenakte werden die wichtigsten

Daten und Dokumente aller vorhandenen Behandlungen von allen Praxen in denen ein Patient in Behandlung war beziehungsweise ist, gespeichert. Somit ist diese Art der Patientenakte nicht nur an eine Praxis gebunden und kann damit in anderen Einrichtungen benutzt werden. Im Gegensatz zu den erstgenannten Arten einer digitalen Patientenakte liegt in der persönlichen Patientenakte die Datenhoheit und somit auch die Speicherung von Informationen beim Patienten. Bei Bedarf stellt der Patient zu einem Fall seiner Ärztin oder seinem Arzt die Informationen für die Nutzung zur Verfügung. Die elektronische Gesundheitsakte hingegen beinhaltet nur vom Patienten ausgewählte Dokumente und Daten aller Behandlungen. Sie ist einrichtungsübergreifend, kann entweder vom Arzt und/oder vom Patient selbst geführt werden und der Patient kann beliebige Eintragungen ergänzen (AK EPA / EFA 2012, S. 14, S. 16).

In diesem Buchbeitrag wird sich nur auf die einrichtungsübergreifende Patientenakte bezogen, denn diese beinhaltet die meisten Daten über einen Patienten, wodurch sie besonders interessant für das Datenschutzthema ist. Sie ermöglicht es, dass verschiedene Gesundheitsinstitutionen auf sie zugreifen können, was wiederum einen Gesamtüberblick über die Krankengeschichte eines Patienten schafft. Zur Vereinfachung wird diese elektronische Patientenakte, kurz ePA, genannt.

Ausschlaggebend für die Entwicklung der ePA waren die Umstände, dass der heutige Mensch eine höhere Lebenserwartung vorweist und seine Generation durch einen hohen Anteil multimorbider Versicherter als auch durch chronisch Kranke gekennzeichnet ist. Dieses wiederum führte dazu, dass die Medizin sich immer weiter spezialisiert hat, sodass heutzutage nicht nur ein Arzt, sondern vielfach gleichzeitig mehrere Ärzte die Behandlung übernehmen. Durch diese Sachlage entstehen durch jeden einzelnen Arzt Teilsichten auf den jeweils zu Behandelnden, die nur auf die jeweilige Situation abgestimmt sind und durch die Verteilung der einzelnen Informationen keinen Gesamtüberblick zulassen. Zu dieser Situation kann es kommen, wenn ein Patient von einem Arzt zu weiteren Untersuchungen zu anderen Ärzten gesendet wird. Sie kann sich aber auch durch das konkrete Verhalten des Patienten selbst ergeben. So kann er ohne das Wissen der einzelnen Ärzte in mehreren Praxen parallel in Behandlung sein, sodass keine der jeweiligen Einrichtungen eine Komplettübersicht über die Gesamtsituation des Betroffenen hat. Insgesamt wird so aber der Patient der alleinige „Informationsträger“ seiner medizinischen Daten. Das führt dazu, dass der Versicherte bei den jeweiligen Anamnesen immer wieder Auskunft über die Problematik erteilen muss (Haas 2016, S. 183ff.).

Bisher wurden die verschiedenen Daten von jeder Institution auf eigenen Karteien bzw. Patientenakten festgehalten. Die einzelnen Aufzeichnungen und Unterlagen liegen dadurch oft nicht dort vor, wo sie gerade benötigt werden. Zum Teil ist der Patient auch nicht in der Lage oder willens alle Informationen über seinen Krankheitsstatus und -entwicklung offen zu legen. Hierdurch fehlen diagnostische Erkenntnisse, therapeutische Entscheidungen kommen verspätet oder sind mangelhaft. Fehlende, verspätete oder unvollständige Informationen verursachen mühsame Beschaffungen und unnütze beziehungsweise wiederholte Untersuchungen (Boeske et al. 2004).

Als Lösung dient die Nutzung der ePA, denn diese wirkt institutionsübergreifend, das heißt die gespeicherten Daten stammen aus zum Beispiel unterschiedlichen Praxen,

Krankenhäusern etc., und können über die jeweilige IT-Infrastruktur verwendet werden. Hilfreich ist hierbei die elektronische Gesundheitskarte (eGK), welche im anschließenden Kapitel genauer erläutert wird. Die ePA soll demnach eine Überwindung der Schnittstellenproblematik im Gesundheitswesen darstellen. Ziel ist hierbei die Harmonisierung der Schnittstellen zwischen den einzelnen Leistungserbringern durch Aufhebung zerstreuter Versorgungsstrukturen. Erfasste Patienteninformationen werden in der ePA zusammengefasst und legitim zugänglich gemacht. Hierdurch wird so weit wie möglich die papiergebundene Kommunikation zwischen Ärzten, Krankenhäusern etc. ersetzt und Informationen wie Befunde, Diagnosen, Therapien und Behandlungen elektronisch und maschinell verwertbar gemacht (Mühlbacher et al. 2017).

Durch das Zusammenführen aller Patientendaten und somit auch Harmonisierung der Schnittstellen soll künftig ein Leistungserbringer Kenntnisse über den derzeitigen Gesundheitszustand des zu Behandelnden, über aktuelle Diagnosen und Symptome, über aktuelle Befunde und Arzneimittel, über die Krankheitsgeschichte und ebenso über wichtige therapeutische Maßnahmen wie Operationen etc. erlangen können (Haas 2016, S. 183ff.). Das Ziel besteht grundsätzlich darin, eine Verbesserung der Behandlungsqualität von Versicherten und der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu erreichen (Mühlbacher et al. 2017). Es soll eine problemorientierte Transparenz der Krankengeschichte ermöglicht werden, um eine bestmögliche Versorgung des Betroffenen sowie eine Minimierung von unerwünschten Nebenwirkungen und Wechselwirkungen bei der Medikation zu erzielen (Boeske et al. 2004).

So können die Daten aus vorherigen Behandlungen für einen aktuellen Fall herangezogen werden, welches einer Erleichterung der Identifikation von Wiederkehrern dient und Doppelbehandlungen vermeiden soll (Reupke 2016). Durch die Speicherung von Vorerkrankungen, abgeschlossenen und noch laufenden Therapien werden diese für die jeweiligen Leistungserbringer verfügbar gemacht, was dazu führt, dass Diagnosen sicherer, schneller und wirtschaftlicher festgestellt werden und therapeutische Maßnahmen können somit zeitnah greifen (Boeske et al. 2004).

Im Falle eines Notfalls können die auf freiwilliger Basis gespeicherten Notfalldaten, wie zum Beispiel Grunderkrankungen, Allergien und individuelle Risiken des Versicherten für die Therapiesicherheit informativ sein. So wird die Zusammenarbeit zwischen einzelnen Institutionen des Gesundheitswesens erleichtert und gefördert (bkk24 2017).

Die Vor- und Nachteile hinsichtlich der Verwendung der ePA werden in Kapitel 3.1 erläutert. Insgesamt ist festzuhalten, dass wesentliche Inhalte der ePA einzelne klinische Ereignisse wie medizinische Maßnahmen, Symptome, Diagnosen, Medikation und Behandlungsziele sind. Des Weiteren sollen spezielle Unterlagen zum Beispiel Laborergebnisse, Medikationspläne, Behandlungswege und ergänzende Dokumente, wie sonstige fachspezifische Berichte etc. erfasst werden. Auch klinische Vorlagen wie Röntgen- oder Ultraschallbilder sollen zukünftig in der ePA gespeichert werden (Haas 2016, S. 190f.).

Wichtig ist hierbei ein sehr gutes Sicherheitssystem in der IT, welches nur berechtigten Ärzten den Zugang zu den sensiblen Daten gewährt (Reupke 2016). Dritte dürfen Auskunfts- und Verwendungsrechte nur im Rahmen datenschutzrechtlicher Bestimmungen

zur Verfügung erhalten (Boeske et al. 2004). Ebenfalls dürfen Daten nur abgerufen werden, wenn der Versicherte dem einwilligt (bkk24 2017). Um dies zu verwirklichen muss fachlich geklärt werden, welche Informationen für Dritte relevant sind oder später relevant werden könnten (Boeske et al. 2004).

Ein wichtiger Teil in der IT ist die sogenannte elektronische Gesundheitskarte, die als Speicherort für die ePA dienen soll. Im folgenden Kapitel wird auf diese genauer eingegangen.

2.2 Elektronische Gesundheitskarte

Um heutzutage Leistungen von der gesetzlichen Krankenkasse zu erhalten, gilt als einziger Berechtigungsnachweis seit Januar 2015 die elektronische Gesundheitskarte (eGK). Sie löst damit die bis Dezember 2013 gültige Krankenversichertenkarte ab. Auf ihr sollen zukünftig die Daten der ePA zusammen mit Notfalldaten, Medikationsplänen etc. gespeichert werden (Bundesministerium f. Gesundheit 2017).

Bereits alle gesetzlich Versicherten besitzen die eGK im sogenannten „Offline-Modus“ (cgm 2017). Dieser „Offline-Modus“ bedeutet, dass die eGK zunächst nur die Speicherung der Versichertenstammdaten wie Name, Geburtsdatum und Anschrift, sowie die qualifizierte elektronische Signatur beinhaltet. Weitere Anwendungen, wie zum Beispiel die bereits erwähnte ePA, sollen nach und nach etabliert werden (Elmer 2016, S. 98ff.). Zu klären bleibt, welche Erwartungen der Versicherte an die eGK, vor allem aber an die ePA, hat. Interessant für den Patienten sind ebenfalls der Aufwand und der tatsächliche Nutzen der eGK zusammen mit der ePA, denn die Kombination beider kann nur erfolgreich für das Gesundheitswesen sein, wenn der Versicherte die eGK auch wirklich nutzt (Braun 2008, S. 18).

Es sei jedoch erwähnt, dass der Zusammenhang zwischen der ePA und der eGK dem größten Teil der Versicherten bekannt ist. Auch die Anwendung der eGK steht einer großen Bereitschaft zur freiwilligen Anwendung gegenüber. Besonders die ePA als auch Notfalldaten und Arzneimitteldokumentationen auf der eGK finden Zuspruch bei den Versicherten (Göres 2009, S. 274).

Als Priorität gilt hierbei der Patient als „Herr seiner Daten“. Er entscheidet, ob und inwiefern er auf seiner eGK Daten speichern lässt und wie weit er die verschiedenen Möglichkeiten dieser Datenspeicherung nutzen möchte. Hinzu kommt noch, dass der Versicherte die vorhandenen Daten einsehen und auf Wunsch auch löschen lassen kann. Lediglich die Verwaltungsdaten, Name, Adresse, Geburtsdatum etc. bleiben auf der Karte erhalten (Bundesministerium f. Gesundheit 2017). Hierbei bietet die eGK, im Zusammenhang mit der ePA, als Vorteile für den Versicherten die Steigerung der Patientenautonomie, da er einen Zugriff auf seine Daten erhält, sie dient einer schnelleren Übertragung der Patientendaten für eine andere Institution des Gesundheitswesens, wie zum Beispiel ein Krankenhaus, sie vermeidet Doppeluntersuchungen und Unverträglichkeiten zwischen Arzneimitteln und steigert eine bessere Betreuung des Patienten durch die transparent gewordene Krankengeschichte des Betroffenen (Elmer 2016, S. 100).

Ein weiteres Merkmal für die Identifizierung der betroffenen Person ist das auf der eGK aufgedruckte Lichtbild, welches zur Vermeidung von Verwechslungen und Missbräuchen dient (Bundesministerium f. Gesundheit 2017).

Im Falle einer Erkrankung im Ausland bietet die eGK ebenfalls einen Vorteil. Auf der Rückseite der Karte befindet sich, wie auf der ehemaligen Krankenversichertenkarte, die europäische Krankenversicherungskarte (European Health Insurance Card, kurz EHIC). Mit ihr ist es möglich, schnell und unbürokratisch Behandlungen im Ausland durchzuführen. Vordrucke der jeweiligen Krankenkasse sind damit hinfällig geworden. Die EHIC findet Anwendung in ganz Europa sowie in Island, Lichtenstein, Norwegen und in der Schweiz (Elmer 2016, S. 100).

Zusätzlich ist die eGK von ihrer Gültigkeit her unbegrenzt und besitzt einen Prozessorchip, der eine Verschlüsselungsfunktion beinhaltet. Durch diesen Chip wird eine Aktualisierung der auf der eGK gespeicherten Patientendaten möglich, welches wiederum das ständige Erneuern der eGK überflüssig macht. Dies bedeutet, dass bei einer Änderung der Patientendaten, wie zum Beispiel die Hausanschrift, keine neue eGK bei der aktuellen Krankenkasse beantragt werden muss. Sollte der Patient allerdings eine neue Krankenkasse in Erwägung ziehen, so muss er seine derzeit gültige eGK bei seiner alten Krankenkasse abgeben. Eine neue eGK erhält der Versicherte dann von seiner neuen Krankenkasse (VDEK 2017).



Abbildung 1: Die elektronische Gesundheitskarte (Vorderseite)

Quelle: www.vdek.de.



Abbildung 2: Die elektronische Gesundheitskarte (Rückseite)
Quelle: www.vdek.de.

Die Vorteile für Patient und Arzt ergeben sich allerdings erst, wenn die eGK zusammen mit der ePA Anwendung findet. Als Ziele der eGK gelten:

- Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung und der Arzneimittelsicherheit
- Steigerung patientenorientierter Dienstleistungen
- Stärkung der Eigenverantwortung und Mitwirkung des jeweiligen Versicherten
- Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und Transparenz im Gesundheitswesen
- Optimierung von Arbeitsprozessen bei den Leistungserbringern (Irina Drozdzyński 2006, S. 4).

Hieraus profitieren größtenteils die Krankenkassen. Durch die Einführung der eGK in Kombination mit der ePA entstehen Verbesserungen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit einer Versorgung, Kosten werden bezüglich gut aufeinander abgestimmter Prozesse eingespart, die Versorgung durch Ärzte wird qualitativ gesteigert und den Krankenkassen wird der Einblick in die Tätigkeiten der Leistungserbringer erleichtert (Elmer 2016, S. 7).

Ein sogenannter Online-Abgleich soll dabei den Leistungserbringern den Arbeitsaufwand erleichtern. Dies geschieht mit Hilfe des bereits genannten Prozessorchips, der zwischen der eGK und der Krankenversicherung die Datenaktualisierung ermöglicht, welche beim Arztbesuch erfolgen kann. Voraussetzung dabei ist, dass die neuen Daten der Krankenkasse bereits vorliegen. Auch die Daten in der Stammdatendatei der Arztpraxis selbst lassen sich somit ohne weitere Komplikationen erneuern. Zum Lesen der gespeicherten Informationen benötigt der behandelnde Arzt zum einen die eGK des Patienten als auch seinen Heilberufsausweis, auch als Health Professional Card bezeichnet, welche gleichzeitig im Kartenlesegerät stecken müssen, um die Daten entschlüsseln zu können. Wichtig hierbei ist die Kenntnis über den PIN der eGK, den der Patient seinem Arzt mitteilen muss. Dieser PIN gilt für alle gespeicherten Informationen auf der eGK, mit Ausnahme der Notfalldaten und dem Medikationsplan, wenn dieser ohne PIN verwendet werden soll (Bundesministerium f. Gesundheit 2017).

Diese Kartenlesegeräte, auch Kartenterminals genannt, wurden in einigen Krankenhäusern und Arztpraxen bereits installiert und durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert (gkv Spitzenverband 2017). Nur durch die gleichzeitige Anwendung der Health Professional Card und der eGK im Kartenlesegerät lassen sich die gespeicherten Daten entschlüsseln. Durch diese Kombination wird verhindert, dass Außenstehende auf die Daten zugreifen können. Hinzu kommt noch, dass die Daten, welche anschließend die Praxis oder das Krankenhaus verlassen, wieder verschlüsselt werden (kbv 2017).

Für die Einführung der eGK als auch für den Aufbau der mit ihr verbundenen Telematikinfrastruktur (TI) ist die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, kurz „gematik“ genannt, verantwortlich. Sie besteht aus der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, dem GKV-Spitzenverband, der kassenärztlichen Bundesvereinigung, der kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, dem deutschen Apothekerverband und der deutschen Krankenhausgesellschaft (gkv Spitzenverband 2017).

Allerdings ist die Einführung der eGK nicht auf Anhieb durchsetzbar gewesen. Sie musste Schritt für Schritt eingeführt werden, da in den Testjahren 2007 und 2008 negative Ergebnisse bezüglich der Anwendung und Akzeptanz erzielt wurden. Der erste Schritt dazu war die Aufgabenverteilung an die teilnehmenden Gesellschaften. Die gematik und die Industrie sollten für mehr Effizienz, Schnelligkeit und weniger Komplexität in der Anwendung sorgen. Leistungserbringer wie Ärzte oder Krankenhäuser sowie die Kostenträger übernahmen ihren jeweiligen Part in der fachlichen Verantwortung. Daraus entwickelte sich anstelle einer „All-Inclusive-Karte“ nun ein Stufenplan für die schrittweise Etablierung von Fachanwendungen (Elmer 2016, S. 98ff.).

3 Kritische Reflexion

Bereits aus den vorangegangenen Erläuterungen lassen sich Chancen und Risiken der digitalen Patientenakte ableiten. Im Folgenden wird diese Ausarbeitung jedoch detailliert Aufschluss über Chancen und Risiken der elektronischen Patientenakte geben. Eine Bezifferung von monetären Kostenpunkten wird nicht erfolgen, da die Entscheidung zur Entwicklung der elektronischen Patientenakte durch das E-Health-Gesetz bereits gefallen ist. Vielmehr soll diese Ausarbeitung unter Punkt drei auf Chancen und Risiken hinsichtlich der nicht-monetären Vor- und Nachteile geben, den Datenschutz beleuchten sowie in einem Zwischenfazit münden. Es soll somit erläutert werden, ob hinsichtlich der folgenden Aspekte von einer Akzeptanz oder Ablehnung der Patienten auszugehen ist.

3.1 Vor- und Nachteile

Um die Vor- bzw. Nachteile der ePA zwecks Beurteilung der Akzeptanz bzw. Ablehnung durch die Patienten ermitteln zu können, gilt es zunächst zu eruieren, welche Daten und Funktionen in der ePA festgehalten bzw. generiert werden, zu erläutern, wie diese Daten bislang dokumentiert werden und zu hinterfragen, ob die Funktionen der ePA Mehrwerte schaffen.

Da über die Wahrscheinlichkeit der Akzeptanz bzw. Ablehnung bislang keine empirische Studie vorliegt, kann hierbei jedoch keine wissenschaftlich fundierte Aussage getätigt werden.

Wie bereits erläutert, wird der „Offline-Modus“ der eGK bereits genutzt. Bis zum 31.12.2018 sollen laut § 291a SGB V jedoch auch die erforderlichen Voraussetzungen für den Einsatz der ePA, bzw. die einrichtungsübergreifende Patientenakte, geschaffen werden.

Mittels der eGK soll die ePA laut § 291a SGB V zum Zwecke der Datenerhebung, -nutzung oder der -verarbeitung folgende Funktionen mit sich bringen:

- Befunde, Diagnosen, Therapieempfehlungen sowie Behandlungsberichte sollen in elektronischer und maschinell verwertbarer Form für eine einrichtungsübergreifend und fallbezogene Zusammenarbeit (elektronischer Brief) erfasst, weitergegeben und verwendet werden können.

Daraus lässt sich ableiten, dass die ePA im Wesentlichen einen elektronischen und einrichtungsübergreifenden Informationsfluss ermöglichen soll.

Wie bereits beschrieben, soll die eGK in Verbindung mit der ePA Verbesserungen in der Qualität der medizinischen Versorgung, der Arzneimittelsicherheit, der Steigerung von patientenorientierten Dienstleistungen und viele weitere Vorteile mit sich bringen.

Es stellt sich im Folgenden die Frage, ob die Patienten aufgrund dieser Veränderungen die ePA voraussichtlich nutzen würden oder von einer Ablehnung auszugehen ist.

Bisher erfolgt der einrichtungsübergreifende Informationsfluss wie folgt: Der Patient erhält von seinem Hausarzt eine Überweisung und vereinbart im Folgenden einen Termin mit dem zuständigen Facharzt. Der Facharzt benötigt die bisherigen medizinischen Unterlagen, um die Behandlung bestmöglich zu gestalten. Diese Unterlagen sind vom Patienten mitzubringen. Im optimalen Fall erhält der Versicherte die Ergebnisse der Untersuchung im Anschluss an diese, um die Unterlagen an seinen Hausarzt bei seinem nächsten Termin zu übergeben und diese mit ihm zu besprechen. (Schiller und Haas 2009, S 20f.).

Nach aktueller Rechtslage ist der Datenaustausch direkt zwischen den Einrichtungen bzw. Ärzten datenschutzrechtlich nur zulässig, wenn der Versicherte dafür sein Einverständnis gibt. Sollte er dies nicht tun und der Arzt übermittelt ohne Zustimmung des Patienten Befunde, so macht sich der Arzt strafbar. (Schiller und Haas 2009, S. 20f.).

Um eine bestmögliche Versorgung sicherstellen zu können, ist eine schnellstmögliche und vollständige Datenübermittlung jedoch notwendig, welche durch den Patienten als Boten jedoch eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen kann (Schiller und Haas 2009, S. 20f.).

Da der Patient laut Gesetz der Datenübermittlung und -speicherung durch die ePA zustimmen und freigeben muss, bestünde diese Problematik durch die ePA nicht mehr. Durch diesen Ablauf entfielen für die Behandler das Risiko, sich durch nicht gesetzeskonformes Vorgehen, hinsichtlich der Informationsweitergabe, strafbar zu machen. Dies würde die Akzeptanz des Arztes hinsichtlich der ePA verbessern. Entgegen dieser Akzeptanz, gibt der Arzt jedoch seine Datenhoheit in die Hände des Patienten, da dieser die Daten laut Gesetz verwalten kann und entscheidet, welche Daten gespeichert werden dürfen.

Ebenfalls reduziert sich das Risiko, dass Patienten, welche ggf. aufgrund psychischer Probleme unter strukturellen Problemen leiden, ihre Unterlagen nicht in Gänze zu den Arztbesuchen mitbringen und es so zu Fehldiagnosen kommt (Tlach et al. 2017).

Voraussetzung für eine bestmögliche Versorgung ist zudem die Patientencompliance - das Treueverhalten der Patienten gegenüber dem Arzt. Gemeint ist also die Bereitschaft des Patienten, den Empfehlungen und Ratschlägen seines Arztes Folge zu leisten. Durch diese Treue sinkt die Wahrscheinlichkeit einer notwendig werdenden Anschlusstherapie und den daraus resultierenden Kosten, eventueller Komplikationen sowie einer Belastung des Patienten durch zusätzliche Behandlungen (Schäfer 2017, S. 1f.).

Eine Verbesserung der Versorgung der Behandlung würde folglich durch den vollständigen und zügigen Datenaustausch der ePA möglich sein. Auch hätte jeder Behandler die Möglichkeit, auf die identischen und aktuellen Daten zuzugreifen. Zur Vollständigkeit der ePA bedarf es jedoch der Zustimmung des Patienten. Es besteht also auch bei diesem Verfahren die Gefahr der Nichtvollständigkeit der Unterlagen (Lütkehaus 2010, S. 20).

Des Weiteren hat der Patient vor jedem Zugriff auf die ePA diesen durch die Eingabe eines PINs freizugeben. Eine sofortige Auswertung der Unterlagen nach dem Hochladen dieser in die Patientenakte ist somit nicht möglich, bzw. nur möglich, wenn der PIN dem Arzt bekannt ist.

§ 291a SGB V sieht ebenfalls vor, dass Patienten zukünftig auf gewisse Daten zugreifen können. Patienten haben somit die Möglichkeit, sich einen Überblick über die in Anspruch genommenen Leistungen zu verschaffen. Ein Abrechnungsbetrug durch Leistungserbringer wird somit erschwert. Dies könnte bei den Ärzten zu einer verringerten Akzeptanz führen. Unter Betrachtung des Kosteneinsparungspotenzials ist ebenfalls zu erwähnen, dass durch die ePA aufgrund der Überwindung der Sektorengrenzen zwischen ambulanten und stationären Behandlungen Doppelbehandlungen vermieden werden können. Dies führt ebenfalls zu einer Erleichterung für die Patienten (Lütkehaus 2010, S. 21).

Durch die stets aktuelle ePA, welche im Optimalfall alle medizinisch notwendigen Daten enthält, ist von einer optimierten Prozesskette bei den Behandlern auszugehen. Markanter Vorteil der ePA ist die stetige Aktualität. Des Weiteren entfielen der Prüfaufwand der Akten, der Aktualisierungsaufwand sowie der Beschaffungsaufwand für die notwendigen medizinischen Informationen.

Als Nachteil gilt es aus Sicht des Behandlers zu erwähnen, dass die Umstellung der Praxissoftware zur Ermöglichung der Arbeit mit und in der ePA per Gesetz nicht vom Gesetzgeber subventioniert wird. Des Weiteren lehnen viele Ärzte die ePA ab, da sie der Ansicht sind, dass handschriftliche Aufzeichnungen keinen formellen Regelungen unterliegen und folglich mehr Informationen beinhalten (Trill 2008, S. 77).

3.2 Datenschutz

Dieses Kapitel der Ausarbeitung gibt einen Überblick über die momentane gesetzliche Situation in Bezugnahme auf den Datenschutz. Es soll aufgezeigt werden, ob die vorliegenden Voraussetzungen erfüllt werden, bzw. ob dies momentan eindeutig zu klären ist, um eine Akzeptanz der digitalen Patientenakte zu erwirken.

Das Thema Datenschutz stellt im Zusammenhang mit der ePA eine Schlüsselrolle dar. Zentrale Fragen sind hierbei, ob die sensiblen Daten vor Missbrauch geschützt sind und wer auf diese Daten zugreifen darf bzw. kann (Müller 2008). Es stellt sich zusätzlich die Frage, ob ein gesetzliches Fundament vorhanden ist, welches die Akzeptanz und die Nutzung der ePA durch die Patienten und die Behandler hinsichtlich des Datenschutzes positiv beeinflusst.

Den Inhalt der zu speichernden Daten benennen §§ 291 bis 291a SGB V. Zu unterscheiden ist hierbei in Daten, welche bereits auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden und in Daten, für welche ein Netzzugang benötigt wird. Bereits ohne Netzzugang müssen Daten über diverse persönliche Informationen wie zum Beispiel Adressdaten, Versicherungsinformationen sowie medizinischen Daten zur Notfallversorgung verfügbar sein. Zusätzlich hat der Patient die Möglichkeit, weitere Daten speichern zu lassen. Teilweise werden diese auf der eGK direkt gespeichert (Notfalldaten), teilweise jedoch auch verteilt an verschiedenen Orten online. Diese Daten sind folglich nur über einen Netzzugang erreichbar (Gematik 2013, o. S.).

Die Nutzung der Zusatzfunktionen - über die ohne Netzzugang möglichen Funktionen hinaus - sind vom Patienten freizugeben. Ohne Einwilligung ist diese Nutzung laut § 291a Abs. 3, 2. Halbsatz SGB V nicht erlaubt. Durch diese Regularien werden die Ansprüche der DSGVO-EU und des BDSG erfüllt.

Da der Großteil der Bevölkerung hinsichtlich des Themas Datenschutz eine skeptische Haltung einnimmt, bzw. einen starken Datenschutz fordert, gilt es einen Blick auf die gesetzlichen Regularien hinsichtlich dieser zu werfen (Beckedahl 2016).

Durch die genannten Inhalte der ePA, werden sowohl länderspezifische, bundesspezifische, als auch europäische Regularien angesprochen. Zu den länderspezifischen Rechten zählen unter anderem die Landesdatenschutzgesetze (LDSG) der Länder, welche aufgrund des in Deutschland herrschenden föderalistischen Systems bestehen. Die Inhalte der Landesdatenschutzgesetze ähneln denen des Bundesdatenschutzgesetzes, es bestehen jedoch ebenfalls relevante Unterschiede (datenschutzbeauftragter-info.de 2016). Das LDSG findet Anwendung, wenn öffentliche Stellen der Länder personenbezogene Daten verarbeiten. Teilweise finden die LDSG folglich im Bereich der Datenverarbeitung im Krankenhaus Anwendung (Landesärztekammer Thüringen 2017).

Auf Bundesebene finden u. a. folgende rechtliche Rahmenbedingungen Anwendung, welche den Datenschutz berühren:

- Berufliche Schweigepflicht § 203 Strafgesetzbuch (StGB)
- § 35 SGB (Sozialgesetzbuch) I – Sozialgeheimnis
- § 67ff. SGB X – Definition Sozialdaten, Umgang mit Daten

- Schutz der Gesundheitsdaten wegen besonderer
- Sensibilität (§ 3 IX Bundesdatenschutzgesetz, § 67 XII SGB X)
- Spezialnormen für spezielle Behandlungsarten und Krankheiten
- Informationelle und medizinische Selbstbestimmung
- E-Health-Gesetz

An den Grundsatz des Datenschutzrechts, informationelle Selbstbestimmung des Bürgers, knüpft auch die DSGVO-EU (Europäische Datenschutz-Grundverordnung) an. (Grundrechtsschutz) Diese wurde auf europäischer Ebene beschlossen und setzt seit ihrem Inkrafttreten am 25.05.2016 Rahmenbedingungen in der Verarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten.

Des Weiteren regelt sie, mit einer Übergangszeit von zwei Jahren, grundsätzliches zum Thema Datenschutz und fordert die Mitglieder der europäischen Union auf, zusätzliche und bestimmte regelungsbedürftige Bereiche auszugestalten. Dieser Vorgang soll bis zum 25.05.2018 abgeschlossen sein (Virtuelles Datenschutzbüro 2016, S. 1).

Bereits durch die Vielzahl an gesetzlichen Regularien, stellt sich die Frage, wie es um den Datenschutz hinsichtlich der digitalen Patientenakte steht und ob durch die momentanen Rahmenbedingungen dem Wunsch der Bevölkerung nach einem starken Datenschutz durch die Politik ermöglicht wird bzw. gegeben ist.

Das Bundesgesundheitsministerium hat das E-Health-Gesetz, insbesondere die eGK/ePA, verabschiedet, um die Digitalisierung für eine bessere medizinische Versorgung zu nutzen. (Bundesministerium für Gesundheit 2016). Durch die digitale Patientenakte soll somit insbesondere ein Mehrwert für den Patienten geschaffen werden. Daraus lässt sich ableiten, dass eine Datenerhebung und -verarbeitung zu statistischen Zwecken nicht im Fokus steht.

Es werden somit zwei wesentliche Aspekte hinsichtlich der Akzeptanz sichergestellt. Zum einen wird gesetzlich festgehalten, dass die Daten ausschließlich zur Verbesserung der Versorgung erhoben und genutzt werden dürfen und zum anderen, dass der Patient selbst entscheiden kann, welche Daten gespeichert und auch gelöscht werden. Für den Behandler ergibt sich jedoch daraus, dass er die Daten nicht bei sich frei verwalten kann, sobald er keine einrichtungsinterne Patientenakte mehr führt. Sobald der Patient Daten löschen lässt, kann der Behandler auf diese nicht mehr zugreifen. Die Datenhoheit wird folglich in die Hand des Patienten gelegt.

Der Gesetzgeber fordert in § 71 Abs. 1 Satz 4 BDSG, dass die Daten zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu anonymisieren oder pseudonymisieren sind. Diese Gesetzesquelle gibt ebenfalls Auskunft darüber, wann von einer frühestmöglichen Anonymisierung bzw. Pseudonymisierung zu sprechen ist. Das BDSG besagt hierzu, dass dies umgehend nach dem Erfüllen des Verarbeitungszwecks zu geschehen hat.

Sollte diese gesetzliche Vorschrift erfüllt werden, würde dies ebenfalls Auswirkungen auf die potentiellen Risiken hinsichtlich des schlimmsten Szenarios – dem Datendiebstahl – haben. Sollten die Daten im Zuge dessen in die Hände Unbefugter gelangen, so könnten diese die Daten weder personenbezogen auswerten, verwenden oder nutzen. Der

Nutzen des Diebstahls würde sich erheblich mindern. Sowohl bei den Patienten, als auch bei den Behandlern, würde dies zu einer erhöhten Akzeptanz führen.

Der Gesetzgeber regelt, welche Personen einen Zugriff auf die Daten der ePA erhalten können. Zum Zwecke des Erhebens, des Verarbeitens und des Nutzens dürfen lt. § 291a Abs. 4 SGB u.a. folgende Personen auf die Daten zugreifen bzw. diese verändern: Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Psychotherapeuten. Gewisse Daten dürfen lt. § 291 a Abs. 5a SGB V lediglich von Ärzten und Krankenhäusern erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Hierunter fallen Erklärungen zur Organ- und Gewebespende, Hinweise auf das Vorhandensein bzw. den Aufbewahrungsort von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende sowie Informationen zum Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen.

Voraussetzung für den Zugriff durch diese Berufsgruppen und Einrichtungen ist jedoch ein elektronischer Heilberufs- oder Berufsausweis. Die ordentliche Vergabe ist laut § 291a Abs. 5d SGB V durch die Länder sicherzustellen.

3.3 „Gläserner Patient“?

Wie bereits in den vorherigen Kapiteln erwähnt, soll in naher Zukunft die eGK weit mehr als nur die allgemein schon bekannten versichertenspezifischen Stammdaten wie Name und Anschrift des Patienten speichern können.

Vor allem Ärzte und Patientenverbände stehen der eGK gepaart mit der ePA eher kritisch gegenüber. Hintergrund ist die Sicherheit der Daten zusammen mit *dem IT-Projekt Telematikinfrastruktur*, welches nicht nur die Patienten, sondern auch alle Krankenversicherungen, Krankenhäuser, Apotheken und Ärzte in sich vereinen wird. Hauptargument der Kritik ist der durch die Medien erschaffene Begriff des „gläsernen Patienten“, der die Befürchtung suggeriert, dass immer mehr personenbezogene Daten gesammelt werden und für Dritte zur Auswertung dienen. Durch die Speicherung der Patientenakte auf der eGK besteht die Möglichkeit einer zentralen Datenspeicherung und kann somit einen erleichterten Zugriff durch Unbefugte ermöglichen. Ein Gegenargument hinsichtlich der zentralen Datenspeicherung ist, dass die Patientendaten nur mit ausdrücklicher Einwilligung des Patienten gespeichert werden dürfen, was wiederum der Datensparsamkeit und Datenvermeidung dient. Ebenso das Argument des Umgangs mit Patientendaten ist ein Kritikpunkt, denn laut der Freien Ärzteschaft würden die Gesundheits- und Krankendaten der Betroffenen nicht mehr unter der Obhut der Ärzte stehen. Somit sei die ärztliche Schweigepflicht angreifbar. Auch die Arbeit der behandelnden Ärzte selbst rücke durch die ePA in ein schlechtes Licht, da eine bessere Kostenkontrolle seitens der Krankenkassen nun möglich wäre (Kotteder 2011, S. 69ff.).

Hierdurch ist die Akzeptanz der ePA bei den Ärzten nicht stark ausgeprägt. Sie befürchten, dass die Datensicherheit und der Datenschutz nicht ausreichend sind. Dies liegt begründet im wenig ausgeprägten Wissensstand sowohl bei den Ärzten selbst als auch bei den Patienten. Hierbei müssen den Ärzten und deren Patienten dringend die Vorteile der ePA vermittelt werden. Auch die Bedenken gegenüber dem Datenschutz können nur durch bessere Aufklärung ausgeräumt werden. Die Wichtigkeit für die Akzeptanz der ePA

durch den Versicherten liegt in der Bereitschaft zur Anwendung beim jeweiligen behandelnden Arzt. Empfiehlt der Arzt ausdrücklich seinem Patienten die ePA, so wird dieser sie beziehungsweise die Kombination mit der eGK auch nutzen. Unterstützt der Arzt nicht die ePA, so wird auch der Versicherte dieser gegenüber weiterhin skeptisch bleiben (Braun 2008, S. 18).

Ein Argument für die eGK in Kombination mit der ePA ist die damit eng verknüpfte Telematikinfrastruktur, welche dem „gläsernen Patienten“ in dem Sinne entgegenwirkt, dass sie ein sicherer Weg des Datenaustausches ist als der herkömmliche Weg per Email oder Fax. Die vom Sozialverband Deutschland (SoVD) bezeichnete „Datenautobahn“ TI stellt eine sichere Datenverbindung zwischen den einzelnen Leistungserbringern her, ohne die ein Datenaustausch nicht möglich wäre. Dies geschieht wie bereits in Kapitel 2.2 erläutert durch das gleichzeitige Verwenden der eGK und des Heilberufsausweises unter Verwendung des PINs vom Patienten. Dadurch wird sichergestellt, dass ohne die Zustimmung des Patienten keine Daten in der ePA eingetragen werden dürfen. Ausnahme hierbei sind die sogenannten Notfalldaten. Auch der mehrfach erwähnte Entschluss des Versicherten gegen zusätzliche Funktionen auf seiner eGK, schmälert den möglichen Datenangriff, da nur noch die Versichertenstammdaten wie Adresse, Geschlecht etc., sichtbar sind (SoVD 2014).

Als Schlüssel gegen die Furcht vor dem gläsernen Patienten ist es von hoher Bedeutung, dass der Versicherte durch das Selbstbestimmungsrecht weiterhin über seine Daten verfügt. Umso wichtiger ist es, dass bei der eGK die gesetzlichen Patientenrechte nicht unberücksichtigt gelassen werden. Vertreter des Datenschutzes verweisen sogar verstärkt auf die Verfügungsgewalt des Patienten über seine gesundheitlichen Daten, denn nur er soll bestimmen können, welche Daten gelöscht werden und welche Leistungserbringern zur Verfügung stehen sollen. Ebenfalls wirken die Aufzeichnungen der letzten Zugriffe auf die eGK dem gläsernen Patienten entgegen. Somit ist immer nachvollziehbar wann und wo auf die Daten zugegriffen wurde. Ziel des Ganzen ist es, dass nicht der Patient transparent für alle wird, sondern der Patient soll durch die Transparenz verstehen, was seine medizinischen Daten über ihn aussagen (Zotter 2007, S. 1f.).

3.4 Zwischenfazit

In diesem Kapitel wurde aufgezeigt, dass die Patienten und die Krankenkassen von den Vorteilen der ePA profitieren können. Insbesondere die Patientenversorgung kann durch die Einführung verbessert werden. Hierzu tragen die stets aktuellen und verfügbaren medizinischen Unterlagen bei. Zugunsten der Versicherten, aber auch der Krankenkassen, werden durch die Verfügbaren Unterlagen zudem Doppelbehandlungen vermeiden. Dies bringt für den Patienten den Vorteil mit sich, dass unnötige Untersuchungsbelastungen verringert werden und die Krankenkassen bereits vollzogene und nachvollziehbare Leistungen nicht erneut zu bezahlen haben. Des Weiteren kann durch das nun vorhandene Wissen der Patienten über die abgerechneten Leistungen, einem Abrechnungsbetrug vorgebeugt werden. Dies hat einen unmittelbaren Einfluss auf die Kostenstruktur bei den Krankenkassen, jedoch in Form der Krankenkassenbeiträge ebenfalls einen mittelbaren

Vorteil für die Patienten bzw. Versicherten. Die ePA kann somit langfristig zur Kostenstabilisation im Gesundheitswesen beitragen.

Konträr der Vorteile für die Patienten und Krankenkassen, bestehen die Nachteile auf Seiten der Leistungserbringer. Die Einführung der ePA bringt für diese, neben dem positiven Effekt einer möglichen Ersparnis durch die entfallenden Kosten für die Prüfung und Aktualisierung der Patientenakten, mehrere Nachteile mit sich. Zum einen können Anamneseaufschreibungen nicht grundsätzlich abgerechnet werden, da eventuell bereits aktuelle Daten in der ePA gespeichert sind und sich im Zuge dessen die Abrechnungsmöglichkeiten verringern und zum anderen entstehen Einführungskosten für die Hard- und Software. Den Leistungserbringern drohen folglich höhere Ausgaben bei geringeren Einnahmen.

Auch wird die Datenhoheit nun von dem Behandler auf die Patienten übertragen. Dies entspricht dem Grundsatz einer informationellen Selbstbestimmung durch die Bürger und kann folglich als positiver Aspekt für die Bevölkerung gesehen werden.

Zu berücksichtigen ist, dass der Schnittstelle zwischen Ärzten und Patienten eine wesentliche Rolle bei der Erwirkung einer Akzeptanz durch die Patienten zuzusprechen ist, da erst nach Aufklärung des Patienten durch die Leistungserbringer und der notwendigen Erlaubnis des Patienten zur Datenerhebung, mit dieser begonnen werden darf. Es besteht folglich die latente Gefahr, dass die Leistungserbringer – für welche ggf. die negativen Aspekte einer ePA überwiegen – meinungsbildend auf die Patienten einwirken und die Patienten, trotz der für sie bestehenden Vorteile der ePA, auf eine Nutzung dieser verzichten. Eine neutrale Aufklärung des Patienten sollte somit anderweitig erfolgen.

Das Thema Datenschutz/“Gläserner Patient“ scheint durch das Verfahren der Telematikinfrastruktur und der Anonymisierung der Daten geklärt bzw. auf ein relativ geringes Risiko gemindert. Es sollte jedoch eine Strukturierung der Gesetzeslage erfolgen, so dass die gesetzlichen Regularien einfacher nachvollzogen werden können.

4 Die Sicht des Versicherten – Ergebnisse einer Online-Befragung

Mit der Verabschiedung des e-Health-Gesetzes wurde der grundlegende Handlungsspielraum einer digitalen Patientenakte festgelegt. Im Wesentlichen soll sie den Ablauf der Behandlung von Versicherten und die darauffolgende Dokumentation der Tätigkeiten beinhalten, sodass diese für eine erneute Behandlung sowie die Interaktion der Behandler und Krankenkassen untereinander vereinfacht. Hierbei wurde bisher ein Teil der handelnden Akteure wie Krankenkassen, Leistungserbringer und das Gesundheitsministerium in die Bedarfsanalyse mit einbezogen.

Um eine ganzheitliche Betrachtung der Sichtweisen auf die digitale Patientenakte zu erhalten, wurde neben der Auseinandersetzung mit den bereits veröffentlichten Ergebnissen in der Literatur eine Onlinebefragung durchgeführt, in der die Zielgruppe aus gesetzlich sowie privat krankenversicherten Personen bestand. Ziel dieser Befragung ist es, die Sicht der Krankenversicherten zu diesem Thema differenzierter zu analysieren und auf Basis der Ergebnisse Handlungsoptionen und -Empfehlungen für die vollständige Einführung der digitalen Patientenakte zu geben.

Die Fragestellungen wurden unter dem Fokus des Abgleichs zwischen dem vorhandenen Wissen zur ePA und dem noch benötigten Informationsbedarf gewählt. Zusätzlich verfolgten die Fragestellungen das Ziel, die individuellen Bedürfnisse der Patienten bei der ePA-Einführung aufzudecken und darauf hinzuweisen. Zur besseren Lesbarkeit der Analyseergebnisse wurde hier bei der Ergebnisdarstellung auf die Nennung der Fragen verzichtet. Der Fragebogen ist jedoch im Anhang dieser Ausarbeitung beigelegt.

Die Befragung wurde mittels des websitebasierten Analysetools *www.umfrageonline.com* unter der Versendung eines externen Links an verschiedene Personen durchgeführt. Zusätzlich wurde der Umfragelink über soziale Netzwerke wie Facebook oder XING publiziert, um so eine Diversifizierung in den Antworten zu erreichen. Zunächst wurden den Teilnehmern allgemeine Fragen zur Persönlichkeit wie Geschlecht, Alter, Berufsstand und Einkommen gestellt, um hierbei in der späteren Analyse eine Klassifizierung der Meinungen zum Analysethema anhand der gegebenen Parameter vornehmen zu können. Auf eine Differenzierung zwischen privater Krankenversicherung (PKV) und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) wurde seitens des Autorenteam verzichtet, da der Fokus der Ausarbeitung auf einer globalen Sichtweise zum Thema ePA liegt. Anschließend wurde das allgemeine Interesse an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens erfragt, ehe in der Folge auf den aktuellen Ist-Zustand der Versichertensicht zum Thema eingegangen wurde. Fragen zu bereits erlebten Berührungspunkten mit der elektronischen Gesundheitskarte, zum Mehraufwand bei der Besorgung von ärztlichen Befunden oder zur Sicherstellung des Informationsbedarfs standen hierbei im Fokus.

Im dritten Teil der Befragung wurde auf den Informationsbedarf der Versicherten zum Thema digitale Patientenakte sowie auf deren Chancen und Risiken eingegangen. Unterstützend dazu wurde Bezug auf mögliche Bedenken zur Datenspeicherung genommen, ehe in einer abschließenden Frage die Befürwortung der digitalen Patientenakte untersucht wurde.

Aufgrund der im letzten Teil verwendeten Möglichkeiten der Freitextnennungen erfolgt hier bei diesen Fragen in der Folge ein Clustering der Auffälligkeiten der genannten Aussagen.

In einem Befragungszeitraum von einem Monat (24.02.2017 – 23.03.2017) nahmen 133 Personen teil, wovon 120 die Befragung vollständig abgeschlossen haben. In der Folge wird in der Auswertung nur auf die abgeschlossenen Teilnahmen abgezielt um eine Vergleichbarkeit der Verhältniszahlen in den einzelnen Aussagen zu gewährleisten. Aufgrund der bereits beschriebenen Teilnehmerauswahl sowie der relativ geringen Stichprobe sind die gewonnenen Erkenntnisse nicht repräsentativ. Gleichwohl sind die Ergebnisse dazu geeignet, Tendenzangaben treffen zu können.

Bei der Betrachtung der Geschlechts- und Altersstruktur ist eine annähernd gleichmäßige Verteilung zwischen Männern und Frauen zu erkennen. 47,4% teilnehmenden Männern stehen 52,6% teilnehmende Frauen gegenüber. In der Betrachtung der Altersstruktur fällt auf, dass der Großteil der Befragten zwischen 21 und 35 Jahre alt ist (65,4%). Dies ist auf das Alter der Autoren (28 Jahre, 26 Jahre, 24 Jahre) zurückzuführen. Aus

Sicht der Autoren ist diese Erkenntnis mit der Verteilung des Umfragelinks an Freunde und Bekannte im gleichen Alter, sowie über soziale Medien zu begründen.

Die folgende Grafik zeigt die Verteilung der Altersstruktur der Teilnehmer.

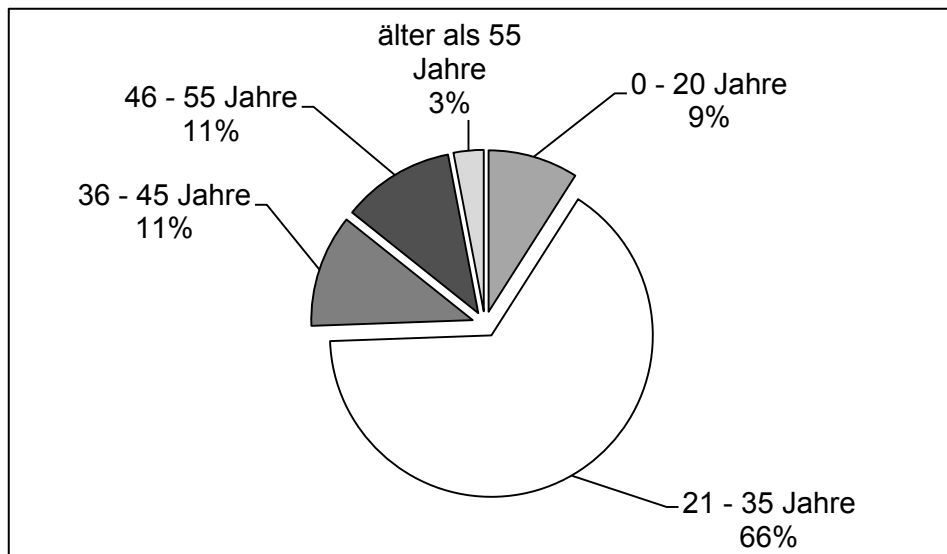


Abbildung 3: Verteilung der Altersstruktur der Teilnehmer

Quelle: Eigene Darstellung.

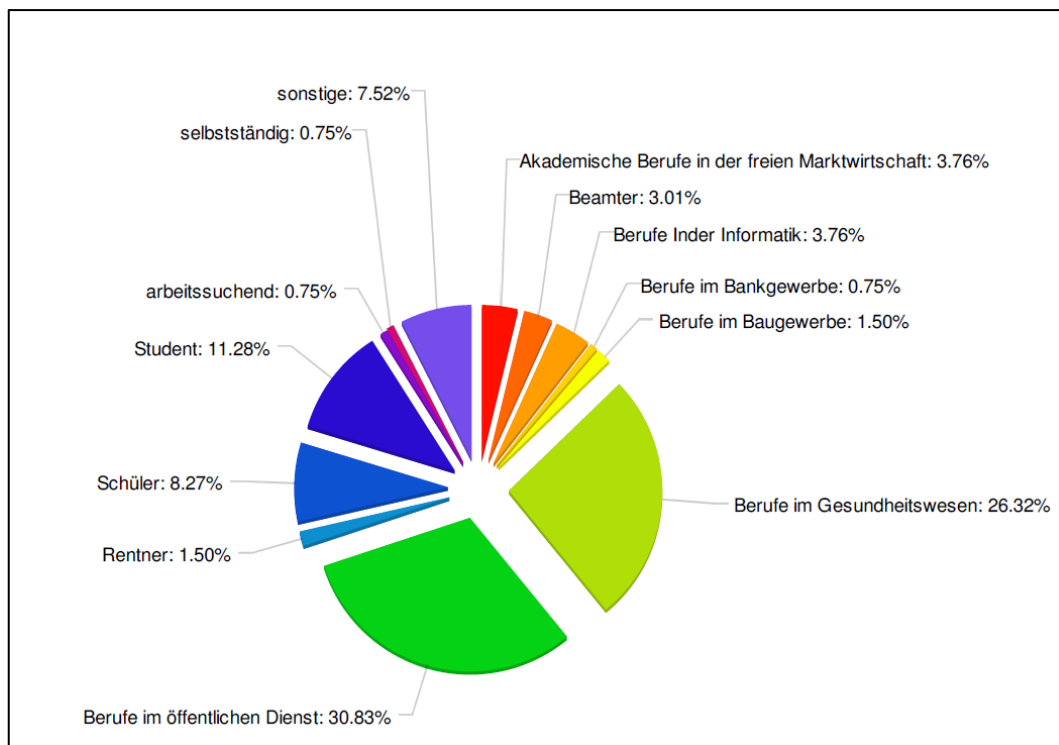


Abbildung 4: Verteilung der beruflichen Situation der Teilnehmer

Quelle: Eigene Darstellung.

Aus der oben gezeigten Darstellung lässt sich die Verteilung der beruflichen Situation der Teilnehmer erkennen. Diese Verteilung zeigt einen Fokus auf die Berufsgruppen im öffentlichen Dienst sowie auf Berufe im Gesundheitswesen auf. Kumuliert stellen diese beiden Berufsgruppen mehr als die Hälfte der Teilnehmer dar (57,15%; 76 Teilnehmer).

Aus diesem Grund wird in der späteren Analyse der Freitextantworten zur Fragestellung, welche positiven Aspekte die TN für sich selbst sehen, eine Übersicht über ihre Daten der digitalen Patientenakte zu haben, eine Trennung der Antworten zwischen denen aus Gesundheitswesen und öffentlichem Dienst sowie den übrigen Berufsgruppen vorgenommen. Dieses erfolgt deshalb, weil von einem erweiterten Kenntnisstand zum Thema seitens der Gruppen öffentlicher Dienst und Gesundheitswesen ausgegangen werden kann, da diese in ihrem Berufsalltag bereits mehrfach mit dem Thema digitale Patientenakte konfrontiert wurden.

Bei der Frage, ob die TN ein allgemeines Interesse an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens haben, zeigt sich eine große Homogenität in der Beantwortung. In der Bewertung auf einer Stufenskala von 1 (kein Interesse) bis 5 (sehr hohes Interesse) liegt der Mittelwert bei 3,92. Die Homogenität in der Beantwortung lässt sich aus der Standardabweichung von 0,85 ableiten.

Über die elektronische Gesundheitskarte fühlen sich die Versicherten zum jetzigen Standpunkt nicht ausreichend aufgeklärt. Lediglich 44,6% der Befragten gaben an, von ihrem Arzt, ihrer Krankenkasse oder dem Bundesgesundheitsministerium nicht darüber informiert worden zu sein, warum die bisherige Krankenkarte durch die eGK abgelöst wurde. Dies lässt auf eine defizitäre Informationsbereitstellung seitens der beteiligten Stakeholder zu diesem Thema schließen.

Die digitale Patientenakte soll noch mehr Informationen über den Krankheitsverlauf und die Behandlungs- sowie Medikationspläne von Versicherten beinhalten. Dies könnte in der Folge eine Erleichterung in der Informationsbeschaffung der Behandlungsdaten für Versicherte darstellen (96 Teilnehmer; 80%). Schließlich gaben 57 Teilnehmer (43%) an, dass sie bereits Berührungspunkte in der ärztlichen Behandlung hatten, bei denen mehrere Befunde durch Ärzte benötigt wurden. Für 36 dieser 57 Teilnehmer (63%) entstand dabei sogar ein Mehraufwand, welcher sich überwiegend in zusätzlichen Telefonaten (28 Antworten) sowie zusätzlichen Fahrkosten für die Besorgung dieser Befunde (17 Antworten) ausdrückte. Zusätzliche Nennungen waren in diesem Zusammenhang Probleme mit der Beschaffung der Daten aufgrund von Datenschutzbestimmungen sowie eine hohe zeitliche Zusatzbelastung, da geforderte Berichte erst erstellt werden mussten.

Für 61% der Teilnehmer können die Ärzte die Aufklärung zu Chancen und Risiken der digitalen Patientenakte nicht sicherstellen. Hier wird erkennbar, dass die Versicherten einen zusätzlichen Aufklärungsbedarf zum befragten Thema benötigen. Dies zeigt sich auch in den folgenden Antworten zur Frage, ob zusätzliche Informationen medial vermittelt werden sollen. 94,4% der TN beantworten diese Frage mit „ja“. In der tiefergehenden Analyse fällt auf, dass der Bedarf einer zusätzlichen Informationsvermittlung via Flyer/Broschüren am höchsten ist (86 Antworten; 72,9%).

Betrachtet man lediglich die Teilnehmergruppe der 21 - 35-jährigen, bei denen von einem Antwortverhalten in Richtung zunehmender digitaler Informationsvermittlung auszugehen ist, liegt jedoch auch hier das gleiche Antwortbild vor. Die zentrale Erkenntnis dieser Frage liegt demnach darin, dass eine Tendenz zu einem Bedarf der Informationsver-

mittlung über Flyer/Broschüren trotz zunehmender Digitalisierung auch im Gesundheitswesen immer noch die höchste Priorität bei den Verbrauchern erkennbar wird. Die Verteilung der Informationsbedarfe ist in Abbildung 3 dargestellt.

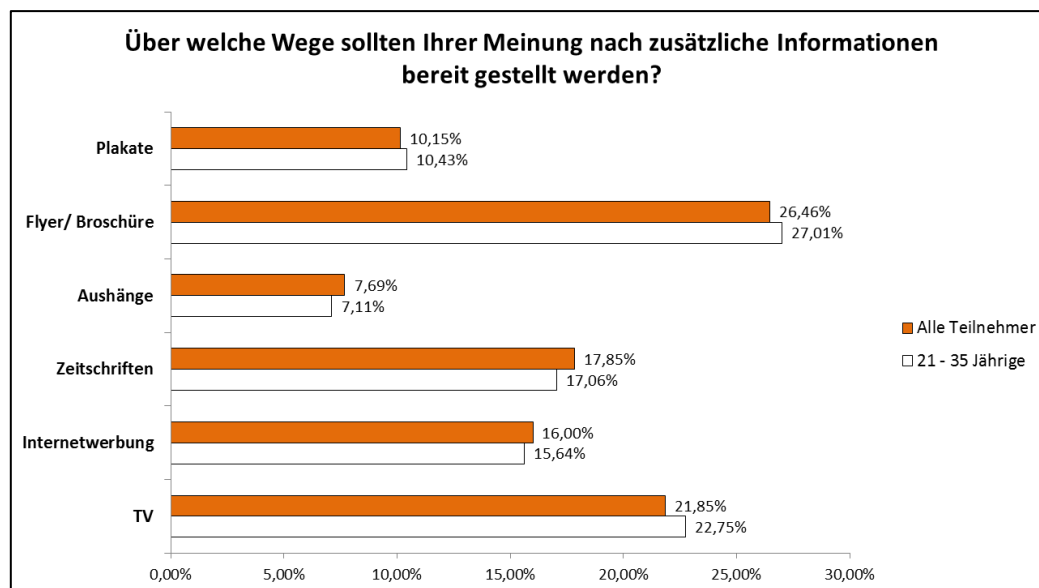


Abbildung 5: Über welche Wege sollten Ihrer Meinung nach zusätzliche Informationen bereitgestellt werden?

Quelle: Eigene Darstellung.

Bei 95,2% der Teilnehmer besteht ein Interesse, selbst eine Übersicht über ihre gesamte Patientenakte zu haben. Die Nennung der positiven Aspekte für die Teilnehmer selbst, welche folgend getrennt aus Sicht der Berufsgruppen des öffentlichen Dienstes sowie derer im Gesundheitswesen und den übrigen Berufsgruppen vorgenommen wird, stützt diese Erkenntnis. Der positive Aspekt, welcher die häufigste Nennung erfährt, ist aus Sicht der Berufsgruppen im öffentlichen Dienst sowie im Gesundheitswesen die Steigerung der Transparenz in der Behandlung. So erhofft sich eine Vielzahl der Befragten mehr Informationen für sich selbst über erfolgte Behandlungen sowie über Therapieverläufe, welche zusätzlich zum Ausschluss von Fehlbehandlungen dienen kann. Weiterhin wird die Möglichkeit des Einsatzes zum Ziele eines Präventivnutzens genannt. Dies bestätigt die folgende Aussage eines Teilnehmers dieser Befragung „Ich kann selbst meine Krankheitsgeschichte nachvollziehen, kann eventuelle Vorsorgeuntersuchungen so besser planen und eventuell fallen mir sogar selbst Krankheitsmuster auf, auf die ich mich dann einstellen kann (z. B.: Jeden März bekomme ich eine Grippe – eventuell sollte ich mir im kommenden März mal Desinfektionsmittel für die Hände einpacken und generell vorsichtiger sein)“ (Teilnehmer der Umfrage).

Aus Sicht der anderen Berufsgruppen rückt vorwiegend das Thema der Schnittstellenfunktionalität der digitalen Patientenakte in den Fokus. Hier erhofft sich die Mehrzahl der Teilnehmer besser aufeinander abgestimmte Behandlungen durch verschiedene Fachärzte.

Neben der Betrachtung positiver Aspekte zur Einführung der digitalen Patientenakte wurden die TN auch darüber befragt, welche Hindernisse bei der Einführung einer zentral gespeicherten Patientenakte aus ihrer Sicht bestehen. 75% der Befragten gaben hier an,

dass sie sich um die Datensicherheit sorgen. Aufgrund der Möglichkeit von Mehrfachnennungen der Antwortvorgaben in dieser Frage weist das Ergebnis zusätzlich eine Sorge um Datenmanipulation (65,8%) auf. Die Möglichkeit der Mehrfachnennung sollte eine Begrenzung der Antworten und einen daraus folgenden Verlust wichtiger Bedenken verhindern.

Bei der Einführung der digitalen Patientenakte ist die Möglichkeit der Dateneinsicht durch verschiedene Beteiligte festzulegen. 99,2% befürworten die Einsicht der digitalen Patientenakte durch ihre Ärzte. Auch die Krankenhäuser erfahren aus Sicht der Versicherten ein hohes Maß an Notwendigkeit zur Einsicht (86,7%). Lediglich 44,2% haben angegeben, dass auch ihre Krankenkasse Einsicht in die digitale Patientenakte haben sollte.

Im Zusatzfeld wird genannt, dass die Krankenkasse lediglich Einsicht haben sollte, wenn dadurch zum einen ein Zusatznutzen für die Versicherten entsteht, zum anderen wollen die Teilnehmer nicht riskieren, dass sie dadurch ggf. höhere Beiträge zur Krankenversicherung abführen müssen. Der letzte Punkt deutet darauf hin, dass die Versicherten womöglich immer noch nicht ausreichend über die Beitragssatzstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung aufgeklärt sind. Dies ist mit der Annahme der TN zu begründen, dass die Beiträge für jeden Einzelnen aufgrund der Leistungsanspruchnahme festgesetzt werden.

Abschließend erfolgt bei dieser Frage auch immer die Nennung, dass die Teilnehmer selbst oder von ihnen bestimmte, nahestehende Personen Einsicht bekommen sollten. Die TN wollen dabei immer noch selbst über ihren eigenen Gesundheitszustand aus Sicht der Fachexperten informiert sein, was möglicherweise auf ein gewisses Maß an Skepsis gegenüber den anderen Parteien schließen lässt.

Die Teilnehmer wurden über den Einsatz und Nutzen der elektronischen Gesundheitskarte informiert. In Folge dessen wurden die Teilnehmer befragt, für wie sinnvoll sie den Einsatz der eGK erachten. Hierbei konnte der Einsatz auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht sinnvoll) bis 5 (absolut sinnvoll) bewertet werden. Das Ergebnis von 3,92 lässt Tendenzen erkennen, nach welchen die Versicherten den Einsatz der eGK befürworten.

Die Einführung der digitalen Patientenakte wurde von 97,5% der Teilnehmer befürwortet; was darauf schließen lässt, dass auch im Gesundheitswesen der Trend sehr stark in Richtung Digitalisierung der vorhandenen Daten geht. Gleichwohl bleibt abzuwarten, in wieweit die Vorstellungen aus Versicherten- und Anbietersicht bei der Einführung und Umsetzung der digitalen Patientenakte miteinander korrelieren oder divergieren und welche Chancen/Risiken die Umsetzung letztlich aufdeckt.

5 Handlungsempfehlungen für das Gesundheitswesen

Aus der vorherigen Analyse sowie den vorangegangenen Darstellungen der ePA und eGK lassen sich somit Handlungsempfehlungen für das Gesundheitswesen ableiten.

Solange die eGK zusammen mit der ePA noch nicht in Gebrauch ist, sind gesetzliche Regelungen notwendig um Ärzte in die Pflicht zu nehmen ihren Patienten sofort alle Dokumente und Berichte über die Behandlung beziehungsweise Diagnosestellung zu überlassen, damit diese für eventuelle Weiterbehandlungen durch andere Ärzte sofort zur Verfügung stehen. Dadurch wird der Mehraufwand bei der Informationsbeschaffung reduziert.

Durch die Analyse ist die Tendenz zu erkennen, dass sowohl Versicherte als auch Ärzte besser über den Datenschutz sowie dessen Schutzmaßnahmen informiert werden müssen. Für die gematik ist es somit ratsam, den betroffenen Parteien genauer die TI zu erläutern (Göres 2009, S. 273ff.). Dies ist möglich durch einen stärkeren Einsatz von Medien wie Fernsehen, Zeitungen, Zeitschriften, Flyern und Broschüren. Auch ein ausführliches Informationsschreiben durch die jeweilige Krankenkasse könnte Wissenslücken bei Ärzten und Versicherten dezimieren. Gerade ältere Generationen, die nicht verstärkt mit digitalen Medien, zum Beispiel dem Internet, in Kontakt kamen, können durch die üblichen Medien besser erreicht werden. Erkennbar ist dies an der hohen Anzahl junger Teilnehmer, welche sich an der Online-Befragung beteiligten.

Denkbar wäre auch ein stärkerer Informationsfluss an den Versicherten über dessen Ärzte, Arbeitgeber oder über das Arbeitsamt im Falle der Arbeitslosigkeit. Dieses ist aber nur möglich, wenn Instanzen wie die gematik etc. mehr Informationen den entsprechenden Einrichtungen zur Verfügung stellen.

Insbesondere müssen Ärzte stärker informiert und in das Projekt der ePA involviert werden, da die Meinung beziehungsweise Zustimmung des Arztes für den Patienten sehr wichtig ist. Stellt sich der Arzt gegen die ePA, so wird auch die Akzeptanz beim Patienten nicht vorhanden sein. (Braun 2008, S. 19)

Von Vorteil wäre es, wenn höhere Instanzen wie z. B. Ärzteverbände hierbei die Leistungserbringer mit mehr Informationsmaterial ausstatten würden. Ziel ist es, dass alle Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser etc. die Einführung der ePA unterstützen, denn ohne deren Teilnahme ist die Umsetzung dieser nicht möglich.

Empfehlenswert ist dabei eine Unterstützung seitens des Staates bezüglich der IT sowie ihrer Umsetzung in den einzelnen Arztpraxen. Dies könnte sowohl monetär als auch in der Bereitstellung der Hard- und Software ermöglicht werden. Auch die Kostenübernahme für Mehraufwand und zusätzlichen Kosten sowie eine angemessene Vergütung der zusätzlichen Arbeit könnte die Nutzung der ePA für einen Arzt attraktiver machen. (Braun 2008, S. 19)

Ein großes Problem stellt jedoch die mangelhaft informierte Ärzteschaft selbst dar. Durch fehlende Informationen über den Datenschutz sowie die eGK und ePA haben Ärzte eine negative Meinung gegenüber der ePA und stehen dieser skeptisch gegenüber. Um

dieses Phänomen zu unterbinden ist es ratsam, gerade Ärzte mit Hilfe von Informationsveranstaltungen und Lesematerial über das Thema ePA und eGK besser zu unterrichten, damit diese ihre Patienten über die Vorteile der ePA aufklären können. Gerade Informationen über den Datenschutz und dessen Maßnahmen können die Angst vor dem Verlust der ärztlichen Schweigepflicht nehmen und somit die Bereitschaft zur ePA stärken. Durch Modellprojekte könnten die Vorteile der ePA den Ärzten besser dargestellt werden. Als Ziel sollte darauf geachtet werden, dass die ePA den Verwaltungsaufwand bei Ärzten senkt und nicht noch zusätzlich steigert (Braun 2008, S. 20f.).

Da die Versicherten die Krankenkassen als einen Gewinner der Einführung der eGK, gepaart mit der ePA, sehen, lässt sich somit folgende Handlungsempfehlung herleiten:

Damit auch die Krankenkassen den gewünschten besseren Einblick in die Krankengeschichte ihrer Versicherten bekommen, könnten Anreize zur Datenoffenlegung geschaffen werden. Dies könnten verstärkt geförderte Präventionsmaßnahmen, bessere Kursangebote oder sogar geldwerte Prämien sein. (Göres 2009, S. 275)

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass derzeit noch ein großes Potenzial in der Informationsbeschaffung sowie Informationsbereitstellung für die Umsetzung der ePA liegt. Hierfür sind Instanzen wie die gematik verantwortlich. Gerade zum Thema Datenschutz sind noch viele Fragen offen, die nur durch genügend Informationen beantwortet werden können.

6 Fazit: Akzeptanz der Versicherten ist gegeben

Nach den aus der Analyse gewonnenen Erkenntnissen der Stichprobe ist von einer Tendenz hin zu einer Zustimmung seitens der Versicherten aus zu gehen. Die überwiegende Mehrheit ist bereit, ihre Gesundheitsdaten in die ePA überführen zu lassen und somit einen Vorteil für eine zielgerichtete Behandlung seitens der Leistungserbringer zu schaffen. Gleichwohl bestehen weiterhin Bedenken bezüglich der Datensicherheit- und Manipulation seitens unbefugter Zugriffe. Auch fürchten die Versicherten einen finanziellen Nachteil für sich selbst, wenn den Krankenkassen zu viele Informationen durch die ePA transparent gemacht werden und sich daraus für die Versicherten selbst auch ein finanzieller Nachteil ergeben könnte.

Diese Sorge lässt sich auf die in der Analyse erkannte mangelnde Information seitens der Versicherten zurückführen.

So sollte aus Sicht der Autoren der Fokus während der Einführung der ePA auf eine transparente Information der Versicherten liegen. Neueste technische Voraussetzungen und gut ausgearbeitete Implementierungspläne sind maßgebend, um nicht nur die Akzeptanz auf Seiten der Versicherten, sondern auch auf Seiten der Leistungserbringer zu stärken.

Um eine problemlose Einführung der ePA zu gewährleisten, sollte demnach der vorhandene Informationsmangel durch die in der Analyse bevorzugten Medien gewährleistet werden, mit dem Ziel, die bestehenden Hemmnisfaktoren zu egalisieren.

Literatur

- AK EPA / EFA (2011): Elektronische Akten im Gesundheitswesen – Ergebnisse des bundesweiten Arbeitskreises EPA/EFA. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/59362>. Abruf am 01.02.2017.
- Andelfinger, V. P. / Hänisch, T. (2016): eHealth: Wie Smartphones, Apps und Wearables die Gesundheitsversorgung verändern werden. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Höhl, R. (2012): E-Patientenakte – viele Vorteile für Ärzte und Patienten. http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/praxis_edv/article/816809/e-patientenakte-viele-vorteile-aerzte-patienten.html. Abruf am 17.04.2017.
- Beckedahl, M. (2016): Bundesregierung befragt Bevölkerung: Die wünscht sich mehr Netzpolitik und eine Stärkung des Datenschutzes. <https://netzpolitik.org/2016/bundesregierung-befragt-bevoelkerung-die-wuenscht-sich-mehr-netzpolitik-und-eine-staerkung-des-datenschutzes/>. Abruf am 28.04.2017.
- Boeske, M. et.al. (2004): Managementpapier – „elektronische Patientenakte“. http://ehealth.gvg.org/cms/medium/676/MP_ePa_050124.pdf. Abruf am 01.02.2017.
- Braun, H. et.al. (2008): Akzeptanz der elektronischen Patientenakte – erste Ergebniss der Nutzerbefragungen. In: Jäckel, A. (Hrsg.): Telemedizinführer Deutschland. Bad Nauheim.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2016): Fragen und Antworten zur elektronischen Gesundheitskarte und zum E-Health-Gesetz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/e-health-gesetz/faq-e-health-gesetz.html>, Abruf am 18.04.2017.
- Bundesministerium für Gesundheit (2017): Allgemeine Informationen eGK – Die elektronische Gesundheitskarte. <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/e-health-gesetz/allgemeine-informationen-egk.html>. Abruf am 16.01.2017.
- Bundesministerium für Gesundheit (o.Jahr): Gesundheitskarte aktuell – Informationen zum Thema elektronische Patientenakte (EPA). <https://www.bkk24.de/typo3/fileadmin/Downloads/egk/patientenakte.pdf>. Abruf am 16.01.2017.
- CompuGroupMedical (2017): Das eHealth-Gesetz – Die Basis für die Telematikinfrastruktur. https://www.cgm.com/de/telematikinfrastruktur_de/die_telematikinfrastruktur/e_health_gesetz.de.jsp. Abruf am 14.02.2017.
- Dietzel, G. (2002): Von eEurope 2002 zur elektronischen Gesundheitskarte – Chancen für das Gesundheitswesen. In: Deutsches Arzteblatt 99(21): A1417 – 1419.
- Drozdzyński, I. (2006): Nutzen der elektronischen Gesundheits- und Patientenakte im Gesundheitswesen – Zentrale Anwendungsbereiche der elektronischen Gesundheitskarte. GRIN-Verlag, Norderstedt.
- Elmer, A. (2016): Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur – Plattform für ein sicher vernetztes Gesundheitswesen. In: Andelfinger, V.P. / Hänisch, T. (Hrsg.): eHealth – Wie Smartphones, Apps und Wearables die Gesundheitsversorgung verändern werden. Springer Fachmedien, Wiesbaden.

- Gematik (2013): Vernetzung im Gesundheitswesen. Die häufigsten Fragen zur elektronischen Gesundheitskarte. https://gematik.de/cms/media/infomaterialpresse/Vernetzung_im_Gesundheitswesen_-_Haeufige_Fragen_Stand_Mai_2013.pdf. Abruf am 11.06.2017.
- GKV-Spitzenverband (2017): Elektronische Gesundheitskarte (eGK). https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/telematik_und_daten-austausch/egk/egk.jsp. Abruf am 16.01.2017.
- Göres, U. (2009): Nutzerakzeptanz – Herausforderung Telemedizin am Beispiel der elektronischen Gesundheitskarte. In: Jäckel, A. (Hrsg.): Telemedizinführer Deutschland. Bad Nauheim.
- Grundrechtenschutz (o. J.): Recht auf informationelle Selbstbestimmung. <https://www.grundrechtenschutz.de/gg/recht-auf-informationelle-selbstbestimmung-272>. Abruf am 07.06.2017.
- Haas, P. (2016): Einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakten. In: Fischer, F. / Krämer, A. (Hrsg.): eHealth in Deutschland - Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen. Springer Verlag, Berlin.
- Henke, K.-D. (1997): Die Zukunft der Gesundheitssicherung. In: Wagner, A. et.al. (Hrsg.): Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik, Sonderdruck, Bd. 216/4+5. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.
- Henke, K.-D. / Göppfahrt, D. (2002): Das Krankenhaus im System der Gesundheitsversorgung. In: Hentze, J. / Huch, B. / Kehres, E. (Hrsg.): Krankenhaus-Controlling – Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis, 2. Auflage. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- KBV (2017): Elektronische Gesundheitskarte (eGK). <http://www.kbv.de/html/egk.php>. Abruf am 16.01.2017.
- Kotteder, F. (2011): Die wissen alles über Sie – Wie Staat und Wirtschaft Ihre Daten ausspionieren und wie Sie sich davor schützen. Redline Verlag, München.
- Landesärztekammer (2014): Datenschutz und Datenverarbeitung. <http://www.laek-thueringen.de/wcms/DocsIDPrint/120106-37730-CM-2473487449>. Abruf am 14.06.2017.
- Lütkehaus, S. (2010): Der Patient und seine Akte – Elektronische Patientenakten und das Selbstbestimmungsrecht. Diplomica Verlag, Hamburg.
- Mühlbacher, A. (2002): Integrierte Versorgung – Management und Organisation. Huber, Göttingen.
- Mühlbacher, A. / Berhanu, S. (2003): Die elektronische Patientenakte.: Ein internetbasiertes Konzept für das Management von Patientenbeziehungen. TU, Wirtschaftswiss. Dokumentation, Berlin.
- Mühlbacher, A. et.al. (2017): Elektronische Patientenakte – Definition. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/elektronische-patientenakte.html>. Abruf am 16.01.2017.
- Müller, J. (2008): Schlüsselrolle für den Datenschutz. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/59362/Elektronische-Patientenakte-Schlueselrolle-fuer-den-Datenschutz>. Abruf am 28.05.2017.

- Reupke, C. (2016): Elektronische Fallakte, Elektronische Patientenakte, Elektronische Gesundheitsakte – Was steckt dahinter?. <https://www.symeda.de/elektronische-fallakte-elektronische-patientenakte-elektronische-gesundheitsakte-was-steckt-dahinter/>. Abruf am 16.01.2017.
- Schäfer, C. (2017): Patientencompliance: Adhärenz als Schlüssel für den Therapieerfolg im Versorgungsalltag. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Schiller, H. / Haas, D. (2009): Anforderung und Übermittlung von Befunden nur mit Einwilligung des Patienten. http://www.bayerischesaerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2009/01/einzelpdf/BAB_0109_20_21.pdf. Abruf am 29.06.2017.
- Siegert, M. (o. J.): Chancen der elektronischen Patientenakte. <http://lpk-rlp.de/fileadmin/pdf-news/Vortrag%20elektronische%20Patientenakte.pdf>. Abruf am 16.04.2017.
- SoVD (2014): Die elektronische Gesundheitskarte wirft nach wie vor viele Fragen auf – „Gläserner“ Patient oder hilfreiche Transparenz?. http://www.sovd.de/fileadmin/downloads/sovd-zeitung/sovd_2014_02_s03.pdf. Abruf am 14.02.2017.
- Tlach, L. et al. (2017): Basiswissen zu psychischen Erkrankungen. <http://www.psychenet.de/psychische-gesundheit/informationen/basiswissen.html>. Abruf am 14.06.2017.
- Trill, R. (2008): Praxisbuch eHealth: Von der Idee zur Umsetzung. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- VDEK (2017): Elektronische Gesundheitskarte (eGK). <https://www.vdek.com/vertragspartner/telematik/egesundheitskarte.html>. Abruf am 16.01.2017.
- Virtuelles Datenschutzbüro (2016): Die Europäische Datenschutz-Grundverordnung (EU-DS GVO) tritt heute in Kraft. <https://www.datenschutz.de/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/die-europaeische-datenschutz-grundverordnung-eu-ds-gvo-tritt-heute-in-kraft.pdf>. Abruf am 15.06.2017.
- Weichert, T. (2015): Digitale Medizin und Datenschutz. <https://www.datenschutzzentrum.de/uploads/vortraege/LDPPvfaRoundTabledigitMedizin.pdf>. Abruf am 18.04.2017.
- Zotter, J. (2005): Der gläserne Patient – Effizientes Behandlungsmodell oder: Welche Möglichkeiten stellt die elektronische Gesundheitskarte für den Patienten dar?. GRIN-Verlag, Norderstedt.

Telemedizin – Betrachtung der möglichen Auswirkungen bei Einführung der Telemedizin mit Hilfe der Balanced Scorecard

Laura Weber

1 Einleitung

„Es gibt zwar viele interessante Projekte, in denen Dinge ausprobiert worden sind. Bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen bekommt die Branche aber ihre PS nicht auf die Straße (Deutsches Ärzteblatt 2016).“

Diese Aussage beschreibt die bisher inkonsequente Umsetzung von Digitalisierungsmaßnahmen im deutschen Gesundheitswesen. Dass hier großer Nachholbedarf besteht, zeigt auch das vom Bundesfachausschuss Gesundheit und Pflege der CDU veröffentlichte Strategiepapier über den Umgang mit der Telemedizin im Gesundheitswesen (Deutsches Ärzteblatt 2017). „(...) Telemedicine is the use of electronic information and communications technologies to provide and support healthcare when distance separates the participants (Field 1996, S. 1f.).“ Hier wird klar das Ziel kommuniziert, dass eine verbesserte medizinische Versorgung mit Hilfe der Digitalisierung herbeigeführt werden soll. Außerdem will der Ausschuss damit sektorenübergreifende Maßnahmen unterstützen. „Das kann vor allem für ältere Menschen in ländlichen Gebieten eine enorme Erleichterung mit sich bringen und ihre beständige Versorgung verbessern“, schreiben die Autoren des Strategiepapiers (Deutsches Ärzteblatt 2017).

Telemedizinische Angebote finden ein zunehmendes Gehör bei den verschiedensten Trägern der Gesundheitsbranche (Bundesärztekammer 2015). Der vorliegende Beitrag verfolgt daher die Zielsetzung, Empfehlungen auszusprechen, die aufzeigen, auf welche Aspekte ein Leistungserbringer bei der Umsetzung eines telemedizinischen Angebots achten sollte. Im Mittelpunkt stehen dabei die Auswirkungen auf das Unternehmen, Patienten und Mitarbeiter.

Im zweiten Kapitel werden die theoretischen-begrifflichen Grundlagen der Telemedizin dargelegt. Zudem wird näher auf die unterschiedlichen Arten der Telemedizin eingegangen, bevor schlussendlich potenzielle Herausforderungen kritisch dargelegt werden. Im nachfolgenden Kapitel erfolgt die Betrachtung der Telemedizin im Klinikum Hann. Münden (KHM) mit Hilfe der Balance Scorecard. Dabei wird die Umsetzung von telemedizinischen Leistungen aus Kunden-, Finanz- und Entwicklungsperspektive sowie aus der Sicht der internen Geschäftsprozesse betrachtet.

2 Theoretisch-begriffliche Grundlagen der Telemedizin

2.1 Definition und Zielsetzung

Die Telemedizin ist ein Teilbereich des E-Health im Gesundheitswesen (Deutsche Gesellschaft für Telemedizin o. J. a). Für den Begriff „Telemedizin“ stehen in der Literatur verschiedene Definitionen. Es gibt unterschiedliche Ansätze, die im folgenden Abschnitt

näher erläutert werden: Die Anwendungsbereiche (Gnann 2001, S. 21ff.) zeigen bestimmte Fachbereiche auf, die unter dem Gesichtspunkt der räumlichen Distanz zum Vertragspartner (Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Apotheken, Therapeuten) mit Hilfe von modernsten Informations- und Kommunikationstechnologien eine Lösung finden sollen (Deutsche Gesellschaft für Telemedizin o. J. a):

- Telechirurgie
- Teledermatologie
- Telediabetologie
- Telekardiologie
- Teleneurologie
- Teleonkologie
- Teleophthalmologie
- Telepathologie
- Telepsychiatrie
- Teleradiologie
- Telerehabilitation
- Telesomnologie

Anwendungstechnisch wird Telemedizin als Schnittstelle betrachtet, wie in Abbildung 1 zu sehen ist (Gnann 2001, S. 21ff.).

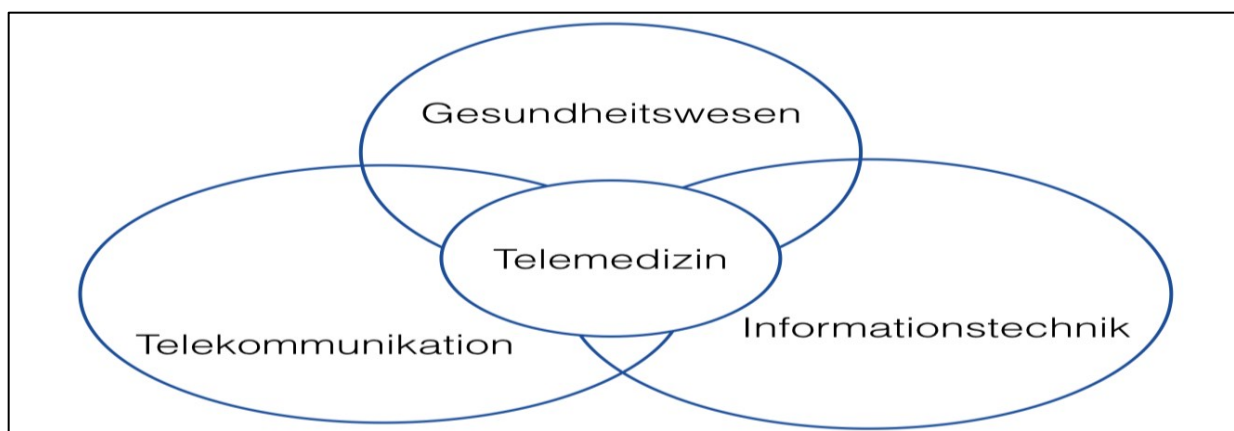


Abbildung 1: Anwendungstechnischer Ansatz der Telemedizin

Quelle: Gnann 2001, S. 21ff.

Beispiele für Telemedizin in der Praxis gehen über einen medizinischen Ratschlag unter ärztlichen Kollegen per Telefon bis hin zu einem Operationsroboter, der vom Chirurgen ferngesteuert einen komplizierten Eingriff am Patienten durchführt (Gnann 2001, S. 21ff.). Die medizinischen Dienstleistungen beziehen sich auf die Bereiche Diagnostik, Therapie und Rehabilitation (Bundesärztekammer 2015). Diese medizinischen Prozesse sollen Nutzen stiften mit Hilfe von Kommunikationstechniken (Gnann 2001, S. 21ff.), jedoch nicht den persönlichen Kontakt zu Ärzten, Pflegeern oder Apotheken ersetzen, sondern lediglich die Behandlung von Patienten optimieren. Zu den Dienstleistungsbereichen gehören (Deutsche Gesellschaft für Telemedizin o. J. a):

- Telediagnostik
- Telekooperation
- Telekonsultation
- Teletherapie
- Telemonitoring
- Telekonferenz
- Telemedizinische Notfallversorgung

Die Optimierung der Behandlung zielt beispielsweise auf die Überwindung von räumlichen Distanzen, die Analyse von medizinischen Patientendaten, die Vermeidung von Behandlungsfehlern und die Weiterbetreuung des Patienten (Bayerische Telemedallianz 2015).

Die Telemedizin wird in Verbindung mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Techniken und Anwendungen betrachtet. Eines der Ziele ist die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern zu erleichtern und somit auch zu verbessern. Beispielsweise um medizinisches Wissen auch in ländlichen Regionen und Gebieten mit einer geringen Bevölkerungsdichte zur Verfügung zu stellen (Deutsche Gesellschaft für Telemedizin o. J. b). Ein weiterer Punkt ist die elektronische Befunddokumentation mit ortsunabhängigem Datenzugriff (z. B. die elektronische Patientenakte). Des Weiteren gibt es die intensivierete Überwachung von Vitalparametern durch Telemonitoring-Verfahren, wie dies bei Blutdruckmessungen über einen längeren Zeitraum durchgeführt wird. Darüber hinaus wird auch die Telekonsultation bei ärztlichen Gesprächen, Beratungen und/ oder Therapien mittels Video-Sprechstunde angewendet (GKV-Spitzenverband 2016).

Zusammenfassend zeigt Telemedizin eine enorme Entwicklungsmöglichkeit in fast allen Fachgebieten der medizinischen Versorgung. Die Vereinfachung bei der Ermittlung von Diagnosen und Überwachung der Therapien durch die Benutzung modernster Informations- und Kommunikationstechnologien führt zur Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung. Der Leiter der Klinik für Neurologie und klinische Neurophysiologie an der Charité erklärt: „Sie ist vielmehr ein Instrument, mit dem wir eine evidenzbasierte Therapie ohne Qualitätsverlust dorthin bringen können, wo kein Experte vor Ort ist“ (Meißner 2011).

2.2 Arten der Telemedizin

„Telemedizinische Methoden finden einen zunehmend breiteren Einsatz in der Patientenversorgung in Deutschland. Das Spektrum dieser modernen Versorgungsformen umfasst mittlerweile nahezu alle medizinischen Fachgebiete“ (Bundesärztekammer 2015). Im vorherigen Kapitel wurden bereits die verschiedenen Arten von Telemedizin aufgelistet. In diesem Abschnitt werden für die Fachbereiche Innere Medizin, Urologie, Chirurgie und Radiologie zugeschnittene telemedizinische Anwendungen (Teleradiologie und -kardiologie) und Dienstleistungen (Telediagnostik, -konsultation und -kooperation) näher erläutert.

Unter dem Begriff „Teleradiologie“ ist der gesamte Wertschöpfungsprozess beschrieben, in dem radiologische Bilder und Befunde mit Hilfe der Telekommunikation an einen räumlich entfernten Ort übermittelt werden (Krüger-Brand 2008), wie in Abbildung 2 dargestellt:

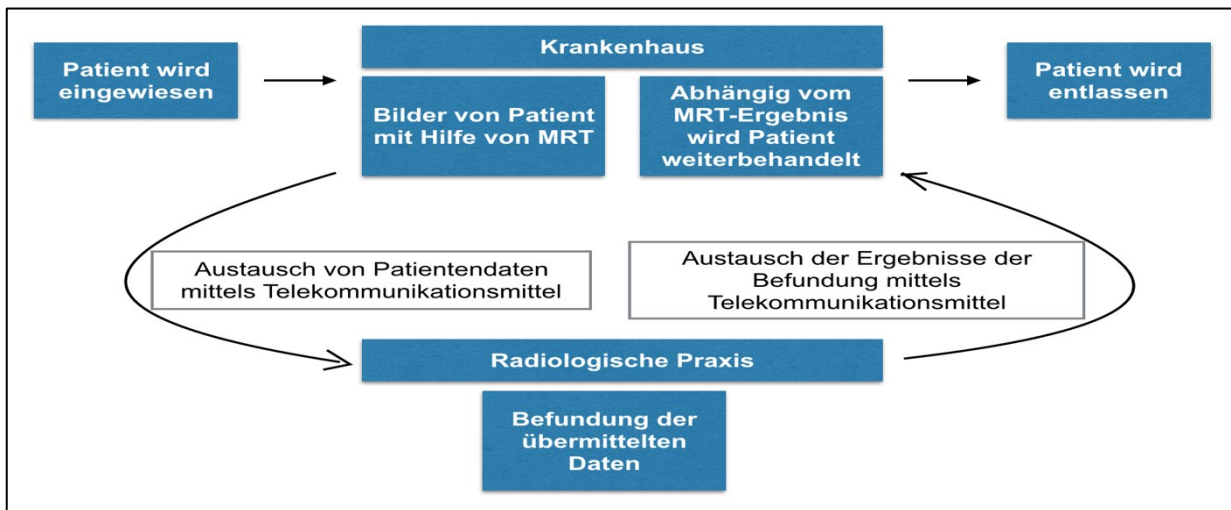


Abbildung 2: Wertschöpfungsprozess der Teleradiologie

Quelle: Eigene Darstellung.

Durch die Teleradiologie können Krankenhäuser zum Beispiel Computertomografien (CT) oder Magnetresonanztomografien (MRT) zur Verfügung stellen ohne dabei einen Radiologen vor Ort zu haben. Besonders für Patienten ist dieses Verfahren von Vorteil, da sie nachts und selbst an Feiertagen sowie Wochenenden auch in Krankenhäusern der Regelversorgung radiologisch untersucht werden können. Ein weiterer Vorteil ist das Einholen einer Zweitmeinung. Dies wiederum führt dazu, dass eine sichere und schnelle Untersuchung des Patienten garantiert werden kann (Bayerische Telemedallianz 2015). Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber die Röntgenverordnung (§ 3 Absatz 4 RÖV) an die Digitalisierung im Krankenhaussektor angepasst. Diese regelt nicht nur die Untersuchung, Indikation und Befundung des Patienten durch einen im Strahlenschutz fachkundigen Arzt, der nicht vor Ort sein muss (Krüger-Brand 2008). Sie benennt außerdem Ausnahmen – also Notfälle und Zwischenfälle, wie zum Beispiel auf hoher See (Bundesärztekammer 2015). Die Gesetzesergänzung der RÖV (Röntgenverordnung) von 2002 hat außerdem eine Eingrenzung der Durchführung von teleradiologischen Maßnahmen vorgenommen. Darin ist vermerkt, dass teleradiologische Leistungen genehmigungspflichtig sind und diese nur an Nacht-, Wochenend- und Feiertagen erteilt werden. Bei Vorliegen von bestimmten Voraussetzungen (§ 3 Abs. 4 Satz 1 RÖV: „Ein Bedürfnis im Hinblick auf die Patientenversorgung besteht.“) kann die Genehmigung jedoch über Nacht-, Wochenend- und Feiertage hinaus erteilt werden. Ausnahmen können für ländliche Gegenden mit Versorgungslücken erteilt werden, diese sind jedoch auf drei Jahre begrenzt (Krüger-Brand 2008).

In der Teleradiologie ist der Teilprozess „Austausch von Informationen über einen Patienten“ beschrieben, diese erbrachte Dienstleistung wird auch „Telekooperation“ genannt. Der Prozess (durch roten Bereich gekennzeichnet) geht aus der nachfolgenden Abbildung hervor:

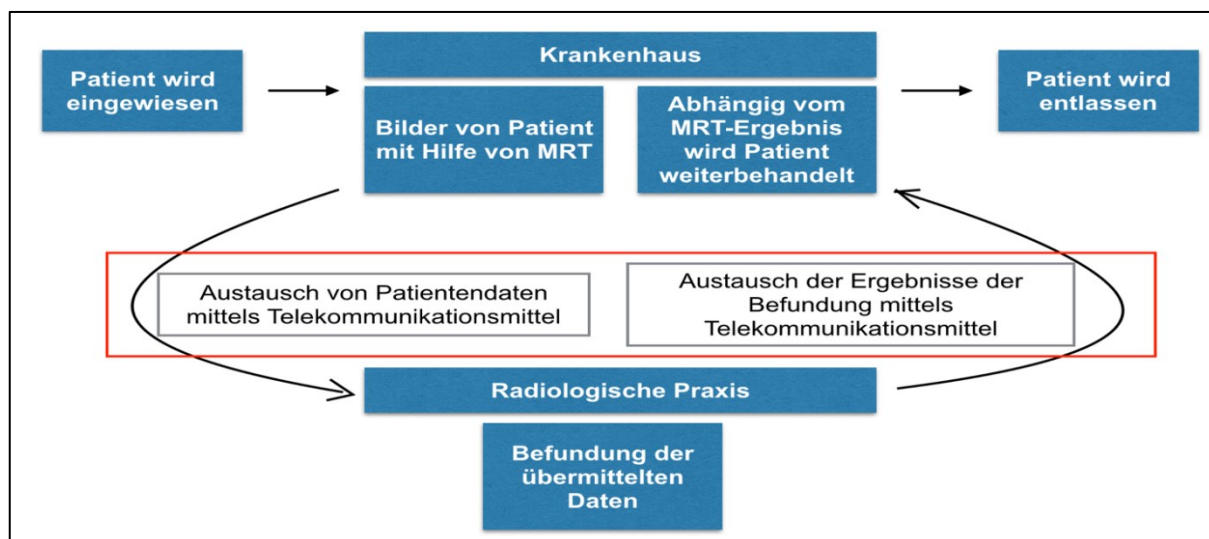


Abbildung 3: Prozess der Telekooperation

Quelle: Eigene Darstellung.

Während des Austausches werden Audio-, Video- und Dateninformationen mit Hilfe von elektronischen Übertragungsmedien (PC, Handy, Tablet), entsprechenden -kanälen (WLAN, LAN, DSL) und -frequenzen übermittelt. Dabei geht es um die verbesserte Überwindung von räumlichen und zeitlichen Distanzen zwischen zwei Standorten und Ärzten (Deutsche Gesellschaft für Telemedizin o. J. b). In der Industrie wird bereits die Telekooperation angewendet. Sie wird als Organisationsentwicklungsprozess wahrgenommen. Ziele dieses Prozesses sind es die Kommunikation und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter untereinander zu optimieren und die teleoperativen Arbeitsbedingungen anwender- und anwendungsorientiert zu formen (Eversheim / Luczak 2013, S. 79). Bezogen auf das Gesundheitswesen bedeutet dies, die elektronische Weitergabe von Untersuchungsergebnissen von z. B. dem Hausarzt an den Spezialisten, der die Behandlung punktgenau weiterführen kann ohne die gleichen Untersuchungen nochmals tätigen zu müssen, aufgrund von fehlender Kommunikation mit dem Hausarzt und fehlender Befunde.

Die Telekooperation zwischen behandelndem Arzt und Radiologe beinhaltet einen weiteren Prozessschritt der während der Kooperation erfolgt. Innerhalb des Prozesses kommt es zur Übertragung verschlüsselter Daten per Videokonferenz, diese Dienstleistung wird auch „Telekonsultation“ genannt. Die Konsultation ist ein Prozess der Kooperation im Gesundheitswesen bei dem (mehrere) Ärzte zum selben Zeitpunkt in die Findung der Diagnose und Therapie miteinbezogen werden mit Hilfe von modernster Informations- und Kommunikationstechnik (Deutsche Gesellschaft für Telemedizin o. J. b). Bereits angewendet wird dies im Rahmen eines Projektes „International Medical Services (IMS) and International Business Development“ vom Universitätsklinikum Freiburg. Hier können sich Patienten eine Zweitmeinung einholen, ohne dabei ihren Heimatort zu verlassen. Die IMS kümmert sich dabei um die organisatorischen Fragestellungen und stellt die Verbindung zwischen einem deutschen Arzt, dem Patienten und dessen behandelnden Arzt her. Der ausländisch behandelnde Arzt übersendet vorab alle medizinischen Unterlagen (Ergebnisse zu bereits durchgeführten Untersuchungen, Art der Beschwer-

den und weitere klinische Informationen), dann muss dieser außerdem konkrete Fragestellungen an den konsultierten Arzt aufstellen und ein Anforderungsformular unterschreiben. Danach wird ein Termin vereinbart und innerhalb von ein paar Tagen kommt es zur Telekonsultation mit Hilfe eines Telekonferenzsystems. Ziel ist es die Behandlungs- und damit die Lebensqualität der Patienten international zu verbessern (MEDICATradeFair 2013).

Die Telekonsultation in der Musterberufsordnung für Ärzte wird von der Bundesärztekammer näher definiert. Demnach ist diese Art der Konsultation zwischen Ärzten untereinander uneingeschränkt erlaubt (Datev 2017). In § 7 Absatz 4 MBO-Ä (Musterberufsordnung für Ärzte) werden jedoch die Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln bei telemedizinischen Maßnahmen definiert (Bundesärztekammer 2015). Hier heißt es: „Ärztinnen und Ärzte dürfen individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen. Auch bei telemedizinischen Verfahren ist zu gewährleisten, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt (§ 7 Abs. 4 MBO-Ä).“ Hintergrund dieses gesetzlichen Verbotes ist, dass der behandelnde Arzt sich selbst ein Bild vom Patienten machen muss und sich deshalb nicht nur auf die verbalen Äußerungen des Patienten oder Informationen eines Dritten verlassen darf. Das Fernbehandlungsverbot hat demzufolge das Ziel, die Behandlungsqualität auf hohem Niveau und damit die Sicherheit des Patienten zu gewährleisten (Bundesärztekammer 2015).

Ein weiterer Anwendungsbereich ist die Telekardiologie bei kardiologischer Indikation (Deutsche Gesellschaft für Telemedizin o. J. b). Dabei werden Daten über die Herztätigkeit mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnik an den Arzt übermittelt. Damit besteht die Möglichkeit, dass der Arzt seine ärztliche Betreuung ausweiten und die Nachsorge überwachen kann, zum Beispiel bei Trägern von Herzschrittmachern, implantierbaren Cardioverter-Defibrillatoren (ICD) und Implantaten zur kardialen Resynchronisations-Therapie (CRT) (Bayerische Telemedallianz 2015). Die Einbindung und Informationsübertragung zeigt die nachfolgende Abbildung:

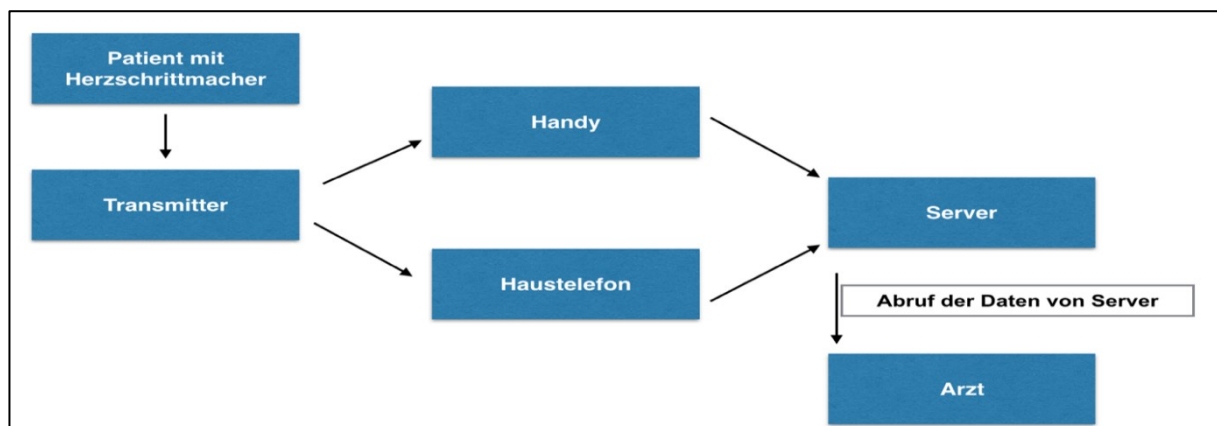


Abbildung 4: Technische Umsetzung der Telekardiologie

Quelle: Bundesverband Medizintechnologie e.V. 2011.

Der Krankenhausarzt und der niedergelassene Kardiologe erhalten beide Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten durch die kontinuierliche Überwachung

(Bayerische Telemedallianz 2015). Vorteile dieser Art der Telemedizin ist, dass ein Großteil von unnötigen stationären Krankenhausaufenthalten verhindert werden könnten und Arztbesuche seltener notwendig wären. Es besteht eine umfassende Sicherheit für den Patienten, der somit an Lebensqualität gewinnt und besser ins Arbeitsleben reintegriert werden kann (Bundesverband Medizintechnologie e.V. 2011).

Während der Durchführung der Telekardiologie kommt es u.a. auch zur Erbringung der Dienstleistung im Bereich Telediagnostik. Durch diese kann ein Arzt die Dienstleistung „Ermittlung der Diagnose“ unabhängig vom Patientenstandort erbringen (Deutsche Gesellschaft für Telemedizin o. J. b). Bei den übermittelten Daten handelt es sich meistens um Bildmaterial (Bayerische Telemedallianz 2015). In Abbildung 4 wurde bereits die technische Umsetzung der Telekardiologie gezeigt. Die Telediagnostik tritt im letzten Prozessschritt auf (siehe Abbildung 5).

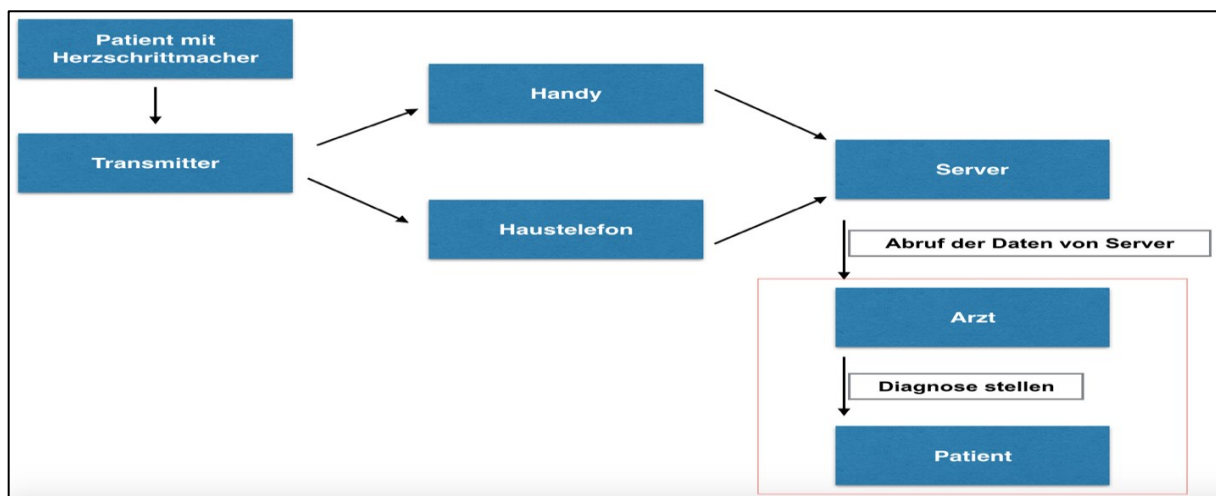


Abbildung 5: Telediagnostik

Quelle: Eigene Darstellung.

Dabei schaut sich der Arzt die empfangenden Daten vom Herzschrittmacher an und ermittelt eine Diagnose (Bayerische Telemedallianz 2015). Zur Erläuterung sei ein Beispiel dargestellt: Herr Mustermann hat einen Herzschrittmacher, ausgestattet mit einem Transmitter, d. h. die Tätigkeiten des Herzschrittmachers werden aufgezeichnet und gespeichert. Diese Daten werden mit Hilfe des Handys von Herrn Mustermann an seinen niedergelassenen Kardiologen und an seinen behandelnden Arzt im Krankenhaus übermittelt. Beide Ärzte können die vom Server gespeicherten Daten von Herrn Mustermann abfragen und diagnostizieren. Demzufolge können die Ärzte sehen, wenn es Probleme bzw. Rhythmusstörungen vom Herzen gab und der Herzschrittmacher aktiviert werden müsste oder sie können frühzeitig einen Austausch der Batterie des Herzschrittmachers veranlassen.

2.3 Herausforderung der Telemedizin

In der Einführung der Telemedizin wird für das Gesundheitswesen ein großes Potenzial gesehen (Krüger-Brand 2008). Dieses gilt z. B. für die Verbesserung der folgenden Bedingungen: Überbrückung von Versorgungslücken (Niedersächsisches Ministerium für

Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2015), Verbesserung der intersektoralen Versorgung und Gegenwirkung gegen den demografischen Wandel (van der Berg et al. 2015, S. 367-373). Doch muss die Telemedizin vorher medizinische, technische, organisatorische, wirtschaftliche und rechtliche Herausforderungen sowie subjektive Bedenken bewältigen.

Die Telemedizin ist aus medizinischer Sicht noch in der Bewertungsphase. Die Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte benötigen weitere wissenschaftliche Nachweise über den medizinischen Nutzen und weitere Aufklärung über die Inhalte des telemedizinischen Gedankens. Außerdem muss das medizinische Personal aus- und weitergebildet werden, um den Umgang mit modernen Informations- und Kommunikationstechniken zu lernen und diese als vertrauensvoll sowie sicher an ihre Patienten vermitteln zu können (Krüger-Brand 2013). Des Weiteren müssen die bestehenden Abläufe in Krankenhäusern und Praxen an die Anwendung der telemedizinischen Technologien angepasst werden (Deutscher Bundestag 2011).

Die technischen Voraussetzungen für die Umsetzung von telemedizinischen Maßnahmen sind vorhanden. Jedoch gestaltet sich die Einführung des technischen Equipments als schwierig. Die Technik muss speziell an die einzelnen Bedürfnisse der Ärzte und Patienten angepasst werden. Zum Beispiel müsste ein Radiologe seine radiologischen Systeme an eine Workstation und ein Archiv angliedern lassen, damit andere auf dieses zugreifen können (Symeda 2016). Damit stellt der Aufbau und die Entwicklung von Schnittstellen für die Vernetzung unter den Ärzten und Patienten die größte Herausforderung dar (Deutsche Bank 2010). Nicht nur die grundlegenden Standards sind ein Problem, sondern auch insbesondere die Datenschutzrichtlinien müssen technisch umgesetzt werden. Denn patientenbezogene Daten dürften nur anonymisiert oder pseudonymisiert versendet werden. Demzufolge muss es zukünftig eine technische Umsetzung zur Verschlüsselung geben, die wiederum jeder Arzt auch entschlüsseln kann. Außerdem wird gefordert, dass das technische Equipment leicht zu bedienen ist, denn auch das ältere Personal soll diese Technologien nutzen. Sie sind jedoch mit diesen technischen Gegebenheiten nicht besonders vertraut (Deutsche Bank 2010).

Auch aus organisatorischer Sicht sind Herausforderungen zu bewältigen. Zum einen müssen durch den Gesetzgeber Rahmenbedingungen geschaffen werden. Hierbei steht die Schaffung von klaren rechtlichen Grundlagen im Vordergrund, die sich zum Beispiel auf die Aus- und Weiterbildungsordnung von Ärzten und Pflegekräften sowie anderem medizinischen Personal beziehen müssen oder aber die Haftbarkeit bei Behandlungsfehlern oder Ausfall von Systemen definiert (Symeda 2016). Des Weiteren muss dafür gesorgt werden, dass die Telemedizin bei Leistungserbringern, Patienten und Krankenkassen auf Unterstützung trifft (Pelleter 2012, S. 517ff.). In diesem Zusammenhang bleibt jedoch auch die Frage nach der Höhe und Übernahme der Kosten. Diese spiegeln sich zum einen nicht nur in neuer und einheitlicher Hard- und Software wieder, die aufgrund der Schnittstellen vorhanden sein müssen, zum anderen durch die Verbindungskosten (WLAN, DSL) und Personalkosten durch Aus- und Weiterbildung. Insgesamt würde es zwar zur Kostenreduktion durch Telemedizin aufgrund der Vernetzung kommen (Deut-

sche Bank 2010), jedoch stellen die noch nicht umfänglich geklärten Umstände der Vergütung und Abrechnung ein Hemmnis bei der Einführung von telemedizinischer Anwendung und Dienstleistung dar (Deutsche Gesellschaft für Telemedizin 2010). Der aktuelle Stand seitens telemedizinischen Regelungen sieht wie folgt aus: Seit April 2016 wird die Überwachung eines Patienten mit einem Defibrillator nach EBM erstattet und seit April 2017 kann die Videosprechstunde nach EBM abgerechnet werden (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 2017). Außerdem muss in jeder gesundheitlichen, telemedizinischen Einrichtung für die Anpassung der Abläufe und Prozesse gesorgt werden (z. B. Anpassungen der Behandlungspfade oder Therapieleitlinien) (Deutscher Bundestag 2011). Denn hierbei geht es auch um die Einhaltung von bereits gültigen Richtlinien wie die über qualitätsgesicherten Prozessen und Zertifikaten (Deutsche Gesellschaft für Telemedizin 2009).

3 Betrachtung der Aspekte der Telemedizin mit Hilfe der Balanced Scorecard am Beispiel des Klinikums Hann. Münden

3.1 Vorgehensweise

In dem nachfolgenden Kapitel wird die Vorgehensweise durch die Balanced Scorecard analysiert. Der Ansatz untersucht mögliche Auswirkungen der Umsetzung von telemedizinischen Leistungen im KHM (Wiese 2000, S.97). Das KHM stellt für die medizinische Versorgung in Deutschland 230 Betten zur Verfügung. Es ist mit den Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Urologie und Gynäkologie vertreten sowie einer Hals-Nasen-Ohren-Belegabteilung.

Analysiert werden im Konzept verschiedene Kennzahlen: Die finanziellen Kennzahlen begutachten, ob die Einführung der Maßnahme zur Ergebnisverbesserung beigetragen hat. Dieser Ansatz hat zwei Funktionen: Auf der einen Seite beschreibt es die erwartete finanzielle Leistung der Strategie und auf der anderen Seite überwacht es die anderen Perspektiven und deren Ziele durch Ursache- und Wirkungsbeziehungen (Niven 2009, S. 15).

In Abbildung 6 werden die vier Perspektiven der Balanced Scorecard dargestellt:

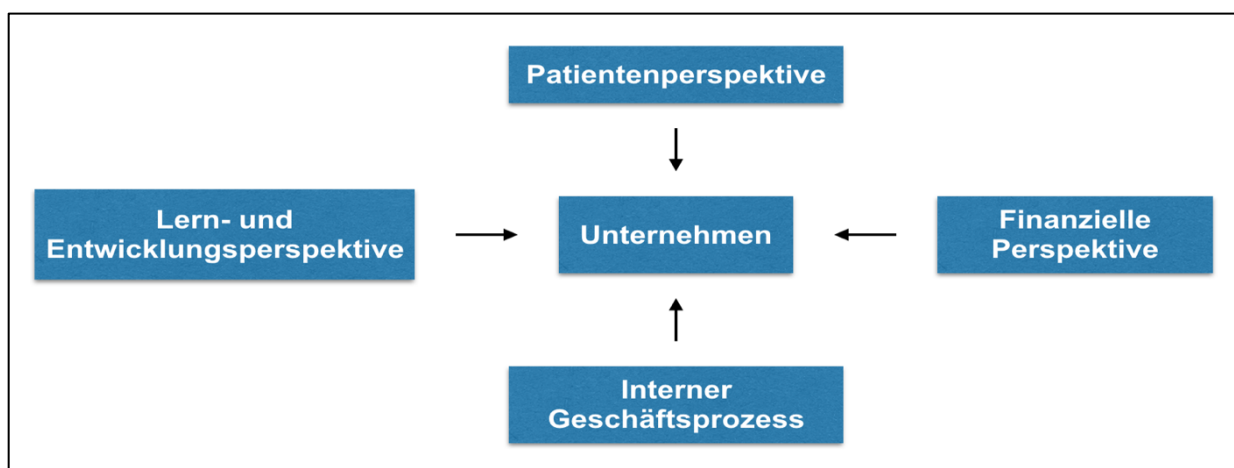


Abbildung 6: Balanced Scorecard

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Weber / Schäffer (2000) S.4.

Die Kunden- bzw. im Krankenhaussektor die Patientenperspektive spiegelt die strategische Richtung des Unternehmens bei dem der Kunde im Krankenhaus also der Patient im Mittelpunkt steht. Für diesen Wettbewerb müssen vorab intern Kennzahlen, Zielvorgaben und Maßnahmen entwickelt werden (Niven 2009, S. 15).

Die interne Geschäftsperspektive zeigt die betroffenen Prozesse und deren Bedeutung auf. Diese müssen optimiert werden um die Kundenziele sowie finanzielle Ziele zu erreichen (Niven 2009, S. 15).

Die Lern- und Entwicklungsperspektive definiert die Infrastruktur, die zur Erreichung der anderen Ziele notwendig ist, also zum Beispiel die fachliche Qualifikation von Mitarbeitern, Leistungsfähigkeit des Informationssystems und die Motivation sowie Zielausrichtung der Mitarbeiter (Niven 2009, S. 15).

Im Folgenden wird die Vorgehensweise bei der Ermittlung des aktuellen Stands im Klinikum Hann. Münden dargestellt:

Zur Ermittlung der *Patientenperspektive* wurde innerhalb des Krankenhauses eine Patientenbefragung mit Hilfe eines quantitativen Fragebogens durchgeführt. Insgesamt beschäftigte sich der Patient mit neun geschlossenen und einer offenen Frage. Ziel der Untersuchung war es zu ermitteln, wie der Patient der Telemedizin gegenübersteht und unter welchen Bedingungen er diese in Anspruch nehmen würde. Die ersten beiden Fragen ermittelten das Geschlecht und Alter des Patienten. Danach wurde nach der Förderung der Vernetzung, den Chancen, den Gefahren und den Voraussetzungen zur Nutzung sowie der Kontrolle der übermittelten telemedizinischen Leistungen gefragt. Des Weiteren wurde untersucht, ob der persönliche Kontakt zum behandelten Arzt leiden würde und ob der Patienten den persönlichen Kontakt zum Arzt oder die Spezialistenbehandlung ohne persönlichen Kontakt bevorzugen würde.

Bei der Betrachtung der *internen Geschäftsprozesse* wurde innerhalb des Krankenhauses eine Mitarbeiterbefragung mit Hilfe eines quantitativen Fragebogens durchgeführt. Insgesamt beschäftigte sich der Mitarbeiter mit sieben geschlossenen Fragen. Ziel der Untersuchung war es zu ermitteln, wie der Mitarbeiter zu telemedizinischen Leistungen steht und in welchen Fachabteilungen des KHM's die Mitarbeiter Potenzial zur Einführung sehen. Die ersten beiden Fragen ermittelten das Alter und den Tätigkeitsbereich des Mitarbeiters. Danach wurde nach potenziellen Fachbereichen der Umsetzung von telemedizinischen Leistungen gefragt. Des Weiteren wurde untersucht, welche Chancen und Probleme durch Telemedizin entstehen könnten. Die Mitarbeiter wurden ebenfalls nach ihrem Vertrauen in die bestehenden Datenschutzrichtlinien gefragt und mit welchen Institutionen und Ärzten sie Kooperationen dafür eingehen würden. Außerdem wurde bei der Betrachtung der internen Geschäftsprozesse die Frage gestellt wie die Telemedizin integriert und wie sie an die Betriebssysteme angeschlossen werden soll unter der Prämisse des momentanen telemedizinischen Ansatzes im KHM.

Die *finanzielle Perspektive* beschreibt mit Hilfe von drei Business Cases, die möglichen finanziellen Auswirkungen durch die Umsetzung der Telemedizin. Die Cases betreffen die Bereiche Radiologie und Kardiologie sowie die Kooperation mit dem Universitätsklinikum Göttingen. Dabei werden die Personal-, Sach- und Investitionskosten sowie die

dadurch entstehende Erlössteigerung und Reduzierungen der internen Kosten durch Prozessoptimierung betrachtet. Ziel dieser Auswertung ist die Evaluation der Anwendbarkeit von ersten telemedizinischen Maßnahmen im KHM sowie die erste grobe Identifikation von Kostenauswirkungen, natürlich mit dem Ziel eine langfristige Kostensenkung im KHM zu erwirtschaften.

Im letzten Schritt wird dann auf die „Lern- und Entwicklungsphase“ näher eingegangen. Dabei werden die vorherigen drei Perspektiven unter der Bedingung der Optimierung von Prozessen und Infrastrukturen betrachtet. Ziel ist es den Status des fachlichen Know-hows der Mitarbeiter bzgl. Anwendung und Verständnis von Telemedizin zu ermitteln. Außerdem muss das unternehmenseigene Betriebssystem hinsichtlich der Übermittlung und Verarbeitung telemedizinischer Daten sowie der möglichen Schnittstellen zu Kooperationspartnern betrachtet werden. Auch muss die Motivation der Mitarbeiter geschaffen werden, damit diese den Patienten über das telemedizinische Angebot aufklären und den Patienten auch dafür begeistern.

3.2 Balanced Scorecard am Beispiel des Klinikums Hann. Münden

3.2.1 Patientenperspektive

Insgesamt wurden 200 Fragebogen im Rahmen der Patientenbefragung an der Patientenaufnahme und Rezeption sowie bei den Stationssekretärinnen zur Verteilung ausgehändigt. Von 14 Patienten wurde der Fragebogen ausgefüllt, womit die Rücklaufquote bei 7% liegt. Im Folgenden werden bei der Auswertung ausschließlich diese Fragebögen berücksichtigt. Es ist offensichtlich, dass bei einer so geringen Rücklaufquote die Ergebnisse nicht repräsentativ sein können. Nichts desto trotz offerieren die Antworten erste wichtige Indikatoren.

Die Aufteilung der Teilnehmer nach dem Geschlecht lässt sich wie folgt darstellen (s. Abbildung 7):

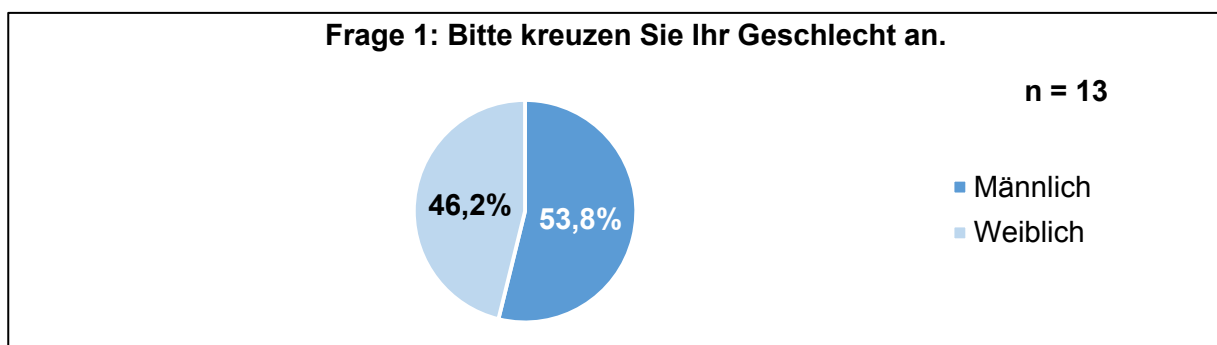


Abbildung 7: Geschlechter der befragten Patienten

Quelle: Eigene Darstellung.

Der größte Teil der befragten Patienten war männlich mit 53,8%. Die weiblichen Befragten bildeten 46,2% ab.

Die nachfolgende Abbildung illustriert die Verteilung des Alters der befragten Patienten:

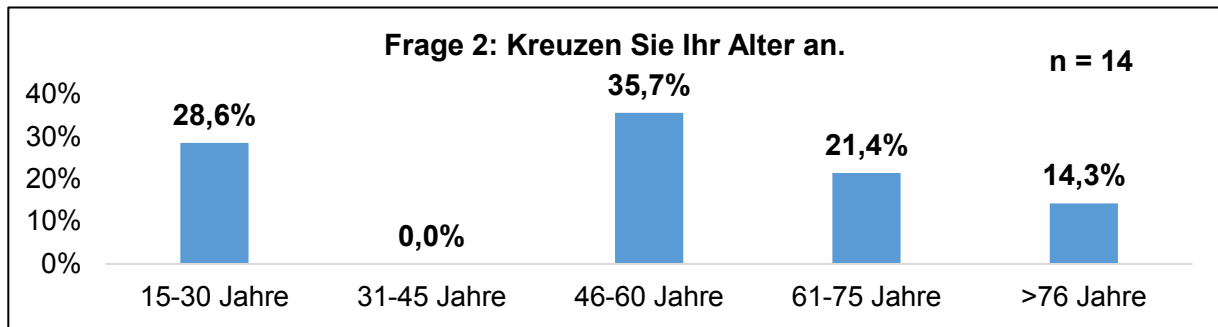


Abbildung 8: Alter der befragten Patienten

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Patienten waren im Alter zwischen 15 und älter als 76 Jahren. Der größte Anteil der Patienten mit 35,7% war im Alter zwischen 46 und 60 Jahren. Es gab keine Antworten von Patienten im Alter zwischen 31 und 45 Jahren. 28,6% der Befragten waren zwischen 15 und 30 Jahren und 21,4% waren zwischen 61 und 75 Jahren. 14,3% der ausgefüllten Fragebögen stammten von Patienten, die älter als 76 Jahre waren

Im folgenden Diagramm wurde gefragt, inwiefern Telemedizin die Vernetzung innerhalb der Leistungserbringer fördert.

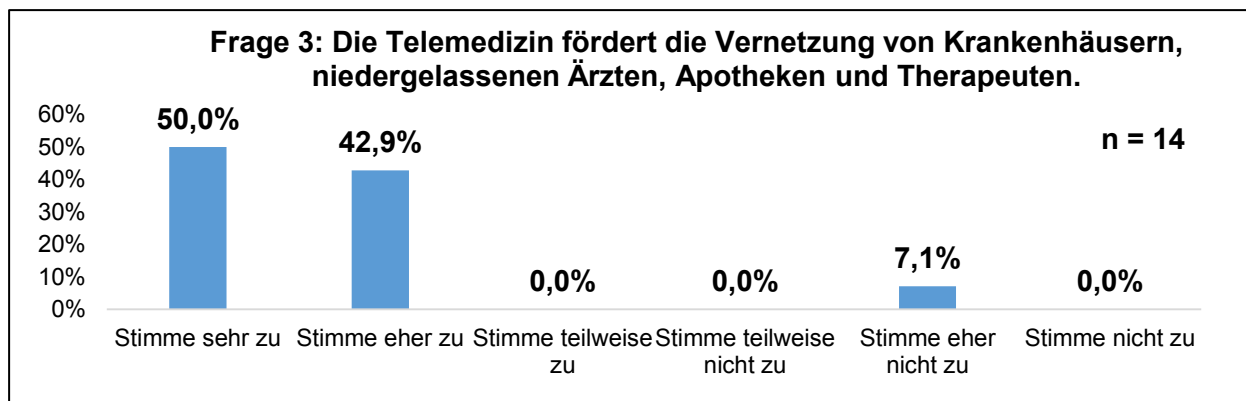


Abbildung 9: Vernetzung von Leistungserbringern durch die Telemedizin

Quelle: Eigene Darstellung.

92,9% der Patienten sind der Meinung, dass Telemedizin die Vernetzung fördert und nur 7,1% stimmen dieser These eher nicht zu.

In Abbildung 10 wurden die Patienten gefragt, welche Chancen sie durch die Ein- und Durchführung von telemedizinischen Leistungen sehen.

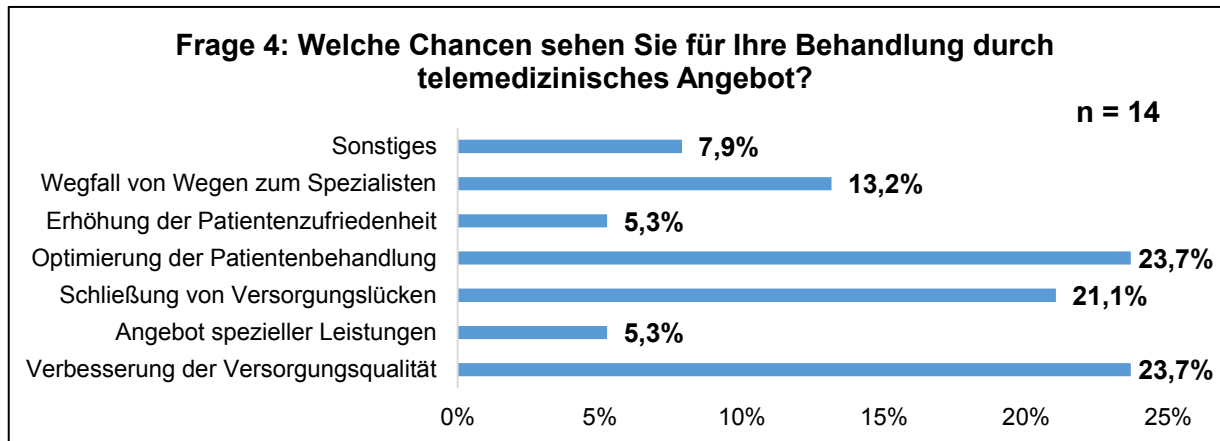


Abbildung 10: Chancen der Telemedizin

Quelle: Eigene Darstellung.

Die größte Chance mit 23,7% sahen die Befragten in der Optimierung der Patientenbehandlung und Verbesserung der Versorgungsqualität. Aber auch die Schließung von Versorgungslücken wird mit 21,1% als eine der größten Chancen betrachtet. 13,2% der Befragten sehen in telemedizinischen Angeboten die Chance, Wege zum Spezialisten einzusparen. Mit jeweils 5,3% spielen die Erhöhung der Patientenzufriedenheit und das Angebot spezieller Leistungen bei der Verbesserung der Behandlung durch telemedizinische Leistungen weniger eine Rolle. Des Weiteren wurden von 7,9% der Befragten sonstige Chancen, wie zum Beispiel Verbesserung der Diagnosesicherheit und -qualität sowie Verbesserung der pharmazeutischen Versorgungsmöglichkeiten genannt.

Demgegenüber stellt die folgende Abbildung dar, welche Gefahr die Befragten durch telemedizinische Leistungen sehen:

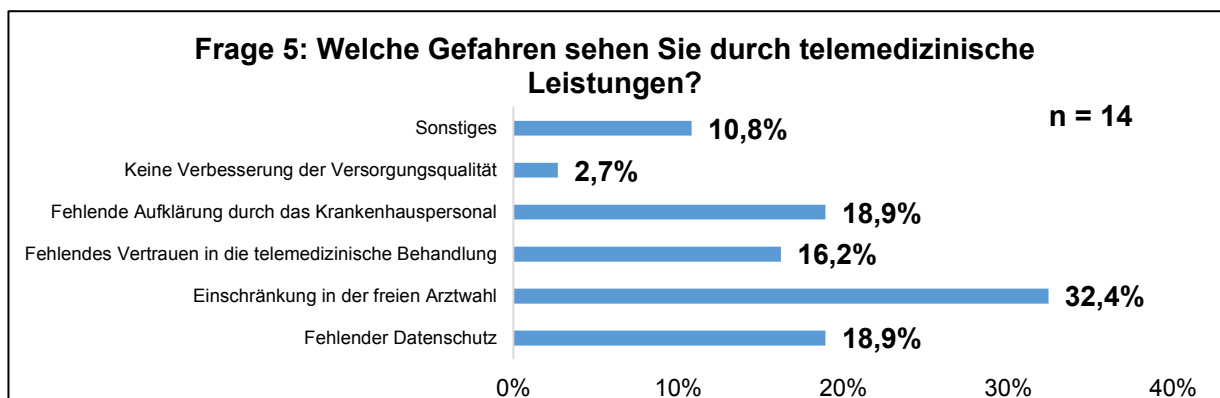


Abbildung 11: Gefahren der Telemedizin

Quelle: Eigene Darstellung.

32,4% sehen durch telemedizinische Leistungen ihre freie Arztwahl eingeschränkt. Mit jeweils 18,9% wird die fehlende Aufklärung durch das medizinische Personal und der fehlende Datenschutz bei Einführung der Telemedizin kritisiert. 16,2% haben ein fehlendes Vertrauen in telemedizinische Leistungen. Weitere 2,7% sehen die Gefahr, dass die Versorgungsqualität nicht verbessert wird. Außerdem wurden von 10,8% sonstige Gefahren, wie zum Beispiel unpersönliche Behandlungen, Fehldiagnosen/ Fehleinschätzungen seitens des Arztes, Einschränkungen/ Verringerungen von Spezialistenstellen in der

Versorgungsplanung vom Bund, Abbau von Arbeitsplätzen und verschwommene Strukturen zwischen den Kompetenzen der Ärzte und Spezialisten.

In dem nachfolgenden Diagramm wurden die Patienten gefragt, unter welchen Voraussetzungen sie telemedizinischen Leistungen in Anspruch nehmen würden:

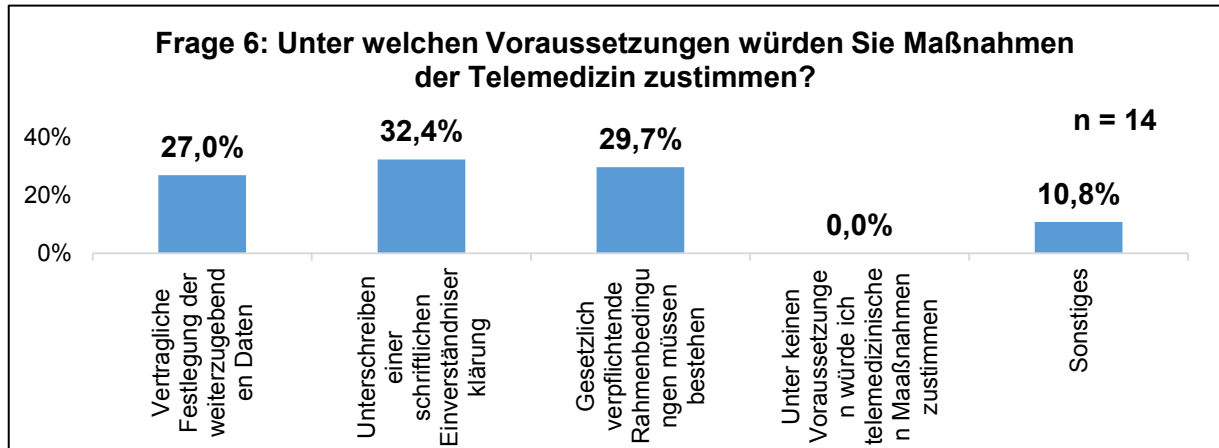


Abbildung 12: Voraussetzung für die Umsetzung von telemedizinischen Leistungen
Quelle: Eigene Darstellung.

32,4% der Patienten sind der Meinung, dass sie telemedizinische Leistungen nur in Anspruch nehmen würden, wenn ein schriftliches Einverständnis unterschrieben würde. Gleichzeitig würden 29,7% der Befragten der Behandlung nur zustimmen, wenn der Gesetzgeber verpflichtende Rahmenbedingungen schafft. Ebenfalls 27,0% wollen vorab eine vertragliche Festlegung unterschreiben, in denen die weiterzugebenden Daten definiert werden. Außerdem wurden von 10,8% der Befragten sonstige Voraussetzungen für die Zustimmung bei telemedizinischen Leistungen angegeben. Unter diese fallen zum Beispiel die Berücksichtigung und der Erhalt der Individualität des Patienten, die Gewährleistung des Wissensaustausches zwischen (Fach-)Ärzten und überregionalen Spezialisten, die Erhöhung der Diagnosesicherheit und die Aufklärungsarbeit durch das Personal.

In Abbildung 13 wurde untersucht, ob die telemedizinischen Daten vor und nach der Übermittlung durch den Patienten kontrolliert werden sollten:

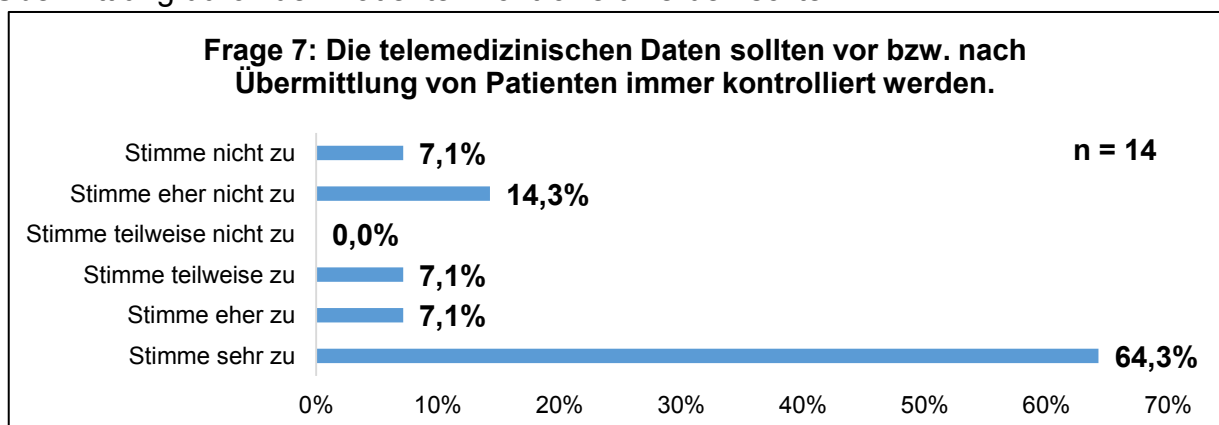


Abbildung 13: Kontrolle der übermittelten Daten
Quelle: Eigene Darstellung.

78,5% der Befragten wollen die weitergegebenen Daten vorab und nach der Übermittlung kontrollieren. Die verbleibenden 21,4% sind der Meinung, dass die Daten nicht kontrolliert werden müssen.

In der folgenden Abbildung wurde danach gefragt, ob der persönliche Kontakt durch ein telemedizinisches Angebot leiden würde:

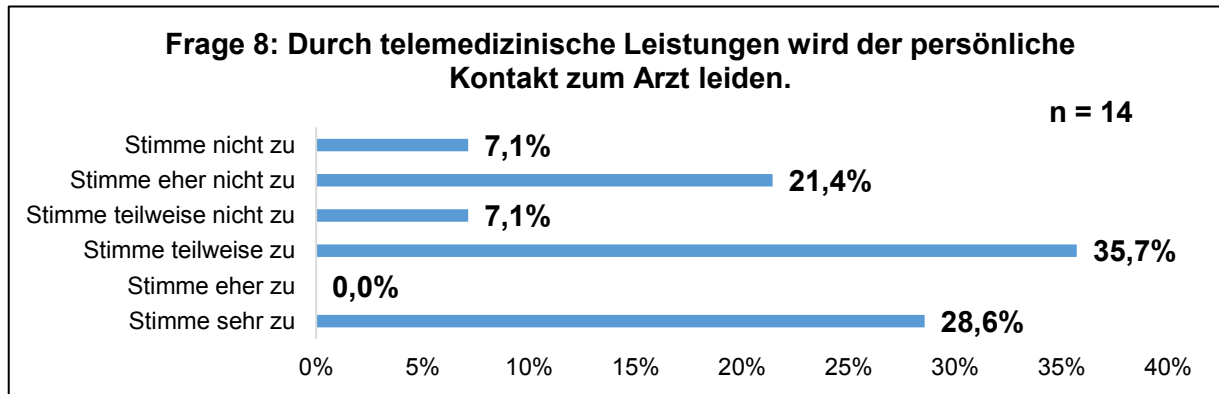


Abbildung 14: Persönlicher Kontakt zum Arzt in der Telemedizin
Quelle: Eigene Darstellung.

Mehr als die Hälfte der Befragten (64,3%) sind der Meinung, dass der persönliche Kontakt zum Arzt leiden würde. 35,6% hingegen sind der gegensätzlicher Meinung.

Zum Schluss wurden die Patienten gefragt, ob sie den persönlichen Kontakt grundsätzlich der Spezialistenbehandlung ohne persönlichen Kontakt vorziehen würden:

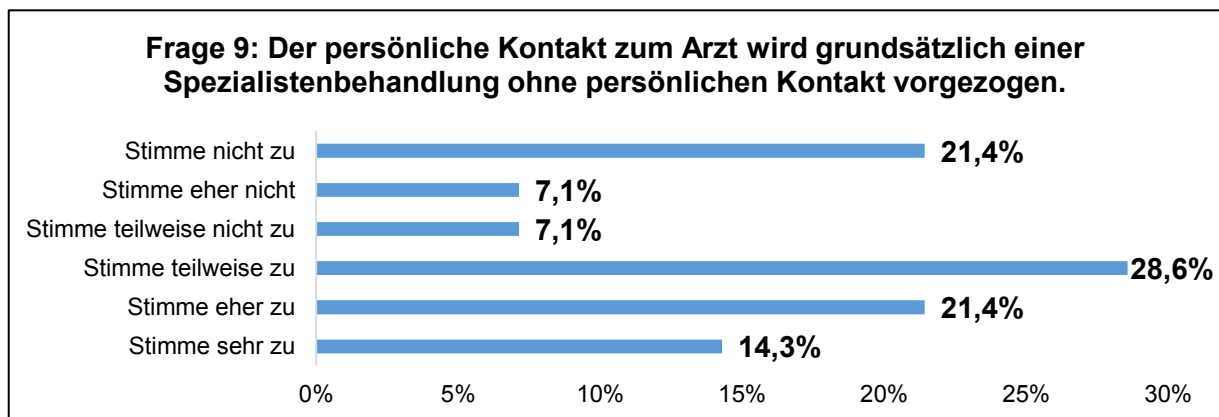


Abbildung 15: Spezialist ohne persönlichen Kontakt oder Arzt mit persönlichem Kontakt
Quelle: Eigene Darstellung.

Von den 14 befragten Patienten sind 64,3% überzeugt, dass sie den persönlichen Kontakt zum Arzt der Spezialistenbehandlung ohne persönlichen Kontakt vorziehen würden. Zur Erklärung ihrer Positionen wurden verschiedene Aussagen getroffen wie zum Beispiel, dass der Arzt-Patient-Kontakt durch eine langjährige Vertrauensbeziehung geprägt ist und der Arzt die Bedürfnisse des Patienten kennt sowie der Patient in die Entscheidungen des Arztes Vertrauen hat. Diese Beziehung würde aus Sicht der Befragten durch Telemedizin nicht mehr bestehen. Außerdem wurde die Angst vor der fehlenden freien Arztwahl bzw. dem Ausschluss eines Arztes aus dem Netzwerk genannt. Auch die Motivationswirkung (aufbauende Wirkung) durch den persönlichen Kontakt des Arztes würde

aus Sicht des Patienten durch telemedizinische Leistungen wegfallen. Ebenfalls wäre durch den persönlichen Kontakt das bessere Verständnis von Diagnosen gewährleistet. Die Angst vor Reduzierung des Angebotes von lokalen und überregionalen (Spezialisten) Fachärzten wurde des Öfteren als Argument genannt den persönlichen Kontakt zum Arzt zu bevorzugen. Hinzukommt, dass die befragten Patienten die Gefahr äußerten, dass die Einführung aus Kostengesichtspunkten dazu führen könnte, dass die Anzahl der Leistungserbringer abgebaut wird.

Jedoch ist auch durch die Hinterfragung nach der Entscheidung für den persönlichen Kontakt zum Arzt zu erkennen, dass bedarfsweise die Unterstützung durch Telemedizin doch von Vorteil wäre. Beispielsweise könnte die Qualität der Diagnosen durch Fernzugriff von einem Spezialisten verbessert werden, aber durch den persönlichen Kontakt zum Arzt verständlicher übermittelt und erklärt werden.

Nur 35,6% würden die Spezialistenbehandlung ohne persönlichen Kontakt bevorzugen. Zur Erklärung ihrer Positionen wurde angegeben, dass den Befragten ihre Gesundheit im Vordergrund steht und diese durch einen Spezialisten eher wiederhergestellt werden kann. Irrelevant ist in diesem Zusammenhang der persönliche Kontakt. Auch das Argument des wegfallenden Standortwechsels wurde als Vorteil genannt. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass dadurch ländliche Unterversorgungen verringert werden können. Beispielsweise durch das Angebot an berufseinsteigende Ärzte in ländlichen Gebieten eine Praxis eröffnen zu können. Diese sollten dann überregionale Unterstützung durch telemedizinischen Kontakt zu anderen Ärzten erfahren. Ebenfalls spräche für die Spezialistenbehandlung ohne persönlichen Kontakt die schnelle Erhaltung von Zweitmeinungen von ärztlichen Befundungen. Auch könnten kleinere Erkrankungen, wie zum Beispiel Probleme mit dem Herzschrittmacher, durch telemedizinische Leistungen kostengünstiger abgewickelt werden (zum Beispiel Teleradiologie). Die Telemedizin könnte außerdem dazuführen dass kurzfristig der Fachkräftemangel im Krankenhaussektor gesenkt werden könnte, um eine patientengerechte Versorgung zu gewährleisten und zu sichern. Denn durch die Überwindung von räumlichen Distanzen durch die telemedizinischen Leistungen können Fachkräfte an zwei Standorten ihr qualifiziertes Fachwissen einsetzen.

Aus der Patientenbefragung geht folglich hervor, dass die Telemedizin die Vernetzung zwischen den Leistungserbringern fördert. Diese Art der Digitalisierung bringt sowohl Chancen als auch Gefahren mit sich, die von Krankenhäusern berücksichtigt werden müssen. Auch die Voraussetzung für die Annahme der Leistung wurde durch den Patienten dargelegt. Diese können zwar nur in bestimmten Teilen vom Krankenhaus umgesetzt werden, aber gerade diese spielen eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit der Kontrolle von übermittelten Daten. Bei der Rückfrage nach persönlichem Kontakt durch den Arzt ist hervorgegangen, dass die Telemedizin ein innovativer Beitrag zur Medizin ist, der von allen Beteiligten jedoch ein Höchstmaß an Disziplin und Selbstkritik bzgl. des produktiven und erfolgreichen Austausches miteinander verlangt.

3.2.1.1 Interner Geschäftsprozess

Insgesamt wurden 350 Fragebögen im Rahmen der Mitarbeiterbefragung persönlich übermittelt. Von 32 Mitarbeitern wurde der Fragebogen ausgefüllt, womit die Rücklaufquote bei 9,14% liegt. Auch hier sollte die Analyse wegen ihrer geringen Rücklaufquote als indikativ betrachtet werden.

In der nachfolgenden Abbildung wird die Verteilung der Mitarbeiter nach dem Alter dargestellt:

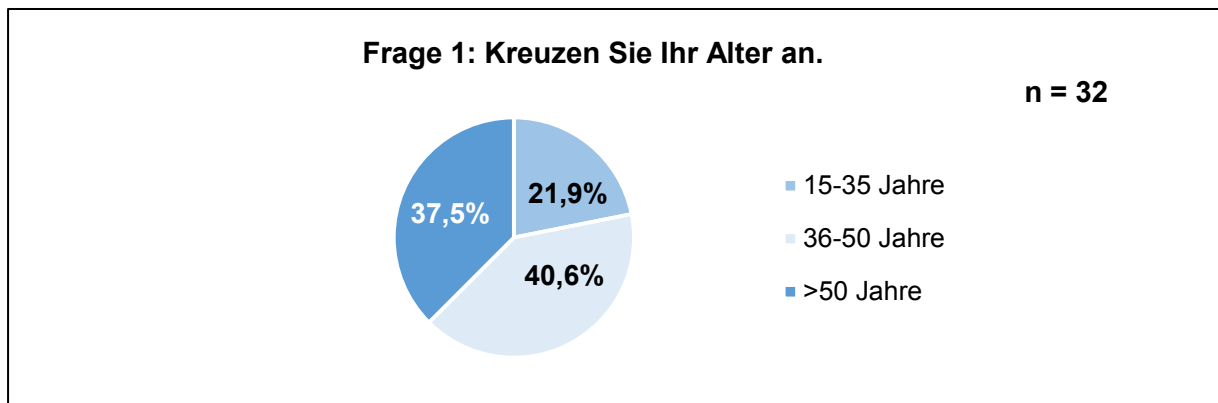


Abbildung 16: Alter der Mitarbeiter

Quelle: Eigene Darstellung.

Von den befragten Mitarbeitern sind 40,6% zwischen 36 und 50 Jahren alt. 37,5% sind älter als 50 Jahre und 21,9% der Befragten sind zwischen 15 und 35 Jahren alt.

In der Abbildung 17 wurde dann differenziert zwischen den Tätigkeitsbereichen die befragten Mitarbeiter:

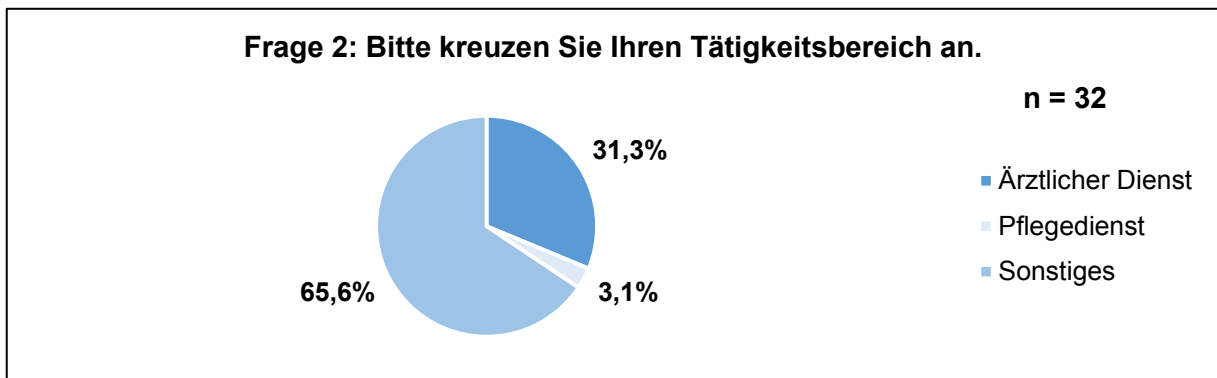


Abbildung 17: Tätigkeitsbereiche der befragten Mitarbeiter

Quelle: Eigene Darstellung.

31,3% sind aus dem ärztlichen Dienst und 3,1% aus dem Pflegedienst. Die verbliebenen 65,6% arbeiten in anderen Tätigkeitsbereichen.

In Abbildung 18 ist das Potenzial der Anwendungsbereiche der Telemedizin untersucht worden.

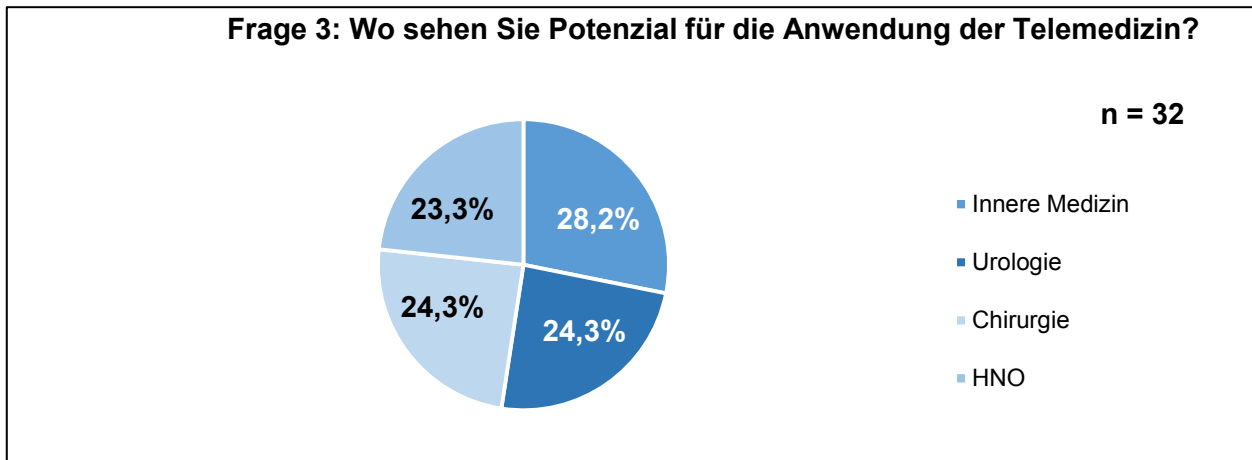


Abbildung 18: Fachbereiche für die Anwendung von Telemedizin

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Verteilung der Anwendungsbereiche ist prozentual gesehen relativ gleich. Am Höchsten mit 28,2% sehen die Befragten in der Inneren Medizin Potenzial zur Anwendung dieses Angebotes. Jeweils zu 24,3% in der Chirurgie und Urologie und 23,3% in der HNO.

Ebenfalls wurden die Mitarbeiter hinsichtlich der Chancen befragt (Abbildung 19):

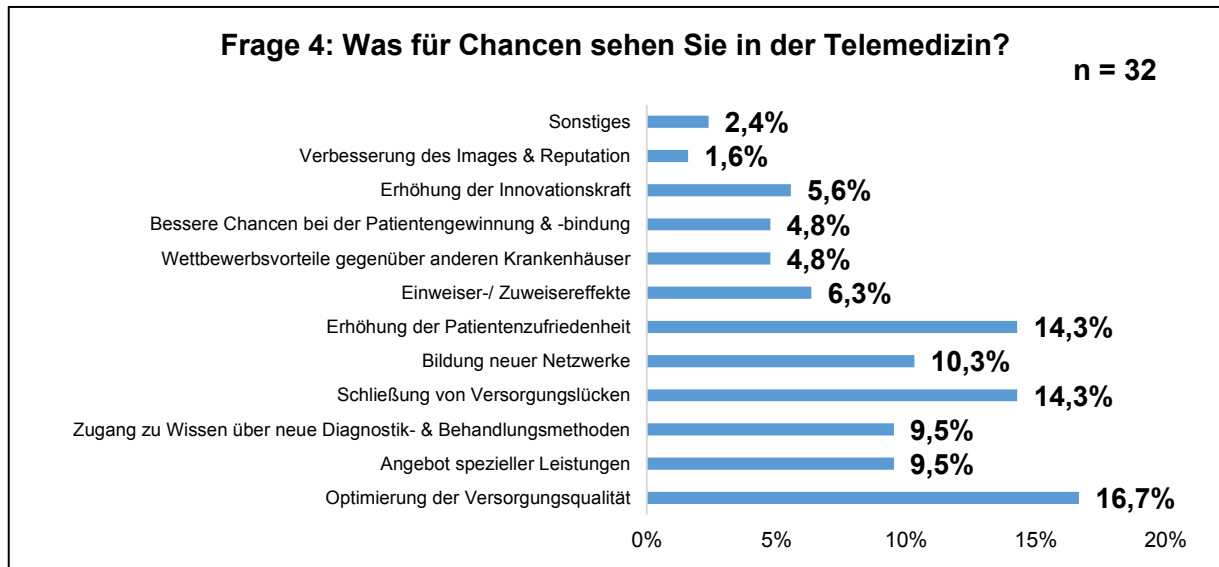


Abbildung 19: Chancen der Telemedizin

Quelle: Eigene Darstellung.

In der Optimierung der Versorgungsqualität wird mit 16,7% die größte Chance der Verbesserung durch Telemedizin gesehen. Mit jeweils 14,3% folgt die Erhöhung der Patientenzufriedenheit und das Schließen von Versorgungslücken sowie mit 10,3% die Bildung neuer Netzwerke als Chance gesehen. Von 9,5% der Befragten wird dann der Zugang zu Wissen über neue Diagnostik- und Behandlungsmethoden und das Angebot von speziellen Leistungen als Chance gesehen. 6,3% glauben die Einweiser-/ Zuweisereffekte verbessern zu können und 5,6% sehen die Erhöhung der Innovationskraft durch Telemedizin als Chance. Die restlichen 13,6% sehen Chancen durch Telemedizin in den Bereichen: Bessere Chancen bei der Patientengewinnung und -bindung, Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Krankenhäusern und Verbesserung des Images sowie Reputation.

In dem nachfolgenden Diagramm wurde nach den Problemen, die durch die Telemedizin entstehen könnten, gefragt:

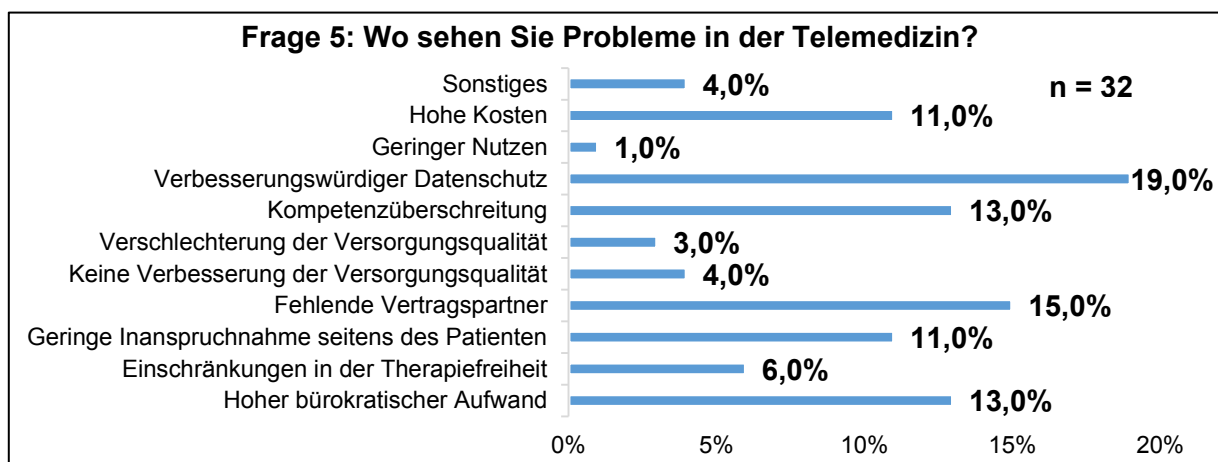


Abbildung 20: Problematiken der Telemedizin

Quelle: Eigene Darstellung.

Die größten Probleme werden mit 19,0% im Datenschutz gesehen und 15,0% durch fehlende Vertragspartner. Jeweils zu 13,0% im Bereich der Kompetenzüberschreitung und durch hohen bürokratischen Aufwand. Ebenfalls zu 11,0% werden Probleme durch einen hohen Kostenaufwand und geringe Inanspruchnahme durch den Patienten gesehen. Außerdem geben 6,0% der befragten Mitarbeiter die Einschränkung in der Therapiefreiheit als Problem an. Die restlichen 12,0% verteilen sich auf keine Verbesserung der Versorgungsqualität, Verschlechterung der Versorgungsqualität und dem geringen Nutzen sowie sonstige Problematiken. Für Letzere nannten die befragten zum Beispiel, dass diese Art der Digitalisierung auch nur ausgewählten Patienten zu Gute käme und damit keine Einhaltung des Gebotes der gleichen Behandlungsmöglichkeiten bestehe. Auch wurde im ärztlichen Alltag die Schwierigkeit gesehen, wirklich einen Arzt-Arzt-Kontakt aufrecht zu erhalten und in den Klinikalltag zu integrieren. Des Weiteren wurde geäußert, dass der Patient nicht mehr selbst untersucht werden kann. Außerdem würde die fehlenden Weiterbildungen und somit fehlendes, qualifiziertes Fachpersonal das telemedizinische Angebot für Mitarbeiter nicht attraktiv machen. Unterstützt wird diese Einstellung dadurch, dass die fehlenden Weiterbildungsmaßnahmen durch den Arbeitgeber zu einem späteren Zeitpunkt zu einem Arbeitsplatzwegfall führen könnte.

In Diagramm 21 wurden die Mitarbeiter nach dem Vertrauen in bestehende Datenschutzrichtlinien befragt.

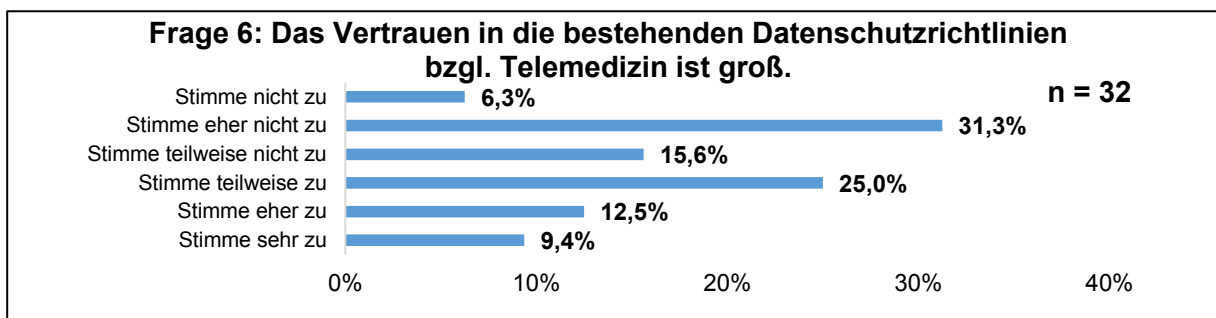


Abbildung 21: Vertrauen in bestehende Datenschutzrichtlinien

Quelle: Eigene Darstellung.

Von den Befragten stimmen 53,2% nicht zu, dass Vertrauen in die bestehenden Datenschutzrichtlinien bestünde - 46,9% sind gegenteiliger Ansicht.

In der letzten Frage wurden nach potenziellen Instituten und Ärzten gefragt, mit denen eine Kooperation zur telemedizinischen Durchführung geschlossen werden könnte.

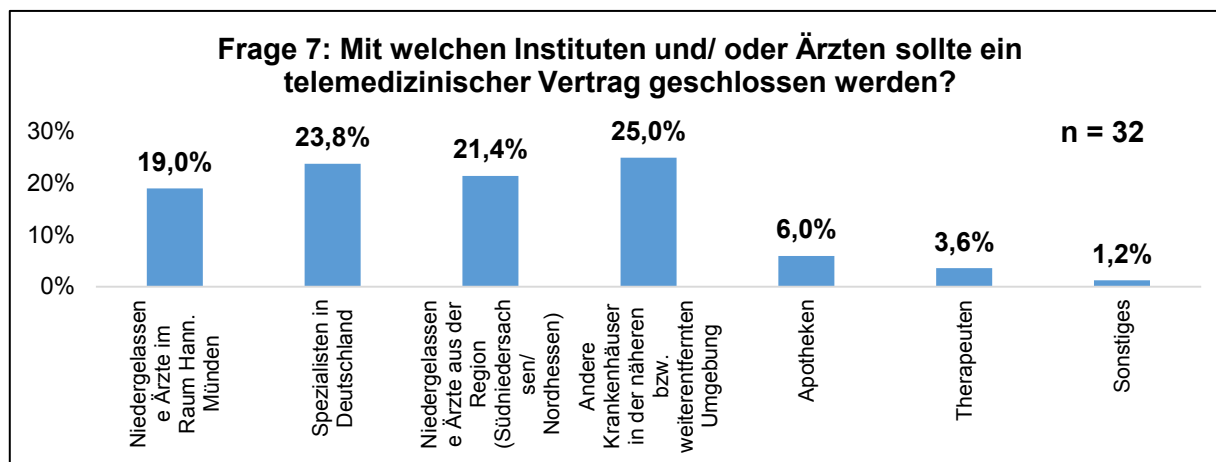


Abbildung 22: Kooperationsverträge mit anderen Leistungserbringern

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Mitarbeiter würden zu 25,0% mit anderen Krankenhäusern eine Kooperation eingehen und 25,0% mit Spezialisten in Deutschland (Sonstiges: 1,2%). 21,4% der Befragten gaben an, dass ein telemedizinischer Vertrag mit niedergelassenen Ärzten in den Regionen zwischen Südniedersachsen und Nordhessen eingegangen werden sollte und 19,0% gaben an nur mit niedergelassenen Ärzten im Raume Hann. Münden zusammen zu arbeiten. 9,6% sind der Ansicht Verträge sollten mit Apotheken, Therapeuten und sonstigen Instituten geschlossen werden.

Zusammenfassend geht aus der Mitarbeiterbefragung hervor, dass in allen Fachabteilungen ungefähr gleich viel Potenzial für ein telemedizinisches Angebot gesehen wird. Auch werden Chancen und Gefahren durch das Angebot geäußert, wie zum Beispiel die Optimierung der Versorgungsqualität und der verbesserungswürdige Datenschutz. In diesem Zusammenhang wurde auch erklärt, dass die meisten Mitarbeiter den bestehenden Datenschutzrichtlinien eher kritisch gegenüberstehen und diese ausgebaut werden müssen. Bevorzugte Partner werden in Krankenhäusern und Spezialisten gesehen.

Im Krankenhaus sind bis jetzt noch keine Pläne für eine telemedizinische Umsetzung vorhanden. Zu diesem Zeitpunkt wird an einer Kooperation mit dem Universitätsklinikum Göttingen gearbeitet. Im Mittelpunkt dabei steht die Etablierung eines abgestuften Versorgungskonzeptes. Dafür kommt es zur Gründung eines gemeinsamen „Transplantationszentrums Südniedersachsen“ zur Sicherung der Transplantationen im Klinikum Hann. Münden. Auch die engere Zusammenarbeit in den Fachbereichen Viszeralchirurgie, Gastroenterologie, Geriatrie und Palliativmedizin wird angestrebt. Mit diesem Partner könnte in naher Zukunft ein telemedizinisches Angebot entwickelt werden. Ziel ist es dabei für zwei Standorte einen verantwortlichen Arzt vorweisen zu können, um dauerhaft die Versorgung zu sichern.

Ein weiterer Ansatzpunkt wäre die Schaffung von Unabhängigkeit im bestehenden Arbeitsverhältnis zur Radiologen-Praxis. Dazu müsste intern für den Einkauf von radiologi-

schen Gerätschaften (CT, MRT, usw.) gesorgt werden und qualifiziertes Personal gesucht werden, um die Voraussetzungen zu schaffen in diesem Punkt ein telemedizinisches Angebot aufzubauen. Im weiteren Verlauf müsste nach Partnern gesucht werden. Des Weiteren muss nach einem Telekonferenzsystem gesucht werden, das sich nicht nur optimal an das medizinische Betriebssystem des KHM anpasst, sondern auch dem des Partners.

3.2.1.2 Finanzielle Perspektive

Die finanzielle Perspektive beschreibt mit Hilfe von drei Business Cases, die möglichen finanziellen Auswirkungen auf das KHM durch die Umsetzung der Telemedizin. Die Cases betreffen die Bereiche Radiologie und Kardiologie sowie die Kooperation mit dem Universitätsklinikum Göttingen. Dabei werden nicht nur die Sach- und Personalkosten betrachtet, sondern auch die Investitionskosten unter Berücksichtigung der KHM Investitionsordnung. Diese fordert eine Mindestverzinsung von Projekten über den Zeitraum von drei Jahren von 8%.

Im ersten Business Case wurde die Annahme getroffen (Annahme basiert auf historischen Daten von 2015 zzgl. 10% Wachstum), dass das KHM 29.000 Fälle im Jahr zum niedergelassenen Radiologen überwiesen werden. Angenommen wird, dass der Arbeitsaufwand der radiologischen Praxis pro Fall 0,5 Stunden beträgt und dass im Jahr dadurch 120.000€ Personalkosten entstehen (Schätzung der Autorin: Drei VKs à 40.000 Euro). Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass die Sachkosten bei ca. 1,3 Mio.€ liegen. Insgesamt liegen die Durchschnittskosten pro Fall ohne telemedizinische Unterstützung deshalb bei 51€.

Vor der ersten Durchführung von teleradiologischen Leistungen müssen jedoch unternehmenseigene radiologische Gerätschaften (CT, MRT) eingekauft werden, zu einem Wert von ca. 1,5 Mio.€. Es wird davon ausgegangen, dass die Fallzahlengröße gleichbleibend ist. In der Berechnung wird im Jahr von einer Höhe von 80.000€ interner Personalkosten ausgegangen. Die Sachkosten betragen ungefähr 70% der Kosten des Radiologen. Insgesamt würden somit die Durchschnittskosten pro Fall mit telemedizinischer Unterstützung bei 37€ liegen. Folglich könnte das Unternehmen pro Fall durch Teleradiologie 14€ einsparen.

Die Ersparnisse kommen erstens durch die Reduktion der Personalkosten, infolge von geschaffenen Schnittstellen zwischen den Systemen, und zweitens durch reduzierte Sachkosten, die ansonsten vom niedergelassenen Radiologen an das KHM berechnet wurden. In diesem Zusammenhang sollten auch die Investitionen betrachtet werden: Das KHM verfolgt im Moment, aufgrund vieler gleichzeitiger Investitionsvorhaben, eine konservative Auswahlpolitik von Projekten. Grundsätzlich muss sich eine neue Investition innerhalb von drei Jahren amortisieren, d. h. ein positiver Nettobarwert wird in einer dreijährigen Jahresbetrachtung berechnet und analysiert. Das Resultat für obigen Business Case ist negativ – ein Nettobarwert von -421T€ erfüllt nicht die Renditehürde, die vom KHM vorgegeben ist.

Im zweiten Business Case wurde die Annahme getroffen, dass 1.800 Fälle im Jahr im KHM geeignet wären telekardiologische Leistungen, wie die Live-Überwachung des Patienten, in Anspruch zu nehmen. In Tabelle 1 sind die Ist- und SIM-Kosten (simulierte Kosten) dargestellt:

Kostenart	IST-Kosten	SIM-Kosten
Geräte (Abschreibung pro Jahr)	10.000€	20.000€
Kosten pro Jahr	1.020.000€	755.000€
Gesamtkosten	1.030.000€	775.000€

Tabelle 1: Ist-SIM-Kostenvergleich durch Live-Überwachung des Patienten

Quelle: Eigene Darstellung.

Momentan können kardiologische Leistungen erbracht werden, wenn sich der Patient im KHM untersuchen lässt, d.h. dass die Messung der Daten über Aufnahmegeräte des KHM erfolgen und die Auswertung dieser Daten nur einmal nach Messung analysiert werden. Für diese Geräte sind im Jahr 10.000€ abzuschreiben. Des Weiteren entstehen im Jahr weitere 1,02 Mio.€ an Sach- und Personalkosten. Insgesamt entstehen dadurch 1,03 Mio.€ im Jahr für die kardiologische Messung und Auswertung. Im Vergleich werden die SIM-Kosten bei Einführung von Live-Überwachungsgeräten betrachtet, die den Alltag des Patienten überwachen, wie zum Beispiel ein Herzschrittmacher mit Transmitter (s. Kapitel 2.2.). Für den Kauf der telekardiologiefähigen Geräte werden 200.000€ investiert, die innerhalb von fünf Jahren mit 20.000€ im Jahr abgeschrieben werden. Daraus ergibt sich, dass der Nettobarwert dieses Business Cases die Investitionslimiten des KHM mit einem positiven Ergebnis von 1,5 Mio.€ erfüllt. Die Messungen der Daten erfolgen dann über Digital-Connected-Devices, welche live mit Hilfe einer passenden Software und einem Kontrollsystem übertragen werden. Außerdem reduzieren sich die Gesamtkosten auf 300.000€, aufgrund sinkender Personalkosten (Reduktion um zwei Vks) und Sachkosten (70% Sachkostenzuschlag).

Wie man sieht, würden vorerst Mehrkosten entstehen. Aber es sollte davon ausgegangen werden, dass die Umsetzung der Live-Übertragung von Daten zu einer Erlöserhöhung in Höhe von 450.000€ durch Erhöhung des Patientenvolumens führt und das ohne nennenswerte zusätzliche Personalkosten. In diesen Personalkosten sind jedoch keine Schulungskosten berücksichtigt.

Im dritten Business Case wird die finanzielle Perspektive bei Umsetzung einer telemedizinischen Kooperation zwischen dem KHM und dem Universitätsklinikum Göttingen verglichen. In Tabelle 2 werden die Ist- und SIM-Kosten dargestellt:

Kostenart	IST-Kosten	SIM-Kosten
Personalkosten (50.000 pro Person) pro Jahr	600.000€	400.000€
Sachkosten (70% Sachkostenzuschlag) pro Jahr	400.000€	300.000€
Gesamtkosten	1.000.000€	700.000€

Tabelle 2: Ist-SIM-Kostenvergleich bei telemedizinischen Kooperation mit Universitätsklinik Göttingen

Quelle: Eigene Darstellung.

Es wird davon ausgegangen, dass die telemedizinische Kooperation zwischen den Krankenhäusern zur Folge hat, dass von den betroffenen Ärzten im KHM jeder dritte eingespart werden könnte und somit sich die Personalkosten im KHM ebenfalls um 1/4 reduzieren würden, weil sich die Ärzte per Fernzugriff gegenseitig unterstützen und deshalb nicht vor Ort sein müssten. Auch die Sachkosten würden sich um 100.000€ reduzieren, da beide Häuser nicht dieselbe Ausstattung aufweisen müssten. Des Weiteren würden durch die Kooperation weniger Verlegungsabschlüsse berechnet werden (Berechnungsgrundlage: Aus dem medizinischen Betriebssystem ermittelte Anzahl der Verlegungsfälle inkl. der damit verbundenen Abschlüsse). Auch Überbrückungskosten zum Beispiel für Honorarärzte könnten eingespart werden. Ebenfalls können Doppeluntersuchungen sowie die damit verbundenen Kürzungen vermieden werden. Durch den Wegfall der Verlegungen könnten in beiden Krankenhäusern die Bettenkapazitäten besser geplant werden. Außerdem würde es zu Rekrutierungseinsparungen kommen, da langfristig betrachtet weniger Personal beschafft werden müsste durch die Kooperation mit vorhandenem Fachpersonal. Würden sich alle eben genannten Vorteile einstellen, dann könnte es zur Kosteneinsparung von ca. 150.000 Mio.€ innerhalb eines Jahres kommen. Die Einsparung entsteht durch den kompletten Wegfall der Verlegungsabschlüsse zwischen den Krankenhäusern. Des Weiteren wird eine 10% Verbesserung der Belegung gesehen und eine 40% Reduktion im Bereich der Überbrückungskosten. Der Business Case hier erfüllt mit einem Nettobarwert von ca. 470 T€ ebenfalls die Investitionsvorgaben des KHM.

Zusammenfassend zeigen die drei High-level Business Cases, dass Telemedizin im KHM durchaus zu signifikanten Kosteneinsparungen sowie zu erhöhten Erlösen führen könnte. Dabei müssen jedoch die gesamten Investitionskosten von 2 Mio.€ betrachtet werden, die eine Rendite von ca. 50% aufweisen und einen Nettobarwert am Investitionstag von 1,5 Mio.€ hat.

3.2.1.3 Lern- und Entwicklungsperspektive

In der Lern- und Entwicklungsperspektive werden die Prozesse des Krankenhauses und die Infrastruktur betrachtet, die für das telemedizinische Angebot weiterentwickelt werden müssen. Dafür werden die fachlichen Qualifikationen der Mitarbeiter, die Leistungsfähigkeit des Informationssystems und die Motivation sowie Zielausrichtung der Mitarbeiter analysiert.

Zur Ermittlung der Motivation und Zielausrichtung der Mitarbeiter kann ein Self-Assessment eine unterstützende Wirkung haben. Die drei zentralen Bereiche eines Self-Assessment werden in der nachfolgenden Abbildung gezeigt:

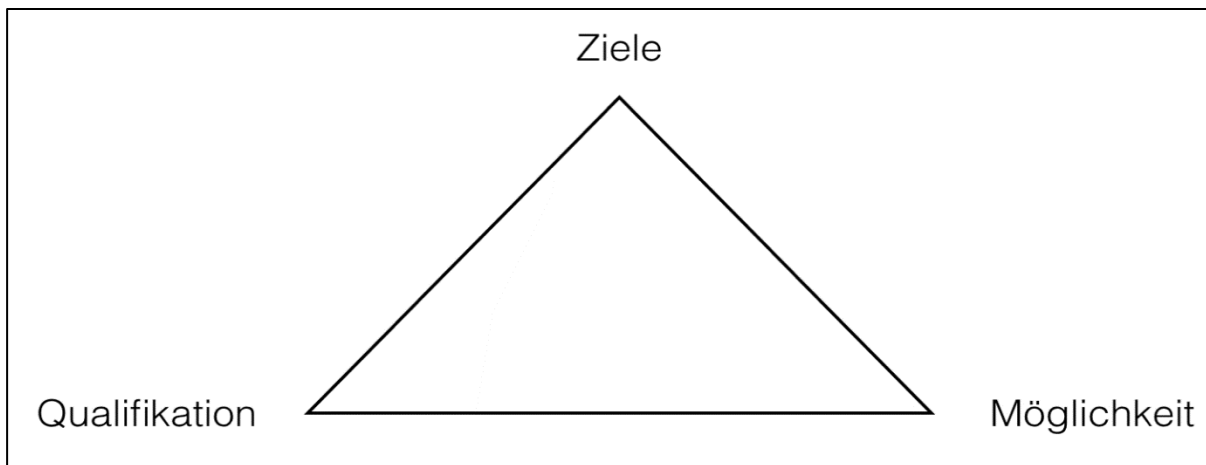


Abbildung 23: Bereiche des Self-Assessment
Quelle: Brenner / Brenner 2004, S. 21f.

Die Bereiche stehen alle miteinander im Zusammenhang. In einem Selbsttest könnten sich Mitarbeiter über ihre eigenen Ziele, Qualifikationen und Möglichkeiten im Klaren werden (Brenner / Brenner 2004, S. 21f.). In dem Prozess muss der Mitarbeiter für Telemedizin und dessen Angebot sensibilisiert werden. Im zweiten Schritt kommt es zur Selbstexploration, d. h. der Mitarbeiter arbeitet mit Hilfe eines Tests seine Interessen, Fähigkeiten und Werte zu dem Thema heraus. Des Weiteren muss in diesem Zusammenhang der Arbeitgeber über Ausbildungen, Fort- und Weiterbildungen informieren. Danach erfolgt eine Passungsprüfung, d. h. die Interessen und Motivationen des Arbeitnehmers im Verhältnis zu dem Angebot an Weiterbildungen zur Erreichung der fachlichen Qualifikation zur Umsetzung des telemedizinischen Angebotes (Hörsch / Rudinger 2009, S. 17). Diese Prüfung kann vom Personalmanagement übernommen werden. Nach der Ermittlung der Zielausrichtung und Motivation des Mitarbeiters wird eine Qualifikationsanalyse durchgeführt. Diese Analyse gibt nicht nur Informationen über die aktuellen Kenntnisse und Fähigkeiten der Mitarbeiter, sondern auch über Potenziale, die den Mitarbeiter für zukünftig fachlich höhere Aufgaben qualifiziert. Instrumente für die Qualifikationsanalyse sind die Personalakte, Mitarbeiterbeurteilung, Vorgesetztenbefragung, Mitarbeitergespräche und Vorgesetztenbeurteilungen. Aus den gesammelten Informationen lässt sich ein Qualifikationsprofil erstellen, welches eine Bewertung über die Entwicklung des Mitarbeiters in der Vergangenheit erlaubt. Auch können Rückschlüsse für die Eignung von zukünftigen Aufgaben geschlossen werden.

Außerdem soll die Leistungsfähigkeit des Betriebssystems näher definiert werden, um ein telemedizinisches Angebot durchzuführen. Im E-Health-Gesetz wurde sich bereits mit dem Thema beschäftigt: „Tatsächlich steht im Gesetzentwurf aber nur, dass in die Praxis- und Klinik-IT-Systeme "so bald wie möglich "offene und standardisierte Schnittstellen integriert werden sollen, "die einen uneingeschränkten Datenaustausch" zwischen den Sy-

stem ermöglichen (Höhl 2015).“ Da es durch den Gesetzgeber keine eindeutige Vorgabe gibt, wie die Software-Lösung zwischen zwei Partnern aussehen soll, müssen beide Partner für ihr eigenes Betriebssystem herausfinden, wie eine technische Schnittstelle aussehen kann. Ein Beispiel: Die Universität Freiburg arbeitet mit Hilfe eines Telekonferenzsystems für die Dienstleistung „Telekonsultation“ (Universitätsklinikum Freiburg o. J.). In der Handhabung ähnelt dieses System den Produkten Skype und Facetime.

4 Handlungsempfehlung

Im dritten Kapitel wurden bereits die Aspekte und Auswirkungen, die bei der Umsetzung von Telemedizin zu beachten sind mit Hilfe der Balanced Scorecard analysiert. Im folgenden Kapitel werden Handlungsempfehlungen vorgestellt, wie ein telemedizinisches Konzept erfolgreich im Unternehmen implementiert werden kann.

Die Befragung der Patienten hatte zum Ziel, die Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme von telemedizinischen Leistungen zu definieren. Die drei wichtigsten Chancen, die in der Telemedizin vom Patienten gesehen wurden, sind die Verbesserung der Versorgungsqualität, Optimierung der Patientenzufriedenheit und Schließung von Versorgungslücken. Demzufolge müssen bei der Umsetzung gerade diese Determinanten berücksichtigt werden. Beispielsweise könnten nach Inanspruchnahme des telemedizinischen Angebotes standardisierte Fragebögen dem Patienten vor Entlassung übergeben werden. Aus diesen soll später hervorgehen, ob negative Erlebnisse durch Telemedizin erlebt wurden und ob diese nochmals in Anspruch genommen werden würden. Damit soll eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit erreicht werden. Vorteil für diese Methode wäre, dass der Patient das Gefühl bekommt, ein Teil des Entwicklungsprozesses zu sein. Im besten Falle bemerkt der Patient aber nicht die Nutzung von telemedizinischen Prozessen, sondern nur Verbesserungen in der Behandlung und Betreuung.

Auch die Risiken, wie die Einschränkungen in der freien Arztwahl, fehlender Datenschutz und fehlende Aufklärung durch das Klinikpersonal, die seitens des Patienten genannt wurden, müssen berücksichtigt werden. Bei der Problematik der eingeschränkten freien Arztwahl müsste das Krankenhaus vorab mit mehreren Ärzten eines Fachbereiches telemedizinische Kooperationsverträge schließen, damit sich der Patient zum Beispiel für seine Zweitmeinung einen Arzt aussuchen kann. Dadurch könnte der behandelnde Arzt dem Patienten mehrere Ärzte zur Auswahl stellen. Dies hätte den Effekt, dass auch das Netzwerk, in dem das Krankenhaus agiert, größer werden würde und dadurch, wie bereits bei den Chancen beschrieben, auch Versorgungslücken geschlossen werden können. Auch die Angst über fehlende Aufklärung durch das Klinikpersonal muss vom Krankenhaus ernst genommen werden. Maßnahmen zur Verhinderung des Risikos wären zum Beispiel eine vorab erstellte Checkliste. In dieser ist festgelegt, welche Informationsbroschüren der Patient zum telemedizinischen Angebot erhalten muss und außerdem steht ihm sein Arzt zu einem bestimmten Termin für Fragen zum Thema Telemedizin in einem Vorabgespräch zur Verfügung. Dies könnte ggf. zu weiteren Personalkosten führen. Auch müssen Mitarbeiter von Anfang an regelmäßig an Schulungen zum Thema Telemedizin und deren Anwendung teilnehmen, um auch das Know-how zur Anwendung

und somit auch zur Aufklärung zu haben. Ein weiterer wichtiger Punkt, der aus der Befragung hervorging, ist, dass der größte Teil der befragten Patienten den persönlichen Kontakt zum Arzt der Spezialistenbehandlung ohne persönlichen Kontakt vorziehen würden. In diesem umstrittenen Punkt wurden verschiedene Argumente zur Begründung genannt. Es wurden Ängste wie der Wegfall der Vertrauensbeziehung oder Motivationswirkung zwischen Arzt und Patient genannt. Auch sehen die Patienten das bessere Verständnis der Diagnostik durch den persönlichen Kontakt zum Arzt gewährleistet. Ebenfalls haben die Befragten Angst davor, dass aus Kostengesichtspunkten die Anzahl der Versorgungsträger reduziert werden könnte aufgrund eines telemedizinischen Angebotes. In jedem Fall dürfte der persönliche Kontakt zum Arzt nicht unterbrochen werden, sondern im Gespräch mit dem Patienten als Bindeglied-Funktion dargestellt werden. Dies hätte zum Vorteil, dass der Patient immer noch einen direkten Ansprechpartner hätte. Damit würden die Vertrauensbeziehung und die Motivationswirkung nicht wegfallen. Ein weiterer Vorteil wäre, dass der Spezialist, der keinen persönlichen Kontakt zum Patienten pflegt einen Ansprechpartner hätte. Der Spezialist könnte Nachfragen zu den übermittelten Daten einem Zuständigen direkt stellen und die Diagnose wiederum an diesem Arzt zurückübermitteln. Dies würde wiederum das Problem entfallen lassen, dass der Patient die Diagnose nicht versteht.

Dennoch dürfen neben der Miteinbeziehung der gesehenen Chancen und Risiken die schriftlichen Voraussetzungen zur schlussendlichen Durchführung von telemedizinischen Maßnahmen nicht vergessen werden. Aus der Befragung ging hervor, dass der Patient nicht nur eine Einverständniserklärung unterschreiben möchte, sondern auch die vertragliche Festlegung der zu übermittelnden Daten. Auch sollte dabei die Möglichkeit für den Patienten bestehen, dass er vor und nach der Übermittlung die Daten kontrollieren kann. Unter Berücksichtigung der soeben genannten Aspekte könnten standardisierte Verträge erarbeitet werden, in denen der Patient im Informationsgespräch mit Hilfe des Arztes die übermittelten Daten festlegen kann und diese nach Zusammenstellung dem Patienten noch während des Aufenthaltes zur Verfügung gestellt wird zum Beispiel in Papierform oder per Mail zugesandt wird.

Die Befragung der Mitarbeiter hatte zum Ziel herausarbeiten, um die Mitarbeiter die Einführung und später Umsetzung eines telemedizinischen Angebotes zu unterstützen. Die drei wichtigsten Chancen, die in der Telemedizin vom Mitarbeiter gesehen werden, sind die Verbesserung der Versorgungsqualität, Erhöhung der Patientenzufriedenheit und Schließung von Versorgungslücken. Das Krankenhaus müsste demzufolge die Rahmenbedingungen für den Mitarbeiter so gestalten, dass die Chancen erreicht werden, dies wiederum fördert die Motivation des Mitarbeiters. Für den Anfang sollte ein telemedizinisches Konzept für den Fachbereich entwickelt werden, in dem das größte Potenzial seitens der Mitarbeiter gesehen wird. In dieses Konzept müssen nicht nur die Chancen, sondern auch die Risiken mit einfließen. Aus der Befragung gehen die folgenden Risiken hervor: Verbesserungswürdiger Datenschutz, fehlende Vertragspartner, Kompetenzüberschreitung und hoher bürokratischer Aufwand. Insbesondere letzteres kann durch die detaillierte Dokumentation hervorgerufen werden. In diesem Zusammenhang sollte

besonderer Augenmerk auf die Sicherstellung der Dokumentation bzw. auf die Fragestellung, wie kann die lückenlose Dokumentation bei der Durchführung von telemedizinischen Leistungen sichergestellt werden. Ein erster Ansatz wäre die Einführung von standardisierten Verfahrensweisen. Für die Übermittlung der Daten könnten Checklisten erstellt werden, in denen aufgelistet ist, welche Daten für das Angebot übermittelt werden müssen. Diese Checklisten könnten zum einen für die Übermittlung an den Vertragspartner erstellt werden, aber auch für Vertragspartner. Des Weiteren könnten standardisierte Fragebögen entwickelt werden, um bei der Leistung selbst ebenfalls eine lückenlose Dokumentation zu gewährleisten. Beispielsweise in dem Dienstleistungsbereich Telekonsultation hätte dieses Vorgehen eine unterstützende Funktion besonders für die spätere Vergütung. Die erarbeiteten Ansätze sollte als Pilotenprojekt im Unternehmen integriert werden und mit einem bestimmten Vertragspartner wie zum Beispiel einem Krankenhaus oder einem niedergelassenen Arzt/ Spezialist durchgeführt werden.

Im Fokus der Telemedizin steht auch immer wieder die Frage nach der Wirtschaftlichkeit und der langfristigen Kostensenkung. Zu diesem Zeitpunkt ist vom Gesetzgeber noch kein einheitliches Vergütungskonzept für telemedizinische Leistungen festgelegt worden. Die bisher im EBM eingeführten Vergütungsbeträge sind die Telekonsultation und Videosprechstunde (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 2017). Die Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung soll 9,58€ kosten und die Vergütung von telekonsiliarische Befundung der Aufnahmen liegen zwischen 11,58€ und 40,96€ (Ärzte Zeitung 2017).

Für die Ermittlung der Wirtschaftlichkeit müssen jedoch Kontrollkanäle eingeführt werden. Diese könnten wie folgt aussehen: Am Beispiele der Teleradiologie müssten Abrechnungen des Radiologen mit den Daten aus dem medizinischen Betriebssystem abgeglichen werden. Kontrolliert wird dabei, ob die abgerechneten Leistungen auch zu den angeforderten Leistungen passen. Des Weiteren könnte mit dieser Datenbasis verglichen werden, inwieweit die teleradiologischen Leistungen, die Überweisungen an einen niedergelassenen Radiologen, abgelöst werden. Eine weitere Übersicht über die Wirtschaftlichkeit bei Umstellung auf Telemedizin könnte ein Erlös-Kosten-Vergleich bringen. Dieser würde die kalkulierten DRG-Erlöse darstellen und insbesondere dazu die intern kalkulierten Kosten für die radiologische Leistung. Verglichen werden könnte dies wiederum mit den Kosten, die der Teleradiologe gegenüber dem Krankenhaus abrechnet. Vorteile der Berechnung ist die Kontrolle über die Höhe der Vergütung. Des Weiteren sollte sich durch die Umsetzung von telemedizinischen Leistungen die Belegung verbessern und damit am Ende auch ein höherer Erlös generiert werden. Beispielsweise bei Durchführung der Telekardiologie müssten die Patienten mit einem Herzschrittmacher nicht bei den kleinsten Schwierigkeiten ins Krankenhaus, sondern können ihren behandelnden Arzt anrufen und dieser kann entscheiden, ob der Patient kommen sollte oder nicht. Dadurch würden Kapazitäten freibleiben, die für andere Patienten genutzt werden können. Zur Steuerung und Kontrolle der Belegung und Erlöse könnten entsprechende Auswertungen eingeführt werden, die die aktuelle Belegung mit der im Vorjahr vergleicht und gleichzeitig die erwirtschafteten Erlöse gegenüberstellt. Ebenfalls in der Wirtschaftsplanung können die Kostenersparnisse in Form von geringeren Verlegungsabschlägen und

Einsparungen von Überbrückungskosten zum Beispiel für Honorarärzte durch Telekonsultation oder -kooperation aufgezeigt werden. Auch können beide Vertragspartner in ihre Planung die Einsparung von Hardware, Einsparungen durch Doppeluntersuchungen und Rekrutierungskosteneinsparungen verzeichnen.

Schlussendlich offeriert die Telemedizin auch enorme Möglichkeiten in der Integration und Sammlung sowie Auswertung von Daten. Immer unter der Prämisse, dass die gesetzlichen Regelungen und der Datenschutz eingehalten sind. Die Telemedizin zeigt durch die Effizienzerhöhung, Förderung der Vernetzung zwischen den Leistungserbringern und der Schaffung von Transparenz gegenüber dem Patienten ein signifikantes Potenzial.

5 Fazit

Dieser vorliegende Beitrag beschäftigte sich mit dem Ziel, die Auswirkungen auf das Unternehmen, Patienten und Mitarbeiter sowie die dabei zu beachtenden Aspekte bei der Umsetzung von Telemedizin in der Praxis darzustellen. Die Telemedizin ist nicht nur ein Anwendungsbereich, sondern auch ein Dienstleistungsbereich. Vorab sollte jedes Unternehmen seine Infrastruktur analysieren, um herauszufinden, welche Art der Telemedizin für das Unternehmen geeignet ist. Dabei sollten nicht nur die Prozesse, sondern auch die Meinungen der Mitarbeiter und der Patienten berücksichtigt werden.

Aus der Patientenuntersuchung ging hervor, dass die Telemedizin als ein innovativer Beitrag gesehen wird, der ein Höchstmaß an Disziplin und Selbstkritik aller Beteiligten (ein)fordert. Zur selbstkritischen Betrachtung müssen die Chancen aber auch die Risiken, die seitens der Patienten gesehen werden, in die Umsetzung zur Gewährleistung einer Inanspruchnahme durch den Patienten zwingend einfließen. Außerdem bedarf es gesetzlicher und vertraglicher Rahmenbedingungen, damit der Patient sich trotz Telemedizin in einer vertrauensvollen Umgebung sieht. Eine weitere erfüllte Voraussetzung für den Patienten ist, dass der persönliche Kontakt zum Arzt während einer telemedizinischen Leistung bestehen bleibt.

Bei der Berücksichtigung der Meinung der Mitarbeiter wurde eine Befragung durchgeführt. Aus dieser ging hervor, dass Telemedizin in der Praxis positiv und negativ umgesetzt werden kann. Damit eine erfolgreiche Umsetzung durch den Mitarbeiter garantiert werden kann, müssen deren festgehaltenen Chancen und Risiken miteinfließen. Denn nur die Mitarbeiter kennen die Prozesse und haben das fachliche Know-how, um beurteilen zu können welchen Patient für ein telemedizinisches Angebot in Frage kommt. Vor allem den Datenschutz und die damit verbundenen Richtlinien sehen die Mitarbeiter als kritisch an. In diesem Punkt ist es von enormer Wichtigkeit als Unternehmen in alle Sicherheitsstandards zu investieren, damit der Mitarbeiter trotz Telemedizin eine patientengerechte Verpflegung gewährleisten und sichern kann.

Zu betrachtende finanzielle Aspekte für das Unternehmen sind zum einen die anfänglichen hohen Investitionskosten beispielsweise für den Kauf von Geräten damit telekardiologische Leistungen angeboten werden können. Jedoch würde es im Zusammenhang mit der Einführung der Telemedizin zu Prozessoptimierungen und damit verbundenen Kosteneinsparungen sowie schlussendlich zu einer Erlössteigerung kommen.

Um einen umfassenden Kenntniserwerb zu erhalten, scheint es im zweiten Schritt für sinnvoll verschiedene Arbeitsgruppen einzuteilen, die ein detailliertes Konzept erarbeiten unter Berücksichtigung der bereits bestehenden Erkenntnisse sollen.

Literatur

- Ärzte Zeitung (2015): Schnittstellen-Problem bleibt ungelöst. http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/telemedizin/article/877652/e-health-gesetz-schnittstellen-problem-bleibt-ungeloest.html. Abruf am 14.05.2017.
- Ärzte Zeitung (2017): E-Health im EBM – Ein echter Anreiz für Ärzte? http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/aerztliche_verguetung/article/928681/telemedizin-e-health-ebm-echter-anreiz-aerzte.html. Abruf am 28.05.2017.
- Bayerische Telemedallianz (2015): Anwendungsgebiet Telediagnostik. http://www.telemedallianz.de/witm_an_diagnostik.html. Abruf am 21.04.2017.
- Bayerische Telemedallianz (2015): Anwendungsgebiet Telekardiologie. http://www.telemedallianz.de/witm_an_kardiologie.html. Abruf am 20.04.2017.
- Bayerische Telemedallianz (2015): Anwendungsgebiet Teleradiologie. http://www.telemedallianz.de/witm_an_radiologie.html. Abruf am 18.04.2017.
- Bayerische Telemedallianz (2015): Was ist Telemedizin? <http://www.telemedallianz.de/witm.html>. Abruf am 29.01.2017.
- Brenner, F. / Brenner, D. (2004): Karrierefaktor: Self Assessment. Freiburg.
- Bundesärztekammer (2015): Hinweise und Erläuterungen zu § 7 Abs. 4 MBO-Ä (Fernbehandlung). http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/2015-12-11_Hinweise_und_Erlaeuterungen_zur_Fernbehandlung.pdf. Abruf am 29.01.2017.
- Bundesärztekammer (2015): Telemedizin. <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/telematiklemedizin/telemedizin/>. Abruf am 29.01.2017.
- Bundesverband Medizintechnologie e.V. (2011): Telekardiologie: Mehr Patientensicherheit, weniger Kosten. <https://www.youtube.com/watch?v=kQ0fETjg8Ik>. Abruf am 20.04.2017.
- Datev e.G. (2017): Telemedizin – Was ist erlaubt? <https://www.datev.de/web/de/mydatev/online-anwendungen/datev-branchenberatung-aerzte/aktuelles/telemedizin-was-ist-erlaubt/>. Abruf am 29.01.2017.
- Deutsche Bank Research (2010): Telemedizin verbessert Patientenversorgung. http://www.dbresearch.de/MAIL/DBR_INTERNET_DE-PROD/PROD000000000253251.pdf. Abruf am 22.04.2017.
- Deutsche Gesellschaft für Telemedizin (2009): Grenzüberschreitende Zusammenarbeit. <http://www.dgtelemed.de/de/presse/2009/2009-04-10.php?lang=de>. Abruf am 02.06.2017.
- Deutsche Gesellschaft für Telemedizin (o. J. a): Telemedizin – Glossar. <http://www.dgtelemed.de/de/telemedizin/glossar/>. Abruf am 09.05.2017.
- Deutsche Gesellschaft für Telemedizin (o. J. b): Was ist Telemedizin? <http://www.dgtelemed.de/de/telemedizin/?lang=de>. Abruf am 29.01.2017.
- Deutscher Bundestag (2011): Telemedizin. <http://www.bundestag.de/blob/191840/f03a819a557bc16821678aa947afe076/telemedizin-data.pdf>. Abruf am 22.04.2017.

- Deutsches Ärzteblatt (2016): Digitalisierung im Gesundheitswesen: Deutschland hinkt hinterher. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/71828/Digitalisierung-im-Gesundheitswesen-Deutschland-hinkt-hinterher>. Abruf am 2017-01-29.
- Deutsches Ärzteblatt (2017): Digitalisierung im Gesundheitswesen: CDU legt Strategiepapier vor. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/72690/Digitalisierung-im-Gesundheitswesen-CDU-legt-Strategiepapier-vor>. Abruf am 2017-02-20.
- Eversheim, W. / Luczak, H. (2013): Telekooperation – Industrielle Anwendungen in der Produktentwicklung. Springer, Berlin-Heidelberg.
- Field, M. J. (1996): Telemedicine – A Guide to Assessing Telecommunications in Health Care. National Academy Press, Washington D.C.
- Gabler Wirtschaftslexikon (2015): Balanced Scorecard. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/balanced-scorecard.html>. Abruf am 2017-05-04.
- GKV-Spitzenverband (2016): Telemedizin in der vertragsärztlichen Versorgung. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_Telemedizin_03-2016.pdf. Abruf am 2017-01-29.
- Gnann, W. (2001): Der Einsatz der Telemedizin – Empirische Analyse eines Standardvideokonferenzsystems in Ostbayern. Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden.
- Hoffmann, W. et al. (2015): Telemedizinische Versorgungskonzepte in der regionalen Versorgung ländlicher Gebiete. Innovative Versorgungsformen und Modelle der vernetzten Versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 58(4-5):367–373.
- Hörsch, K. / Rudinger, G. (2009): Self-Assessment an Hochschulen: Von der Studienfachwahl zur Profilbildung. V&R unipress, Göttingen.
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2017): E-Health-Gesetz: Telemedizin kommt im EBM an. https://www.kvno.de/60neues/2017/17_04_telemedizin/index.html. Abruf am 2017-05-28.
- Krüger-Brand, H. E. (2007): Teleradiologie: Klar umgrenzte Einsatzszenarios. In: Deutsches Ärzteblatt 104(39): 27.
- Krüger-Brand, H. E. (2008): Telemedizin: Potenzial ausschöpfen. In: Deutsches Ärzteblatt 105(51-52): A-2740 / B-2331 / C-2243.
- Krüger-Brand, H. E. (2013): Telemedizin: Problem der Infrastruktur. In: Deutsches Ärzteblatt 110(14):10.
- MBO-Ä (o. J.): Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln. § 7 Abs. 4 MBO-Ä.
- MEDICATradeFair (2013): Telemedizin: Zweitmeinung aus Deutschland. <https://www.youtube.com/watch?v=50StBAu304w>. Abruf am 2017-04-20.
- Meißner, M. (2011): Telemedizin: Qualität und Nutzen müssen belegt sein. In: Deutsches Ärzteblatt 108(8): A-374 / B-304 / C-304.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2015) : Telemedizin. <http://www.ms.niedersachsen.de/startseite/digitalisierung/telemedizin-149853.html>. Abruf am 2017-04-22.
- Niven, P. R. (2009): Balanced Scorecard : Arbeitsbuch. WILEY, Weinheim.

-
- Pelleter, J. (2012): Organisatorische und institutionelle Herausforderungen bei der Implementierung von Integrierten Versorgungskonzepten am Beispiel der Telemedizin. Health Economics Research Zentrum (Herz), Nürnberg.
- Schäffer, U. / Weber, J. (2000): Wiese, J. (2000): Balanced Scorecard & Controlling: Implementierung – Nutzen für Manager und Controller – Erfahrungen in deutschen Unternehmen. Gabler, Wiesbaden.
- Symeda (2016): Herausforderung der Telemedizin. <https://www.symeda.de/herausforderungen-der-telemedizin/>. Abruf am 2017-04-22.
- Universitätsklinikum Freiburg (o. J.): CCI Videoconference Solutions ZTZ. https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/09_zentren/cci/pdf/tech_specs_videoconf_ZTZ.pdf. Abruf am 2017-05-14.
- Wiese, J. (2000): Implementierung der Balanced Scorecard : Grundlagen und IT-Fachkonzept. Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden.

Einsatz von Gesundheitsapps – Chancen und Risiken für Krankenversicherungen

Vincent Fieguth, Laura Göing und Hauke Wolfram

1 Einleitung

In Zeiten, in denen ein Ärzte- und Pflegekräftemangel in der Bundesrepublik Deutschland herrscht und hohe Ressourcenausgaben die Gesundheitsversorgung erschweren, versuchen die Beteiligten des Gesundheitssystems, wie die Krankenversicherungen, neue Wege für die Diagnostik und Prozessoptimierung zu finden (Monopolkommission 2017, S. 13). Im digitalen Zeitalter spielen hier u.a. Apps eine wichtige Rolle. So existieren Apps für alle erdenklichen Lebenslagen, wie u.a. zum Onlinebanking, für die Essensbestellung oder zur Buchung der nächsten Reise. Aber auch im Gesundheitssektor ergeben sich vielfältige Anwendungsszenarien für mobile Apps, die zur Servicequalitätsunterstützung oder zur medizinischen Ferndiagnostik genutzt werden können.¹ Diese Art der neuen Technologie kann einen Beitrag dazu leisten, die medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zu verbessern und den Ressourcenverbrauch zu verringern. Dazu müssen sie jedoch bewusst und intelligent eingesetzt und entwickelt werden (Albrecht et al. 2016, S. 14).

In Deutschland existieren derzeit über 259.000 Gesundheits-Apps, deren Zahl sich von Jahr zu Jahr steigert (Research2Guidance 2016, S. 8). Auch Krankenkassen versuchen zunehmend die Dynamik von Gesundheits-Apps und damit deren Potenziale für sich zu nutzen (Endl et al. 2015, S. 11). Das Ziel des Beitrages besteht aufgrund dieser Entwicklungen darin, den Status quo von Gesundheits-Apps in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zu erheben sowie Chancen und Risiken zum Einsatz von Gesundheits-Apps in Krankenkassen herauszuarbeiten. Hierfür wird zunächst auf die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen von mobile Health (mHealth) eingegangen, bevor die Potenziale und Problemfelder bei der Anwendung von Apps im Gesundheitssektor einer genaueren Betrachtung unterzogen werden. Dies erfolgt auf Basis literarischer Erkenntnisse sowie eines Experteninterviews mit Dr. med. Urs-Vito Albrecht, MPH, welcher im Jahr 2016 eine Studie zu „Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARIS-MHA)“ durchgeführt hat. Daraufhin wird eine Analyse des Status quo von Apps in der Krankenversicherung vorgenommen. Nach einem allgemeinen Überblick über den Markt von mobilen Gesundheitsapplikationen wird auf Basis einer systematischen Internetrecherche und Analyse von App Stores der Stand der durch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen kontemporär angebotenen Apps in Deutschland wiedergegeben. Die Ergebnisse werden analysiert und die Entwicklung der angebotenen Apps seit 2014 be-

¹ Zur Servicequalitätsverbesserung können Apps dienen, mit denen Nutzer Rezepte oder Formulare eigenständig einscannen und einer Krankenkasse digital zur Verfügung stellen können. Apps, in die der Nutzer Gesundheitsdaten, wie z. B. eigene Blutdruckwerte einfügen kann und diese von einem Experten analysieren lassen kann, zählen zu den Gesundheits-Apps zur medizinischen Ferndiagnostik.

trachtet. Um tiefere Erkenntnisse über den Einsatz von Apps in der Krankenversicherung und den damit verbundenen Chancen und Risiken zu gewinnen, erfolgt im vierten Kapitel eine qualitative Untersuchung in Form eines halbstandardisierten Leitfadenterviews mit Vertretern der gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst und ein Ausblick gegeben.

2 Theoretisch-konzeptionelle Grundlagen von mobile Health

2.1 Definition und begriffliche Einordnung von mobile Health

Der Begriff „mobile Health“ (mHealth) hat sich in den letzten Jahren im Zuge der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen und aus dem Kontext von eHealth entwickelt. Während unter eHealth sämtliche elektronisch unterstützte Aktivitäten im Gesundheitswesen zu subsumieren sind, fokussiert mHealth die Anwendung mobiler Endgeräte in der medizinischen Versorgung (World Health Organization 2011, S. 6). Folglich bildet mHealth kein eigenständiges Themengebiet bzw. in sich geschlossenes Konzept, sondern ist vielmehr als integraler Bestandteil des Bereiches eHealth zu verstehen (Endl et al. 2015, S. 4).

Eine allgemein anerkannte und einheitliche Definition zum Begriff mHealth hat sich bisweilen noch nicht herausgestellt. In der wissenschaftlichen Literatur und Praxis hat sich jedoch weitgehend die Begriffsbestimmung der Weltgesundheitsorganisation etabliert und bildet daher die Grundlage für das Verständnis von mHealth in diesem Beitrag. Demnach umfasst mHealth „medizinische Verfahren und Praktiken der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, die durch Mobilgeräte wie Mobiltelefone, Patientenüberwachungsgeräte, persönliche digitale Assistenten (PDA) und andere drahtlos angebundene Geräte unterstützt werden“ (World Health Organization 2011, S. 6). Dabei ergeben sich vielfältige Einsatzmöglichkeiten von mHealth-Anwendungen, die von Lifestyle- und Gesundheits-Apps, persönlichen Hinweis- und Begleitsystemen, Telemedizinischen Diensten bis hin zur orts- und umgebungsunabhängigen Unterstützung in medizinischen Sachlagen reichen (Endl et al. 2015, S. 5). Die technischen Funktionen dieser mHealth Applikationen sind umfangreich und vorwiegend im Bereich der Kommunikations-, Informations- und Motivationsanwendungen angesiedelt. Beispielhafte Funktionalitäten von mHealth Lösungen sind die Messung von Vitalwerten wie Puls, Blutdruck oder des Blutzuckerspiegels, die Ableitung von Fitness- und Ernährungsempfehlungen oder die technisch unterstützte Erinnerung von Medikamenteneinnahmen (Europäische Kommission 2014, S. 3).

Grundsätzlich können mHealth-Applikationen entlang des gesamten klassischen Behandlungspfades d. h. in den Bereichen Wellness, Prävention, Diagnostik, Therapie und in der Kontrolle Anwendung finden (ATKEARNEY 2013, S. 9). Eine mögliche Klassifizierung der verschiedenen mHealth-Lösungen lässt sich hinsichtlich der Nutzergruppen vornehmen. Demnach lassen sich die Anwendungen den Kategorien Bürger-Bereich, Patienten-Bereich oder administrativer Bereich zuordnen (Endl et al. 2015, S. 6f.). Der Bürger-Bereich umfasst mHealth-Applikationen, deren Nutzung durch die Anwender auf Freiwilligkeit beruht und in der Regel ohne spezifischen medizinischen Zweck erfolgt. Die Anwendung von mobilen Lösungen im Patienten-Bereich hingegen wird vor dem Hintergrund eines bestimmten medizinischen Zwecks und von speziellen Personengruppen,

wie beispielsweise akut oder chronisch erkrankter Menschen, vorgenommen. Aus diesem Grund müssen derartige Anwendungen höheren Sicherheits- und Qualitätsstandards genügen, als dies im Bürger-Bereich der Fall ist. Darüber hinaus ist die Interoperabilität der Anwendungen im Patienten-Bereich mit anderen eHealth- oder mHealth-Lösungen von entscheidender Bedeutung. Im administrativen Bereich werden mHealth-Applikationen sowohl vom Fachpersonal des Gesundheitswesens als auch von Patienten eingesetzt, um die Prozesse im Praxis- oder Klinikmanagement zu unterstützen und zu optimieren. Hierunter fallen Anwendungen, die grundsätzlich der Effizienzsteigerung der Behandlung zugrundeliegenden administrativen Prozesse dienen, wie beispielsweise eine mobile Terminfindung oder die mobile Erfassung patientenbezogener Daten (Endl et al. 2015, S. 6).

Der Untersuchungsschwerpunkt des vorliegenden Beitrags ist im Bereich der Gesundheits-Apps, welche einen zentralen Teilbereich von mHealth darstellen, angesiedelt. Im nächsten Kapitel wird im Allgemeinen auf die Potenziale und Problemfelder bei der Anwendung von Apps im Gesundheitssektor eingegangen. Da insbesondere Krankenkassen die zunehmende Dynamik von Gesundheits-Apps und damit deren Potenziale für sich zu Nutzen versuchen (Endl et al. 2015, S. 11), bezieht sich das dritte und vierte Kapitel auf die Anwendung von Gesundheits-Apps in deutschen Krankenversicherungen. Hier werden das bestehende Angebot von Apps der Krankenkassen detailliert analysiert sowie Chancen und Risiken zum Einsatz von Apps herausgearbeitet.

2.2 Potenziale und Problemfelder bei der Anwendung von Apps im Gesundheitssektor

Für die Beteiligten des deutschen Gesundheitssystems bestehen unterschiedliche Potenziale und Risiken bei der Anwendung von Gesundheits-Apps. Nachfolgend werden diese beschrieben. Besonders wird dabei auf die Potenziale und Problemfelder der Krankenversicherung eingegangen.

Die Möglichkeiten, die sich durch Gesundheits-Apps ergeben, sind vielfältig. So ist es in dem Therapieverlauf oft schwer, Kommunikationsunterbrechungen im Therapieverlauf zu vermeiden, z. B. wenn fehlende Dokumente eine Folgeuntersuchung verhindern oder wenn Informationen zur Gesundheit des Patienten über Telefon oder Fax durch den weiterbehandelnden Arzt erfragt werden müssen. Diese Unterbrechungen stellen einen hohen Ressourceneinsatz dar, der reduziert oder sogar vermieden werden sollte. Eine App kann hier als Kommunikationsplattform dienen, die in Echtzeit deutschlandweit abrufbar ist und die benötigten Daten zusammenführt sowie visualisiert. Beispiele hierfür wären u. a. Elektrokardiogramm-Daten (Strothbaum und Reiß 2017, S. 366f.). Die gesamte Planung und Überwachung einer Therapie kann somit unterstützt werden. Zusätzlich kann der Therapieerfolg durch Gesundheits-Apps wesentlich verbessert werden. So haben Wissenschaftler in einer Studie der Berliner Charité herausgefunden, dass Apps demenzkranken Menschen helfen können, ihr Gedächtnis zu trainieren und die Kommunikation zu schulen, damit sie aktiver am Leben teilhaben können. Apathie und innere Unruhe, welches typische Begleiterscheinungen einer Demenzerkrankung sind, konnten dadurch verringert werden (Steinert und Weddige 2016, S. A430ff.).

In der Forschung können Gesundheits-Apps dazu verwendet werden, Probanden besser zu erreichen und die Datenerfassung einfacher zu gestalten. So müssen die Teilnehmer für eine Befragung nicht unbedingt in ein Studienzentrum, sondern können die Befragung von einem beliebigen Ort ausführen. Dadurch können Probanden für eine Studie gewonnen werden, die andernfalls durch geografische Distanz nicht erreichbar wären (Albrecht et al. 2016, S. 24).

Für die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen ergeben sich ebenso Vorteile. Schon jetzt benutzen gesetzliche Krankenversicherungen (GKV) Gesundheits-Apps, die Serviceanwendungen oder Präventionsangebote beinhalten. Besonders im Hinblick auf den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen, können Apps einen Wettbewerbsvorteil in der Serviceleistung darstellen, wenn z. B. durch die Anwendung die Kommunikation zwischen Versichertem und der Krankenkasse erleichtert wird (Strothbaum und Reiß 2017, S. 366f.). Eine gut strukturierte Applikation kann somit als Kundenbindungsinstrument fungieren (Gespräch Albrecht 2017, geführt am 20.06.2017). Zudem kann der Kostenträger mit dem Einsatz der Apps das individuelle Gesundheitsverhalten der Versicherten beeinflussen, was letztendlich zu einer besseren Adhärenz und Compliance der Versicherten führen kann und damit dem Kostenträger Kosten einspart (Albrecht et al. 2016, S. 30f.). Jedoch ist der Nachweis eines tatsächlichen Nutzens von Gesundheit-Apps in den Bereichen der Prävention und Diagnostik wissenschaftlich noch nicht ausreichend bestätigt. In der Literatur wird dazu zwar sehr enthusiastisch geschrieben, jedoch fehlen weitgehend die Evaluationen oder auch Beweise eines Nutzens. Daher werden im Moment oft nur Pilotprojekte durch die Kassen durchgeführt (Gespräch Albrecht 2017, geführt am 20.06.2017).

Es ergeben sich jedoch auch Risiken und Grenzen beim Einsatz von Gesundheits-Apps, insbesondere wenn es sich um den Umgang mit Sozialdaten handelt. Sozialdaten sind personenbezogene Daten, die von den Sozialleistungsträgern gesammelt und gespeichert werden (Sozialgesetzbuch X 2017). Durch die immer stärkere Vernetzung und die sich gleichzeitig stark steigernde Rechenleistung der Systeme kann es für Unternehmen einfacher werden, durch angebotene Gesundheits-Apps Nutzerprofile zu erstellen, die sogar das soziale Umfeld und persönliche Bewegungsmuster der Personen beinhalten können. Gerade die zu schützende Privatsphäre wäre dadurch angreifbar. Sollte eine Krankenkasse eine App anbieten, die Datenschutzrichtlinien verletzt, könnte das schwere wirtschaftliche und rechtliche Folgen für sie haben (Albrecht et al. 2016, S. 176). Weiterhin können durch fehlende Qualitätsmerkmale Risiken für die Nutzer entstehen. Dies kann zu medizinischen Risiken führen, wenn z. B. eine diagnosefunktionsbasierende App falsch positive oder negative Ergebnisse einer Krankheit anzeigt. Daher muss dem Nutzer aber auch dem Entwickler bewusst sein, dass eine Gesundheits-App eine Behandlungsunterstützung ist, die nicht das fachmännische Urteil eines Arztes ersetzen kann (Gespräch Albrecht 2017, geführt am 20.06.2017).

Es lässt sich zusammenfassen, dass die Anwendung von Gesundheits-Apps gerade in Zeiten der Digitalisierung neue Möglichkeiten bei der Behandlungs- und Servicequalität

bietet, jedoch Maßnahmen zur Qualitätskontrolle und zur Sicherung der Sozialdaten unabdingbar sind. Um einen besseren Überblick über das Angebot der Gesundheits-Apps zu bekommen, wird im folgenden Kapitel der Status quo erhoben.

3 Status quo von Gesundheits-Apps in den gesetzlichen und privaten Krankenkassen

3.1 Definition und aktueller Stand von Gesundheits-Apps

In der heutigen Zeit ist der „Healthstyle der neue Lifestyle“ (Ditzel 2009, S. 3). Das Streben nach Gesundheit und Wohlergehen ist ein Megatrend der Gesellschaft. Einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit verspricht sich die Gesellschaft durch mobile Gesundheits-Apps, welche einen niedrighschwelligen Einstieg bieten. Da in der Wissenschaft bis dato keine allgemeingültige Definition bezüglich der Gesundheits-Apps existiert, wird den Apps der oft zitierte und bekannte Gesundheitsbegriff aus der Präambel der Weltgesundheitsorganisation 1946 übertragen. Somit sind Gesundheits-Apps im Rahmen von mHealth ganzheitlich als mobile Anwendungssoftwares zu verstehen, welche die Verbesserung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Ziel haben (Scherenberg und Kramer 2013, S. 115ff.; Strotbaum und Reiß 2017, S. 361ff.).

Die Mehrheit der deutschen Bürger (49 Mio.) besitzt mittlerweile mobile Geräte wie Smartphones (Statista GmbH 2017). Sowohl in Deutschland als auch in anderen Ländern hat sich das Smartphone mit entsprechenden Applikationen für gesunde Menschen, Patienten aber auch Fachkräfte als digitaler Gesundheitshelfer qualifiziert (Strotbaum und Reiß 2017, S. 359f.; Köhler und Gründer 2017, S. 53). Nach einer Umfrage der IKK Classic (2014, S. 10) hat bereits jeder Fünfte eine Gesundheits-App auf seinem Mobilgerät installiert. Die vorrangige Mobilgerätenutzung erfolgt durch jüngere Smartphone-Nutzer, korrelierend mit einer erhöhten Bildung sowie Einkommen (Krebs und Duncan 2015, S. 7ff.; Albrecht et al. 2016, S. 66). Die Vielfalt von Gesundheits-Apps reicht von einfachen Fitness-Apps, Gesundheitsratgebern und Patiententagebüchern bis hin zur professionellen Unterstützung von Fachkräften im Krankenhaus (Albrecht et al. 2016, S. 62). Dennoch dienen die meisten Gesundheits-Apps der Prävention und weniger der Diagnostik und Therapie, wodurch sie selten in den aufwändigen Bereich der medizinischen Produkte fallen (Albrecht 2016, S. 17).

Zur Identifikation des Status quo der vorhandenen Gesundheits-Apps haben sich laut einer Marktanalyse durch das Berliner Marktforschungsinstitut Research2Guidance (2016, S. 7) im Jahr 2016 weltweit mehr als 2.600 Unternehmen beteiligt. Insgesamt haben diese Unternehmen etwa 7.900 mobile Gesundheits-Apps in den Kategorien „Medizin und Gesundheit“ und „Fitness“ auf den Markt eingeführt. Derzeit seien entsprechend Research2Guidance von insgesamt 58.000 Anbietern summiert 259.000 mobile Gesundheits-Apps auf Mobilplattformen verfügbar. Sowohl der Google Play Store (Android) als auch der Apple App Store (iOS) sind größer als die Kombination aller anderen App Stores, wie Windows Phone Store, Amazon App Store und Blackberry World und bestimmen somit den Markt. Während im Apple App Store 126.000 Apps in den Kategorien „Medizin und Gesundheit“ und „Fitness“ verfügbar sind, weist der rivalisierende Google

Play Store 105.000 Gesundheits-Apps auf (Research2Guidance 2016, S. 11). Seit Anfang 2015 traten bis 2016 etwa 13.000 Anbieter auf den Markt und es wurden 100.000 Gesundheits-Apps hinzugefügt (Research2Guidance 2016, S. 8). Mittlerweile wird die Zahl der Gesundheits-Apps deutlich gestiegen sein, da nahezu täglich neue Apps in den Markt eingeführt werden und somit der Markt geradezu überschüttet wird (Strotbaum und Reiß 2017, S. 359f).

Mit dem steigenden Angebot wächst auch die Nachfrage. Insgesamt wurden im Jahr 2016 weltweit 3,2 Milliarden Gesundheits-Apps heruntergeladen, welches einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr von sieben Prozent entspricht (Research2Guidance 2016, S. 8). Dieses Wachstum verdeutlicht, dass die mobilen Gesundheits-Apps kontinuierlich an Bedeutung gewinnen. Die Selbstsuche und -auswahl nach qualitativ hochwertigen Gesundheits-Apps gestaltet sich aufgrund der Vielzahl von Angeboten, der Dynamik, dem Fehlen von Regulationen und Qualitätskontrollen im undurchsichtigen Markt als Herausforderung. Die Interessenten suchen mithilfe von Stichworten adäquate Apps und lassen sich von dem Preis, der Downloadzahl sowie den Bewertungen leiten (Lucht und Boeker 2015, S. 22f.; Albrecht 2016, S. 17, S. 21).

Die Anbieter von Gesundheits-Apps sind hauptsächlich technische Unternehmen und Appentwickler (51%). Lediglich 4% der Gesundheits-Apps werden jeweils von den Krankenhäusern und Krankenkassen angeboten (Research2Guidance 2016, S. 2, S. 14). Als Hauptgründe für die Entwicklung der Gesundheitsanwendungen wurden sowohl, die Verbesserung des Gesundheitszustandes als auch die Erwirtschaftung eines Gewinnes genannt. Konträr zum Hauptgrund kann ein tatsächlicher Gewinn kaum generiert werden, da 79% der Anbieter mit den Apps weniger als 100.000 US-Dollar pro Jahr einnehmen (Research2Guidance 2016, S. 15, S. 18). Bezüglich der Konsumenten scheint 10 € pro Monat der Schwellenwert zu sein, bei dem die Anwender noch bereit sind, mobile Gesundheits-Apps zu kaufen (Research2Guidance 2016, S. 8, S. 21).

Aus Sicht der Anbieter werden als Hauptnutzer und somit als Zielgruppe - chronisch kranke Patienten (56%) gesehen, welche nach Research2Guidance (2016, S. 20) am meisten von den Apps profitieren könnten. Sekundäre Zielgruppen bilden Individuen, die sich für Gesundheit und Fitness interessieren sowie Ärzte und Krankenhäuser. Hinsichtlich der Therapiefelder bietet als Spitzenreiter Diabetes (73%) das größte Marktpotenzial, gefolgt von Adipositas, Bluthochdruck sowie Depressionen (Research2Guidance 2016, S. 27). Welchen exakten positiven Einfluss die Gesundheits-Apps auf die Reduktion von Risikofaktoren bei Erkrankungen oder in der Prävention haben ist insbesondere aufgrund fehlender Studien bisher nicht eindeutig geklärt. Erste Ergebnisse belegen, dass mithilfe der Applikationen die körperliche Aktivität zunimmt und die Ernährung und Gewichtskontrolle positiv angepasst wird (Rutz et al. 2016, S. 132).

Die Gesundheits-Apps bieten auch laut der Untersuchung durch Research2Guidance das Potenzial, die Gesundheitskosten zu reduzieren. Die Hauptmechanismen zur Kostenreduktion bilden angesichts der App-Anbieter eine kürzere Verweildauer, weniger Wiederaufnahmen und die fehlende Adhärenz (Research2Guidance 2016, S. 26). Insbesondere bezüglich der Kostenreduktion werden vermehrt auch bei den Krankenkassen Gesundheits-Apps entwickelt und angewendet (Research2Guidance 2016, S. 9). Diese

Gesundheits-Apps werden von den Krankenkassen auf der Internetseite oder im App Store kostenlos angeboten. Die Applikationen richten sich primär an die Versicherten allgemein ohne spezifische Angabe von Zielgruppen. Als spezielle Zielgruppen werden vereinzelt Schwangere, Allergiker, Übergewichtige sowie Diabetiker genannt.¹ Sofern der Zugang nicht verschlüsselt ist, können sich auch Nicht-Versicherte einer speziellen Krankenkasse im App Store eine entsprechende App herunterladen und verwenden (Aumann et al. 2016, S. 263).

Da laut Research2Guidance (2016, S. 9) vermutet wird, dass die Krankenkassen in Zukunft eine Hauptrolle am Markt spielen werden, wird das derzeitige Angebot von Apps, die in Deutschland durch Krankenkassen bereitgestellt werden, im nachfolgenden Kapitel näher analysiert. Im Rahmen dessen erfolgt zunächst eine Bestandsaufnahme der durch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen angebotenen Apps. Mittels einer Recherche von App-Stores sowie der Internetauftritte der Krankenkassen wird ein Angebotsüberblick über die durch Krankenversicherungen offerierten Applikationen erstellt. Dabei wird erfasst, wie viele Apps die Krankenkassen in den Bereichen Service, Prävention und Gesundheitsförderung sowie Diagnostik und Therapie zur Verfügung stellen. Da die Zuordnung von Apps in eine dieser Kategorien jedoch nicht immer eindeutig möglich ist und einige Krankenkassen Apps mit mehreren, teils Kategorie übergreifenden Funktionalitäten anbieten, erfolgt im Rahmen der Analyse eine weitere Kategorisierung in sogenannte "Multifunktions-Apps". Bietet eine Krankenkasse eine App mit mehreren Funktionalitäten an, wird dies separat als Multifunktions-App erfasst und aufgenommen, welche Bereiche die verschiedenen Funktionalitäten abdecken. Die Ergebnisse zum Status quo der offerierten Apps werden in den nachfolgenden Kapiteln separiert für die gesetzliche und private Krankenversicherung dargestellt und daraufhin einer gemeinsamen Analyse unterzogen.

3.2 Vergleich der Gesundheits-Apps im Rahmen der Krankenversicherung

3.2.1 Ist-Analyse der Gesundheits-Apps in der gesetzlichen Krankenversicherung

Im Rahmen einer systematischen Internetrecherche und Analyse von App Stores wurde im Mai 2017 identifiziert, dass, wie in der Tabelle 1 dargestellt, von 26 der 111 gesetzlichen Krankenkassen und ihrer kassenartenspezifischen Verbände (23,4%) summiert 75 Gesundheits-Apps offeriert werden. Die meisten Gesundheits-Apps werden für die Versicherten von den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) angeboten (n= 30). Während bei einer Grundgesamtheit von 61 Betriebskrankenkassen 9 Krankenkassen insgesamt elf Apps anbieten, besitzt lediglich eine der 26 betriebsbezogenen Krankenkassen eine App in ihrem Angebotsspektrum. Alle Ersatzkassen (EK) hingegen haben, abgesehen von der Handelskrankenkasse, mindestens eine Gesundheits-App im Portfolio. Mit ins-

¹ Die Techniker Krankenkasse unterstützt bspw. Allergiker durch die Pollensaison mit der App Husteblume oder Diabetiker mit der Tagesbuch-App und die AOK hilft werdenden Müttern im Rahmen der Schwangerschafts-App bspw. bei der Beantragung von Muttergeld und Tipps zur Erhaltung der Fitness sowie Übergewichtigen mit der Abnehm-App mit Genuss zur Gewichtsreduktion ohne Jojo-Effekt.

gesamt 23 Applikationen weisen die EK ein überdurchschnittlich hohes Angebot an mobilen Apps auf. Weiterhin stellen fünf der sechs Innungskrankenkassen (IKK) jeweils Apps bereit.

Krankenkassenart	Service Apps	Apps zur Prävention und Gesundheitsförderung	Apps zur Therapie und Diagnostik	Multifunktions-Apps	Gesamtanzahl Apps
Allgemeine Ortskrankenkassen	13	16	0	1	30
Ersatzkassen und Knappschaft	14	8	1	2	25
Innungskrankenkassen	3	3	0	2	8
Betriebskrankenkassen	8	1	0	2	11
betriebsbezogene Krankenkassen	0	0	0	1	1
Summe	38	28	1	8	75

Tabelle 1: Kategorisierung der Gesundheits-Apps in der GKV

Quelle: Eigene Darstellung.

Von den 75 angebotenen Apps der gesetzlichen Krankenkassen können 38 Apps (50,7%) explizit dem Bereich Serviceanwendungen zugeteilt werden. Zusätzlich weisen sechs der acht Multifunktions-Apps ebenfalls Service-Applikationen auf. Primär dienen diese Service-Apps der Informationsbereitstellung bezüglich der Gesundheit, der Krankenkassen sowie Notfällen (n=19). Zudem werden die Versicherten mithilfe der Apps bei der Arzt- oder Krankenhaussuche sowie der ICD-Suche unterstützt (n=9). Neben der Serviceanwendung sind weitere 28 Gesundheits-Apps, von den gesetzlichen Krankenkassen, der Gesundheitsförderung und Prävention zuzuordnen. Die Krankenkassen bieten in dieser Kategorie am häufigsten Apps zur Primärprävention (n=20) an, die die Bereiche Sport und Bewegung, Schwangerschaft, Gewichtsreduktion sowie gesunde Ernährung umfassen. Lediglich eine gesetzliche Krankenkasse offeriert eine App mit therapeutischem bzw. diagnostischem Charakter. Über diese App können sich Versicherte medizinischen Rat in Form von Online-Sprechstunden und eines 24-stündigen Telefonservices einholen.

Einen detaillierten Überblick über die Verteilung der Applikationen, sowohl in den gesetzlichen als auch in den privaten Krankenkassen, in den Kategorien Service, Prävention und Gesundheitsförderung, Therapie und Diagnostik liefert die Tabelle 2. Ergänzend wird darüber hinaus in der Tabelle 3 die Verteilung der Multifunktions-Apps in den gesetzlichen und privaten Krankenkassen visualisiert.

Art der App	GKV		PKV	
	n	Bereiche	n	Bereiche
App als Serviceanwendung	38	<ul style="list-style-type: none"> - Informationen zur Krankenkasse, Notfällen, Pflege und Weiteres (n=19) - Unterstützung bezüglich der Suche von Leistungserbringern und Diagnosesuche (ICD-Codes) (n=9) - Verwaltung der Interaktion zwischen Patient und Krankenkasse (n=9) - Verwaltung der Interaktion zwischen Geschäftspartner und Krankenkasse (n=1) 	21	<ul style="list-style-type: none"> - Informationen zur Krankenkasse, Notfällen, Pflege und Weiteres (n=4) - Unterstützung bezüglich der Suche von Leistungserbringern und Diagnosesuche (ICD-Codes) (n=1) - Verwaltung der Interaktion zwischen Patient und Krankenkasse (n=1) - Verwaltung der Interaktion zwischen Geschäftspartner und Krankenkasse (n=1) - Einreichung von Rechnungen, Rezepten und Dokumenten (n=14)
Apps zur Gesundheitsförderung oder Prävention	28	<p>Primärprävention (n=20)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ernährung und Gewicht, (n=6) - Entspannung (n=4) - Sonstiges (n=4) - Bewegung und Fitness (n=3) - Schwangerschaftsvorsorge (n=2) - Allgemeine Präventionskurse (n=1) <p>Sekundärprävention (n=3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Screening-/Vorsorgeuntersuchung und Erinnerung (n=3) <p>Tertiärprävention (n=5)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hausmittel (n=2) - Diabetes (n=1) - Allergie (n=1) - Migräne (n=1) 	2	<p>Primärprävention (n=1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fitness: (n=1) <p>Sekundärprävention (n=1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Screening-/Vorsorgeuntersuchung und Erinnerung (n=1)
Apps zur Diagnostik oder Therapie	1	<ul style="list-style-type: none"> - Arztcheck und Ferndiagnose (n=1) 	2	Arztcheck und Ferndiagnose (n=2)
Multifunktions-Apps	8		9	

Tabelle 2: Kategorisierung der Gesundheits-Apps in den gesetzlichen und privaten Krankenkassen

Quelle: Eigene Darstellung.

Art der Multifunktions-App	GKV		PKV		
	n	Bereiche	n	Bereiche	
Anzahl der Servicefunktionalitäten	22	<ul style="list-style-type: none"> – Informationen zur Krankenkasse, Notfällen, Pflege und Weiteres (n=10) – Unterstützung bezüglich der Suche von Leistungserbringern und Diagnosesuche (ICD-Codes) (n=7) – Verwaltung Gesundheitsinformationen und allgemeinen Arztterminen (n=1) – Verwaltung der Interaktion zwischen Patient und Krankenkasse (n=4) 	19	<ul style="list-style-type: none"> – Informationen zur Krankenkasse, Notfällen, Pflege und Weiteres (n=6) – Unterstützung bezüglich der Suche von Leistungserbringern und Diagnosesuche (ICD-Codes) (n=3) – Verwaltung Gesundheitsinformationen und allgemeinen Arztterminen (n=4) – Verwaltung der Interaktion zwischen Geschäftspartner und Krankenkasse (n=2) – Einreichung von Rechnungen, Rezepten und Dokumenten (n=4) 	
Anzahl der Funktionalitäten zur Gesundheitsförderung oder Prävention	9	<p>Primärprävention (n=1)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Entspannung (n=1) <p>Sekundärprävention (n=6)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Screening-/Vorsorgeuntersuchung und Erinnerung (n=6) <p>Tertiärprävention (n=2)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Allergie (n=2) 		Sekundärprävention (n=3)	<ul style="list-style-type: none"> – Screening-/Vorsorgeuntersuchung und Erinnerung (n=3)
Anzahl der Funktionalitäten zur Diagnostik oder Therapie	0		0		

Tabelle 3: Kategorisierung der Multifunktions-Apps in den gesetzlichen und privaten Krankenkassen

Quelle: Eigene Darstellung.

3.2.2 Ist-Analyse der Gesundheits-Apps in der privaten Krankenversicherung

In der PKV werden den Versicherten durch 22 der insgesamt 40 Krankenkassen (55%) in Summe 34 Gesundheits-Apps angeboten. Eine abweichende Verteilung, im Vergleich zur GKV, ergibt sich in der Tabelle 4. Hier werden hinsichtlich der Kategorisierung der Gesundheits-Apps zu den Bereichen Serviceanwendungen, Gesundheitsförderung und Prävention sowie Therapie und Diagnostik dargestellt.

Anzahl der privaten Krankenkassen	Service Apps	Apps zur Prävention und Gesundheitsförderung	Apps zur Therapie und Diagnostik	Multifunktions-Apps	Gesamtanzahl Apps
40, davon 22 Krankenkassen die mind. eine App anbieten	21	2	2	9	34

Tabelle 4: Kategorisierung der Gesundheits-Apps in der PKV

Quelle: Eigene Darstellung.

Vorrangig sind die Applikationen explizit der Kategorie Serviceanwendungen zuzuordnen (n=21). Sie wirken primär unterstützend beim Einreichen von Rechnungen und Rezepten (n=14) und bieten Informationen insbesondere bezüglich der Krankenkassen, Notfällen und Pflege (n=4). Im Rahmen der systematischen Recherche wurden im Vergleich zur GKV immanent weniger Apps zur Gesundheitsförderung und Prävention vorgefunden. Die privaten Krankenkassen bieten insgesamt jeweils eine Applikation zur Primärprävention und Sekundärprävention an, welche die Bereiche Fitness und Vorsorge abdecken. Zudem wurde jeweilig eine Applikation zur Ferndiagnostik und zum Arztcheck als Therapie identifiziert. Von den 34 Gesundheits-Apps weisen neun Apps mehrer Funktionalitäten hinsichtlich der Bereiche Service und Prävention auf. Insbesondere helfen diese Applikationen zur Information der Versicherten u.a. bezüglich ihrer Krankenkasse (n=6), zur Verwaltung von Gesundheitsinformationen und allgemeinen Arztterminen (n=4), dem Einreichen von Dokumenten sowie der Sekundärprävention in Form von insbesondere Erinnerungen an Screening- bzw. Vorsorgeuntersuchungen.

3.2.3 Interpretation der Ist-Analyse

Insgesamt werden im Jahr 2017 auf dem Markt in Deutschland 109 Apps durch die Krankenkassen angeboten, wovon 75 Apps durch gesetzliche Krankenkassen und 34 Apps durch private Krankenkassen bereitgestellt werden. Die dargelegten Ausführungen zeigen jedoch, dass in der PKV verhältnismäßig mehr Krankenkassen-Apps anbieten als in der GKV. Während 55% der privaten Krankenkassen mindestens eine App anbieten, weisen lediglich 23,4% der gesetzlichen Krankenkassen eine App in ihrem Angebotspektrum auf. Als potenzielle Gründe können insbesondere die weitaus flexibleren Strukturen der PKV im Vergleich zur GKV sowie ein stärkerer Wettbewerb innerhalb der PKV erachtet werden.

Durchschnittlich bieten die 26 Krankenkassen der GKV, welche über Apps in ihrem Portfolio verfügen, je 2,3 Apps für ihre Versicherten an. Die 22 privaten Krankenversicherungen stellen ihren Kunden hingegen durchschnittlich 1,5 Apps zur Verfügung. Somit ist festzustellen, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Verhältnis zu den privaten Krankenversicherungen durchschnittlich mehr Apps offerieren. Dabei ist jedoch hervorzuheben, dass die privaten Krankenkassen mit einem Anteil von 26,5% Multifunktions-Apps bereitstellen. Hierdurch ist die vergleichsweise geringe durchschnittliche Anzahl der Apps je Krankenkasse im Vergleich zur GKV zu erklären, da Multifunktions-Apps in der GKV prinzipiell seltener verbreitet sind (10,7%) bzw. bevorzugt für jede Funktionalität eine eigenständige App eingesetzt wird.

Auffällig ist des Weiteren, dass der jeweils größte Anteil der Apps, sowohl in der GKV (50,7%) als auch in der PKV (61,8%), auf den Bereich der Service-Applikationen entfällt. Zusätzlich umfasst jede der acht angebotenen Multifunktions-Apps der gesetzlichen Krankenkassen Servicefunktionen. In der PKV beinhalten acht der neun Multifunktions-Apps Service-Anwendungen. Dabei wird der Fokus insbesondere auf eine erleichternde Kommunikation bzw. Austausch zwischen den Versicherten und den Krankenkassen gelegt. Der starke Service-Charakter zeigt sich zudem in der umfassenden Bereitstellung von Informationen zu vielfältigen Themenstellungen der Gesundheit sowie den Akteuren im Gesundheitswesen.

In der GKV besitzen neben den Service-Apps ebenfalls Apps zur Prävention und Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert. Der größte Anteil dieser Apps entfällt auf den Bereich der Primärprävention – insbesondere zur Ernährung und Gewichtsreduktion, Entspannung sowie Bewegung und Fitness – und dienen somit der Erfüllung des § 20 SGB V für die Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Apps zur Prävention und Gesundheitsförderung bilden in der GKV 37,3% des Angebots. In der PKV hingegen werden von insgesamt 34 Apps lediglich zwei Apps konkret in dieser Kategorie angeboten. In der GKV decken zudem sechs der acht Multifunktions-Apps und in der PKV zwei von neun Multifunktions-Apps den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung ab. Diese Ergebnisse zeigen, dass Apps zur Prävention und Gesundheitsförderung ausschließlich in der gesetzlichen Krankenversicherung eine hohe Bedeutung beigemessen werden. Dies könnte damit in Verbindung stehen, dass Krankenkassen gesetzlich eng in die Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung eingebunden sind. Darüber hinaus liegen nach Rutz und Kühn et al. (2016, S. 132) kaum Erkenntnisse über den tatsächlichen Nutzen und somit der Kosteneffektivität von Apps mit präventivem Charakter vor, welches die Zurückhaltung des Angebots von Apps dieser Kategorie in der PKV erklären könnte.

Apps zur Therapie und Diagnostik werden sowohl in der GKV (n=1) als auch in der PKV (n=2) bislang kaum angeboten. Grundsätzlich ist bei der Markteinführung einer solchen App mit medizinischem Bezug zu überprüfen, ob es sich bei der App um ein Medizinprodukt handelt und das Medizinproduktrecht berührt wird. Liegt der App eine medizinische Zweckbestimmung im Sinne des § 3 MPG zugrunde, bedarf die Applikation einer CE-Kennzeichnung, welcher regelmäßig ein Konformitätsbewertungsverfahren vorausgeht. In Abhängigkeit der Risikoklasse des Medizinproduktes sind dabei spezifische regulatorische Anforderungen einzuhalten, welche mit hohem Aufwand und hohen Kosten verbunden sein können. Die Details dieser Regularien weisen zudem eine hohe Komplexität auf, wodurch hohe Unsicherheiten seitens der Anwender, Hersteller und weiterer beteiligter Akteure bestehen. Im Falle eines rechtswidrigen Inverkehrbringens eines Medizinproduktes drohen erhebliche Sanktionen nach § 40, § 41 MPG sowie ggf. Bußgelder (§ 42 MPG) und zivilrechtliche Haftungsfolgen (Pramann 2016, S. 228ff.). Die strengen und umfangreichen Regularien können einen möglichen Grund für die bisherige Zurückhaltung medizinischer Apps der Krankenkassen darstellen, welches auch durch Vertreter der Krankenkassen in den Experteninterviews in Kapitel 4 bestätigt wird.

Im Folgenden wird die Entwicklung der Gesundheits-Apps in der GKV und PKV vom Jahr 2014 bis 2017 analysiert. Bereits 2014 haben Albrecht et al. im Rahmen der Studie „Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA)“ erstmalig systematisch einen Angebotsüberblick von Gesundheits-Apps in der Krankenversicherung erstellt, welcher als Grundlage für den Vergleich herangezogen wird.

Albrecht et al. haben identifiziert, dass im Jahr 2014 auf dem Markt der Krankenversicherungen insgesamt 81 Apps existierten, wovon 60 Apps von gesetzlichen Krankenversicherungen und 21 Apps von privaten Krankenversicherungen angeboten worden sind. Damit stieg die Anzahl der Apps bis zum Jahr 2017 um 28 Apps auf 109 an. Dies entspricht einem Zuwachs von 15 Apps in der GKV und 13 Apps in der PKV, welches zeigt,

dass Gesundheits-Apps in der Krankenversicherung zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Die nachfolgende Abbildung 1 stellt die Entwicklung der Anzahl der angebotenen Apps zwischen 2014 und 2017 hinsichtlich der Kategorien Service, Prävention und Gesundheitsförderung sowie Therapie und Diagnostik dar:

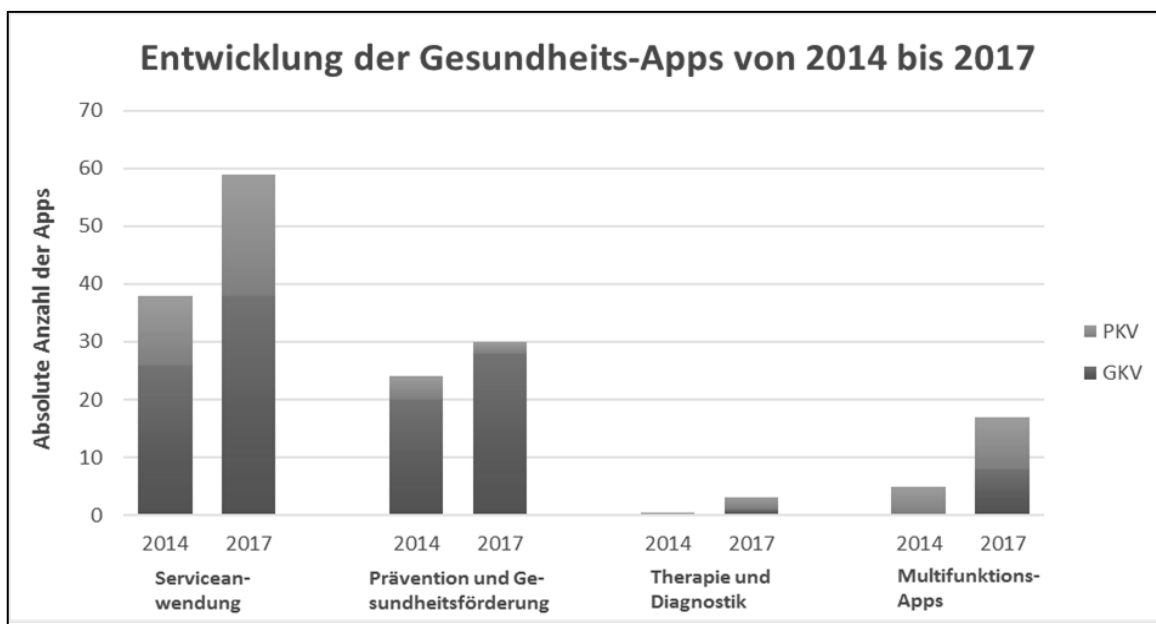


Abbildung 1: Entwicklung der Gesundheits-Apps von 2014 bis 2017 der GKV und PKV
Quelle: Eigene Darstellung.

Es wird ersichtlich, dass sowohl die privaten als auch die gesetzlichen Krankenkassen ihr Angebot primär im Bereich der Service-Apps ausgebaut haben. Während bei den gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2017 weiterhin acht neue Apps zur Prävention und Gesundheitsförderung angeboten werden, ist in der PKV eine Abnahme in Höhe von zwei Apps in dieser Kategorie zu verzeichnen. Erstmals wurden in der GKV eine App und in der PKV zwei Apps zur Diagnostik und Therapie implementiert.

Die Entwicklung bestätigt einerseits die hohe Bedeutung von Service-Apps innerhalb der GKV und PKV sowie die vergleichsweise geringe Bedeutung von Apps, welcher der Kategorie Therapie und Diagnostik angehören. Andererseits verdeutlicht die divergente Entwicklung von Apps zur Prävention und Gesundheitsförderung, dass gesetzliche und private Krankenkassen in diesem Bereich unterschiedliche Strategien einsetzen.

4 Qualitative Untersuchung zu Gesundheits-Apps: Halbstandardisiertes Leitfadenterview in der PKV und GKV

4.1 Zielsetzung und Methodik der Untersuchung

Bisher wurden im stark wachsenden Bereich der mobilen Gesundheits-Apps noch unzureichend aktuelle Daten bezüglich der Chancen und Risiken des Einsatzes der Applikationen bei gesetzlichen und privaten Krankenkassen erhoben. Daher sollten mithilfe des Marktforschungsprozesses sowohl in der GKV als auch in der PKV die folgenden primären und sekundären Ziele erhoben werden:

Primärziel	Sekundärziel
<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation der Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps 	<ul style="list-style-type: none"> • Hintergrund zum Einsatzbereich und Entwicklung der Apps • Identifikation der geplanten und der tatsächlich erreichten Ziele • Zielgruppen sowie Stellenwert der Apps • Erfassung der Hemmnisse und der strategischen Ausrichtung • Erfassung der Einschätzung des Potenzials von Apps in den Kategorien Service, Prävention und Gesundheitsförderung, Diagnostik und Therapie in den Krankenversicherungen

Tabelle 5: Zielgrößen der qualitativen Untersuchung

Quelle: Eigene Darstellung.

Zur Erreichung der o. g. Zielsetzungen wurde eine qualitative Befragung von jeweils mindestens fünf Krankenkassen der GKV und PKV durchgeführt. Auf Basis des im vorherigen Kapitel durchgeführten Angebotsüberblicks der mobilen Gesundheits-Apps wurden alle Krankenkassen (GKV n=26; PKV n=22), die mindestens eine Gesundheits-App im Portfolio aufweisen, als zu kontaktierende Zielgruppe identifiziert. Den Befragungsteilnehmern wurde vor Beginn des Interviews ein Leitfaden zugesendet, welches eine Vorbereitung insbesondere zur Beantwortung von Detailfragen ermöglicht und Vertrauen signalisiert (Bogner et al. 2014, S. 30). Zur Vermeidung von sehr geringen Rücklaufzahlen wurde die Befragung auf das Notwendigste reduziert und den Befragten als Incentive die Zusendung eines Buchbandes zur Digitalisierung im Gesundheitswesen versichert, in welchem u.a. die Ergebnisse der Befragung enthalten sind.

Für die Befragung der Krankenkassen wurde unter Berücksichtigung der anknüpfend genannten Vor- und Nachteile als qualitative Erhebungsmethode ein teilstrukturiertes Leitfaden- bzw. Telefoninterview zur Exploration vorgenommen. Beim Leitfadeninterview ist bereits vor Beginn des Interviews ein abgestimmter und systematischer Fragebogenkatalog für offene Fragen festgelegt (Kleemann et al. 2013, S. 208; Helfferich 2014, S. 560f.). Das halbstandardisierte Interview setzt sich aus einer Mischform vom standardisierten und nichtstandardisierten Interview zusammen und kann die Vorteile der jeweiligen Methoden verbinden. Zum einen besteht die Möglichkeit im Rahmen des standardisierten Interviews alle relevanten Aspekte im Rahmen der Befragung abzudecken und eine höhere Validität und somit Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu generieren. Andererseits weist der Interviewer eine Freiheit hinsichtlich der Fragenformulierung und vertiefenden Fragen auf, sodass das Gespräch individuell gelenkt werden kann und durch die Möglichkeit des situationsgerechten Nachfragens tiefgreifende Informationen zur fallbezogenen Vollständigkeit eingeholt werden können (Krings 2017, S. 69; Faller und Lang 2016, S. 79; Helfferich 2014, S. 560).

Das Telefoninterview profiliert sich darüber hinaus im Vergleich zum persönlichen Interview durch die Vermeidung von Reisekosten und Wartezeiten. Diesen Vorteilen hinsichtlich der Effizienz sind jedoch der große Aufwand der Datenauswertung durch nicht vorgegebene Antwortmöglichkeiten, die hohe Anforderung an den Interviewer und Befragten, der Wegfall der nonverbalen Kommunikation sowie eine möglicherweise geringere Bereitschaft zu einer ins Detail gehenden Beantwortung der offenen Fragen verglichen zur face-to-face-Befragungen gegenüberzustellen (Faller und Lang 2016, S. 79; Häder 2010, S. 251f.; Gläser und Laudel 2010, S. 153f.; Büschelberger 2004, S. 123).

Die Datenauswertung der Interviewergebnisse erfolgte deskriptiv mithilfe von Nennungen über die sowohl prozentualen als auch absoluten Häufigkeiten. Die Befragungswerte der gesetzlichen und privaten Krankenkassen wurden beschreibend verglichen. Hierfür wurden quantitative Parameter als Mittelwerte, Minima und Maxima für die Befragten beschrieben.

4.2 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse der qualitativen Untersuchung wird in drei Abschnitte unterteilt und beginnt mit allgemeinen Informationen zum Status quo von Gesundheits-Apps in den gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Mithilfe des Angebotsüberblicks wurden 26 gesetzliche sowie 22 private Gesundheits-Apps anbietende Krankenkassen inkl. Verbände identifiziert und für die qualitative Untersuchung kontaktiert. Von diesen 48 Krankenkassen haben elf Krankenkassen an dem Telefoninterview teilgenommen (GKV 54,5%, PKV 45,5%). Es beteiligten sich jeweils eine EK, IKK, AOK sowie drei Betriebskrankenkassen und fünf private Krankenkassen. In dem folgenden Diagramm wird die Anzahl der Krankenkassen im Verhältnis zu den von ihnen angebotenen Apps dargestellt:

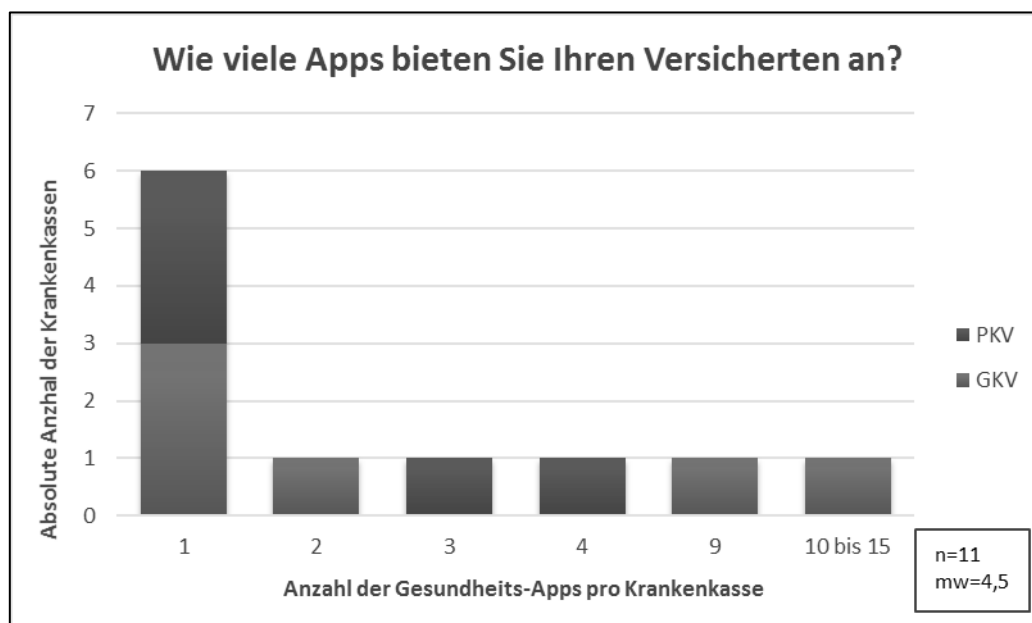


Abbildung 2: Anzahl der Gesundheits-Apps pro Krankenkassen

Quelle: Eigene Darstellung.

Insgesamt werden von den elf Krankenkassen 37 mobile Gesundheits-Apps den Versicherten bereitgestellt. Während die gesetzlichen Krankenkassen in der Stichprobe im Durchschnitt 4,5 Applikationen pro Krankenkassen im Portfolio aufweisen, werden in den privaten Krankenkassen nur zwei Apps pro Krankenkasse angeboten. Sowohl in der GKV als auch in der PKV haben jeweils drei Krankenkassen eine Applikation im Portfolio. Im Rahmen der Befragung scheint es, dass die Krankenkassen mit einer hohen Versichertenanzahl (EK, AOK) insgesamt mehr Apps anbieten. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die größeren Krankenkassen die Fixkosten im Rahmen der Entwicklungs- und Instandhaltung kostengünstiger auf viele Versicherte umlegen können, wodurch jedoch kleineren Krankenkassen Nachteile entstehen.

Die Ergebnisse zeigen, dass durchschnittlich 13% der Versicherten die kostenfreien Apps in Anspruch nehmen. Die prozentuale Anzahl divergiert von 6% bis 20%. Sieben Krankenkassen konnten zu der Nutzungsquote keine Angabe geben, da diesen lediglich die Downloadanzahl bei den App-Stores vorliegt und sich insbesondere auch Fremdversicherte die App herunterladen können. Die größte Teilnahmebereitschaft für die Nutzung von Gesundheits-Apps wird seitens der Krankenkassen bei den bis zu 40-jährigen und technikaffinen Versicherten gesehen. Diese gilt es primär mit den Apps zu gewinnen und zu binden. Drei gesetzliche und zwei private Krankenkassen führten zur Erhöhung der App-Nutzung seitens der Versicherten die Durchführung kontinuierlicher Marketingmaßnahmen durch direkte Ansprachen, Newslettern sowie Hinweisen zu den Applikationen in den Mitgliederzeitschriften an.

Von den elf befragten Krankenkassen führen neun Krankenkassen keine Eigenentwicklung ihrer Apps durch. Während eine gesetzliche Krankenkasse einen Teil der Applikationen entwickelt, programmiert eine private Krankenkasse uneingeschränkt die Apps selbstständig. Zwei gesetzliche Krankenkassen erwähnten, dass sie selbst das Konzept entwickeln und lediglich die technische Umsetzung abgeben. Als Gründe für eine Fremdentwicklung der Apps wurden das fehlende Know-How sowie die nicht vorhandene Infrastruktur genannt. Durch die Konzeptvorgaben können individuelle Aspekte der Krankenkassen eingearbeitet werden, beim gleichzeitigen Zeit- und Know-How-Vorteil durch das fehlerfreie und schnelle Programmieren durch Experten. Hierbei sind seitens der Entwickler und Kostenträger besonderes Augenmerk auf das Medizinprodukterecht sowie den strengen Datenschutzregelungen (z. B. § 284 Abs. 1 SGB V) zu legen.

Die Ausgaben für die Gesundheits-Applikationen im Jahr 2016 wurden von sieben Krankenkassen zwischen 0€ bis 50.000€ eingeordnet und betragen im Durchschnitt 19.300€. Vier Krankenkassen konnten diesbezüglich keine Angaben geben. Drei gesetzliche Krankenkassen, welche ihre Gesundheits-Apps bereits Jahre zuvor implementiert haben, gaben an, dass ihnen im Jahr 2016 keine Kosten entstanden sind. Hierdurch zeigt sich, dass die Applikationen weder kontrolliert noch weiterentwickelt wurden. Während eine private Krankenkasse die Ausgaben auf 15.000€ bezifferte, gaben zwei gesetzliche Krankenkassen 20.000€ bis 50.000€ sowie eine weitere gesetzliche Krankenkasse über 50.000 € als Ausgaben für die Gesundheits-Apps im Jahr 2016 an.

Hinsichtlich der Chancen und Potenziale von Gesundheits-Apps gaben alle Krankenkassenvertreter an (n=11), dass sie durch die Bereitstellung von Gesundheits-Apps in

ihrer Krankenkasse insbesondere Potenziale in der Steigerung der Attraktivität der Krankenkasse gegenüber ihrer Kunden sehen. Dabei können mithilfe der Gesundheits-Apps der Service unterstützt und die Kommunikation mit den Versicherten erleichtert werden. Darüber hinaus werden den Versicherten über die Apps zahlreiche Informationen zur Verfügung gestellt, weshalb ebenfalls Potenziale im Gesundheitscoaching bzw. der Erhöhung des Gesundheitsbewusstseins der Versicherten gesehen werden (n=4). Als weitere Potenziale wurden eine stärkere Vernetzung mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens (n=1) sowie die Realisierung von Kostensenkungspotenzialen und Prozessoptimierungen (n=5) genannt.

Das primäre Ziel, das die befragten Krankenkassen konkret mit der Einführung von Apps verfolgt haben, besteht in der Steigerung der Kundenzufriedenheit und Kundenbindung sowie des eigenen Images (n=8). Zweitrangig wurden durch die Implementierung der Apps Prozessoptimierungen und Kostensenkungen angestrebt (n=6). Zudem ist beabsichtigt, die Apps als neuen Kommunikationskanal zu nutzen, um die Versicherten mit Informationen zu versorgen und damit ihre Gesundheitskompetenz zu erhöhen (n=3). Inwieweit die angestrebten Ziele in den befragten Krankenkassen umgesetzt bzw. erreicht werden konnten, kann bislang jedoch nur teilweise beurteilt werden. In sieben der elf befragten Krankenkassen erfolgt kontemporär keine Evaluation über den tatsächlichen Nutzen ihrer eingesetzten Apps. Zwei Krankenkassen berichten über effizientere Prozesse in Folge der Apps, beispielsweise in der Rechnungserstellung/-bearbeitung sowie über eine höhere Kundenzufriedenheit. Zudem gab eine Krankenkasse an, dass Versicherte, die die Apps nutzen, tatsächlich eine höhere Kundenbindung aufweisen. Die Austrittsquote dieser Versicherten sei halb so gering wie bei Versicherten, die die Nutzung der Apps nicht in Anspruch nehmen.

Im Rahmen des im Kapitel 2.2 durchgeführten Angebotsüberblickes konnte festgestellt werden, dass derzeit nur 31,8% aller Krankenkassen Apps für ihre Versicherten anbieten. Als mögliche Gründe für die bisherige Zurückhaltung führen die befragten Krankenkassen die strengen Datenschutzregelungen sowie die hohen Auflagen an, die bei medizinischen Apps im Rahmen des Medizinproduktegesetzes eingehalten werden müssen. Darüber hinaus fehle es in vielen Krankenkassen an Know-how sowie an Ressourcen für die Implementierung von Apps und es gäbe bislang nur wenige gute Entwicklungsanbieter auf dem Markt. Weitere Hemmnisse in der Einführung von Apps sehen die Befragten im bislang noch nicht nachgewiesenen Nutzen von medizinischen Apps, den fehlenden Qualitätssiegeln und fehlenden IT-Schnittstellen innerhalb der Krankenkassen. Ebenfalls wurden die mit der Einführung von Apps verbundenen Kosten als Hemmnis empfunden.

Hinsichtlich der Einführung einer neuen App, haben zehn von elf Kassen eine voraussichtliche Planung bestätigt. Konkret werden hier Service-Apps sowie Apps im Versorgungsbereich genannt. Ob diese Apps eigens entwickelt oder eingekauft und fremdentwickelt werden, wird nur von zwei Krankenkassen beantwortet, die diese entwickeln lassen. Weiterentwicklungen und Aktualisierungen der schon vorhandenen Apps werden zusätzlich als Notwendigkeit von einzelnen Kassen erachtet.

Die meisten Potenziale für die App-Anwendung sieht der Großteil der Befragten (n=9) im Servicebereich. Hier kann der Kommunikationskanal mit dem Versicherten verbessert

und Prozesskosten eingespart werden. Ein Beispiel hierfür ist die Möglichkeit, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen per App einzuscannen, um Porto für den Versicherten und Digitalisierungsprozesse für die Versicherung sparen zu können. Hier wurde von einer Win-Win-Situation gesprochen. Auch das Thema Big Data kann mit den Digitalisierungsprozessen der Apps besser verarbeitet werden.

Weiterhin haben fünf Experten ein großes Potenzial im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung genannt. Hierbei könnten Apps einen Beitrag zur Aufklärung von Krankheiten und Symptomen leisten. Der Versicherte kann sich auf diese Weise eigenständig informieren. Die Experten waren sich einig, dass die App jedoch keinen Arztbesuch ersetzt. Außerdem könnte durch Präventions- und Gesundheitsförderungs-Apps laut einem Experten das gesamte Versichertenklientel erreicht werden. Zu den Themen Ernährung oder Bewegung können viele Apps gestaltet werden.

Nur zwei Experten konnten sich vorstellen, dass Apps zur Diagnostik und Therapie in der eigenen Krankenkasse eingesetzt werden. Die anderen Experten standen diesem eher kritisch gegenüber.

Auf die Frage, welche Rahmenbedingungen sich ändern müssten, damit die Krankenkassen ihr Angebot von Gesundheits-Apps ausweiten würden, kamen sehr unterschiedliche Antworten der Experten. Vier von elf Kassen sagten, dass sich die Datenschutzrichtlinie ändern müsse. Außerdem sprachen sich drei Kassen für die Notwendigkeit einer Änderung der allgemeinen Rechtslage und der Zulassungsbestimmungen aus. Der Datenschutz in Deutschland sei, gerade was Sozialdaten angeht, sehr streng ausgelegt. Würden die Richtlinien gelockert, könnten Apps gerade in dem Bereich Diagnostik und Therapie zielführender und einfacher entwickelt werden.

Eine weitere Rahmenbedingung sei für drei Kassen die Wünsche der Kunden. Durch Kundenwünsche und Kundenbefragungen kann der Bedarf der Versicherten nach einer bestimmten App erfasst werden. Die Versicherung kann so Gesundheits-Apps nach den Bedürfnissen der Versicherten entwickeln lassen. Auch die sich für die Ausweitung des Angebots nötige Veränderung der Markt- und Wettbewerbssituation sowie der technischen Infrastruktur wurden genannt. Zwei weitere Kassen gaben an, dass der Nutzen der App klar sein muss, sowohl aus monetären Gesichtspunkten, als auch aus Gesichtspunkten des Images. Eine Kasse wünschte sich eine engere Kooperationsmöglichkeit mit Leistungserbringern, wie z. B. Ärzten, um gemeinsam eine zielführendere App zu entwickeln.

5 Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick

Primärziel	Sekundärziel
<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation der Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps 	<ul style="list-style-type: none"> • Hintergrund zum Einsatzbereich und Entwicklung der Apps • Identifikation der geplanten und der tatsächlich erreichten Ziele • Zielgruppen sowie Stellenwert der Apps • Erfassung der Hemmnisse und der strategischen Ausrichtung • Erfassung der Einschätzung des Potenzials von Apps in den Kategorien Service, Prävention und Gesundheitsförderung, Diagnostik und Therapie in den Krankenversicherungen

Die dargelegten Ausführungen zeigen, dass Krankenversicherungen durch den Einsatz von Apps in ihrem Portfolio profitieren können. Dies wurde in den theoretisch-konzeptionellen Grundlagen herausgearbeitet und durch die Experteninterviews im Rahmen der Untersuchung des Primärziels tendenziell bestätigt. Dabei eröffnen Gesundheits-Apps die Chance, das Gesundheitssystem patientenzentrierter und effizienter zu gestalten. Die Gesundheits-Apps können zur Kundengewinnung und -bindung sowie als Marketinginstrument eingesetzt werden, reduzieren die Verwaltungskosten und bieten durch einen Mehrwert entscheidende Wettbewerbsvorteile (Aumann et al. 2016, S. 261f).

Mittels des Angebotsüberblicks konnte der Status quo von Gesundheits-Apps kategorisiert nach den Bereichen Service, Prävention und Gesundheitsförderung, Diagnostik und Therapie in den gesetzlichen und privaten Krankenkassen erhoben werden. Es manifestierte sich, dass derzeit servicebasierte Apps sowohl in der GKV als auch in der PKV dominieren. Den Expertengesprächen zufolge seien servicebasierte Gesundheits-Apps für die Kommunikation und Kundenbindung am einfachsten zu erstellen. Zudem kann durch sie eine Prozessoptimierung stattfinden. Im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung beziffert die GKV einen deutlich höheren Anteil an Applikationen als die PKV. Dem Bereich Prävention und Gesundheitsförderung wird jedoch, wie auch dem Servicebereich, seitens der Kassenexperten ein großes Entwicklungspotenzial prognostiziert. Diese Apps können auf modernen Kommunikationskanälen die Adhärenz der Versicherten verbessern sowie bereits früh Aufklärungsarbeit bei den Themen Ernährung und Bewegung leisten. Apps zur Diagnostik und Therapie werden hingegen bisweilen kaum von Krankenkassen angeboten. Als mögliche Gründe für die bisherige Zurückhaltung der Krankenkassen im Bereich der medizinischen Apps sind die komplexen und umfangreichen Regularien im Rahmen des Medizinprodukterechts sowie der nicht ausreichend nachgewiesene Nutzen dieser Apps anzuführen.

Weiterhin kann festgestellt werden, dass Krankenkassen verschiedene Strategien verfolgen. Während einige Krankenkassen für verschiedene Funktionalitäten einzelne sepa-

rate Apps anbieten, fassen andere Krankenkassen mehrere Funktionalitäten aus unterschiedlichen Anwendungsbereichen (zum Beispiel sowohl Service als auch Prävention) in einer einzigen App zusammen. Die Anzahl solcher Multifunktions-Apps hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen, sodass ein Trend hin zu Multifunktions-Apps konstatiert werden kann.

Ferner zeichnet sich im Rahmen der Untersuchung der Sekundärziele der Experteninterviews die Tendenz ab, dass ein Großteil der Versicherungen bei der Entwicklung von Gesundheits-Apps bevorzugt auf das Know-How von spezialisierten Firmen zurückgreift, als Eigenentwicklungen durchzuführen. Hierbei besteht jedoch das Problem, dass die externen Firmen nicht immer auf die speziellen Voraussetzungen einer PKV oder GKV eingestellt sind. Eine potenzielle Lösung wäre die Zusammenarbeit mit Leistungserbringern oder Start-up-Unternehmen, mit denen gemeinsam Konzepte zur App-Entwicklung geschaffen werden könnten.

Insgesamt ist anzunehmen, dass der Einsatz von Apps sowohl in der GKV als auch in der PKV in Zukunft weiterhin an Bedeutung gewinnen wird. Dabei ergeben sich für Krankenkassen nicht nur Potenziale in den Bereichen Service und Prävention, sondern auch im Bereich der Diagnostik und Therapie, welcher bislang stark unterrepräsentiert ist. Insbesondere mithilfe von Qualitätssiegeln für Gesundheits-Apps und wissenschaftlichen Nachweisen in Form von randomisierten kontrollierten Studie über die Wirksamkeit der Apps können wesentliche Grundlagen gebildet werden, um die Applikationen zukünftig in die Regelversorgung zu überführen. Mithilfe des E-Health-Gesetzes wurde neben dem Innovationsfond bereits initiiert, dass bei einer Verbesserung der Versorgung durch die digitalen Anwendungen, die Kosten entsprechend mehr von den Kassen erstattet werden sollen. Bisher zeichnet sich hinsichtlich der Qualität der Gesundheits-Apps ein sehr heterogenes Bild ab. Auf Grund dessen sollte die Entwicklung allgemeingültiger Qualitätskriterien weiter vorangetrieben werden, um eine gefahrlose Nutzung für die Anwender zu gewährleisten. Allerdings sollten Risiken beispielsweise hinsichtlich fehlerhafter Informationen, Anwendungen oder Diagnostik berücksichtigt werden. Es ist außerdem zu beachten, dass ältere Menschen im Rahmen einer Ersetzung der bisherigen Leistungen durch die Applikationen nicht ausgegrenzt oder benachteiligt werden. (Albrecht 2016, S. 30ff.).

Es ist zu vermuten, dass sich das Verständnis und das Verhalten bezüglich Gesundheit und Krankheit im Rahmen der Gesundheits-Apps durch niederschwellige und umfangreiche Informationen nachhaltig verändern werden.

Literatur

- Albrecht, U.-V. (2016): Kurzfassung. In: Albrecht, U.-V. (Hrsg.): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, Hannover.
- Albrecht, U.-V. / Höhn, M. / von Jan, U. (2016): Kapitel 2: Gesundheits-Apps und Markt. In: Albrecht, U.-V. (Hrsg.): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, Hannover.
- Albrecht, U.-V. (2017): Experteninterview: *Stellvertretender Institutsleiter* Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik der TU Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover Gespräch am 20.06.2017.
- Aumann, I. / Frank, M. / Pramann, O. (2016): Kurzfassung. In: Albrecht, U.-V. (Hrsg.): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, Hannover.
- Bogner, A. / Littig, B. / Menz, W. (2014): Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung. Springer VS, Wiesbaden.
- Büschelberger, A. (2004): Planungsqualität bei Prozessinnovationen: Theoretischer Ansatz und empirische Analyse am Beispiel von Call Centern. Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden.
- Ditzel, P. (2009): Healthstyle ist der neue Lifestyle. In: Deutsche Apothekerzeitung 2009(26):34.
- Endl, R. et al. (2015): mHealth im Kontext des elektronischen Patientendossiers: Eine Studie im Auftrag von eHealth Suisse. FHS St. Gallen, St. Gallen.
- Europäische Kommission (2014): Grünbuch über Mobile-Health-Dienste ("mHealth"). Europäische Kommission, Brüssel.
- Faller, H. / Lang, H. (2016): Medizinische Psychologie und Soziologie, 4. Auflage. Springer, Berlin Heidelberg.
- Gläser, J. / Laudel, G. (2010): Experteninterviews und Qualitative Inhaltsanalyse, 4. Auflage. Springer VS, Wiesbaden.
- Häder, M. (2010): Empirische Sozialforschung : Eine Einführung, 2. Auflage. Springer VS, Wiesbaden.
- Helfferrich, C. (2014): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, N. / Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS, Hannover.
- IKK Classic (2014): Umfrage zu Medizin- und Gesundheits-Apps. IKK, Dresden.
- Kearney, A.T. (2013): Mobile Health: Fata Morgana oder Wachstumstreiber?. A.T. Kearney GmbH Marketing & Communications. https://www.at-kearney.de/documents/856314/1214732/ATK_MobileHealth_2013_complete.pdf/5181d73a-90a1-44b5-b480-1369a67635ed Düsseldorf.
- Kleemann, F. / Krähnke, U. / Matuschek, I. (2013): Interpretative Sozialforschung : Eine Einführung in die Praxis des Interpretierens, 2. Auflage. Springer Gabler, Wiesbaden.
- Köhler, A. / Gründer, M. (2017): Online-Marketing für das erfolgreiche Krankenhaus: Website, SEO, Social Media, Werberecht, 2. Auflage, Springer, Berlin.

- Krebs, P. / Duncan, D. T. (2015): Health App Use Among US Mobile Phone Owners : A National Survey. In: JMIR Mhealth Uhealth 3(4):1-12.
- Krings, T. (2017): Erfolgsfaktoren effektiver Personalauswahl. Springer Gabler, Wiesbaden.
- Lucht, M. / Boeker, M. (2015): Gesundheits- und Versorgungsapps : Hintergründe zu deren Entwicklung und Einsatz. Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg.
- Monopolkommission (2017): Sondergutachten 75 – Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, 1. Auflage. Monopolkommission, Bonn.
- Pramann, O. (2016): Kapitel 11. Gesundheits-Apps als Medizinprodukte. In: Albrecht, U.-V. (Hrsg.): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, Hannover.
- Research2Guidance (2016): mHealth App Developer Economics 2016: The current status and trends of the mHealth app market. Berlin (Office Address).
- Rutz, M./ Kühn, D./ Dierks, M.-L. (2016): Kapitel 5. Gesundheits-Apps und Prävention. In: Albrecht, U.-V. (Hrsg.): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover, Hannover.
- Scherenberg, V./ Kramer, U. (2013): Schöne Neue Welt: Gesünder mit health-Apps? In: Jahrbuch Healthcare Marketing, 115-119.
- Sozialgesetzbuch X (2017): § 67 Begriffsbestimmungen. http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_10/___67.html. Abruf am 02.06.2017.
- Statista GmbH (2017): Anzahl der Smartphone-Nutzer in Deutschland in den Jahren 2009 bis 2016 (in Millionen). <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/198959/umfrage/anzahl-der-smartphonenuutzer-in-deutschland-seit-2010/>. Abruf am 22.04.2017.
- Steinert, A. / Weddige, J. (2015): Therapietreue Unterstützung per Smartphone App. In: Ärzteblatt 112(10):A-430. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/168538/Therapietreue-Unterstuetzung-per-Smartphone-App>. Abruf am 02.06.2017.
- Strotbaum, V. / Reiß, B. (2017): Apps im Gesundheitswesen – echter medizinischer Nutzen oder der Weg zum gläsernen Patienten?. In: Müller-Mielitz, S. / Lux, T. (Hrsg.): E-Health-Ökonomie. Springer Gabler, Wiesbaden.
- World Health Organization (2011): mHealth : New horizons for health through mobile technologies. WHO, Geneva. http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf.

Symptom Check im Internet – gut informiert oder schlecht beraten?

Anika Hahn und Fabienne Sissel

1 Einführung: Nutzung von Onlineforen für medizinische Fragestellungen

Hotelbewertungen, Versicherungsprämien und vieles mehr ist längst durchaus erfolgreich im Internet zu finden. Warum sollte es also nicht auch möglich sein, sich persönlich über Krankheitssymptome oder akute gesundheitliche Beschwerden zu informieren? Das Internet ist voll von medizinischen Informationen. Gesundheitsportale bieten allgemeine Informationen mit Gesundheitsnachrichten, Medizin-Lexika und Erläuterungen zu verschiedenen Krankheiten.

Neben den klassischen Gesundheitsinformationsseiten, auf denen Krankheiten und Symptome beschrieben werden, gibt es einerseits themenspezifische Diskussionsforen in denen Internetnutzer, u.a. Patienten, ihre Erfahrungen austauschen, andererseits gibt es auch Internetforen, in denen Experten (meist Ärzte) Fragen von Ratsuchenden beantworten. Wie in anderen Expertenforen erfolgt die Beantwortung dialogisch und individualisiert (Verbraucherzentrale NRW 2015, S. 2).

Der „medizinische Expertenrat“ wirbt mit schnellen und medizinisch fundierten Antworten von Expertinnen und Experten bei Fragen zu Krankheiten, Symptomen und Behandlungen (lifeline 2017). Anders als leibhaftige Ärzte, sind Internetärzte rund um die Uhr erreichbar, nehmen sich viel Zeit für ihre Patienten und liefern bestenfalls zu jedem Symptom schnell eine Diagnose (Strüber 2010, S. 1).

Viele Nutzer suchen medizinische Foren im Internet meist vor dem Arztbesuch auf. Sie wenden sich bei Beschwerden und Unsicherheiten an das Internet (Verbraucherzentrale NRW 2015, S. 3), um

- eine Einschätzung der Schwere und Benennung einer Krankheit aufgrund von Symptomen zu bekommen,
- Informationen über eine Krankheit eines Angehörigen zu erfahren, eine Empfehlung für Fachärzte oder medizinische Einrichtungen/ Dienste zu erhalten
- einen Rat zum Umgang mit einer chronischen Erkrankung zu bekommen.

Im Jahr 2015 hat das Marktforschungsinstitut YouGov im Auftrag der Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) eine Studie zum Thema „Online-Recherche im Krankheitsfall“ mit insgesamt 1.017 Teilnehmern durchgeführt. 66% der Befragten haben schon einmal das Internet konsultiert um sich gesundheitlichen Rat einzuholen – Frauen (72%) häufiger als Männer (59%). Vor allem Eltern machen von diesem Angebot vermehrt Gebrauch. Über zwei Drittel der Deutschen mit Kindern (69%) suchen nach Informationen zu Symptomen im Netz – ganze 26% verzichten nach der Online-Recherche in der Mehrzahl der Fälle sogar gänzlich auf den Arztbesuch (Siemens-Betriebskrankenkasse 2015, S. 1). Vor diesem Effekt warnt die SBK und andere Institutionen wie bspw. die Verbraucherzentrale

NRW oder die Stiftung Warentest. So stehen Nutzerinnen und Nutzer vor der Herausforderung, in dem riesigen Angebot seriöse Internetseiten zu finden und verlässliche Informationen von falschen und unvollständigen Informationen zu unterscheiden.

Abgeleitet aus der beschriebenen Problemstellung wird im Folgenden beispielhaft die Qualität und Transparenz ausgewählter Onlineforen untersucht. Zunächst werden die Arten und Grundkonturen von Onlineforen aufgezeigt. Darauf aufbauend wird die gewählte Untersuchungsmethodik beschrieben und die Ergebnisse werden erläutert. Letztlich wird eine Schlussbetrachtung vorgenommen, die die Chancen und Risiken von Onlineforen aufgezeigt mit einem kurzen Fazit abschließt.

2 Untersuchung von Onlineforen

2.1 Arten und Grundkonturen von Onlineforen

Aktuell wird zwischen Betroffenen-, Informations- und Expertenforen unterschieden (NAKOS 2017).

Betroffenen- oder Selbsthilfeforen dienen dem Austausch von Erkrankten, Hinterbliebenen oder Opfern bestimmter Krankheitsbilder oder Schicksalen und sind ähnlich einer Online-Selbsthilfegruppe zu verstehen (NAKOS 2017).

Als Informationsforen werden Online-Datenbanken, z. B. das Rechtsportal Juris, bezeichnet.

Das Expertenforum ist meist eingebettet in Internetseiten, die Informationen zu Gesundheit und Krankheit bereitstellen. Somit kann sich der Nutzer erst auf den Seiten informieren und bei besonderen Problemen und Unsicherheiten einen Experten um Rat bitten indem er eine individuelle Frage im Expertenforum stellt. Hierfür muss sich der Nutzer meist einen Account anlegen – sich also registrieren lassen. Die Frage wird dann auf einer Pinnwand veröffentlicht. Antworten können anschließend entweder nur ein Experte, der bei dem Expertenforum registriert ist, oder auch andere Nutzer, die sich bei dem Portal angemeldet haben.

Weitere Angebote gibt es bei kostenpflichtigen Frageportalen. Hier können entweder Nutzer selber einen Geldwert angeben, den der Experte für das Beantworten der Frage erhalten kann, oder das Internetportal legt im Vorfeld je nach ausgewählter Dringlichkeit und angefordertem Detaillierungsgrad einen Preis für die Antwort fest. Wer die Frage beantwortet, kann der Nutzer nicht beeinflussen. Diese Portale beantworten neben medizinischen Fragen auch Fragen zu juristischen Sachverhalten, Fahrzeugen, Textilien und Haustieren (z. B. justanswers.de, frag-einen.com).

Das Expertenforum im Internet unterscheidet sich grundlegend von einer allgemeinen Gesundheitsinformationsseite, da es dem Nutzer individualisierte Antworten auf ein Problem zu einem bestimmten Zeitpunkt geben und auf ihn persönlich eingehen kann. Jedoch können medizinisch-diagnostische Fragen ohne eine persönliche Einschätzung nicht abschließend beurteilt werden, da die Schilderung von Symptomen, Begleitsymptomen und weiteren Befunden nicht immer vollumfänglich erfolgt und relevante Details oder Umstände ausgelassen werden können (Verbraucherzentrale NRW 2015, S. 3).

2.2 Onlineforen im Gesundheitswesen – Ein Benchmark

2.2.1 Vorgehensweise und Vergleichskriterien

Die Nationale Kontakt- und Informationsstelle für Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) hat Qualitätskriterien bzw. -merkmale aufgeführt, an denen man demnach ein gutes Forum erkennen kann:

- Transparenz über Zweck, Betreiber und Finanzierung einer Website,
- der Ausschluss von Werbung und
- die Gewährung der Datensicherheit (NAKOS 2015).

Die Verbraucherzentrale NRW hat diese Kriterien weiter ergänzt, zum Beispiel um die Transparenz der Autorenschaft, also die Qualifikation der Experten (Verbraucherzentrale 2015, S. 5).

Die Untersuchung soll sich an den Kriterien der NAKOS und der Verbraucherzentrale NRW orientieren. Es gilt, die Antworten bzw. das Antwortverhalten in ausgewählten medizinischen Expertenforen zu betrachten und die Qualität aber vor allem den Nutzen der Expertenantworten für Laien zu überprüfen. Hierbei soll betrachtet werden, welche Therapiemöglichkeiten, Medikamente, Präventionsmaßnahmen und Risiken benannt werden. Wann reagieren Internetärzte oder andere Forenmitglieder? Wie hilfreich sind die Antworten für den Nutzer? Wird ein Arztbesuch empfohlen? Welches Nutzerverhalten kann aus den abgegebenen Antworten entstehen?

Die Erhebung der Daten fand am Sonntag, den 18.06.2017, statt. Der Zeitpunkt der Erhebung wurde bewusst ausgewählt, da am Wochenende und an Feiertagen lediglich Notdienste und Krankenhäuser die Patientenversorgung sicherstellen. In vier ausgewählten Expertenforen wurden Anfragen mit derselben Fallgeschichte gestellt, die mit fachkundiger Unterstützung einer Ärztin entwickelt worden waren.

Internetnutzer verwenden für ihre Online-Recherche in der Regel Suchmaschinen. Jede 20te Suchanfrage bei Google.de beinhaltet die Themen „Gesundheit“ oder „Krankheit“ (Google 2015). Es ist davon auszugehen, dass die Portale, die auf der ersten Ergebnisseite aufgeführt werden, meist als erstes angeklickt werden. Die weitere Suche wird durch Verlinkungen zwischen den Internetseiten oder auf den folgenden Ergebnisseiten beeinflusst. Für die vorliegende Studie wurden die Internetseiten mit der am häufigsten verwendeten Suchmaschine (Google.de) ausgewählt. Hierbei wurden vorher festgelegte Suchwörter in die Suchmaschine eingegeben, um sicherzustellen, dass die meistgenutzten Expertenforen in der Untersuchung eingeschlossen sind (Verbraucherzentrale NRW 2015, S. 6).

Als Suchanfrage für die Fallgeschichte wurden nachstehende Begriffe definiert:

- „Online Arzt fragen“
- „Kind krank Expertenrat“ und
- „Kinder Expertenrat“

Die Suche, erhoben am 18.06.2017, ergab folgende Treffer:

- www.justanswers.de
- www.cyberdoctor.de
- www.rund-ums-baby.de
- www.lifeline.de
- www.gesundes-kind.de
- www.onmeda.de

Ein gefundenes Expertenforum ist kostenpflichtig und wird über die Bezahlung des Nutzers finanziert. Die Beantwortung kostet je nach Dringlichkeit und erforderlicher Detailtiefe zwischen 15 bis 74 Euro. Daher wurde es von der Untersuchung ausgeschlossen.

Ein weiteres Forum verpflichtet den Nutzer, seine Anfrage via Facebook, Twitter, Instagram, o. ä. Sozialen Netzwerken zu teilen. Erst nach dieser Veröffentlichung ist das Einstellen der Frage im Onlineforum möglich und wird beantwortet. Daher wurde auch dieses Onlineportal von der Untersuchung ausgeschlossen.

Zwei der Dienste beschränken sich auf Kindergesundheit, die anderen beiden Internetportale bieten zusätzlich Foren zu weiteren Krankheiten an.

Um eine Aussage zur Qualität der Antworten treffen zu können, wurde von Frau Dr. med. Anika Hahn, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, eine Fallgeschichte entworfen und dessen Beantwortung nachträglich auf Vollständigkeit und Richtigkeit geprüft.

Da u.a. die Studie der SBK zeigt, dass Unsicherheiten bei der medizinischen Versorgung von Kindern die am häufigsten gesuchten Krankheitsthemen im Netz ausmachen, wurde sich für eine Untersuchung in diesem Fachgebiet entschieden.

Fallgeschichte Kind:

„Meine Tochter (14 Tage alt) hat seit gestern Abend eine Temperatur von 38,3°C. Ihr großer Bruder (4 Jahre) hustet, hat Fieber und bekommt ein Antibiotikum (der Kinderarzt sagt Lungenentzündung). Darf ich meiner Tochter das Antibiotikum oder die Fieberzäpfchen ihres Bruders geben?“

Die entwickelte Fallgeschichte impliziert einen dringenden Handlungsbedarf, weil

- bei einem fiebernden Säugling immer eine schwerwiegende Infektion als Ursache des Fiebers ausgeschlossen werden muss,
- diese innerhalb kürzester Zeit zu einer lebensbedrohlichen Verschlechterung des Allgemeinzustandes führen kann,
- das Geschwisterkind bereits an einer Lungenentzündung erkrankt ist,
- eine vermeintliche Leichtfertigkeit der Mutter im Umgang mit Medikamenten/ mit der Gabe von Antibiotikum vorliegt und

- bei Unsicherheit der Eltern immer ein (Kinder-) Arztbesuch zu empfehlen ist.

Grundsätzlich sollte ein Internetexperte darauf hinweisen, dass eine Online-Diagnose nicht möglich ist. Aufgrund des beschriebenen Krankheitsbildes in der Fallgeschichte muss die Dringlichkeit einer ärztlichen Untersuchung deutlich gemacht werden. Darüber hinaus werden weitere Umstände wie bspw. der Allgemeinzustand des Neugeborenen und/ oder evtl. Begleiterscheinungen nicht abschließend berichtet. Daher sollte der Experte tiefere Nachfragen stellen bzw. das Krankheitsbild abwägen. Eine Diagnose sollte nicht gestellt, eine Therapieempfehlung darf nicht gegeben werden. Von einer Selbsttherapie mit den Medikamenten des Geschwisterkindes ist dringend abzuraten.

Im Vorfeld der Untersuchung wurde von Frau Dr. Hahn eine mögliche Antwort (Musterlösung) entworfen, die die o. g. und andere wichtigen Punkte einbezieht:

„Ein fieberndes Neugeborenes muss sofort einem Kinderarzt vorgestellt werden! Jetzt am Wochenende/ in der Nacht bedeutet dies eine sofortige Vorstellung in einer Kindernotaufnahme oder beim kinderärztlichen Notdienst!“

⇒ Die Dringlichkeit der ärztlichen Untersuchung muss deutlich gemacht werden.

„Eine eindeutige Diagnose ohne Patientenkontakt ist nicht mit Sicherheit möglich, aber es besteht bei einem Neugeborenen (Kinder innerhalb der ersten 4 Lebenswochen/ 28 Tage) mit Fieber immer die Gefahr einer schwerwiegenden Infektion (Sepsis/ Blutvergiftung). Diese kann innerhalb kürzester Zeit (innerhalb von Stunden!) zu einer deutlichen Verschlechterung des Allgemeinzustandes und im schlimmsten Fall zum Tode führen. Die (bakterielle) Infektion eines Neugeborenen muss in der Regel mit Antibiotikagaben über die Vene behandelt werden (stationäre Behandlung im Krankenhaus).“

⇒ Verweis darauf, dass eine Online-Diagnose nicht möglich ist und Abwägung des Krankheitsbildes/ Erklärung der Ursache.

„Natürlich kann dem Neugeborenen auch einfach zu warm sein, z. B. wenn es (zu) dick angezogen war/ ist oder unter einer warmen Decke gekuschelt hat. Ist dies nicht der Fall und bestätigt sich die erhöhte Temperatur (nachmessen!) ist ein sofortiger Arztbesuch unumgänglich.“

⇒ Tiefere Nachfragen, erneuter Hinweis auf die Dringlichkeit der ärztlichen Untersuchung und Abwägung des Krankheitsbildes.

„Grundsätzlich sollte die Selbstmedikation mit einem Antibiotikum nicht erfolgen. Eine vorherige ärztliche Vorstellung ist zwingend erforderlich. Andernfalls besteht die Gefahr des Einsatzes eines für diese Altersklasse nicht geeigneten/ überdosierten/ schädlichen oder nicht wirksamen Medikaments. Auf diese Weise kann dem Kind geschadet bzw. die Bildung von resistenten Keimen gefördert werden.“

⇒ Verhinderung der Selbsttherapie mit Antibiotika.

„Es ist völlig gerechtfertigt dem vierjährigen Bruder bei neu aufgetretenem Fieber ein Fieberzäpfchen zu geben und bei gutem Allgemeinzustand (z. B. das Fieber sinkt nach Zäpfchengabe; Kind trinkt, isst und spielt) zunächst einmal abzuwarten. Sollte das Fieber

(bei korrekter Dosierung des Zäpfchens) nicht sinken oder sich der Allgemeinzustand verschlechtern, muss natürlich trotzdem eine kinderärztliche Vorstellung erfolgen.

Für das 14-Tage alte Baby sind diese Zäpfchen allerdings zu hoch dosiert und aus den oben genannten Gründen sollte dringend ein Kinderarzt konsultiert werden.“

⇒ Bezugnahme auf das Krankheitsbild des Bruders und Verhinderung der Selbsttherapie mit den Fieberzäpfchen.

2.2.2 Ergebnisse

2.2.2.1 Formale Angaben

Stellt ein Nutzer eine Frage in einem Expertenforum bzw. sendet er seine Frage an einen Experten, sollte nach Meinung der Verbraucherzentrale NRW innerhalb von drei Tagen eine Antwort freigeschaltet werden. Obwohl der Nutzer darauf hingewiesen wird, dass die Antwort eines Experten einen Arztbesuch nicht ersetzen kann, ist wohl davon auszugehen, dass Betroffene vor dem Besuch eines Arztes den Experten um Rat fragen und dessen Antwort abwarten. Bei Beschwerden, die ein Risiko zur Verschlimmerung haben, sollte deshalb nicht zu viel Zeit verstreichen (Verbraucherzentrale NRW 2015, S. 19).

Von den vier Anfragen zu dem Fallbeispiel sind alle beantwortet worden. Zwei der Antworten wurden am selben Tag, eine Antwort am Folgetag und eine weitere Antwort nach 16 Tagen im Expertenforum geschaltet. Nur ein Onlineforum hat den Nutzer per E-Mail-Versand über die Beantwortung der Anfrage informiert. Die Tatsache, dass ein Experte erst nach 16 Tagen geantwortet hat, zeigt die Unzuverlässigkeit mancher Expertenforen.

Die Angaben zum Betreiber (Zweck, Betreiber und Finanzierung) wurden von drei getesteten Internetseiten im Impressum vollständig gemacht. In einem Onlineforum waren die Angaben nur teilweise zu finden. Bei einigen Expertenforen wird im Impressum auf eine Verlagsgruppe oder einen Pharmakonzern hingewiesen, ohne weiter auf die finanzielle Unterstützung einzugehen.

Auf drei der vier Seiten wird offensichtliche Werbung geschaltet. Bei allen Internetseiten wurde Werbung als Anzeige gekennzeichnet. Nur ein Forum verzichtet gänzlich auf Werbeanzeigen.

Die Gewährung der Datensicherheit des Nutzers wird nur in drei der vier getesteten Foren vollständig sichergestellt. Eine der Internetseiten weist darauf hin, dass eine Datenweitergabe an Dritte erfolgen kann.

Die Transparenz über die Autorenschaft (fachliche Expertise des Experten) wird von allen erprobten Internetforen sichergestellt. Bei einigen Seiten werden fachliche Kompetenzen auf der Startseite dargestellt, in anderen Foren, die nicht ausschließlich auf medizinische Hilfestellungen ausgerichtet sind, finden sich die Informationen über den Autor der Antwort im ausgewählten Fachforum (im Beispiel: Kindergesundheit). Drei der Autoren sind Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, ein Experte ist Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin.

Lediglich ein Expertenforum hat alle Kriterien erreicht und am Folgetag der Anfrage geantwortet. Der Nutzer wurde via E-Mail über die Beantwortung informiert. Ein Forum erzielte drei Punkte dieser Kategorie, zwei der Foren haben zwei der fünf aufgestellten Kriterien erfüllt.

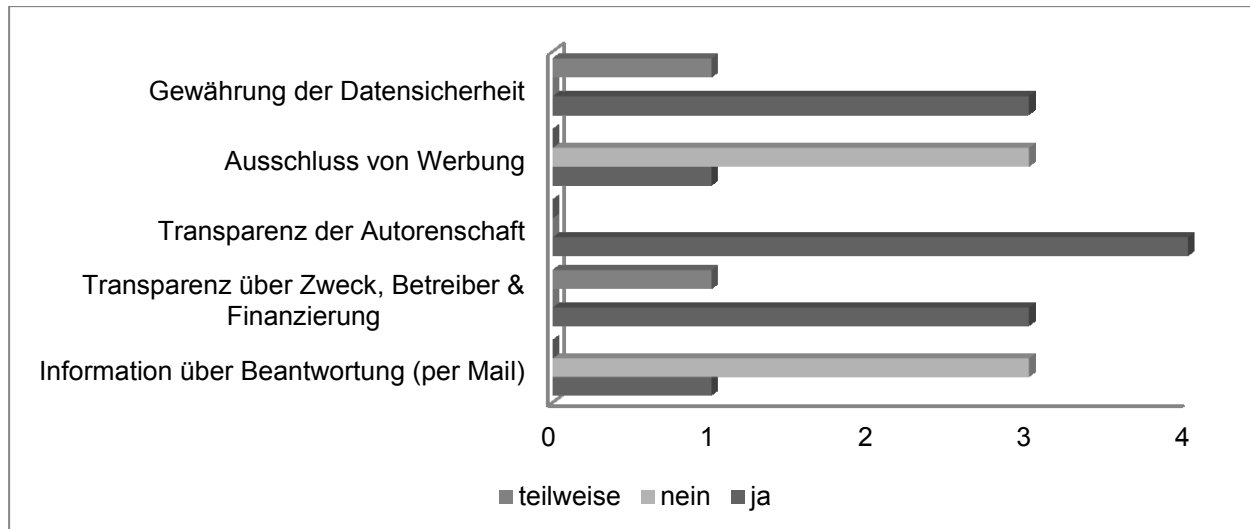


Abbildung 1: Anzahl der Kriterien, die die Expertenforen im Bereich „Formale Angaben“ erfüllt haben (n=4).

Quelle: Eigene Darstellung.

2.2.2.2 Medizinische Qualität

Die Qualitätskriterien erstrecken sich auf fünf Punkte, die erreicht werden können. Alle Expertenforen erfüllten drei der aufgestellten Kriterien.

Einen deutlichen Hinweis, dass eine Online-Diagnose nicht möglich ist, enthielt keines der vier getesteten Onlineforen. Die Empfehlung, dass ein Kinderarzt oder eine kinderärztliche Notaufnahme umgehend aufzusuchen ist, gab mit der nötigen Dringlichkeit lediglich eine der vier Antworten. Die drei anderen Experten nahmen zwar eine Empfehlung vor, wiesen aber nicht darauf hin, dass der Besuch zeitnah (innerhalb von Stunden) erfolgen sollte und machten somit nicht deutlich, dass ein lebensbedrohliches Krankheitsbild hinter der Fallgeschichte stehen könnte.

Keiner der Experten hat zu einer Selbsttherapie angeleitet, im Umkehrschluss machten alle vier Experten deutlich, dass eine Gabe des Antibiotikums des Geschwisterkindes nicht ohne kinderärztliche Abklärung zur Behandlung der Symptome eingesetzt werden darf. Über die möglichen Auswirkungen der Gabe des Medikaments klärte keiner der Experten auf, nur einer beschrieb mögliche Nebenwirkungen.

Eine breite Abwägung des Krankheitsbildes enthielt keine der vier Antworten. Es wurden keine tiefergehenden Nachfragen bspw. zum Allgemeinzustand des Säuglings oder über evtl. Begleiterscheinungen gestellt. Eine Diagnose stellte ebenfalls keiner der Experten.

Auch wenn die Antworten freie Texte sind und sich in Länge und Detailreichtum stark unterscheiden, zeigte sich gerade bei der Dimension „Medizinische Qualität“, dass die Gefahr besteht, dass Eltern nicht umgehend einen Arzt konsultieren. Keine Antwort enthielt den Hinweis, dass eine Online-Diagnose nicht möglich ist. Dieser Hinweis ist aber

aus Sicht der Autoren ein zentraler Bestandteil, der in jeder Antwort eines Experten enthalten sein sollte.

Grundsätzlich haben alle Experten mit der richtigen Empfehlung (Kinderarztbesuch) geantwortet. Allerdings ist die Wertung der Themenpunkte bei drei Antworten zu bemängeln. Eine Antwort geht über zwei Absätze auf die Antibiotikagabe ein und erwähnt erst im letzten Satz die Notwendigkeit eines Arztbesuchs. Dagegen empfiehlt ein anderer Experte im ersten Satz einen Arztbesuch, mindert aber mit seinen folgenden Ausführungen die Dringlichkeit dessen. In der dritten Antwort findet sich gar kein zeitlicher Hinweis für den notwendigen Arztbesuch. Bei genauerer Betrachtung der Antworten fällt auf, dass ein Experte die Frage zwar sehr kurz (lediglich mit drei Sätzen) beantwortet hat, mit dieser Empfehlung aber die größte Sicherheit für die Eltern bzw. das Neugeborene gegeben ist. Zum möglichen Krankheitsbild werden wenige Informationen gegeben, dafür wird aber mit aller Dringlichkeit darauf hingewiesen, dass „sofort!!!“ ein Kinderarzt aufgesucht werden sollte.

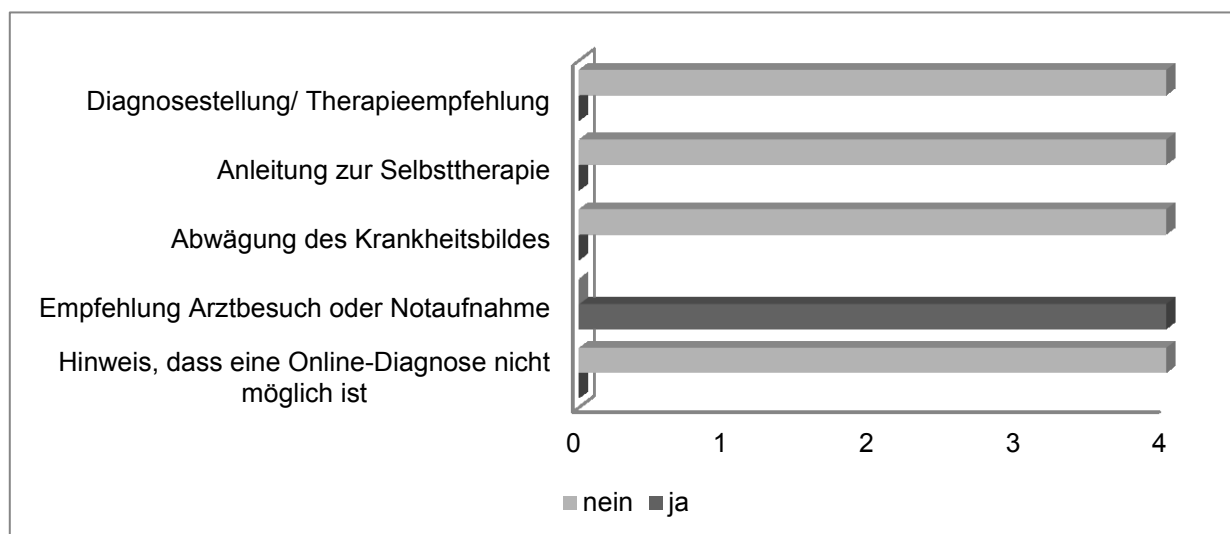


Abbildung 2: Anzahl der Kriterien, die die Expertenforen im Bereich „Medizinische Qualität“ erfüllt haben (n=4).

Quelle: Eigene Darstellung.

3 Gesamtbetrachtung und Fazit

Die Untersuchungsergebnisse sind nur eine Momentaufnahme. Beurteilt werden lediglich die „Medizinische Qualität“ der gerade antwortenden Experten und die „Formalen Angaben“ der Webseiten. Einige allgemeine Rückschlüsse lassen die Ergebnisse zu, auch wenn die Anzahl der getesteten Foren nicht repräsentativ ist.

Möchte man im Internet ein Expertenforum nutzen, ist es schwer, verlässliche Informationen zu finden, da die Qualität der Antworten häufig nicht eingeschätzt werden kann. Die Untersuchung zeigt, dass das Angebot der medizinischen Online-Hilfe viele Lücken aufweist. Denn: Schlussendlich haben alle vier getesteten Foren einen deutlichen Mangel in der Dimension „Medizinische Qualität“.

Die mäßige sowie lückenhafte Auskunftserteilung war eigentlich nicht zu erwarten: Die Onlineforen betonen, dass eine Vielzahl von (Fach-) Ärzten für Auskünfte zur Verfügung stünde. Außerdem werben die Seiten damit, anders als leibhaftige, niedergelassene Ärzte, uneingeschränkt rund um die Uhr erreichbar zu sein. Allerdings antworteten lediglich zwei Portale am selben Tag auf die an einem Sonntag eingestellte Fallgeschichte.

Die Internetseiten sollten definieren, welche Aussagen eine Online-Beratung leisten kann und wo ihre Grenzen liegen. Es reicht nicht aus, wenn dieser Hinweis in den AGBs oder Nutzungsbedingungen der Onlineforen versteckt bleibt. Darüber hinaus verfolgen einige Betreiber der Webseiten auch kommerzielle Interessen, was aber nicht zwingend heißen muss, dass man ihren Informationen nicht vertrauen kann. Außerdem lassen sich redaktionelle Texte, bzw. Antworten auf eingestellte Foren-Beiträge, nicht immer auf Anhieb von den, quer über die Seiten verteilten, Werbeanzeigen unterscheiden. Hilfreich könnte es zum Beispiel sein, wenn die Beurteilung nutzerfreundlich, z. B. in Form eines Gütesiegels oder einer Zertifizierung, dargestellt werden würde. Die Stiftung Gesundheit zeichnet Internetseiten bspw. mit dem Gütesiegel „Geprüfte Homepage“ aus. Sehr wichtig für die Nutzerfreundlichkeit ist auch die Textverständlichkeit. Nicht übersetzte oder erklärte Fachbegriffe machen Antworttexte für Laien schwerverständlich und sollten vermieden werden.

Die vorliegende Untersuchung zeigt zudem, dass einerseits zwar eine Fülle von Daten der Nutzer erhoben und gespeichert wird, die aber größtenteils für die Beantwortung der Fragen irrelevant sind, der Nutzer andererseits aber nur einen ungenügenden Rat von den Experten bekommen kann. Die Qualität der Antworten ist sehr unterschiedlich und beschränkt sich meist auf einen kurzen Satz, der eine Empfehlung gibt, die ohne weitere Erklärung an den Nutzer gerichtet ist.

Auch wenn das Internet viele nützliche Informationen rund um das Thema Gesundheit bereithält, besteht die Gefahr, dass man sich durch diverse Foren-Einträge und Ferndiagnosen verunsichern lässt (SBK 2015, S. 2). Es spricht nichts dagegen, sich bei Krankheit als mündiger Patient vorab Informationen im Internet zu suchen. Einen Besuch bei einem Arzt oder einem Apotheker können diese Angebote somit vielleicht ergänzen aber keineswegs ersetzen. Bei konkreten Beschwerden ist es in jedem Fall ratsam einen Arzt zu konsultieren. Grundsätzlich gibt nur eine körperliche Untersuchung Aufschluss über das exakte Krankheitsbild.

Literatur

- Badische Zeitung (2014): Online-Arzt: Was Gesundheitsportale im Internet taugen. <http://www.badische-zeitung.de/computer-medien-1/online-arzt-was-gesundheitsportale-im-internet-taugen--84520893.html>. Abruf am 03.01.2017.
- Gesundheitsportal Onmeda gofeminin.de GmbH (2017): Darf ich meinem Baby das Antibiotika/ Fieberzäpfchen seines Bruders geben?. <http://www.onmeda.de/forum/kinderkrankheiten/2590750-darf-ich-meinem-baby-das-antibiotika-fieberzaepfchen-seines-bruders-geben>. Abruf am 18.06.2017.
- GlaxoSmithKline GmbH & Co.KG (2017): Fieber bei Säugling – was tun?. <http://www.gesundes-kind.de/expertenrat/fieber-bei-saeugling-was-tun/>. Abruf am 18.06.2017.
- Gong Verlag GmbH (2017): Antibiotika/ Fieberzäpfchen. <http://www.lifeline.de/expertenrat/frage/Expertenrat-Fieber/Antibiotika-Fieberzaepfchen?threadId=15078764>. Abruf am 18.06.2017.
- Google Inc. (2015): Dr. Google: US-Websuche zeigt jetzt ärztlich geprüfte Informationen zum Thema Gesundheit. <http://www.googlewatchblog.de/2015/02/dr-google-us-websuche/>. Abruf am 27.07.2017.
- Journal Gesundheit (2009): Gesundheitsportale – Wissen auf Abruf. <http://www.apodigital.de/f/23745/infomaterial/Gesundheitsportale.pdf>. Abruf am 03.01.2017.
- JustAnswer LLC (2017): <http://www.justanswers.de/new-question/optional-information.aspx?tqid=477869426&pt=630&catid=58799&rpt=100>. Abruf am 18.06.2017.
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) (2015): Das Internet für die Selbsthilfearbeit nutzen – Eine Praxishilfe. <http://www.nakos.de/data/Fachpublikationen/2015/NAKOS-KP-08.pdf>. Abruf am 31.07.2017.
- Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) (2017): Selbsthilfe im Internet. <http://www.nakos.de/themen/internet>. Abruf am 27.07.2017.
- Pixeldrive e.k. (2017): <http://www.cyberdoktor.de/cgi-bin/wwwthreads/neieingabe.pl?Cat=&Board=arbeitsmedizin&page=0&view=collapsed&sb=5>. Abruf am 18.06.2017.
- Siemens-Betriebskrankenkasse SBK (2015): Dr. Internet: Online-Diagnose statt Arztbesuch?. SBK, München.
- Stiftung Warentest (2003): Medizinische Beratung im Internet: Von richtig gut bis voll daneben. <http://www.test.de/Medizinische-Beratung-im-Internet-Von-richtig-gut-bis-voll-daneben-1091512-2091512/>. Abruf am 02.01.2017.
- Strüber, M. (2010): Mein Arzt, der Cyberdoc. <http://www.sueddeutsche.dedigital2.220/krankheiten-suche-im-netz-mein-arzt-der-cyberdoc-1.359461!amp>. Abruf am 02.01.2017.

-
- Süddeutsche Zeitung Digitale Medien GmbH (2012): Gesundheitsportale: Was ist da und was ist gut?. <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/2.220/gesundheitsportale-was-ist-da-und-was-ist-gut-1.1348849!amp>. Abruf am 03.01.2017.
- USMedia GmbH & Co.KG (2017): Darf ich meinem Baby das Antibiotika/ Fieberzäpfchen seines Bruders geben?. http://www.rund-ums-baby.de/kinderarzt/Darf-ich-meinem-Baby-das-Antibiotika-Fieberzäpfchen-seines-Bruders-geben_470178.htm. Abruf am 18.06.2017.
- Verbraucherzentrale NRW (2015): Was leistet medizinischer Rat im Internet? Ergebnisse einer empirischen Untersuchung des Onlineangebots „Medizinischer Expertenrat“. Verbraucherzentrale NRW, Düsseldorf.

Bewertungsportale für Gesundheitsdienstleistungen: Eine rechtliche Einordnung unter besonderer Berücksichtigung der Datenschutzgrundverordnung

Fabian Schmieder

1 Einleitung

Wer ein Produkt oder eine Dienstleistung sucht, verlässt sich gerne auf Empfehlungen. In Europa genießen Empfehlungen von Personen, die einem persönlich bekannt sind, mit ca. 78% das größte Vertrauen der Konsumenten. Demgegenüber ist das Vertrauen in klassische Print- und Fernsehwerbung mit knapp 45% bzw. um die 30% bei den verschiedenen Formen der Internetwerbung signifikant geringer.¹

Waren es früher vor allem Meinungsbekundungen, die mündlich von den Verbrauchern weitergegeben wurden (sog. Mund-zu-Mund-Propaganda), so hat sich mit dem Siegeszug des World Wide Web die Menge an leicht zugänglichen Bewertungen zu nahezu jedem Produkt und jeder Dienstleistung vervielfacht. Neben den Möglichkeiten sich über Soziale Medien, Foren und Blogs auszutauschen, hat sich mit den Bewertungsportalen bereits früh² ein eigenes Geschäftsfeld entwickelt.

Angesichts der wirtschaftlichen Bedeutung des Marktes für Gesundheitsdienstleistungen überrascht es nicht, dass sich auch eine ganze Reihe Betreiber von Portalen für die Bewertung der Leistungen von Ärzten, Krankenhäusern, Hebammen und weiteren Berufen im Gesundheitswesen (im weiteren Gesundheitsdienstleister) um Kunden bemühen.³ Ebenso wenig mag es überraschen, dass es immer wieder zu Streitigkeiten zwischen den Bewerteten, deren (ehemaligen) Patienten und den Plattformbetreibern kommt.⁴

2 Interessenlage zwischen Gesundheitsdienstleister, Plattformbetreiber und Plattformnutzer

Juristische Brisanz entwickelt das vorgenannte Dreiecksverhältnis freilich vorwiegend bei negativen Bewertungen bzw. solchen Bewertungen, welche wenigstens auch kritische Elemente enthalten.⁵ Der betroffene Gesundheitsdienstleister wird dann ein Interesse daran haben, dass die Bewertung gelöscht bzw. gesperrt, jedenfalls aber geändert wird, weil neben einer vermeintlichen Schädigung des Rufs auch wirtschaftliche Einbußen aufgrund ausbleibender Patienten drohen. Die Portalnutzer hingegen haben ein In-

¹ Siehe zum Vertrauen der Verbraucher in verschiedenen Formen der Werbung Nielsen, Global Trust in Advertising Report 2015, S. 10, <http://www.nielsen.com/content/dam/niensenglobal/de/docs/Global%20Trust%20in%20Advertising%20Report%20September%202015.pdf>.

² Das erste professionelle Bewertungsportal in Deutschland hat 1999 die ciao GmbH unter www.ciao.de in Betrieb genommen, <http://de.wikipedia.org/wiki/Online-Bewertung>.

³ z. B. www.jameda.de, www.docinsider.de, www.sanago.de.

⁴ OLG Düsseldorf NJW-RR 2016, 656; BVerfG NJW 2016, 3362.

⁵ Weiterführend zu den (rechtlichen) Fragen von Bewertungsportalen als Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen Martini, DÖV 2010, 573 ff.

teresse an einer möglichst objektiven, an Tatsachen ausgerichteten, von Dritten unbeeinflussten bzw. nicht manipulierten Darstellung von Bewertungen. Dazwischen findet sich der Plattformbetreiber, der einerseits ebenfalls ein Interesse an der Wahrhaftigkeit der Bewertungen hat, andererseits – jedenfalls zum Teil – auch das Interesse an einer positiven Darstellung der im Portal gelisteten Gesundheitsdienstleister haben kann, weil Teil des Geschäftsmodells der Plattformbetreiber häufig auch der Verkauf von sog. „Premiumprofilen“ an die gelisteten Gesundheitsdienstleister ist.¹ Eine Häufung von negativen Bewertungen dürfte sich daher u. U. negativ auf die Umsatzaussichten des Plattformbetreibers durchschlagen.²

Die vorgenannte Gemengelage findet ihre rechtlichen Grenzen vorwiegend im Äußerungsrecht sowie im Datenschutzrecht und den Vertragsbestimmungen des Plattformbetreibers. Davon abzugrenzen sind vorgetäuschte (vulgo: „gefakte“) Bewertungen des Gesundheitsdienstleisters selbst (dann als positive Bewertung) oder eines Wettbewerbers (dann als negative Bewertung), welche durch das Wettbewerbsrecht³ und die vertragliche Beziehung zum Plattformbetreiber eine Regulierung erfahren.

Tatsächlich stellt sich aber zunächst die Frage, ob ein Arzt oder ein Krankenhaus überhaupt ohne Einwilligung in ein Bewertungsportal aufgenommen werden darf. In der Regel umfasst die Aufnahme eines Gesundheitsdienstleisters in ein Bewertungsportal seinen Namen, seine Adresse, seinen Kontaktdaten und ggf. ergänzenden Informationen (z. B. Fachrichtung, Facharztbezeichnungen, besondere Qualifikationen). Erst danach ergibt sich die Frage, ob eine konkrete (i. d. R. negative) Bewertung rechtlich zu beanstanden ist und welche Konsequenzen sich für den Verfasser der Bewertung bzw. den Plattformbetreiber daraus ergeben. Beiden Konstellationen soll in der Folge ausgehend von der grundrechtlichen Situation nachgegangen werden, wobei wettbewerbsrechtliche Aspekte einstweilen außer Betracht bleiben.⁴

3 Verfassungsrechtliche Einordnung

3.1 Grundrechtspositionen des Arztes oder Krankenhauses

Sowohl die Aufnahme in ein Bewertungsportal als auch die Bewertung der medizinischen Leistung auf einem Portal tangieren auf der Seite des betroffenen Gesundheitsdienstleisters dessen Grundrechtspositionen:

¹ Der Portalbetreiber jameda.de etwa bietet diverse Premium-Pakete an (bei Preisen bis 139 € pro Monat), <https://www.jameda.de/premium/bestellen/bestellen.php>; in diesem Zusammenhang wurde teilweise in Medienberichten kritisiert, dass negative Bewertungen auch im Interesse des Betreibers von diesem gelöscht wurden, <http://www.ndr.de/ratgeber/verbraucher/Aerzte-Bewertung-Inter-net,aerztebewertungen100.html>.

² Schließlich sei auch noch der Suchmaschinentreiber als eigenständiger Akteur genannt, welcher für das Auffinden der Informationen einen wesentlichen Beitrag für das Gelingen des Geschäftsmodells der Portalanbieter leistet. Unabhängig von der Zulässigkeit der auf dem Portal der Öffentlichkeit bereitgestellten Informationen, kann der Betroffene einen Anspruch gegen den Suchmaschinentreiber auf Entfernung aus der Trefferliste haben. Siehe dazu EuGH ZD 2014, 350 – „Recht auf Vergessen“.

³ Dazu etwa Heermann in: Heermann / Schlingloff, MÜKo Lauterkeitsrecht, Bd. 1, 2. Auflage (2014), § 4, Rn. 199 f.

⁴ Dazu aber BGH GRUR 2015, 1129; BGH MMR 2017, 120.

3.1.1 Allgemeines Persönlichkeitsrecht

Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs 1 GG, Art. 8 Abs. 1 EMRK) als Teil des Allgemeinen Persönlichkeitsrecht umfasst die Befugnis eines jeden einzelnen darüber zu bestimmen, ob, wann und innerhalb welcher Grenzen seine persönlichen Daten genutzt, insbesondere – wie im vorliegenden Fall – an eine unbestimmte Öffentlichkeit übermittelt werden sollen.¹ Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung schützt ausschließlich personenbezogene Daten, d. h. solche Daten, die sich auf eine natürliche Person beziehen oder beziehen lassen. Damit fallen allerdings juristische Personen aus dem Anwendungsbereich heraus.² Gesundheitsdienstleister – wie etwa Krankenhäuser – die als juristische Person organisiert sind, unterfallen daher nicht dem Schutzbereich des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung, wenn im Zusammenhang mit deren Nennung keine natürliche Person (z. B. ein behandelnder Arzt) genannte wird.

Allerdings wird auf der Grundlage von Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 19 Abs. 3 GG, Art. 8 Abs. 1 EMRK auch das unternehmerische Ansehen in der Öffentlichkeit geschützt.³ In dieser Form findet das Allgemeine Persönlichkeitsrecht auch Anwendung auf juristische Personen.⁴

3.1.2 Recht auf freie Berufsausübung

Das Recht auf freie Berufsausübung (Art. 12 Abs. 1 GG) schützt dagegen jede Tätigkeit, die mit der Berufsausübung zusammenhängt und dieser dient, mithin auch die Außendarstellung von selbständigen Berufstätigen, soweit diese auf die Förderung des beruflichen Erfolgs gerichtet ist.⁵ Die Darstellung von Gesundheitsdienstleistern auf Bewertungsportalen gehört zweifelsohne zu dieser geschützten Form der Außendarstellung, da es gerade einer der Primärzwecke der Portale ist, die Patienten bei der Auswahl eines geeigneten Arztes oder Krankenhauses zu unterstützen.⁶ Es ist wegen Art. 19 Abs. 3 GG auch auf juristische Personen, d. h. auch auf Krankenhäuser anwendbar.

3.2 Grundrechtspositionen der Portalnutzer

Bei den Grundrechtspositionen der Portalnutzer ist zunächst zwischen den „aktiven Nutzern“, d. h. denjenigen, die Bewertungen verfassen, und den „passiven Nutzern“ zu unterscheiden, die lediglich Bewertungen auf einem Portal rezipieren.

¹ Di Fabio in: Maunz / Dürig, GG, 79. EL (2016), Art. 2, Rn. 177; Schild in: Wolff/Brink, BeckOK, 20. Ed. (2016), § 3 BDSG, Rn. 45.

² Dammann in: Simitis, BDSG, 8. Auflage (2014), § 3 BDSG, Rn. 17; OLG Karlsruhe RDV 1987, 142.

³ BGH VersR 2005, 1295, 1299; BGH VersR 1986, 1025, 1026; BGH VersR 1994, 570; BGH VersR 2008, 793; BGH VersR 2015, 247.

⁴ Auswirkungen hat die Differenzierung vor allem bei der Frage der grundsätzlichen Anwendbarkeit des Datenschutzrechts; siehe dazu 4.1.1.

⁵ Mann in: Sachs, GG, 7. Auflage (2014), Art. 12, Rn. 79; BVerfG NJW-RR 2007, 1048, 1049; speziell für Ärzteportale BGH ZD 2015, 85, 86 (Abs. 26)

⁶ So auch BGH ZD 2015, 85, 86 (Abs. 27).

3.2.1 Aktive Nutzer

Die aktiven Nutzer können sich als Verfasser der Bewertungen ebenfalls auf die Meinungsfreiheit (Art. 5 Abs. 1 GG) berufen, soweit die Bewertung jedenfalls dem Schutzbereich unterfällt. Vom Schutzbereich der Meinungsfreiheit umfasst sind nämlich v. a. Werturteile als eine „durch das Element der Stellungnahme und des Dafürhaltens geprägte Äußerung“.¹

Neben der als Werturteil verstandenen Meinung im engeren Sinne umfasst die Meinungsfreiheit allerdings grundsätzlich auch sog. Tatsachenbehauptungen, auch wenn diesen das Element des Dafürhaltens fehlt. Sie wird dennoch dem sachlichen Schutzbereich der Meinungsfreiheit zugerechnet, „weil und soweit sie Voraussetzung der Bildung von Meinungen ist, welche Art. 5 Abs. 1 GG in seiner Gesamtheit gewährleistet.“²

Nicht von der Meinungsfreiheit geschützt hingegen sind Tatsachenbehauptungen, wenn sie zur Meinungsbildung nichts beitragen können. Dies gilt für den vorliegenden Fall insbesondere für (zum Zeitpunkt der Äußerung) erwiesene oder erkenntlich unwahre Tatsachenbehauptungen.³ Vom Schutzbereich hingegen erfasst wird zwar die sog. „Schmähekritik“, d. h. eine Äußerung, bei der jenseits polemischer und überspitzter Kritik nicht mehr die Auseinandersetzung in der Sache, sondern die Diffamierung der Person im Vordergrund steht⁴, jedoch wird auf der Ebene der Schranken, insbesondere bei kollidierenden Grundrechten (v. a. dem Allgemeinen Persönlichkeitsrecht) eine Regelabwägung zu Ungunsten der Schmähekritik vorgenommen.⁵

3.2.2 Passive Nutzer

Passive Nutzer, d. h. solche, die lediglich die Bewertungen rezipieren, sind in grundrechtlicher Sicht in ihrer Meinungsbildungsfreiheit (Art. 5 Abs. 1 GG), vor allem aber in ihrer Informationsfreiheit, tangiert.

3.3 Grundrechtspositionen des Portalbetreibers

Der Portalbetreiber, als Mittler zwischen aktiven und passiven Nutzern schließlich, kann sich auf die Meinungsfreiheit (Art. 5 Abs. 1 GG) berufen, selbst wenn in der Vermittlung von Meinungen in Form der Bewertungen keine eigene Meinungsäußerung begründet ist; denn die Meinungsfreiheit schützt auch den Vermittler von Meinungen – etwa in Form von geschriebenen Texten – unabhängig von der Verfassereigenschaft.⁶ Freilich gilt auch die oben genannte Ausgestaltung des Schutzbereichs der Meinungsfreiheit, nach der unwahre Tatsachen nicht von selbiger erfasst sind.

¹ Grabenwarter in: Maunz/Dürig, GG, Art. 5, Rn. 47; BVerfGE 7, 198, 210; 61, 1, 8; 90, 241, 247; 124, 300, 320.

² BVerfG NJW 1983, 1415, 1416.

³ Weiterführend dazu Grabenwarter in: Maunz/Dürig, GG, Art. 5, Rn. 48 ff.

⁴ Grabenwarter in: Maunz/Dürig, GG, Art. 5, Rn. 61.

⁵ Grabenwarter in: Maunz/Dürig, GG, Art. 5, Rn. 163.

⁶ Grabenwarter in: Maunz/Dürig, GG, Art. 5, Rn. 88; OLG Hamburg ZD 2011, 138 m. Anm. Arning; so auch BGH ZD 2015, 85, 87 (Abs. 28); Schröder, VerwArch 2010, 205, 214 der insoweit von der „unverzichtbare[n] Mittlerperson“ spricht.

Daneben ist auch das Grundrecht auf Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) betroffen, weil eine Löschung, Sperrung oder Änderung einer Bewertung oder eines vollständigen Profils den Portalbetreiber in der freien Ausübung seines Gewerbes beschränken würde.¹ Beide Grundrechte sind wegen Art. 19 Abs. 3 GG auch auf juristische Personen anwendbar.

3.4 Mittelbare Drittwirkung im einfachen Recht

Sowohl das Allgemeine Persönlichkeitsrecht einschließlich des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung² als auch die Berufsfreiheit³ und die Meinungsfreiheit⁴ entfalten abseits ihrer grundsätzlichen Abwehrfunktion gegenüber staatlichen Eingriffen mittelbare Drittwirkung, so dass beide Grundrechte im Rahmen der – noch zu erörternden – einfachrechtlichen Beurteilung als Wertungs- und Auslegungsmaßstab zu berücksichtigen sind. Die Informationsfreiheit hingegen ist von ihrer Historie ausschließlich staatsgerichtet; eine Drittwirkung kommt ihr nicht zu.⁵

4 Einfachrechtliche Einordnung

Nachdem der grundrechtliche Rahmen feststeht, soll nachfolgend eine einfachrechtliche Einordnung vorgenommen werden, welche den Wirkungsrahmen für die vorgenannten Grundrechtspositionen darstellt.

4.1 Datenschutzrecht

4.1.1 Anwendbarkeit des Datenschutzrechts

Für die Anwendbarkeit des Datenschutzrechts müsste es sich bei den im Portal verarbeiteten Informationen um personenbezogene Daten handeln. Soweit die Daten ausschließlich juristische Personen (z. B. Krankenhäuser) betreffen, scheidet eine Anwendbarkeit des Datenschutzrechts a priori aus, so dass es für deren Aufnahme in ein Bewertungsportal schon gar nicht auf die datenschutzrechtliche Zulässigkeit ankommt. Die Daten der Gesundheitsdienstleister in Form von natürlichen Personen hingegen, die unter ihrem Namen und akademischen Grad, zusammen mit deren Berufs- und Fachbezeichnungen sowie Kontaktinformationen in ein Bewertungsportal aufgenommen werden sollen, sind wegen der unmittelbaren Zuordenbarkeit zu einer natürlichen Person personenbezogene Daten (Art. 4 Nr. 1 DSGVO). Es bedarf daher wegen Art. 6 Abs. 1 DSGVO⁶ einer entsprechenden Rechtsgrundlage.⁷

¹ So auch BGH ZD 2015, 85, 87 (Abs. 29).

² *Di Fabio* in: *Maunz/Dürig*, GG, Art. 2, Rn. 191.

³ Wolff in: *Hömig/Wolff*, 11. Auflage (2016), Art. 12, Rn. 2.

⁴ Bethge in: *Sachs*, GG, Art. 5, Rn. 30a ff.; BVerfGE 93, 246, 292 ff. – „Soldaten sind Mörder“.

⁵ Bethge in: *Sachs*, GG, Art. 5, Rn. 59.; BVerfGE 90, 27, 33. – „Parabolantenne“.

⁶ Die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) löst mit ihrer unmittelbaren Anwendbarkeit zum 25. Mai 2018 das bisherige Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ab.

⁷ Zur Frage, ob die Anwendung der datenschutzrechtlichen Vorschriften für Bewertungsportale unter dem sog. Medienprivileg (§ 41 BDSG) siehe Dix in: *Simitis*, BDSG, § 41 Rn. 11.

Neben den o. g. Daten des Gesundheitsdienstleisters sind auch die Bewertungen in einem Portal personenbezogene Daten, da es ja gerade deren Gegenstand ist, über die sie betreffende Person eine Aussage zu treffen.

4.1.2 Bisherige Zulässigkeitsvoraussetzungen nach dem des BDSG

Die bis dato ergangene Rechtsprechung zu Bewertungsportalen legt noch das bis zum 24. Mai. 2018 geltende BDSG zu Grunde. Im Folgenden soll daher zunächst die bisherige Rechtslage skizziert werden.

Typischerweise werden die vorgenannten personenbezogenen Daten mit Ausnahme der Bewertungen in Ermangelung anderer, mit vertretbarem Aufwand erreichbarer Quellen aus bestehenden öffentlichen Verzeichnissen (z. B. Branchenverzeichnissen) oder dem Web (z. B. der Homepage des Gesundheitsdienstleisters) entnommen. Es handelt sich insoweit um „allgemein zugängliche“ Daten im Sinne von § 28 Abs. 1 Nr. 3 BDSG bzw. § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BDSG. Grundsätzlich wäre zwar – der gegenüber § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BDSG in seinen Anforderungen weniger streng¹ – § 28 Abs. 1 BDSG als Erlaubnisnorm heranzuziehen, allerdings handelt es sich vorliegend nicht lediglich um ein Gesundheitsdienstleisterverzeichnis; der Geschäftszweck des Portalbetreibers lässt sich vielmehr nur im Zusammenhang mit den Bewertungen erreichen, so dass sich die datenschutzrechtliche Zulässigkeit ausschließlich nach § 29 Abs. 1 Satz 1 BDSG bestimmt.²

Danach ist die Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten zum Zweck der Übermittlung zulässig, wenn kein Grund zu der Annahme besteht, dass der Betroffene ein schutzwürdiges Interesse an dem Ausschluss der Erhebung oder Speicherung hat. Der Begriff des schutzwürdigen Interesses ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der „wertausfüllungsbedürftig“ ist und eine Abwägung des Interesses des Betroffenen an dem Schutz seiner Daten und des Stellenwerts, den die Offenlegung und Verwendung der Daten für ihn hat, mit den Interessen der Nutzer, für deren Zwecke die Speicherung erfolgt, unter Berücksichtigung der objektiven Wertordnung der Grundrechte verlangt.³

4.1.3 Zulässigkeitsvoraussetzungen der DSGVO

Nach Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. f DSGVO ist die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich, sofern nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Die in den §§ 28, 29 BDSG vorgenommene ausdrückliche Differenzierung besteht unter Geltung der DSGVO nicht mehr. Das Gleiche gilt für die Frage der allgemeinen Zugänglichkeit der erhobenen Daten, die ebenfalls keine ausdrückliche Erwähnung in der einschlägigen Erlaubnisnorm findet. Freilich

¹ Gegenüber § 29 Abs. 1 Satz 1 BDSG reicht es nach § 28 Abs. 1 BDSG für die Interessenabwägung aus, dass ein möglicherweise einer Nutzung entgegenstehendes, schutzwürdiges Interesse des Gesundheitsdienstleisters das berechtigte Interesse des Portalbetreibers nicht „offensichtlich überwiegt“.

² *Helfrich* in: *Forgó/Helfrich/Schneider*, Betrieblicher Datenschutz, 2. Auflage (2017), Kap. 4, Rn. 24 f. m. w. Nw; *Ehmann* in: *Simits*, BDSG, § 29, Rn. 96; *Gola / Klug / Körffer* in: *Gola / Schomerus*, BDSG, 12. Auflage (2015), § 29, Rn. 11; *Roggenkamp*, K&R 2009, 571; BGH MMR 2015, 106, 107 (Abs. 23).

³ BGH MMR, 2015, 106, 107 (Abs. 24); zur Interessenabwägung sogleich unter 4.1.4.

ist der Umstand, dass es sich um allgemein zugängliche, d. h. bereits veröffentlichte Daten handelt bei der Interessenabwägung im Rahmen der DSGVO ebenso zu berücksichtigen, wie die Auswirkungen auf den Betroffenen, welche sich aus der Verarbeitung der personenbezogenen Daten des Gesundheitsdienstleisters zusammen mit den Bewertungen ergeben.

4.1.4 Interessenabwägung

Sowohl unter dem Regime des BDSG wie auch unter der DSGVO ist eine Abwägung des berechtigten Interesses des Plattformbetreibers einerseits und dem schutzwürdigen Interesse des von der Verarbeitung betroffenen Gesundheitsdienstleisters vorzunehmen.

Die Breitenwirkung eines Bewertungsportals ist grundsätzlich hoch. Diese Feststellung begründet sich vor allem in der registrierungslosen Zugänglichkeit der Bewertungen auf dem Portal¹ und der Tatsache, dass die Portalbetreiber einen erheblichen Aufwand betreiben, um bei Zugriffen über Suchmaschinen auf der ersten Ergebnisseite aufzutauchen (sog. Suchmaschinenoptimierung). Die Bewertungen werden zudem bereits auf der Ergebnisseite in Form einer 5-sternigen Bewertungsskala aggregiert neben dem jeweiligen Namen des Gesundheitsdienstleisters dargestellt. Es liegt auf der Hand, dass jede Suche eines Patienten nach seinem Gesundheitsdienstleister ihn mit den Bewertungen konfrontiert, selbst wenn diese gar nicht Ziel seiner Suche waren. Die Beeinträchtigung des Persönlichkeitsrechts bzw. des Rechts auf freie Berufsausübung sind dementsprechend hoch.²

Die mögliche Beeinträchtigung kann insbesondere durch eine missbräuchliche Nutzung des Portals im Form unwahrer, beleidigender oder ansonsten unzulässiger Aussagen im Einzelfall sogar besonders hoch sein.³

Die Rechtsprechung hat bezüglich des Persönlichkeitsrechts – dessen Reichweite nicht feststeht – Abstufungen in der Schutzwürdigkeit vorgenommen, indem sie das Wirken des Betroffenen im Wesentlichen vier Sphären zuordnet.⁴ Der Gesundheitsdienstleister ist durch die Bewertungsportale lediglich in seiner Sozialsphäre betroffen, da die Bewertungen sich (in der Regel) auf dessen berufliche Leistungen beziehen, die sich insoweit vor einer breiteren Öffentlichkeit vollziehen. Innerhalb der Sozialsphäre werden lediglich schwerwiegende Beeinträchtigung des Persönlichkeitsrechts sanktioniert.⁵ Das Persön-

¹ Insoweit unterscheiden sich die Bewertungsportale für Gesundheitsdienstleistung auch von dem Lehrerbewertungsportal spickmich.de (welches seit August 2014 abgeschaltet wurde), welches Gegenstand mehrerer Gerichtsentscheidungen war (LG Köln MMR 2007, 729 m. Anm. Kreuzer; OLG Köln MMR 2008, 672; BGH MMR 2009, 608 m. Anm. Greve/Schärdel); BGH MMR 2015, 106, 108 m. Anm. Petershagen (Abs. 33).

² Siehe dazu auch BGH MMR 2015, 106, 108 m. Anm. Petershagen (Abs. 31 ff.).

³ Zumal für eine Bewertung zwar eine Registrierung notwendig ist, eine identifizierende Überprüfung des Bewerbers hingegen nicht erfolgt und damit das Entdeckungsrisiko vergleichsweise gering ist.

⁴ Zur Rechtsprechung BGH NJW 1957, 1146; BGH GRUR 1958, 615; BGH GRUR 1979, 418; BGH VersR 1987, 778; BGH VersR 1988, 379; BGH VersR 1991, 433; ausführlich zum Sphärenmodell Kröner in: Paschke/Berlit/Meyer, Hamburger Kommentar, 3. Auflage (2016), Art. 8 EMRK, Rn. 21.

⁵ Kröner in: Paschke/Berlit/Meyer, Hamburger Kommentar, Art. 8 EMRK, Rn. 48; BGH ZUM-RD 2012, 252; ZUM-RD 2015, 151.

lichkeitsrecht schützt in diesem Bereich nur vor entstellenden oder verfälschenden Darstellungen, die das Persönlichkeitsbild erheblich beeinträchtigen können; dies gilt z. B. dann, wenn Stigmatisierung oder soziale Ausgrenzung drohen oder die Darstellung Prangerwirkung entfaltet.¹ Dies gilt auch für die berufliche Sphäre, denn wer sich am Wirtschaftsleben beteiligt, muss sich auf eine kritische Auseinandersetzung mit seinen Leistungen in der Öffentlichkeit einstellen und gefallen lassen.² Einen Anspruch in der Öffentlichkeit nur so dargestellt zu werden, wie man es sich selbst wünscht besteht hingegen nicht.³ Dies gilt umso mehr, wo eine (frei)berufliche Leistung – wie vorliegend überwiegend als Dienst höherer Art i. S. v. § 627 Abs. 1 BGB – erbracht wird.

Schließlich ist der Betroffene dem Geschehen nicht schutzlos ausgeliefert: Gegen rechtswidrige Bewertungen hat er die Möglichkeit gegenüber dem Plattformbetreiber die Beseitigung zu betreiben, gegenüber den Urhebern rechtswidriger Bewertungen stehen ihm sowohl Beseitigungsansprüche, als auch und vor allem Unterlassungs- und Schadenersatzansprüche zu.⁴

Die Rechtsprechung hat insoweit der Meinungs- und Berufsfreiheit der Plattformbetreiber, wie auch und vor allem der Meinungsfreiheit der bewertenden Nutzer der Plattformen grundsätzlichen Vorrang vor dem Persönlichkeitsrecht und der Berufsfreiheit der betroffenen Gesundheitsdienstleister eingeräumt. Diese Rechtsprechung ist zum Teil auf Kritik gestoßen, insbesondere, weil der Einzelne nicht übersehen könne, was tatsächlich im Web über ihn berichtet werde. Es wird in diesem Zusammenhang zwar gemahnt, dass der Schutz der freien Kommunikation im Netz nicht unkritisch überhöht und auf Kosten des Daten- und Persönlichkeitsschutzes immer noch weiter ausgedehnt werden dürfe.⁵

Die vorgebrachte Kritik lässt bedauerlicherweise über die bloße Mahnung hinaus konkrete Vorschläge zum (stets komplexen) Ausgleich der Grundrechtspositionen vermissen und ist insoweit wenig hilfreich. Richtig ist, dass die Übersehbarkeit dessen, was über eine Person oder ein Unternehmen im Internet berichtet wird, nicht ohne weiteres gegeben ist, ebenso richtig ist allerdings, dass dies bei der sogenannten Mund-zu-Mund-Propaganda nicht anders ist. Vielmehr ist es im Internet so, dass durch Suchmaschinen und automatisierte Suchen mit Alarmierungsfunktion eine weitaus bessere Kontrollmöglichkeit besteht als bei der mündlichen Weitergabe von Meinungen (einschließlich Halbwahrheiten und Gerüchten von denen der Betroffene nur selten Details erfährt).

4.1.5 Auswirkungen der DSGVO auf die Interessenabwägung

Bei der Interessenabwägung ändert sich gegenüber der alten Rechtslage (BDSG) unter Geltung der DSGVO vor allem die einschlägige Abwägungsformulierung: Unter dem bisher einschlägigen § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BDSG war u. a. Voraussetzung, dass „kein Grund zu der Annahme besteht, dass der Betroffene ein schutzwürdiges Interesse an

¹ BGH MedR 2005, 353; BGH MMR 2009, 608 m. Anm. Greve/Schärdel; BVerfG MMR 2010, 422; Solmecke in: Hoeren / Sieber / Holznapel, Multimedia-Recht, 44. EL (2017), Teil 21.1, Rn. 36.

² BGH ZUM-RD 2007, 113.

³ BVerfG NJW 1998, 1381, 1383; BVerfG NJW 2011, 47, 48; BGH MMR 2009, 608 m. Anm. Greve / Schärdel.

⁴ Dazu sogleich unter 4.2.

⁵ So Buchner / Petri, in: Kühling / Buchner, DSGVO, 1. Auflage (2017), Art. 6, Rn. 170.

dem Ausschluss der Erhebung, Speicherung oder Veränderung hat“; Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. f DSGVO sieht demgegenüber vor, dass „nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, [die berechtigten Interessen des Verantwortlichen] überwiegen“. Die Regelung der DSGVO liegt damit von ihrem Wortlaut „zwischen“ dem strengen § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BDSG, dem bereits die bloße „Annahme“ eines schutzwürdigen Interesses ausreicht und dem § 28 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 BDSG, bei dem das schutzwürdige Interesse „offensichtlich“ überwiegen musste. Daraus ergibt sich zwar eine graduelle Verschiebung des wörtlichen Auslegungshorizonts zwischen dem BDSG und der DSGVO, der allerdings für die Fälle der Zulässigkeit von Bewertungsportalen folgenlos bleibt, denn diese waren grundsätzlich schon unter dem gegenüber Art. 6 Abs., 1 Satz 1 lit. f DSGVO strengeren Maßstab des § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BDSG zulässig¹. Danach steht fest, dass auch nach der DSGVO das Geschäftsmodell des Bewertungsportals grundsätzlich zulässig bleibt. Gegen bloße Aufnahme in ein Bewertungsportal besteht insoweit seitens der Gesundheitsdienstleister keine rechtliche Handhabe.

4.2 Rechtsschutzmöglichkeiten

Trotz der grundsätzlichen datenschutzrechtlichen Zulässigkeit der Bewertungsportale bestehen dennoch Rechtsschutzmöglichkeiten:

4.2.1 Datenschutzrechtlicher Berichtigungsanspruch

Soweit falsche personenbezogene Daten verarbeitet werden ergibt sich aus Art. 16 Satz 1 DSGVO bzw. § 35 Abs. 1 BDSG ein Berichtigungsanspruch des Betroffenen. Mit Art. 16 Satz 2 DSGVO normiert der europäische Gesetzgeber ausdrücklich das Recht unvollständige Informationen durch zusätzliche Informationen des Betroffenen zu ergänzen. Dieser Anspruch bezieht sich freilich nicht auf die „Berichtigung“ von Meinungsäußerungen im Rahmen abgegebener Bewertungen.

4.2.2 Datenschutzrechtlicher Lösungsanspruch („Recht auf Vergessen“)

Art. 17 Abs. 1 DSGVO normiert zwar eine ganze Reihe von Tatbeständen, die eine Löschung von personenbezogenen Daten nach sich ziehen und daher vermeintlich hilfreich gegen negative Bewertungen oder eine unerwünschte Aufnahme in ein Bewertungsportal erscheinen, allerdings greift der Lösungsanspruch für die vorliegend interessierenden Fälle regelmäßig nicht durch, weil es in Art. 17 Abs. 3 DSGVO eine Ausnahme gibt, wonach das Lösungsrecht gerade in Fällen der Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information ausgeschlossen ist. Bewertungen können auf diesem Wege demnach nicht gelöscht werden, solange sie in den Schutzbereich der freien Meinungsäußerung fallen. Insoweit fällt die DSGVO hinter den Schutz des BDSG zurück: Der dortige Lösungsanspruch geht nämlich gegenüber Art. 17 Abs. 1 lit. a DSGVO weiter, weil er den Ausschluss für Fälle der Ausübung der freien Meinungsäußerung und

¹ Siehe dazu etwa BGH MMR 2015, 106.

Information nicht kennt; folglich kommt nach § 35 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 BDSG ein Lösungsanspruch (sog. „Recht auf Vergessen“¹) für ältere Bewertungen durchaus in Betracht, da sie vom Portalbetreiber geschäftsmäßig zum Zweck der Übermittlung verarbeitet werden. Der Portalbetreiber ist danach verpflichtet, jeweils am Ende des dritten Kalenderjahres² zu prüfen, ob eine länger währende Speicherung nicht erforderlich ist und in diesem Fall die Bewertung zu löschen. § 35 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 BDSG normiert damit im Grunde eine Art „Vergessenspflicht“³, wengleich auch einschränkt mit einer vorgelagerten Prüfungspflicht des Verantwortlichen. Mehrere Jahre alten Bewertungen haben in der Regel lediglich historische Bedeutung und sagen nichts mehr über die aktuelle Qualität einer Dienstleistung aus, vor diesem Hintergrund erscheint es nachvollziehbar, dass die Literatur zum Teil – m. M. zu Recht – davon ausgeht, dass Bewertungen im Falle mangelnder Aktualität zu löschen sind, weil sie für den Zweck des Portals nicht mehr bedeutsam sind.⁴ Unter der DSGVO, die mit Art. 17 Abs. 1 lit. a DSGVO eine vergleichbare Vorschrift kennt, gilt dies freilich wegen des Ausschusses des Art. 17 Abs. 3 lit. a DSGVO nicht.⁵

Für die bloße Aufnahme in das Bewertungsportal greifen ebenfalls keine der aufgeführten Tatbestände, weil mit Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO eine Rechtsgrundlage besteht⁶ und kein dem berechtigten Interesse des Portalbetreibers entgegenstehendes schutzwürdiges Interesse des Gesundheitsdienstleisters besteht.

4.2.3 Beseitigungs-, Unterlassungs- und Schadenersatzansprüche

4.2.3.1 Gegen den Urheber der Bewertung

Gegen den Urheber einer (negativen) Bewertung kann sich der betroffene Gesundheitsdienstleister hingegen zivilrechtlich nach Maßgabe der §§ 823 Abs. 1 BGB, 1004 BGB analog wehren bzw. den Urheber gemäß § 823 Abs. 1 BGB auf Schadenersatz in Anspruch nehmen. Die vorgenannten Grundrechtspositionen⁷ kommen als sonstiges Recht des § 823 Abs. 1 BGB in Betracht.⁸

Grundsätzlich bedarf es dafür aber einer Rechtsverletzung durch die Bewertung. Wie bereits ausgeführt, sind die Gesundheitsdienstleister bei der Kritik ihrer Berufsausübung im Bereich ihrer Sozialsphäre berührt, so dass generell nur schwerwiegende Verletzung

¹ Dazu Buchholtz, ZD 2015, 570; Freialdenhoven/Heinzke GRUR-Prax 2015, 119; Karg/Kühn, ZD 2015, 61; Nolte, NJW 2014, 2238; Kodde, ZD 2013, 115; siehe dazu auch EuGH ZD 2014, 350 – „Recht auf Vergessen“.

² Die Frist beträgt lediglich drei Jahre, weil es sich bei den Bewertungen um abgeschlossene Vorgänge handelt. Die Fristberechnung beginnt mit dem Kalenderjahr, das der erstmaligen Speicherung folgt.

³ So auch Kodde, ZD 2013, 115.

⁴ Etwa Nink in: Schuster/Schindler, Recht der elektronischen Medien, 3. Auflage (2016), § 35 BDSG, Rn. 38.; die grundsätzliche Anwendbarkeit des § 35 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 BDSG erkennt auch OLG Köln ZD 2017, 280, 288 (Abs. 79 ff.) an.

⁵ Jedenfalls nicht ohne eine Auslegung gegen Wortlaut und Systematik der Vorschrift.

⁶ So dass es weder auf die Einwilligung des Betroffenen, noch auf dessen Widerspruch ankäme. Anders läge der Fall allenfalls, wenn die Verarbeitung unrechtmäßig wäre oder der verantwortliche Portalbetreiber rechtlich – etwas durch ein Gerichtsurteil – zur Löschung verpflichtet wäre.

⁷ Siehe dazu 3.1.

⁸ Siehe dazu ausführlich bei Förster in: Bamberger / Roth, BeckOK BGB, 42. Ed. (2017), § 823, Rn. 143.

des Persönlichkeitsrechts bzw. der Berufsfreiheit sanktionsbewährt sind.¹ In Betracht kommen daher lediglich Bewertungen die wegen unwahrer Tatsachenbehauptungen aus dem Schutzbereich der Meinungsfreiheit herausfallen oder sog. Schmähkritik; gegen sachliche, aber ganz ausdrücklich auch „deftige“ und überspitzte Kritik bieten die Beseitigungs-, Unterlassungs- und Schadenersatzansprüche hingegen keine Hilfe. In diesen Fällen setzte sich die Meinungsfreiheit gegen das Allgemeine Persönlichkeitsrecht und die Berufsfreiheit in der Abwägung durch.

4.2.3.2 Gegen den Plattformbetreiber

Liegt allerdings eine rechtsverletzende Bewertung vor, gestaltet sich die tatsächliche Rechtsdurchsetzung vor dem Hintergrund der in der Regel bestehenden Pseudonymität der Urheber von Bewertungen häufig als schwierig. Es liegt daher auf der Hand, dass betroffene Gesundheitsdienstleister zunächst versuchen werden, sich an den Betreiber der Bewertungsplattform zu wenden.

4.2.3.2.1 Haftungsprivilegierung des Plattformbetreibers nach dem Telemediengesetz

Bei dem Betreiber einer Bewertungsplattform im Web handelt es sich um einen Diensteanbieter im Sinne von § 2 Abs. 1 TMG.² Diensteanbieter sind gemäß § 10 Satz 1 TMG für fremde Informationen, die sie für einen Nutzer speichern, nicht verantwortlich, sofern sie davon keine Kenntnis haben bzw. ihnen im Falle von Schadenersatzansprüchen auch keine Tatsachen oder Umstände bekannt sind, aus denen die Rechtswidrigkeit offensichtlich wird. Eine strafrechtliche Verantwortlichkeit des Plattformbetreibers kommt daher ebenso wenig in Betracht wie die Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen. Dieses Haftungsprivileg bezieht sich allerdings nicht auf Unterlassungsansprüche.³

4.2.3.2.2 Zurechnung fremder Inhalte

Für Unterlassungsansprüche kommt es freilich darauf an, ob die von einem Nutzer der Plattform verfasste Bewertung dem Betreiber des Portals zugerechnet werden können. Maßgeblich für diese Frage ist nach der Rechtsprechung des BGH, dass sich der Anbieter die fraglichen Inhalte, die er nicht selbst geschaffen hat, zu eigen gemacht hat. Dafür erforderlich ist eine „objektive Sicht auf der Grundlage einer Gesamtbetrachtung aller relevanten Umstände, wobei insbesondere die Frage der inhaltlichen redaktionellen Kontrolle der fremden Inhalte und die Art der Präsentation von Bedeutung sind.“⁴ Ein „Zu-Eigen-Machen“ liegt danach regelmäßig vor, wenn die „fremde Äußerung so in den eigenen Gedankengang eingefügt wird, dass die gesamte Äußerung als eigene erscheint“.⁵ Der Betreiber eines Webpräsenz macht sich Inhalte demnach zu eigen, wenn er nach außen erkennbar die inhaltliche Verantwortung für die auf seiner Internetseite veröffent-

¹ Siehe dazu 3.1.

² So auch BGH MMR 2014, 704.

³ BGH NJW 2012, 2345 (Abs. 10).

⁴ OLG Düsseldorf NJW-RR 2016, 656, 657 (Abs. 26).

⁵ BGH NJW 2012, 2345 (Abs. 11).

lichten Inhalte übernommen oder den zurechenbaren Anschein erweckt hat, er identifiziere sich mit den fremden Inhalten.¹ Dies gilt insbesondere dann, wenn der Anbieter die von Dritten hochgeladenen Inhalte inhaltlich-redaktionell auf Vollständigkeit und Richtigkeit kontrolliert oder auswählt oder die fremden Informationen in das eigene redaktionelle Angebot einbindet.²

Dies ist auf Bewertungsportalen regelmäßig nicht Fall. Dem Plattformbetreiber kommt es auf die Authentizität der Bewertungen gerade an; für die redaktionelle Überarbeitung müsste überdies erhebliche personelle Kapazitäten aufgewandt werden. Für diese Fälle kommt eine Zurechnung daher nicht in Betracht.³

Unter dem Gesichtspunkt der mittelbaren Störerhaftung allerdings ist derjenige verpflichtet, der, ohne Täter oder Teilnehmer zu sein, in irgendeiner Weise willentlich und adäquat kausal zur Beeinträchtigung des Rechtsguts beiträgt.⁴ Mit dem Betrieb des Bewertungsportals leistet der Plattformbetreiber zwar einen Beitrag zur Rechtsverletzung – zumal er weiß oder wissen muss, dass es im Web schnell zu rechtsverletzenden Äußerungen kommen kann – allerdings darf die Störerhaftung in Form der Verbreiterhaftung nach der Rechtsprechung des BGH zu Recht nicht über Gebühr auf Dritte erstreckt werden, welche die rechtswidrige Beeinträchtigung nicht selbst vorgenommen haben.⁵ Dies gilt im vorliegenden Fall umso mehr, denn – wie bereits oben⁶ ausgeführt – umfasst der Schutzbereich der Meinungsfreiheit aus Art. 5 Abs. 1 GG auch die Meinungsvermittlung, ohne dass der Mitteilende sich die mitgeteilte Meinung zu eigen macht oder sie in eine eigene Stellungnahme einbindet, sondern die fremde Äußerung lediglich verbreitet.⁷ Insofern würde eine mittelbare Störerhaftung im vorliegenden Fall ihrerseits einen starken Grundrechtseingriff darstellen. Eine Haftung des Verbreiters fremder Nachrichten als Störer setzt deshalb die Verletzung zumutbarer Verhaltens-, insbesondere Prüfungspflichten voraus.⁸ Der Umfang dieser Pflichten bestimmt sich danach, „[o]b und inwieweit dem als Störer in Anspruch Genommenen eine Verhinderung der Verletzungshandlung des Dritten zuzumuten ist“ und „richtet sich nach den jeweiligen Umständen des Einzelfalls unter Berücksichtigung seiner Funktion und Aufgabenstellung sowie mit Blick auf die Eigenverantwortung desjenigen, der die rechtswidrige Beeinträchtigung selbst unmittelbar vorgenommen hat“.⁹

Weil sich eine umfassende Vorabprüfungspflicht des Betreibers als Hemmnis für den Betrieb eines auf Aktualität ausgerichteten Informationsportals im Internet darstellen

¹ BGH NJW-RR 2010, 1276, 1278 (Abs. 25 f.); BGH NJW 2012, 2345; BGH GRUR 2012, 751, 752 (Abs. 11).

² BGH NJW-RR 2009, 1413 (Abs. 19); BGH NJW 2013, 784; BGH NJW 2015, 3443, 3444 (Abs. 25); OLG Düsseldorf NJW-RR 2016, 656, 657 (Abs. 29).

³ So im Ergebnis für ein Ärztebewertungsportal auch OLG Düsseldorf NJW-RR 2016, 656.

⁴ BGH NJW 2012, 148; BGH NJW-RR 2009, 1413, 1414 (Abs. 13 f.).

⁵ BGH NJW 2012, 2345, 2346 (Abs. 18) m. w. Nw.; BGH NJW-RR 2009, 1413, 1414 (Abs. 18) m. w. Nw.

⁶ Siehe dazu unter 3.3.

⁷ BGH NJW 2012, 2345, 2346 (Abs. 18) m. w. Nw; BVerfG NJW-RR 2010, 470 (Abs. 58).

⁸ OLG Düsseldorf NJW-RR 2016, 656, 658 (Abs. 34) m. w. Nw.

⁹ BGH NJW 2017, 1965 (Abs. 11) m. w. Nw.

würde¹ und weil angesichts des mit einer solchen Vorabprüfungspflicht verbundenen Haftungsrisikos für fremde Inhalte überdies die Gefahr einer „Vorabzensur“ durch den Portalbetreiber bestünde (sog. „chilling effect“²), ist der Betreiber, der erkennbar fremde Inhalte ins Internet stellt, danach „grundsätzlich nicht verpflichtet, die Beiträge vor der Veröffentlichung auf eventuelle Rechtsverletzungen zu überprüfen“³. Eine Prüfungspflicht ergibt sich vielmehr erst, wenn er – gleich auf welchem Weg (z. B. durch eigene Recherche oder durch einen Hinweis von Dritten) – Kenntnis von der (möglichen) Rechtsverletzung erlangt. Gelangt der Plattformbetreiber zu der Auffassung, dass die Bewertung rechtswidrig ist, muss er sie entfernen. Ansonsten haftet er ab dem Zeitpunkt der Kenntnis gegenüber dem durch die Bewertung Verletzten als Störer; er kann ab dann sogar verpflichtet sein, zukünftig derartige Verletzung zu verhindern, wenn ihm das technisch und organisatorisch möglich und zumutbar ist.⁴

4.2.4 Identifizierungsmöglichkeiten des Urhebers einer rechtsverletzenden Bewertung

Damit bleibt es im Grundsatz bei der ausschließlichen Inanspruchnahme des Urhebers und dem damit verbundenen Pseudonymitätsproblems. Um an eine ladungsfähige Anschrift zu gelangen bleibt allein die Hoffnung, dass der Plattformbetreiber über diese Daten verfügt (und wenn, dass diese nicht falsch sind).

Ein direkter Anspruch auf Auskunft über die Identität eines konkreten Urhebers gegen den Betreiber eines Bewertungsportals besteht allerdings nicht.⁵ Zwar kommt ausnahmsweise eine Auskunftspflicht nach dem Grundsatz von Treu und Glauben nach § 242 BGB bei jedem Rechtsverhältnis in Betracht, dessen Wesen es mit sich bringt, dass der Berechtigte in entschuldbarer Weise über Bestehen oder Umfang seines Rechts im Unwissen und der Verpflichtete in der Lage ist, unschwer die zur Beseitigung dieser Ungewissheit erforderlichen Auskünfte zu erteilen⁶, wobei der Inanspruchgenommene nicht zwingend auch der Schuldner des Hauptanspruchs sein muss⁷. Für die dazu erforderliche besondere rechtliche Beziehung zwischen Berechtigtem und Verpflichtetem genügt auch ein gesetzliches Schuldverhältnis.⁸ Dieses würde in Form eines Beseitigungs- und Unterlassungsanspruchs gegen den Urheber der Bewertung im Falle einer rechtswidrigen Bewertung auch bestehen.⁹ Allerdings ist die Auskunftserteilung für den Plattformbetreiber rechtlich unmöglich (§ 275 Abs. 1 BGB), da ein Diensteanbieter von Telemedien

¹ OLG Düsseldorf NJW-RR 2016, 656, 658 (Abs. 35) m. w. Nw.

² Siehe zum Begriff und den Folgen für die Meinungsfreiheit Grabenwarter in: Maunz/Dürig, GG, Art. 5, Rn. 103.

³ OLG Düsseldorf NJW-RR 2016, 656, 658 (Abs. 35) m. w. Nw.

⁴ BGH GRUR 2012, 311, 312 (Abs. 24); OLG Düsseldorf NJW-RR 2016, 656, 658 (Abs. 35) m. w. Nw.; OLG Düsseldorf, Urteil vom 8. 8. 2014, I 16 U 30/14 – Bewertungsportal jameda.de (auch BeckRS 2016, 10863).

⁵ Zu Auskunftsansprüchen bei Persönlichkeitsrechtsverletzungen im Internet ausführlich Paschke/Halder, MMR 2016, 723; Krohm/Müller-Peltzer, ZD 2015, 409.

⁶ BGH GRUR 2014, 902, 903 (Abs. 6) m. w. Nw.

⁷ BGH GRUR 2010, 343, 346 (Abs. 35) m. w. Nw.

⁸ BGH GRUR 2014, 902, 903 (Abs. 6); BGH GRUR 2002, 238.

⁹ Siehe dazu 4.2.3.

gemäß § 12 Abs. 2 TMG die für die Bereitstellung von Telemedien erhobene personenbezogene Daten für andere Zwecke nur verwenden darf, soweit das TMG oder eine andere Rechtsvorschrift, die sich ausdrücklich auf Telemedien bezieht, die Weitergabe erlaubt oder der Nutzer eingewilligt hat. Eine Einwilligung wird der Urheber einer rechtswidrigen Bewertung aus nachvollziehbaren Gründen nicht erteilen, eine andere Rechtsvorschrift ist jedoch nicht ersichtlich. Insbesondere bezieht sich § 242 BGB selbst nicht auf Telemedien.¹ Schließlich kommt auch § 14 Abs. 2 TMG nicht in Betracht; danach darf der Diensteanbieter zwar auf Anordnung der zuständigen Stellen im Einzelfall Auskunft über Bestandsdaten erteilen, soweit dies für Zwecke der Strafverfolgung, zur Gefahrenabwehr durch die Polizeibehörden der Länder, zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Verfassungsschutzbehörden des Bundes und der Länder, des Bundesnachrichtendienstes oder des Militärischen Abschirmdienstes oder des Bundeskriminalamtes im Rahmen seiner Aufgabe zur Abwehr von Gefahren des internationalen Terrorismus oder zur Durchsetzung der Rechte am geistigen Eigentum erforderlich ist – eine Auskunftserteilung zu Zwecken des Schutzes von Persönlichkeitsrechten ist jedoch nicht Gegenstand der Vorschrift.² Für eine analoge Anwendung fehlt es an einer planwidrigen Regelungslücke.³

Im Ergebnis bleibt dem Betroffenen daher nur der Umweg über staatsanwaltschaftliche Ermittlungen. Soweit die fragliche Bewertung strafrechtliche Relevanz hat, hat der betroffene Gesundheitsdienstleister die Möglichkeit gemäß § 406e Abs. 1 StPO über einen Rechtsanwalt Akteneinsicht zu nehmen bzw. über § 406e Abs. 5 StPO Auskunft über die Adresse des Rechtsverletzers zu erhalten. Handelt es sich hingegen lediglich um eine zwar das Persönlichkeitsrecht des Betroffenen verletzende Bewertung ohne dass diese zugleich strafbar ist, dürfte die Rechtsverfolgung aussichtslos sein.

5 Fazit

Der Betrieb von Bewertungsportalen (auch) für Gesundheitsdienstleistungen ist nach Anwendbarkeit der DSGVO ab dem 25. Mai 2018 unverändert datenschutzrechtlich zulässig. Tatsächlich hat sich die datenschutzrechtliche Abwägung unter der neuen Rechtsgrundlage des Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. e DSGVO graduell zugunsten der Plattformbetreiber verschoben.

Die konkreten Bewertungen werden – soweit sie vom Plattformbetreiber nicht redaktionell bearbeitet oder kontrolliert werden – allein dem Urheber der Bewertung zugerechnet. Der Plattformbetreiber kann erst als Störer in Anspruch genommen werden, wenn er – etwa durch einen Hinweis – Kenntnis von der rechtswidrigen Bewertung erlangt hat und diese nicht unverzüglich entfernt hat.

¹ BGH GRUR 2014, 902, 904 (Abs. 11); LG München I CR 2013, 677,678; Spindler / Nink in: Spindler / Schuster, § 12 TMG, Rn. 7.

² LG München I CR 2013, 677,678; Lauber-Rönsberg, MMR 2014, 2014, 10, 13; Spindler, CR 2007, 239, 243.

³ So auch BGH GRUR 2014, 902, 904 (Abs. 13 ff).

Ein Auskunftsanspruch gegen den Plattformbetreiber auf Mitteilung der Identität des Urhebers einer Bewertung besteht nicht. Für diese Fälle führt der Weg ausschließlich über die Ermittlungstätigkeit der Staatsanwaltschaft.

Schutz sensibler Daten von Beschäftigten im Gesundheitswesen

Joachim Heilmann

1 Problem

Gesundheits- und Krankheitsdaten von Bewerbern und Beschäftigten sind ein begehrtes Gut bei Arbeitgebern und anderen Stellen (z. B. Versicherungen). Solche Informationen bergen Gefahren für das betroffene Individuum. „Personenbezogene Angaben über die Gesundheit“ sind besonders sensitive Daten im Sinne des § 3 Abs. 9 BDSG¹. Rechtlich kommen im bestehenden Arbeitsverhältnis nur zwei Möglichkeiten für deren Erhebung in Betracht: Zum einen die Geltendmachung oder Abwehr von Rechtsansprüchen (§ 28 Abs. 6 Nr. 3 BDSG), z. B. anlässlich einer krankheitsbedingten Kündigung; zum anderen für Zwecke der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik oder anderer medizinischer Aufgaben (§ 28 Abs. 7 BDSG). Über die weiteren Schranken der Dateninhalte und deren Handhabung entscheiden sodann arbeitsrechtliche Regeln.

Selbst bei rechtmäßigem Gebrauch können sensitive Daten über Gesundheit und Krankheit infolge absichtsloser Veränderungen (Stichwort: Pannen) oder neuer Kontexte Schäden anrichten. Erst recht aber sind sie geeignet, bewusst gegen die Interessen des Datenlieferanten eingesetzt zu werden; auch objektiver Fehlgebrauch und Missbrauch sind nicht auszuschließen. Auf der anderen Seite sind gesetzlich und vertraglich begründete Auskunftsansprüche des Arbeitgebers zur Durchführung des Arbeitsverhältnisses zu beachten. Und als Drittes kann es sowohl wissenschaftlich als auch politisch veranlasste Zugriffswünsche auf individuelle Daten von Beschäftigten geben. Die Problemlage ist somit außerordentlich komplex.

2 Interessenlage und Zielsetzung

Beschäftigte und Bewerber² haben das vorrangige Interesse, ihr Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung zu wahren. Gesundheitsdaten gehören zu dessen Kernbestand. Allen Beschäftigten ist aber auch klar, dass dieses Recht Einschränkungen hinnehmen muss. So sind etwa Umstände, die sich unmittelbar und dauerhaft auf die Arbeitsleistung auswirken (können), dem Arbeitgeber gegenüber zu offenbaren. Im Gegensatz dazu steht der *Arbeitgeberwunsch* nach möglichst lückenlosen Informationen über alle persönlichen Eigenschaften, Kenntnisse, Fähigkeiten, Neigungen und Einschränkungen der Beschäftigten. Dieses Interesse ist auf den ersten Blick nachvollziehbar, ergeben sich doch aus diesen Daten ein vollständiges (Persönlichkeits-)Profil und für den Vollzug des Arbeitsverhältnisses wichtige Schlüsse.

In diesem Spannungsfeld gilt es, möglichst umfassenden Persönlichkeits- und Datenschutz für die Beschäftigten zu gewährleisten.

¹ BDSG vom 20.12.1990 (BGBl. I, S. 2954), zuletzt geändert durch Gesetz vom 25.02.2015 (BGBl. I, S. 162)

² Vgl. differenzierter § 3 Abs. 11 BDSG.

3 Wege dorthin

Personenbezogene (immer gleichbedeutend mit den personenbeziehbar) Daten dürfen ausschließlich aufgrund eines Gesetzes oder einer wirksamen Einwilligung erhoben, verarbeitet und genutzt werden, § 4 Abs. 1 BDSG. Gesetze oder andere Rechtsvorschriften sind vergleichsweise leicht festzustellen. Hierunter fallen verbindliche Rechtsakte der EU, das BDSG und andere Gesetze von Bund und Ländern, Rechtsverordnungen sowie die normativen Teile von Tarifverträgen und Betriebsvereinbarungen. Die Letzteren können allerdings die Normen des BDSG lediglich auslegen und konkretisieren, nicht aber das Schutzniveau verschlechtern. Maßgeblich ist hier § 32 BDSG, der noch immer Platzhalter für das bislang erfolglos geforderte Beschäftigtendatenschutzgesetz und die in dieser Thematik inhaltsarme EU-Datenschutz-GrundVO ist. Für sensitive Daten (§ 3 Abs. 9 BDSG) ist § 32 BDSG nicht einschlägig, weil sein Regelungsgegenstand auf personenbezogene Daten gemäß § 3 Abs. 1 BDSG beschränkt ist.¹

Die *Einwilligung* sorgt im Arbeitsleben für eine Reihe von Problemen. Sie muss in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten *ausdrücklich, vorherig, informiert, freiwillig und widerruflich* erklärt worden sein. Große Schwierigkeiten bereitet das Merkmal der *Freiwilligkeit*. Wer Arbeit sucht oder behalten will, steht unter erheblichem Druck. Ein Beharren auf eigenen Rechtspositionen kann rasch zur Ausmusterung führen. Schnell lassen sich Bewerber auf die Abgabe eines Blutstropfens ein, um die Einstellungschancen zu verbessern. Oft kann nicht eingeschätzt werden, zu welchen Tests und Untersuchungen das Blut geeignet ist: von Alkohol-, Nikotin- oder Narkotikaabhängigkeiten über einen unzulässigen Schwangerschaftstest bis hin zur umstrittenen Genomanalyse. Bereits die mögliche Gefährdung von grundlegenden Persönlichkeitsrechten erfordert eine strenge vorbeugende Datenschutzregelung. Dieselbe Problematik gilt auch für erbetene Auskünfte über körperliche und seelische Einschränkungen und Krankheiten, Kur- und Heilmaßnahmen oder erbliche Belastungen.

Auch das Merkmal *informierte Einwilligung* hat großes Gewicht. Der Zustimmungende muss den vollständigen Inhalt, die Verwendungsmöglichkeiten, den konkreten Zweck, die Reichweite und denkbare Folgen der Preisgabe seiner Personendaten kennen. Schließlich muss die *Widerruflichkeit* der Einwilligung nicht stets ausdrücklich formuliert sein, sie existiert in jedem Fall.

4 Anwendungsgebiete

4.1 Datenerhebung bei Bewerberinnen und Bewerbern

Im Rahmen des *Fragerechts des Arbeitgebers* spielt der Gesundheitszustand der Bewerber eine wichtige Rolle. An der Kenntnis muss der Arbeitgeber ein „berechtigtes, billigenwertes und schutzwürdiges Interesse“ im Hinblick auf das Arbeitsverhältnis haben.²

¹ BAG vom 07.02.2012 - 1 ABR 46/10 - , openJur 2012, 26628, Rn. 30.

² So das BAG in st. Rspr. Nachweise bei Däubler, Gläserne Belegschaften, 5. Aufl., Frankfurt/M. 2010, Rn. 209.

§ 32 Abs. 1 BDSG formuliert ferner das Prinzip der *Erforderlichkeit*. Fragen nach ausgeheilten *Krankheiten* in der Vergangenheit¹ dürfen z. B. nicht gestellt werden. Für die Abwägung bei Fragen nach aktuellen Krankheiten und anstehenden Heil- und Kurmaßnahmen kann auf die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze einer krankheitsbedingten Kündigung zurückgegriffen werden: Es müsste sich um beschäftigungsrelevante Einschränkungen von erheblicher Dauer und sehr wahrscheinlicher Häufigkeit mit negativen betrieblichen Auswirkungen handeln. Ein „klassisches“ Beispiel ist eine HIV-Infektion, die nicht mitzuteilen ist, während eine Erkrankung an AIDS offengelegt werden muss. In keinem Fall hat der Arbeitgeber Anspruch auf Mitteilung von Diagnosen oder Therapien, weder vom Bewerber noch von Ärzten. Mitzuteilen ist allenfalls die Eignung oder Nichteignung für den Arbeitsplatz.

4.2 Gentechnische Untersuchungen

Gentechnische Untersuchungen sind nach § 19 Gendiagnostikgesetz² grundsätzlich verboten, bei Bewerbern wie auch im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge. § 20 Abs. 2 GenDG durchbricht diesen Grundsatz für so genannte Genproduktanalysen (z. B. HIV-Test) mit dem Ziel, schwerwiegende Krankheiten oder gesundheitliche Störungen nach bestimmten Expositionen zu verhüten. Zu beachten ist hierbei aber die Einwilligung (s. o.) des Betroffenen, eine ausreichende Bedenkzeit sowie die Beachtung des Rechts auf Nichtwissen.³

Hiernach scheiden allgemeine, gruppenspezifische oder individuelle Genomanalysen an Bewerbern und Beschäftigten generell als unzulässig aus. Das Argument, hierdurch könnte effektive Prävention gegenüber Gefährdungspotentialen bei der Arbeit erreicht werden, verkennt zum einen, dass dies nur um den Preis der Aufgabe höchstpersönlicher Grundrechte zu verwirklichen wäre sowie zum anderen, dass auf jeden Arbeits- und Gesundheitsschutz verzichtet werden könnte, brauchten sich dann doch Arbeitgeber auf das Finden resistenter Beschäftigter zu beschränken.

4.3 Einstellungsuntersuchungen

Vor Untersuchungen und Befragungen durch den Betriebsarzt muss der Betroffene über die konkreten Zwecke⁴, über die Folgen und ggf. Nachteile bei Ablehnung belehrt werden.

Nach Abschluss des Arbeitsvertrages lassen viele Arbeitgeber eine Einstellungsuntersuchung vornehmen. Hierzu werden auch teils ausufernde, phantasievolle *Fragebögen* eingesetzt, deren Einsatz gem. § 94 BetrVG mitbestimmungspflichtig ist und für deren Zulässigkeit im Einzelnen die Grenzen für das Fragerecht (oben 4.1.) gelten.

Im *Einstellungsgespräch* können gesundheitsbezogene Themen angeschnitten werden. Unter Datenschutzaspekten macht es keinen Unterschied, ob eine Einstellungsuntersu-

¹ z. B. „Wie oft und wie lange waren Sie in den letzten drei (fünf, vier, zwei usw.) Jahren erkrankt?“ oder „Litten/leiden Sie an einer chronischen Krankheit?“

² GenDG vom 31.7.2009, BGBl. I S. 2529.

³ Ausführlicher dazu Däubler u. a., BDSG, § 32 Rn. 49 - 55.

⁴ Grund der §§ 3 Auf 2 und 28 Abs. 6 Nr. 3 BDSG.

chung vom Betriebsarzt oder einem anderen Arzt durchgeführt wird. Die datenschutzrechtliche Verantwortung trägt immer der Arbeitgeber, nicht der handelnde Arzt. Weder die Weisungsfreiheit des Arztes (§ 8 ASiG), noch die gesetzliche Schweigepflicht ändern daran etwas.

Dem Arbeitgeber darf lediglich das Ergebnis¹ mitgeteilt werden. Zusätze, die auf gesundheitliche Befindlichkeiten, Krankheiten, Anfälligkeiten oder andere persönliche Merkmale des Untersuchten schließen lassen, müssen unterbleiben.² Erst recht gilt das für Krankheitsdiagnosen, -risiken oder Therapie(empfehlung)en. Unzulässig sind Fragen z. B. nach „Sportaktivitäten“, „Rauchen“, „regelmäßigem Alkoholkonsum“, „Gesundheit der Familienmitglieder“, „sämtlichen Krankenhausaufenthalten“, „Operationen“ oder „allen einzunehmenden Medikamenten“. Ebenso wenig ist eine unterschiedslose Blut- und Urinuntersuchung zulässig.³

4.4 Eignungsuntersuchungen

Diese sind von den Einstellungsuntersuchungen klar zu unterscheiden. Rechtlich sind sie Voraussetzung für die Aufnahme bestimmter Tätigkeiten. Haben sie das Ergebnis „nicht geeignet“, folgt daraus ein Beschäftigungsverbot. Beispiele sind die Erstuntersuchung Jugendlicher nach § 32 JArbSchG, Beschäftigungsverbote gem. § 42 Infektionsschutzgesetz oder die Gruppe der Pflichtvorsorge nach § 4 ArbMedVV. Ferner kommen Vorschriften für unverzichtbare Eignungsuntersuchungen in Betracht, z. B. für das Führen von Personenbeförderungsmitteln. Die jeweilige Rechtsgrundlage muss allerdings rechtsstaatlichen Anforderungen⁴ genügen. Datenschutzrechtlich bedarf es keiner Einwilligung, doch bleiben Zwangsuntersuchungen ausgeschlossen (s. o.: Unverzichtbare Rechte).

4.5 Arbeitszeiten und Zeitkonten (vor allem Fehlzeiten)

Arbeitszeiten werden immer häufiger mittels datengestützter Zeiterfassungssysteme gespeichert und ausgewertet. Die Differenzierungsmöglichkeiten der Anwesenheits- und Fehlzeiten nehmen dabei zu. An erster Stelle der Fehlzeiten stehen die krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeiten. Zwar lassen sich aus diesen allein keine Rückschlüsse auf Erkrankungen etc. ziehen, doch sind bereits häufige Kurzerkrankungen wie auch längere Krankheitszeiten aussagekräftig etwa für die Feststellung der Betriebsbeeinträchtigungen sowie die Prognosen für sogenannte Krankenrückkehrgespräche, ein BEM-Verfahren oder eine zu erwägende Krankheitskündigung. Zusammen mit informellen (Er)Kenntnissen von Vorgesetzten über Krankheiten, Therapien, Kuraufenthalte usw., gewonnen anlässlich der Krankmeldung selbst, privater Gespräche oder wohl gemeinter Fürsorgebemühungen, ergeben die gespeicherten Fehlzeiten oft ein verwertbares Krankheitsbild. Je genauer dieses Bild wird, desto präziser können Personalmaßnahmen ergriffen und

¹ Zulässig ist eine Vier-Stufen-Einteilung: (Sehr) gut geeignet, geeignet, bedingt geeignet, nicht geeignet.

² So darf die Einstellungsuntersuchung ausdrücklich nicht dazu dienen, „präventiv langfristig den Erhalt der Gesundheit und die Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters sicherzustellen“.

³ Vgl. etwa Roos, AiB 1999, S. 193.

⁴ Vor allem: Grundrechtsprüfung, Legitimationsbasis, Bestimmtheitsgrundsatz.

in ihrem Ausgang vorhergesagt werden. Daher ist von allen Beteiligten erhöhte Aufmerksamkeit geboten, um gleichsam nebenbei gewonnenen gesundheitsrelevanten Datenanfall zu vermeiden.

4.6 Gesundheits- bzw. Krankheitsdaten

Der Arbeitgeber hat kein Recht auf die inhaltliche Kenntnis solcher Daten. Wenn es dem Beschäftigten wichtig ist, sensible Gesundheitsdaten dem Arbeitgeber vorzuenthalten, kann er dies durchsetzen. Allerdings führt das u. U. dazu, dass sich wie etwa bei der Prognoseprüfung im Rahmen einer krankheitsbedingten Kündigung das Risiko einer Nicht(weiter)Beschäftigung auf ihn verlagert. Es bleibt grundsätzlich das legale Interesse des Arbeitgebers, sowohl bei der Einstellung als auch im laufenden Arbeitsverhältnis aufgrund regelmäßig fälliger oder anlassbezogener Untersuchungen das jeweilige Ergebnis in Form von „geeignet“ bis „nicht geeignet“ für die arbeitsvertraglich geschuldete(n) Tätigkeit(en) zu erfahren. Alle Informationen über Erkrankungen, Diagnosen, Therapien oder Medikationen, die den *Krankenkassen*, insbesondere den unternehmensnahen Betriebskrankenkassen bekannt werden, dürfen in keinem Fall dem Arbeitgeber weitergegeben werden.

4.7 Arbeitsmedizinische Vorsorge

Anlässlich der Vorsorgen nach der ArbMedVV können zahlreiche medizinische Daten über den Beschäftigten anfallen. Die ärztliche Schweigepflicht, die auch vom (so genannten) medizinischen Hilfspersonal zu beachten ist, hat uneingeschränkte Wirkung und umfasst mündliche und schriftliche, in Akten, auf Datenträgern oder sonst aufgezeichnete Gesundheitsdaten. In der Praxis werden nicht selten arbeitsmedizinische Vorsorge und Eignungsuntersuchungen zusammengelegt. Dies verbietet ausdrücklich § 3 Abs. 3 Satz 2 ArbMedVV für den Regelfall.

4.8 Ergebnisse von Tests und sonstigen Untersuchungen

Im laufenden Arbeitsverhältnis ist es dem Arbeitgeber nur in Ausnahmefällen gestattet, konkrete Gesundheits- oder Abhängigkeitstests vornehmen zu lassen. Reihen- oder Einzeluntersuchungen „auf Verdacht“, etwa in Bezug auf Drogen- oder Alkoholkonsum, sind unzulässig. Erst bei gesicherten Indizien für eine Abhängigkeit mit Auswirkung auf die Arbeit oder Arbeitsumgebung ist der Arbeitgeber zu solchen Maßnahmen berechtigt.¹ Der Arbeitnehmer darf sich weigern, muss aber eventuell nachteilige Konsequenzen tragen.

Im Prinzip gilt dasselbe für (betriebs-)ärztliche Untersuchungen, die sich aus den überkommenen, aber nicht mehr verbindlichen berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen (G-Sätzen) ergeben. Sofern die betreffende G-Untersuchung nicht zugleich einer anderen Rechtsgrundlage entspricht, ist sie nicht rechtsverbindlich. Der Arbeitgeber kann erst bei begründeten Zweifeln an der – fortbestehenden – Tauglichkeit eines Arbeitnehmers eine ärztliche Beseitigung dieser Zweifel fordern und zwar in Erfüllung seiner Fürsorgepflicht (§§ 611, 618 BGB). Das Ergebnis lautet wiederum lediglich „geeignet“ bis „nicht geeignet“. Maßstab für die Erhebung solcher Daten ist die Erforderlichkeit nach § 32 BDSG.

¹ Vgl. ebenso Däubler u. a., BDSB, § 32 Rn. 41 ff.

4.9 Arbeitsunfähigkeitsdaten bei krankheitsbedingter Kündigung

Nach dem BAG-Prüfprogramm für Krankheitskündigungen steht das Arbeitsgericht vor der Frage: Wer kann die erforderlichen Daten liefern? Nur der gekündigte Arbeitnehmer selbst kann Auskünfte geben und nach gezielten Schweigepflichtentbindungen ärztliche Informationen vorlegen lassen. Allerdings bleibt es ihm unbenommen, dies überhaupt nicht oder nur eingeschränkt auf bestimmte Krankheiten oder auf bestimmte Ärzte zu tun. Damit übernimmt er auch das Risiko, dass das Gericht mangels konkreter Kenntnisse die Klage abweisen muss. Trotz i.d.R. fehlender Freiwilligkeit der Schweigepflichtentbindung bleibt dem Gericht kein anderer Weg, um ggf. zugunsten des Klägers entscheiden zu können.

4.10 Unverzichtbare Rechte von Beschäftigten bei allen ärztlichen Untersuchungen

Die Prinzipien der Freiwilligkeit und der freien Arztwahl bleiben in allen Fällen und Zusammenhängen unangetastet. Selbst gesetzlich vorgeschriebene Untersuchungen können ganz oder teilweise verweigert werden, dann allerdings verbunden mit der Tragung der Folgerisiken, etwa bestimmte Tätigkeiten nicht ausüben zu dürfen. Bezüglich der Arztwahl können vom Arbeitgeber ausgesuchte durch selbst gewählte Ärzte ersetzt werden, wobei etwaige Mehrkosten¹ vom Beschäftigten zu tragen sind.

5 Sonderfall: Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Dieses in der praktischen Anwendung zweischneidige Instrument verfolgt einen gesetzgeberisch sehr positiv zu bewertenden Zweck: die Ermittlung betrieblicher Krankheitsursachen und deren Beseitigung. Als unerlässliches Vorprodukt bedarf es zunächst einer gültigen und vollständigen Gefährdungsbeurteilung.²

5.1 Beschnittene Mitbestimmung der Betriebsräte

Ein jüngeres BAG-Urteil³ gibt Anlass, das Grundverständnis des höchsten deutschen Arbeitsgerichts vom betrieblichen Eingliederungsmanagement kritisch zu beleuchten. Das BAG hatte noch 2012⁴ ausgeführt, dass die „dem Arbeitgeber durch § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX auferlegte Verpflichtung die mit der Einführung des BEM verbundene Erwartung des Gesetzgebers (verstärkt hat), den betroffenen Arbeitnehmern durch das Angebot eines besonderen Präventionsverfahrens möglichst ihren Arbeitsplatz zu erhalten. Der Gesetzgeber konnte auch davon ausgehen, dass der Betriebsrat, als Vertreter der Belegschaft, die Interessen der betroffenen Arbeitnehmer gegenüber dem Arbeitgeber in geeigneter Weise wahrnimmt. Das durch Art. 8 Abs. 1 der Europäischen Grundrechtecharta gewährleistete Recht auf Schutz der eine Person betreffenden personenbe-

¹ Das sind nicht die Kosten für die ärztliche Tätigkeit, sondern (erhöhte) Reisekosten oder längere Abwesenheitszeiten vom Arbeitsplatz.

² Ein BEM-Verfahren kann also hervorragend als „Einstieg“ in eine dringend nachzuholende Gefährdungsbeurteilung genutzt werden.

³ vom 22.03.2016 - 1 ABR 14/14 -, NZA 2016, S. 1283.

⁴ Beschluss vom 07.02.2012 - 1 ABR 46/10 -, openJur 2012, 26628.

zogenen Daten wird hinreichend dadurch gewahrt, dass der Betriebsrat in Bezug auf Gesundheitsdaten der Arbeitnehmer nicht nur dem Datengeheimnis, sondern auch einer strafbewehrten Verschwiegenheitspflicht unterliegt (§§ 79 Abs. 1, 120 Abs. 2 BetrVG) und die eigentliche Durchführung des BEM mit der damit verbundenen Erörterung der besonders sensiblen Krankheitsdaten von einer weiteren Belehrung des Arbeitgebers und der Zustimmung der betroffenen Arbeitnehmer abhängig ist.“¹ Derselbe Senat hat nun in der Entscheidung vom 22.03.2016 die Mitbestimmung des Betriebsrats bei BEM-Verfahren erheblich beschnitten und die vier Jahre zuvor bestätigte Absicht des Gesetzgebers konterkariert. Zumindest bei der Frage, welche Unterlagen, insbesondere solche mit sensiblen Gesundheitsdaten, im BEM verwendet werden, muss mitbestimmungspflichtig bleiben, um in der Belegschaft für die notwendige BEM-Akzeptanz zu sorgen.

5.2 Krankheitsdaten

Im Rahmen eines BEM-Verfahrens, das den Intentionen des § 84 Abs. 2 SGB IX entspricht,² ist nach dem ausdrücklichen Einverständnis des Betroffenen konkret festzulegen, welche Krankheitsdaten von welcher Stelle zu welcher Erkrankung in welchem Zeitraum zur ausschließlichen Nutzung im laufenden BEM-Verfahren einzuholen sind; die Entbindung von der jeweiligen Schweigepflicht muss ebenfalls vorliegen, weil das Einverständnis mit einem BEM solche konkreten Entbindungserklärungen noch nicht umfasst. Vor allem der Betroffene muss genau wissen, von wem welche gesundheitsbezogenen oder -beziehbaren Daten in das Verfahren eingeführt werden, wie sie mit welchem Ziel genutzt, wie und wo sie wie lange aufbewahrt und ggf. wieder beseitigt werden. Andernfalls kann nicht ernsthaft und verantwortlich in der Belegschaft für eine Teilnahme am freiwilligen BEM-Verfahren geworben werden.

5.3 Verfahrensregelung

Geboten sind in einer erzwingbaren – oder wie nunmehr auch zu erwägen ist – freiwilligen BEM-Vereinbarung Regelungen über den Datenschutz, die Aktenführung, die Dokumentation und die Datenvernichtung. Alle Mitglieder der BEM-Gruppe sind zu Verschwiegenheit und den Datenschutz zu verpflichten. Ohne eine dokumentierte Verpflichtung dieser Art, etwa mit dem Verweis auf bereits bestehende gesetzliche und/oder vertragliche Pflichten, kann einem betroffenen Beschäftigten nicht zur Teilnahme am BEM empfohlen werden.³

Prinzipiell gilt auch im BEM der Grundsatz der **Datensparsamkeit**. Das gilt sowohl für die Menge der Daten, namentlich der sensiblen Daten, als auch für die Frage der Distribution: Allein Befugte i. S. einer entsprechenden Betriebs- oder Dienstvereinbarung oder gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX kommen als Empfänger in Betracht.

¹ Ebenda, Rn. 48. Mit derselben Zielrichtung das BVerwG vom 23.6.2010 - 6 P 8.08 -, PersR 2010, S. 442.

² Nicht gemeint sind „Krankenrückkehrgespräche“, „Sozial- oder Fürsorgegespräche“, „Willkommensgespräche“ oder „Gesundheitsdialoge“, von denen dringend abzuraten ist.

³ „Doppelt hält besser!“ und der Betroffene kann konkret nachlesen, dass auch in seinem Fall höchste Verschwiegenheit gilt.

5.4 Gesundheitsbezogene Daten

Als unmittelbare „Gesundheitsdaten“ kommen in Betracht: genetische Daten, Blutbild, Diagnose-, Anamnese-, Krankheits- und Behandlungsdaten, Fortsetzungserkrankungen, Gesundheitsprognosen, (Schwer-)Behinderteneigenschaft, körperliche Gebrechen, Allergien, HIV-Infektion, Therapien, Drogen-, Nikotin-, Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit sowie Medikamenteneinnahme. Mittelbar können folgende Daten aussagekräftig sein: Zusatzurlaub, AU-Zeiten, Einschränkungen, Eignung für bestimmte Tätigkeiten, Betriebssportteilnahme und -ergebnisse, Fitness-, Kantinen- oder Betriebskioskdaten. Ferner kommen Körpermaße wie Größe und Gewicht, Beweglichkeit oder Belastbarkeit als personenbezogene Daten in Betracht.

Verwendbar sind ausschließlich solche personenbezogenen Daten, die im Einvernehmen mit dem Betroffenen eindeutig bezeichnet worden sind. Es bleibt dem Beschäftigten u. a. vorbehalten, bestimmte Informationen aus zusammengesetzten Dokumenten auszuwählen, Daten nur in klar begrenztem Umfang für zugänglich zu erklären oder auch entsprechende Aussagen von Ärzten einzuschränken. Die Hoheit über Inhalt und Umfang der im laufenden BEM-Verfahren nutzbaren Daten bleibt damit jederzeit beim betroffenen Beschäftigten.

Diese Daten dürfen ferner rein körperlich nur in einem einzigen ausgedruckten Exemplar existieren und in der Entscheidungsgruppe weitergegeben werden. Digitale Datensätze dürfen weder generiert, gespeichert noch versendet werden. Mag es auch im multimedialen IT-Zeitalter altmodisch und beschwerlich erscheinen, so kann die allfällige Pannenanfälligkeit und potentieller Zugriff durch andere, nicht Befugte allein durch die genannte Restriktion der Informationsweitergabe in der BEM-Gruppe verhindert werden. Infolge der regelmäßig kleinen Zahl sowie der räumlichen Nähe der BEM-Beteiligten erscheint diese Regelung auch zumutbar.

Ferner sorgt eine unaufheb- oder begrenzbare **Zweckbindung** dafür, dass eine anderweitige Nutzung der Daten nicht in Betracht kommt. Unklarheiten in dieser Hinsicht dürften beim Betroffenen zu erheblichen Bedenken führen. Wer hochsensible Daten zum Abgleich seiner Krankheit(en) mit möglichen betrieblichen Ursachen auf den Tisch legt, muss sich darauf verlassen können, dass dieses Material ausschließlich zu diesem gesetzlich formulierten BEM-Zweck verwendet wird.

Nicht mehr erforderliche Daten sind unverzüglich und dauerhaft zu löschen bzw. zu vernichten. Zuvor sind sie dem Betroffenen zur Übernahme anzubieten. Dies gilt schon für das laufende BEM-Verfahren, etwa, wenn sich herausstellt, dass eingeholte medizinische Daten unter keinen Umständen mit einer betrieblichen Quelle in Zusammenhang gebracht und damit für verbessernde Maßnahmen nicht genutzt werden können.

5.5 Datenaufbewahrung und -vernichtung

BEM-Unterlagen sind in einer von der Personalakte getrennten und zeitlich befristeten Akte zu führen. In der Praxis wie auch in der Theorie herrschen in dieser Frage höchst unterschiedliche Vorstellungen. Klar ist immerhin, dass weder der Arbeitgeber, in Sonderheit die Personalabteilung, noch der Betriebsrat zur Verwahrung befugt sind. Nicht hinreichend erscheint die Ansicht des BAG¹, dass dem Anspruch eines Beschäftigten auf Beseitigung der ungeschützten Aufbewahrung seiner Gesundheitsdaten in der Personalakte (§§ 12, 862, 1004 BGB) dadurch Rechnung getragen wird, dass zwar diese sensiblen Daten in besonderer Weise aufzubewahren und gegen zufällige Kenntnisnahme durch Dritte zu schützen sind, „etwa durch Aufbewahrung in einem verschlossenen Umschlag“. Das BAG meint in den Gründen² dazu recht allgemein, dass es grundsätzlich dem Arbeitgeber im Rahmen seiner Personal- und Organisationsfreiheit obliege zu bestimmen, wie das besondere Geheimhaltungsbedürfnis des Arbeitnehmers an sensiblen Daten umgesetzt wird, doch wird die für ausreichend befundene Aufbewahrungsform keinesfalls dem zentralen Interesse des BEM-Betroffenen an strikter Geheimhaltung seiner sensiblen Personendaten gerecht. Es bietet sich an, eine gleichsam neutrale Stelle für die Verwahrung der zeitlich begrenzt geführten BEM-Akte zu wählen. In erster Linie bietet sich der Betriebsarzt an, sei er intern be- und angestellt oder extern verpflichtet. Andere diskutierte Lösungen sind teils nicht ausreichend sicher oder zu umständlich, wie z. B. ein nur mit zwei Schlüsseln durch Arbeitgeber und Betriebsrat zu öffnender Safe.

Nach dem Ende des BEM-Verfahrens ist die temporäre BEM-Akte körperlich zu vernichten oder dem Betroffenen auszuhändigen. In der **Personalakte** erscheinen lediglich das BEM-Angebot, ggf. mit einer Wiederholung, und die Reaktion des Betroffenen. Weitere Informationen, etwa über getroffene Maßnahmen, gehören nicht in die Personalakte, lassen sie doch in aller Regel Schlüsse über Krankheiten oder Einschränkungen zu.

Der betriebliche **Datenschutzbeauftragte** ist vor Abschluss einer BEM-Betriebsvereinbarung zu hören. Ihm ist ausreichend Gelegenheit zu einer Stellungnahme zu geben, in erster Linie zur Frage der hinreichenden Rücksichtnahme auf das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen sowie des konkret gegebenen Schutzes seiner sensiblen Daten. Sollten BEM-Verfahren ohne betriebliche Vereinbarungen durchgeführt werden, muss diese Arbeitgeberpflicht vor und während jedem eingeleiteten BEM-Verfahren erfüllt werden. Der Betriebsrat könnte dafür Sorge tragen, dass der betriebliche DSB tatsächlich einbezogen und dass sich dafür eine bekannte Routine entwickelt wird.

Verstöße gegen den Datenschutz müssen arbeitsrechtliche Konsequenzen auslösen.

6 Daten aus rechtswidrig erlangten Informationen

Folgende Szenarien dürften plausible Beispiele sein: Ein Arbeitnehmer führt von seinem Diensttelefon Gespräche, z. B. mit einem Arzt über eine Krankheit. Die Inhalte werden aufgezeichnet. Ein anderer besucht auf seinem Firmen-PC Seiten mit Informationen über Krankheiten, Therapien usf., er sucht nach dazu passenden Ärzten und Kliniken, forscht

¹ BAG vom 12.9.2006 - 9 AZR 271/06 -, lexetius.com/2006, 3697.

² Ebda., Rn. 34.

nach entsprechenden Medikamenten oder kauft diese bei einer Online-Apotheke. Der dritte Kollege erledigt Vergleichbares via E-Mails. In keinem Fall durften die Inhalte der Kommunikation erfasst und gespeichert werden, während das u. U. unzulässige Surfen, Telefonieren, Mailen usw. sanktioniert werden darf. Verwendet der Arbeitgeber dennoch Inhalte der aufbewahrten Informationen, wird das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Arbeitnehmers massiv verletzt, jedwede Nutzung dieser Daten ist folglich unzulässig.

7 Personalakteninhalt

Sensitive Daten dürfen nicht in die Personalakten aufgenommen werden. Gutachten und Vermerke über den Gesundheitszustand und die Persönlichkeitsstruktur des Arbeitnehmers sowie ärztliche Zeugnisse mit Befunddaten sind getrennt und geschützt aufzubewahren. Damit soll gewährleistet werden, dass nur befugte Personen und nur dann auf diese Daten zugreifen können, wenn dies wirklich erforderlich ist, § 28 Abs. 6 BDSG.¹

Werden Personal- oder Entwicklungsgespräche mit erkrankten Arbeitnehmern, auch vor der BEM-Schwelle, mit Leistungsgeminderten oder Suchtgefährdeten geführt, hat der Arbeitnehmer nicht nur das Recht, ein Betriebsratsmitglied nach § 82 Abs. 2 Satz 2 BetrVG hinzuzuziehen, sondern auch die Gewissheit, dass ohne seine ausdrückliche Einwilligung keine Dritten anwesend sind.² Im Übrigen enthält § 83 BetrVG wichtige Kontrollinstrumente.

8 Spezielle Datenschutzrechte

Individuell genießen alle Beschäftigten **Rechte** auf Datenschutz, -transparenz, -korrektur, Beschwerderecht und u. U. Schadensersatz. Als Bürger genießt auch der Arbeitnehmer die allgemeinen Schutzrechte aus dem BDSG nach § 4 über die Zulässigkeit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten, nach § 6 über die un-abdingbaren Rechte auf Auskunft (genauer § 34), Berichtigung, Löschung und Sperrung (genauer § 35) sowie nach § 7 über Schadensersatz. Die Rechtspositionen gemäß § 34 und § 35 BDSG können durch Rechtsgeschäft weder ausgeschlossen noch beschränkt werden. Entsprechende Klauseln in Arbeitsverträgen oder Betriebsvereinbarungen wären nichtig. Zusätzlich regelt § 32 BDSG die besondere Zulässigkeit des Umgangs mit Personendaten „für Zwecke des Beschäftigungsverhältnisses“.

Das **Auskunftsrecht** nach § 34 BDSG ist das wichtigste Kontrollrecht des Arbeitnehmers, sich von den Daten, die über ihn existieren, vollständig zu informieren.³ Mit diesem Recht konkurriert das Recht jedes Arbeitnehmers auf Einblick in seine Personalakten (§ 83 BetrVG), auf Wunsch mit einem Betriebsrat. Dieser Anspruch ist gem. § 1 Abs. 3 Satz 1 BDSG vorrangig.

¹ BAG NZA 1988, S. 53 f., BAG NZA 2007, S. 269; „grundsätzlich“ auch BAG vom 12.9.2006 - 9 AZR 271/06 -, lexetius.com/2006, 3697. So auch Däubler, Gläserne Belegschaften, Rn. 96, 476.

² Vgl. dazu Däubler, Gläserne Belegschaften, Rn. 480 - 482.

³ So z. B. LG Bielefeld, NJW-RR 2009, S. 554.

Es folgt ggf. ein Recht auf Berichtigung, also **Datenkorrektur**, aus §§ 6 und 35 BDSG. Zunächst hat der Arbeitgeber selbst als speichernde Stelle für die Richtigkeit der Daten und notfalls die Berichtigung unrichtiger Daten zu sorgen, § 35 Abs. 1 BDSG. Die folgenden Absätze dieses Paragraphen behandeln die verschiedenen Fallkonstellationen für die Sperrung und Löschung von Personendaten.¹

Nach § 35 Abs. 2 BDSG kann in besonderen Fällen der künftigen Verwendung ursprünglich rechtmäßig erlangter Daten **widersprochen** werden, wenn der Arbeitnehmer einer Datenschutzverletzung ausgesetzt ist. Als Beispiel kommt ein Kantinengespräch über eine Krankheit des Arbeitnehmers in Betracht, die Gegenstand eines laufenden BEM-Verfahrens ist. Handelt es sich um Daten, die in der Personalakte enthalten sind, wird dieses Recht durch die Befugnis zur **Gegendarstellung** überlagert, vgl. § 83 Abs. 2 BetrVG.

Das Recht auf **Schadenersatz** nach § 7 BDSG ist für den vorliegenden Problembereich weniger praxisrelevant.

9 Kontrollen durch den Betriebsarzt, den betrieblichen Datenschutzbeauftragten und die Aufsichtsbehörde

9.1 Betriebsarzt

Nach dem Grundsatz der Datensparsamkeit gem. § 3a BDSG muss der Betriebsarzt medizinische und psychologische Untersuchungen jeweils eng auf den zuvor feststehenden Zweck begrenzen. So darf etwa die Ermittlung der Lungenfunktion kein Anlass zu einer Gesundheitsprüfung insgesamt sein. Da es bei einem BEM-Verfahren überwiegend um sensitive Daten i. S. von § 3 Abs. 9 BDSG geht, gilt diese Regel äußerster Sparsamkeit und getrennter, zeitbefristeter Dokumentation erst recht.

In vielen Einzelgesichtspunkten ist dem Betriebsarzt die Fachkraft für Arbeitssicherheit gem. §§ 5 – 7 ASiG und der Sicherheitsbeauftragte nach § 22 SGB VII gleichzustellen. Sie unterstützen die pflichtgemäßen Aktivitäten des Arbeitgebers für eine gesunde Arbeit und die ständige Verbesserung des Arbeits-, Unfall- und Gesundheitsschutzes.

9.2 Betrieblicher Datenschutzbeauftragter (DSB)²

Seinen in § 4 g BDSG genau umschriebenen Auftrag kann der DSB nur dann im Sinne eines Arbeitnehmerschutzes³ erfüllen, wenn bei der Auswahl und Bestellung der Betriebsrat tatsächlich mitgewirkt hat. Seine Hauptaufgabe besteht in der Einhaltung aller datenschützenden Vorschriften im Betrieb. Zu diesem Zweck kann er sich an die Datenschutzbehörde wenden. Wie der Betriebsarzt arbeitet der DSB weisungsfrei und unabhängig, er unterliegt der Geheimhaltungspflicht bezüglich der Identität des Betroffenen sowie aller Detailinhalte, die einen Rückschluss auf die konkrete Person ermöglichen.

¹ Vgl. zu den Einzelheiten Däubler, Gläserne Belegschaften, Rn. 547 – 563.

² Die Voraussetzungen für die Bestellung gehen aus § 4 f BDSG hervor.

³ Für einen betrieblichen DSB kann der gesetzliche Betroffenenenschutz nur heißen: Arbeitnehmerschutz.

Angesichts von Gesundheitsdaten werden sich Arbeitnehmer nur dann an den DSB wenden, wenn diese strenge, gesetzlich garantierte Vertraulichkeit gewahrt ist.¹

Erhält der DSB Kenntnis von psychischen oder psychosomatischen Untersuchungen im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung, hat er sich von der datenschutzrechtlich einwandfreien Datenhandhabung zu überzeugen. Das gilt ebenfalls für BEM-Verfahrensregeln sowie für konkrete BEM-Verfahren unabhängig davon, ob diese in einer BEM-Betriebsvereinbarung geregelt sind.

9.3 Aufsichtsbehörden

Für den Arbeits-, Unfall- und Gesundheitsschutz sind die in § 21 ArbSchG bezeichneten staatlichen Behörden sowie im Rahmen ihrer Aufgaben des SGB VII die Unfallversicherungsträger zuständig. Die Befugnisse im Einzelnen ergeben sich aus § 22 ArbSchG. Für die hier interessierenden Gesundheits- und Krankheitsdaten ist diese Aufsicht von großer Wichtigkeit, haben doch in vielen Fällen einzelne Arbeitnehmer, alle Beschäftigten, die nicht von einem Betriebsrat vertreten werden², sowie auch Betriebsräte oft nicht die Durchsetzungskraft, um den vielfältigen Gebrauch persönlicher Daten und ganzer Datensätze transparent genug zu machen, Fehlgebrauch zu identifizieren und ggf. zu unterbinden.

10 Rechte und Pflichten der Betriebsräte

10.1 Bewerbung und Auswahl

Für die Bewerbungs- und Einstellungsphase von Arbeitnehmern sind die Mitbestimmungsrechte nach §§ 94 und 95 BetrVG einschlägig. Der Einsatz von Personalfragebögen bedarf der Zustimmung des Betriebsrats. Im Unterschied zum einzelnen Bewerber oder Arbeitnehmer ist die Interessenvertretung in der Lage, sich kritisch mit den Fragehalten und den Auswirkungen der Antworten auseinanderzusetzen und zu beurteilen, gegen welche (Grund)Rechte oder berechtigten Verschwiegenheitswünsche der Betroffenen verstoßen werden könnte. Abs. 2 des § 94 BetrVG erweitert dieses vollumfängliche Mitbestimmungsrecht auf persönliche Angaben in Arbeitsverträgen, die im Betrieb allgemein verwendet werden, sowie auf allgemeine Beurteilungsgrundsätze.

Dasselbe unbeschränkte Mitbestimmungsrecht ergibt sich aus § 95 BetrVG, wenn Richtlinien über die personelle Auswahl bei allen wichtigen Personalmaßnahmen angewandt werden. Nach Abs. 2 hat der Betriebsrat in Betrieben mit mehr als 500 Arbeitnehmern das Recht, die Aufstellung solcher Richtlinien zu verlangen. Auch hier ist tragender Gesichtspunkt, die Unterlegenheit des einzelnen Arbeitnehmers bei der Nutzung persönlicher Daten auszugleichen. Manche dieser Informationen nehmen direkt oder indirekt Bezug auf die gesundheitliche Situation des Betroffenen.

¹ Erwägenswert ist deshalb die Ausweitung der Befugnis des DSB, Vertraulichkeit zu versprechen, auf weitere Personen, deren sich etwa ein Arbeitnehmer bedient. Vgl. dazu Däubler, Gläserne Belegschaften, Rn. 609 m.w.N.

² Immerhin mehr als ein Drittel in Deutschland.

10.2 Verhalten der Beschäftigten

§ 87 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG löst dann ein Mitbestimmungsrecht aus, wenn Angelegenheiten zu regeln sind, die das Verhalten der Arbeitnehmer im Betrieb betreffen. Soweit es um Arbeitsunfähigkeit infolge einer Erkrankung von Arbeitnehmern geht, sind die wesentlichen Fragen im Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) geregelt. Die Vorlagepflicht der ärztlichen Bescheinigung (des „gelben Scheins“) nach drei Kalendertagen kann durch Tarifvertrag oder einseitig vom Arbeitgeber abgekürzt werden, § 5 Abs. 1 Satz 3 EFZG. Wird eine solche Maßnahme vom Arbeitgeber für alle oder mehrere Arbeitnehmer getroffen, ist sie mitbestimmungspflichtig gemäß § 87 Abs.1 Nr. 1 BetrVG.¹

Ein weiterer Anwendungsfall dieser Vorschrift ist die Gewährung von „Gesundheitsprämien“² für das krankheitsfreie Zurücklegen bestimmter Zeitabläufe wie etwa ein Jahr, sechs oder drei Monate. Hier wird auf das Verhalten der Arbeitnehmer massiv eingewirkt, so dass Befragungen und Auskünfte zu diesem Verfahren oder auch nur das Anbieten selbst von der Zustimmung des Betriebsrats abhängen. In der Sache ist allerdings dringend von solchen Prämien abzuraten, auch wenn sie von zahlreichen Kollegen begrüßt werden. Denn prägnant formuliert wird damit Gesundheit gegen Geld verkauft. Die Zahl derer, die krank zur Arbeit gehen,³ ist bereits erschreckend hoch. Wenn zu den existierenden Motiven (vor allem Angst) noch eine Geldprämie angeboten wird, greift das unvernünftige Gefährden der eigenen Gesundheit noch weiter um sich.

In allen gesundheitspräventiven Aktionen, die nicht nur an den Verhältnissen im Betrieb, sondern (auch) am Verhalten der Arbeitnehmer ansetzen oder darauf abzielen, ist ebenso an den Mitbestimmungstatbestand aus § 87 Abs.1 Nr. 1 BetrVG zu denken.

10.3 Überwachung und Gesundheitsschutz

§ 87 Abs. 1 Nr. 6 und Nr. 7 betreffen zwei zentrale Mitbestimmungstatbestände. Die Verwendung technischer Einrichtungen, die u. a. geeignet sind, anlässlich der Verhaltens- oder Leistungsüberwachung auch gesundheitsbezogene Daten zu erfassen, unterliegen der Mitbestimmung nach Nr. 6, während im Rahmen des Unfall-, Arbeits- und Gesundheitsschutzes Nr. 7 anzuwenden ist. Häufige Fälle sind alle Stadien der Gefährdungsbeurteilung einschließlich der Dokumentation sowie der anschließenden Maßnahmen und der Wirksamkeitskontrolle nach §§ 5 und 6 ArbSchG, in jüngerer Zeit verstärkt auch das BEM nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Nach anfänglichem Bestreiten von Mitbestimmungsrechten durch die Arbeitgeber hat die arbeitsgerichtliche Rechtsprechung durchgehend das Recht der Betriebsräte nach § 87 Abs. 1 Nr. 7 BetrVG bestätigt. Bildschirm-

¹ Sowohl das Verhalten der Arbeitnehmer als auch Fragen der Ordnung sind betroffen, vgl. z. B. BAG NZA 2000, S. 665.

² Oder „Anwesenheits-, Treue- oder andere Prämien“, die der Arbeitgeber auslobt.

³ In den letzten 12 Monaten sind schon 4 von 5 Beschäftigten einmal und eine knappe Hälfte mehrfach krank zur Arbeit gegangen., Vgl. Gute Arbeit 8/9/2009, S. 15 – 17, unter Berufung auf den DGB-Index Gute Arbeit 2009; Gute Arbeit 10/2009, S. 4, unter Berufung auf den Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung 2009, m.w.N.

arbeit muss Gegenstand gezielter Beurteilung der Hard- und Software sowie der Arbeitsumgebung sein, um Gesundheitsgefährdungen vorzubeugen; immer komplexere Programme wirken sich auch auf die psychische Befindlichkeit aus.

Nicht unerwähnt bleiben darf die freiwillige Mitbestimmung nach § 88 Nr. 1 BetrVG. Sie ist die sinnvolle Ergänzung zur Vervollkommnung des betrieblichen Gesundheitsgeschehens¹ mit dem Ziel, unter Nutzung der betrieblichen Gesundheitsförderung der Krankenkassen (§ 20a SGB V) ein umfassendes System spezifischer betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen aufzubauen.

10.4 Betriebs- oder Dienstvereinbarungen

Soweit gesetzliche und tarifliche Regelungen² nicht bestehen, ist der Weg zum Abschluss von Betriebs- oder Dienstvereinbarungen frei. Sie müssen zunächst das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Arbeitnehmer beachten. Das bedeutet, dass nur berechnete, überwiegende Arbeitgeberinteressen Eingriffe in dieses Recht gestatten. Auch dürfen Daten stets nur zu vorher eng bezeichneten Zwecken erhoben und verarbeitet werden. Die Tatsache, dass der Betriebsrat einer Regelung zustimmt, reicht allein nicht aus, um Einbußen der Arbeitnehmer in ihrem Grundrecht zu rechtfertigen. Es bedarf beim Abschluss einer Betriebsvereinbarung einer Abwägung der beiderseitigen Interessen unter Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit.³

10.5 Für Betriebsvereinbarungen eignet sich folgende Regelungstechnik:

Je nach betrieblichen Üblichkeiten können größere oder kleinere Themenblöcke durch eine Betriebsvereinbarung geregelt werden. Hierbei werden in unterschiedlicher Breite Fragen des Gesundheitsschutzes, von Präventivmaßnahmen und auch des Gesundheitsdatenschutzes angesprochen. In einer generellen Vereinbarung über „Arbeits- und Gesundheitsschutz“ fällt der Punkt „Datenschutz“ allgemeiner aus als in einer gezielten Verfahrensregelung des BEM, also etwa wie folgt:

„Datenschutz, Dokumentation, Aktenführung und -vernichtung

1. Alle festen und gelegentlichen Mitglieder der BEM-Gruppe sind zur Wahrung des Datenschutzes verpflichtet und unterschreiben eine Verpflichtungserklärung.⁴

¹ Am Besten in einem Integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagement mit gestärkten präventiven Maßnahmen.

² Betriebsräte können dank ihres hohen Organisationsgrades über die Gewerkschaftsgremien auf den Abschluss gesundheitsförderlicher Tarifverträge hinwirken. Das gilt in erster Linie den Arbeitszeiten, den Entgeltregelungen, Urlaubsfragen, persönlichen Verteilzeiten und Freistellungen.

³ Dazu näher Däubler, Gläserne Belegschaften, Rn. 787 ff.

⁴ Verschwiegenheitserklärung

Ich verpflichte mich hiermit, über alle mir in meiner Eigenschaft als Mitglied der Arbeitsgruppe „betriebliches Eingliederungsmanagement“ bekanntwerdenden persönlichen Daten von Beschäftigten sowie persönliche Verhältnisse und Angelegenheiten der Beschäftigten Stillschweigen zu bewahren und nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Betroffenen zu verarbeiten und weiterzugeben. Dies gilt sowohl während meiner Tätigkeit in dieser Arbeitsgruppe als auch nach deren Beendigung. [Die Verschwiegenheitspflicht erstreckt sich nicht auf Tatsachen, die offenkundig sind oder ihrer Bedeutung oder ihrem Inhalt nach einer vertraulichen Behandlung nicht bedürfen = entbehrlich sind].

2. Der Arbeitgeber darf im Rahmen des BEM ausschließlich Daten erheben, verarbeiten und nutzen, welche von der BEM-Gruppe im Einvernehmen mit dem Betroffenen bezeichnet worden sind. Von der BEM-Gruppe verwendete Daten werden ausschließlich in einem ausgedruckten Exemplar eingesetzt. Digitale Datensätze werden weder generiert, noch versendet oder gespeichert.
3. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten für Leistungs- und Verhaltenskontrollen oder andere Zwecke ist unzulässig. Eine Aufhebung oder Beschränkung dieser Zweckbindung ist nicht zulässig.
4. Das Erheben, Speichern und Übermitteln personenbezogener Daten im Rahmen des BEM erfordert die ausdrückliche informierte Einwilligung des Betroffenen, die jederzeit widerrufen werden kann. Nicht mehr erforderliche Daten sind unverzüglich zu löschen.
5. Im Rahmen des BEM erfasste medizinische und nicht-medizinische Daten und gegebenenfalls erstellte Protokolle oder Aufzeichnungen müssen von der Personalakte getrennt in einer zeitlich befristeten BEM-Akte beim Betriebsarzt verwahrt werden. Der Betroffene hat jederzeit Einsichtsrecht auch in diese Akte.
6. In der Personalakte erscheinen ausschließlich folgende BEM-bezogenen Informationen:
 - Einleitungshinweis, erstes Anschreiben mit Datum,
 - Erinnerungsschreiben mit Datum,
 - Vermerk über das Schweigen bzw. die Ablehnung des Betroffenen,
 - allgemeiner Vermerk über die Durchführung und Beendigung des BEM ohne inhaltliche Ausführungen, Zusätze oder Bewertungen, ohne Maßnahmen und deren Erfolg.
7. Alle BEM-Daten, in aller Regel der Inhalt der BEM-Akte (Ziff. 5), werden spätestens nach der Beendigung des BEM-Verfahrens körperlich vernichtet; weitere Daten und Unterlagen, die dem BEM-Verfahren gedient haben und noch nicht vernichtet wurden, sind spätestens ein Jahr nach Abschluss des BEM-Verfahrens zu löschen bzw. zu vernichten oder dem Betroffenen auszuhändigen.
8. Dem Datenschutzbeauftragten (§§ 4f und 4g BDSG) ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu dieser Betriebsvereinbarung zu geben, eventuell geäußerte Bedenken sind zu berücksichtigen.
9. Verstöße gegen den Datenschutz ziehen arbeitsrechtliche Konsequenzen nach sich.“

Im Übrigen bleiben die Verschwiegenheitspflichten über Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sowie alle sonstigen Verschwiegenheits- und Offenbarungspflichten, z. B. nach gesetzlichen Bestimmungen oder Vereinbarungen, unberührt.

Ort, Datum

Unterschrift

10.6 Notfalls Einigungsstelle

Bei Vorliegen echter Mitbestimmungsbefugnisse kann notfalls ein Spruch der **Einigungsstelle** herbeigeführt werden, wenn nach Ausschöpfen des Verhandlungsweges keine Einigung erzielt worden ist. Das Thema Arbeitnehmergeundheit ist generell geeignet, für Arbeitnehmer und Arbeitgeber vorteilhafte Regelungen zu finden. Plausibel ist folgende Kausalkette: Gesunde bzw. gesündere Arbeitnehmer verursachen weniger Entgeltfortzahlungen, sie arbeiten zufriedener, motivierter und mit besseren Ergebnissen, qualitativ wie quantitativ, und mit höherer Produktivität tragen sie zu besseren Geschäftsergebnissen bei. Aus diesem Grund wäre eine sonst angebrachte Zurückhaltung gegenüber einer unbedacht-inflationären Nutzung des Instruments „gesetzlich erzwingbares Einigungsverfahren“ verfehlt.

11 Verwahrung und Verbleib der Daten

Teil eines funktionierenden Gesundheitsdatenschutzes ist die vorausschauende Lösung auftretender Probleme im Zusammenhang mit der Dokumentation, Speicherung, Verwahrung und dem Verbleib der Daten(sätze). Sensitive Daten mit Gesundheitsbezug werden grundsätzlich nur von Ärzten oder in ihrem Auftrag von medizinischem Fachpersonal erhoben, dokumentiert und gespeichert. Das betrifft Untersuchungen infolge einer rechtlichen Vorschrift ebenso wie freiwillige Untersuchungen. Befunddaten sind so früh wie möglich zu anonymisieren. Die Erfassung und Speicherung kann in herkömmlichen Akten oder in EDV-Systemen erfolgen. Alle Informationen werden von der ärztlichen Schweigepflicht erfasst, die straf- und berufsrechtlich bewehrt ist und „zur Sicherheit“ auch in § 8 Abs. 1 Satz 3 ASiG formuliert wurde. Nicht nur Ärzte, sondern auch Psychologen, betriebliche Sozialarbeiter und das gesamte Hilfspersonal unterliegen dieser Schweigepflicht. Selbst mit Einwilligung des Betroffenen dürfen dem Arbeitgeber stets nur Eignungsaussagen übermittelt werden. Ausnahmen sind ggf. das BEM-Verfahren und die gerichtliche Klärung einer sog. Krankheitskündigung.

Zentral ist die strikte **Trennung** von allgemeinen Beschäftigtendaten und Gesundheits- bzw. Krankendaten; jeglicher Transport der letzteren in die Personalakte ist unzulässig. Elektronisch geführte Akten erfordern erhöhte Aufmerksamkeit. Zugriffsmöglichkeiten auf die betriebsärztlichen Dokumente müssen vollständig ausgeschlossen sein. Besonders augenfällig ist dies bei den BEM-Akten.

12 Fazit – Kernaussagen

Gesundheits- und Krankheitsdaten von Bewerbern und Beschäftigten sind ein begehrtes Gut bei Arbeitgebern und anderen Stellen (z. B. Versicherungen). Solche Informationen bergen Gefahren für das betroffene Individuum.

Die Betroffenen haben das vorrangige Interesse, ihr Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung zu wahren. Gesundheitsdaten gehören zu dessen Kernbestand. Im Gegensatz dazu steht der Arbeitgeberwunsch nach möglichst lückenlosen Informationen über alle persönlichen Eigenschaften, Kenntnisse, Fähigkeiten, Neigungen und Einschränkungen der Beschäftigten. Als Drittes kann es sowohl wissenschaftlich als auch politisch veranlasste Zugriffswünsche auf individuelle Daten von Beschäftigten geben.

Die Problemlage ist somit außerordentlich komplex. Personenbezogene Daten dürfen ausschließlich aufgrund eines Gesetzes oder einer wirksamen Einwilligung erhoben, verarbeitet und genutzt werden, § 4 Abs. 1 BDSG.

Im Zuge der Bewerbung, der Einstellung, der Eignungsprüfung und der weiteren Durchführung des Beschäftigungsverhältnisses geraten auch Gesundheitsdaten in den Fokus, etwa bei Arbeitszeitregeln, Vorsorgen, Tests, Untersuchungen, Krankheiten oder Wiedereingliederungen.

Ziel und Ergebnis abgewogener Lösungen ist die Garantie weitest möglichen Schutzes sensibler Beschäftigtendaten bei Wahrung berechtigter Interessen von Arbeitgebern und Öffentlichkeit (Staat).

Digitalisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder: „Wie Startups Körperschaften Beine machen“

Elmar Waldschmitt

1 Vom Megatrend zum Megadeal?

Der Megatrend „Digitalisierung“ hat auch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)¹ erreicht. Der breite Themenbereich „Gesundheit“ – selber ein Megatrend – bietet hierfür vielfältige Anwendungsfelder. Treiber dieser Entwicklung sind vor allem die Existenz vielfältiger Apps, die sich mit den Themen Gesundheit und Wohlbefinden, Fitness und Wellness, Motivation usw. befassen. Ermöglicht wird diese Entwicklung vor allem durch die umfassende Marktdurchdringung mit (rechen-)leistungsfähigen Smartphones. Die Rechenleistung der Smartphones und ihre Kombination mit den darin verbauten Sensoren haben viel digitale Produkte und Services im e-Health-Bereich möglich gemacht (Albrecht 2016, S. 14).

Die Digitalisierung durchweht immer mehr Lebensbereiche. Dabei ist es natürlich, dass die Kunden von Krankenkassen jene Erfahrungen, die sie in anderen Bereichen ihres „digitalen Alltags“ machen – etwa beim Online-Banking, Online-Shoppen, bei Social Media-Aktivitäten usw. – auf ihre Krankenkassen projizieren. Im Laufe der letzten Jahre haben sich dadurch Quasi-Standards und Serviceansprüche entwickelt, die die Kunden von ihrer Krankenkasse ebenfalls erwarten. Das betrifft beispielsweise die Nutzung der vielfältigen Kommunikationswege, die Möglichkeiten, Verträge elektronisch abschließen bzw. einsehen zu können, das betrifft den Austausch von Daten und das Transparentmachen von Prozessen nach dem Vorbild der Sendungsverfolgung der Paketdienste („Track und Trace“) u. v. m. Wir dürfen davon ausgehen, dass in den Augen ihrer Kunden eine Krankenkasse mit Blick auf ihre Services und die Art und Weise ihrer Leistungserbringung nicht viel anders wahrgenommen wird als eine Bank, ein Versorger, ein Online-Shop oder ein Paketdienst.

Aber auch in Bezug auf die Gesundheitsversorgung ihrer Kunden, also dem eigentlichen gesetzlichen definierten Kerngeschäft der Krankenkassen, gewinnt die Digitalisierung immer breiteren Raum. Parallel zum Bedeutungsgewinn der Gesundheit als Thema und den mit dem Internet gewachsenen Informations- und Austauschmöglichkeiten, konfrontieren viele Kunden ihre gesetzliche oder private Krankenversicherung (PKV) mit der Nachfrage nach digitalen Gesundheitslösungen.

Im Bereich der Apps, mit thematischer Nähe zum Thema Gesundheit, betreten mehr und mehr Digital-Health-Produkte die Bühne, die sich jenseits von Wellness, Lifestyle oder niedrigschwelligen Präventionsangeboten mit konkreten Versorgungsfragen beschäftigen.

¹ Die Begriffe gesetzliche Krankenversicherung, GKV, Kassen und Krankenkassen werden synonym verwendet.

Gesundheits-App, Medizin-App, Medizinprodukt? Klassifizierung nach Gesundheitszielen & Nutzerzielgruppen				
	Gesundheit-Apps	Medizin-Apps		Apps als Medizinprodukt
Inhalte bzw. Unterstützungsfunktionen	Gesundheitsbezogene Inhalte	Medizinische Inhalte	Medizinische Inhalte	Erfassung od. Auswertung von Gesundheits-/Messdaten
Zielsetzung	Gesundheitsaufklärung, Ressourcenstärkung	Krankheitsbewältigung	Entscheidungshilfe	Diagnose & Therapie
Nutzerzielgruppe	Gesunde	Patienten & Angehörige	Ärzte & Pflegekräfte	Patienten, Ärzte & Pflegekräfte
Regulierung/Zulassung	nein	nein	nein	§ 3 Medizinproduktegesetz/ CE-Kennzeichnung
Anzahl verfügbarer Apps* (D)	rund 6.400	rund 2.100		10

Copyright: Initiative Präventionspartner, Dr. Ursula Kramer, HealthOn e. V.
*März 2016, Google Play, deutschsprachige Apps in den Kategorien "Gesundheit & Fitness" und "Medizin"

Abbildung 1: Klassifizierung von Apps
Quelle: Kramer 2016.

Eine Vielzahl neu gegründeter oder vergleichsweise junger Unternehmen befasst sich mit der Entwicklung von solchen digitalen Gesundheitslösungen, umgekehrt beschäftigen sich auch immer mehr Krankenkassen mit dem Thema. Das besondere Interesse gilt Chancen und Stolpersteinen sowie konkreten Möglichkeiten einer fruchtbaren Zusammenarbeit zwischen Startups und Krankenkassen, so dass aus einem „Megatrend“ ein „Megadeal“ werden kann.

Es ist nicht ungewöhnlich, dass Krankenkassen mit jungen oder neu gegründeten Unternehmen zusammenarbeiten und auch längerfristige Vertragsverhältnisse eingehen. Neu für die Kassen ist, dass mit den so genannten Startups eine Generation von vor allem technikgetriebenen, teils höchst innovativen Unternehmen den Markt betritt, die einige Spezifika aufweisen, die Partner im Rahmen einer Zusammenarbeit bedenken sollten.

2 Startups und ihre spezifischen Rahmenbedingungen

Was macht ein Startup aus? Was unterscheidet es von bisherigen Neugründungen?

Unter einem Startup lediglich ein neu gegründetes Unternehmen zu verstehen, würde zu kurz greifen. Auch wenn bislang noch eine gewisse definitorische Bandbreite und Unschärfe des Startup-Begriffs existiert, können wir Startups anhand einiger typischer Merkmale identifizieren.

Zunächst ist ein Startup in der Tat ein noch junges oder jüngst gegründetes Unternehmen. Typisch ist der in der Regel hohe innovative Gehalt seiner Geschäftsidee und/oder seines Geschäftsmodells. Hieraus ergeben sich zumindest theoretisch hohe Wachstumspotentiale, in einigen Fällen verbunden mit der potentiellen Fähigkeit, die bisherigen Funktionsregeln ganzer Industrien und Branchen zu verändern, sog. „disruptive Geschäftsideen“ (Beispiele sind etwa der Fahrdienst Uber, die Multimedia-Software iTunes oder der elektronische Marktplatz für private Unterkünfte airbnb). Um die Wachstumsphantasien, die typischerweise mit einer solch innovativen Geschäftsidee verbunden

sind, verwirklichen zu können, bedarf es jedoch auch eines nachhaltigen und rasch „skalierbaren“ – d. h. ein rasches Wachstum begleitenden und ermöglichenden – Geschäftsmodells. Solche (international) skalierbaren Geschäftsmodelle sind meist im Technologiebereich anzutreffen, wo um eine Basisanwendung herum nur moderate Länderanpassungen notwendig sind.

Das für die Expansion eines solchen Geschäftsmodells notwendige Kapital erhalten Startups aus vielerlei Quellen, z. B. aus dem privaten Umfeld, staatlichen oder ähnlichen Förderprogrammen aber auch über Kredite. Besonders erfolgversprechende, aber auch risikoreiche Startups haben oft die Möglichkeit, ihre Expansion über sog. Risikokapital zu finanzieren. Dann beteiligen sich Risikokapitalgeber – das sind in der Regel Einzelpersonen, Investorengemeinschaften oder Beteiligungsgesellschaften – an der Finanzierung einer Geschäftsidee. Diese Art der Finanzierung besteht oft in Form vollhaftendem Eigenkapitals oder ähnlicher Finanzierungsinstrumente. Das Ziel des Risikokapitalgebers besteht meist darin, die Beteiligung nach einer bestimmten Zeit mit Gewinn zu verkaufen oder Gewinn im Rahmen eines Börsengangs des Startups zu erzielen (sog. „Exit“). Im Rahmen der Kapitalbeteiligung erhalten die Risikokapitalgeber in der Regel auch Informations-, Kontroll- und Mitentscheidungsrechte, steuern ihrerseits aber auch ihr spezifisches Branchen- und Managementwissen in das Startup hinein.¹ Erwähnenswert ist, dass der Finanzierungshorizont von Startups oft nur wenige Monate reicht bzw. an das Erreichen bestimmter Ziele gekoppelt ist.

Startups unterscheiden sich zudem von anderen Unternehmen durch die spezifische Art und Weise, wie sie ihre Ideen umsetzen. Zur Entwicklung ihrer Produkte bedienen sie sich oft sog. agiler Entwicklungsmethoden. Charakteristisch hierfür ist das iterative Vorgehen aus Entwicklung, Test, Feedback und Veränderung in einer Art Regelungskreis. Die Leitlinie für die Umsetzung einer Idee besteht nicht darin, einen möglichst vollwertigen und umfassenden Lösungsansatz zu präsentieren, sondern sich schrittweise, schnell und flexibel einem vermarktbar Produkt zu nähern (sog. Minimum Viable Product-Ansatz). Dieses Vorantasten auf „unsicherem Boden“ minimiert das Risiko eines Fehlschlags.²

3 Digitalisierung bei den gesetzlichen Krankenkassen

In Bezug auf die Gesundheitsausgaben sind die gesetzlichen Krankenkassen mit einem Ausgabenanteil von 58,5% (2014) der dominierende Akteur (VDEK 2017, S. 27). Deshalb richten wir unseren Blick zunächst auf den Bereich Digitalisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Hier können wir grob drei Bereiche unterscheiden, in denen sich die Digitalisierung bei den gesetzlichen Krankenkassen vollzieht.

1. Interne Digitalisierung
2. Digitalisierung der Kundenbeziehungen
3. Digitalisierung des Versorgungsgeschehens

¹ Einen schönen Überblick zum Thema Startup-Finanzierung bietet Rödl & Partner GmbH (2017).

² Eine Übersicht über agile Entwicklungsmethoden befindet sich in Brandes 2014, S. 47ff.

Zu 1) Unter „interner Digitalisierung“ verstehen wir vor allem die Digitalisierung und Optimierung von Geschäftsprozessen. Dazu zählen alle Maßnahmen zur Umwandlung analoger in digitale Daten. Die Digitalisierung analoger Daten ist außerdem eine notwendige Bedingung für die Automatisierung von Geschäftsprozessen.

Die interne Digitalisierung kann damit so unterschiedliche Bereiche umfassen wie das Workflow- und Dokumentenmanagement oder das Schnittstellenmanagement zum Kunden und externen Dienstleistern und Leistungserbringern. Konkrete Themenbereiche sind u.a. die Digitalisierung und Automatisierung der Postbearbeitung über Beleglese- und Ticketsysteme, automatische Regelasistenten zur Vereinfachung und Automatisierung von Genehmigungsprozessen innerhalb der Kassen oder die Prozessoptimierung im kundennahen Bereich durch den Einsatz und die Verknüpfung sog. ACD-Anlagen (Automatic Call Distribution) in den Call-Centern der Kassen mit deren Bestandsführungssystemen.

Zu 2) Beim Thema „Digitalisierung der Kundenbeziehung“ verfügen Krankenkassen prinzipiell über ähnliche Möglichkeiten wie privatwirtschaftliche Unternehmen und stehen vor vergleichbaren Herausforderungen. Ziele sind hier vor allem die Kundenakquise und Kundenbindung.

Mit Blick auf das Ziel Kundenakquise sind vor allem Maßnahmen des Online-Marketings zu betrachten. Diese Maßnahmen sind breit gefächert und umfassen u.a. die Gestaltung der eigenen Website, Suchmaschinen- und E-Mail-Marketing, das Bereitstellen von kassenspezifischem Content über Blogs, Videos, Studien, das sog. Affiliate Marketing oder Social Media Marketing. Gemein ist diesen Ansätzen, dass im Zuge der technologischen Entwicklung die Möglichkeiten zunehmen, Maßnahmen individuell auf Bedürfnisgruppen zuzuschneiden.

Mit Blick auf das Ziel Kundenbindung versuchen Krankenkassen vor allem das Serviceerlebnis ihrer Kunden zu verbessern und individualisierte Dienstleistungen bereitzustellen. Themen sind hier beispielsweise die Umsetzung des Omnichannel-Managements, d. h. eines einheitlichen Kunden- und Kommunikationserlebnisses über alle Vertriebskanäle, Kundenkontaktpunkte und Prozessschritte hinweg. Weitere Maßnahmen sind die Eröffnung von Online-Geschäftsstellen und -Portalen und das Einrichten geschützter, persönlicher Bereiche darin, digitale Assistenten und Formulare sowie Services wie Coaching-Angebote, Terminservices, Apothekensuchen u. v. m.

Parallel zur Entwicklung leistungsfähiger Smartphones sind diese Maßnahmen fast ausnahmslos auch für mobile Endgeräte nutzbar.

Zu 3) Digitalisierung des Versorgungsgeschehens: Sprechen wir über die Digitalisierung des Versorgungsgeschehens, dann reden wir vor allem über die Ergänzung des klassischen Versorgungsmanagements um digitale Komponenten. Diese Ergänzung kann indikationsbezogen erfolgen oder auch im Hinblick auf den eigentlichen Managementprozess.

Konstitutives Merkmal des Versorgungsmanagements ist es, Versorgungsprozesse zu gestalten und zu steuern, um Outcomes und Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Digitalisie-

rung dient in diesem Zusammenhang vor allem dazu, Über-, Unter- und Fehlversorgungen zu erkennen und zu vermeiden. Angestrebt wird patientenseitig eine bessere Adhärenz durch das intensivere Einbeziehen des Patienten in den Behandlungsprozess. Genutzt werden hierfür vor allem Ansätze des „Gamification“¹ oder „Nudging“². Diese Ansätze sollen das Selbstmanagement chronisch Erkrankter unterstützen und die innere Einstellung zur eigenen Krankheit positiv beeinflussen. Ergänzt werden diese Ansätze durch teils umfangreiche Dokumentations- und Feedbackmöglichkeiten.

Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass digitale Versorgungsangebote auch dazu dienen, die betreffende Krankenkasse als innovatives Gesundheitsunternehmen gegenüber Wettbewerbern zu positionieren.

4 Zur Rolle von Startups bei der Digitalisierung der GKV

Die derzeit 113 Krankenkassen sind Teil der mittelbaren Staatsverwaltung. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts übernehmen sie staatliche und hoheitliche Aufgaben nach Maßgabe der Sozialgesetzgebung. Damit sind Krankenkassen in Bezug auf die Unternehmenskultur von ihrem Auftrag her eher verwaltend, bewahrend geprägt. Als vor über 20 Jahren mit Einführung der Kassenwahlfreiheit der Wettbewerb unter den Krankenkassen einsetzte, hat diese Kultur sich allerdings zu verändern begonnen und Krankenkassen übernehmen nicht nur Methoden des modernen Managements, sondern suchen sich auch im Wettbewerb aktiv voneinander zu unterscheiden.

Der gesetzliche Auftrag der Krankenkassen, dargelegt vor allem im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V), ist jedoch nicht auf Disruption ausgelegt, sondern auf die Funktionsfähigkeit, Verlässlichkeit und kontinuierliche Weiterentwicklung eines auf dem Solidarprinzip bestehenden Sicherungssystems.

Mit der vermeintlichen Gegensätzlichkeit zwischen jungen, dynamischen Anbietern digitaler Lösungen hier und Krankenkassen dort gilt es im Folgenden umzugehen. Der Spagat, den Krankenkassen und Startups dabei vollführen müssen, ist nicht zu vernachlässigen: hier Solidarprinzip, Evolution und vergleichsweise enge gesetzliche Regulierung, dort möglichst rasches Wachstum, Skalierung des Geschäftsmodells und hohe Gewinnerwartungen.

4.1 Welche Gründe sprechen für eine Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Startups?

Disruptive Innovationen auf dem GKV – Markt sind eher unwahrscheinlich. Mit der Einführung des Kassenwahlrechts Mitte der 90er Jahre kam es mit Gründung der ersten Direktkrankenkassen zu einem neuen Geschäftsmodell innerhalb der GKV. Mit dem Ver-

¹ Gamification: Anwendung spieltypischer Elemente in einem spielfremden Kontext zur Motivationssteigerung bei der Anwendung digitaler Lösungen (Detering 2011, S. 2).

² Nudging: der Begriff wurde geprägt von Thaler und Sunstein und beschreibt einen verhaltensökonomischen Ansatz, der das Ziel verfolgt, ein bestimmtes Verhalten einer Person zu stimulieren ohne dabei individuelle Entscheidungsparameter (ökonomische Präferenzen, moralische Gebote und Verbote, persönliche Trägheit etc.) zu verändern (PWC 2016, S. 17).

weis auf günstige Beitragssätze, schlanke Verwaltungsstrukturen, den Verzicht auf zusätzliche Leistungen und Geschäftsstellen sowie günstige Verwaltungskosten erzielten diese Krankenkassen große Mitgliedergewinne auf Kosten etablierter Anbieter. Das Handeln der neuen Anbieter orientierte sich selbstverständlich an jenen gesetzlichen Regeln, die auch für andere Kassen galten und gelten.

Disruption bezieht sich in diesem Kontext nicht auf die einseitige, plötzliche und grundlegende Veränderung der Spielregeln. Das disruptive Element der Digitalisierung im Gesundheitswesen besteht darin, dass über die Marktnachfrage der Kunden Druck auf Kassen und Gesetzgeber ausgeübt wird, das System der GKV für digitale Innovationen zu öffnen und entsprechende gesetzliche Rahmenbedingungen herbeizuführen.

Der Nachfragedruck zielt vor allem auf die Erstattung digitaler Lösungen durch die Krankenkassen. Regulierungs- oder je nach Sichtweise Deregulierungsdruck entsteht mit Blick auf die Wirkungsnachweise, Sicherheit und Datenschutzverhältnisse digitaler Lösungen.

Disruption bedeutet für die Krankenkassen zunächst nicht, dass der Auftrag und die Institution Krankenkasse grundsätzlich in Frage gestellt würden. Sie besteht vor allem in einer deutlichen Veränderung der Art und Weise, wie sie ihr bisheriges Kerngeschäft – die Versorgung kranker Menschen – gestalten. Bei diesem Prozess sind die Akteure gleichzeitig und teils in Personalunion Treiber und Getriebene, Profiteure und „Leidtragende“ der Digitalisierung:

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist zu großen Teilen ein Verdrängungswettbewerb. Wenige Krankenkassen vermögen das Gros der Mitgliederwanderungen und -zuwächse auf sich zu vereinigen.¹ Die Finanzierungsbedingungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) haben die Kassen außerdem zu Zuweisungsempfängern gemacht. Deren strategisches Ziel darin besteht, Zusatzbeiträge so lange wie möglich so niedrig wie möglich zu halten, um Mitgliederverluste zu vermeiden. Teure Investitionen in Innovationen mit ungewissem Ergebnis unterbleiben deshalb bisweilen.

Jene Kassen, die mit Startups zusammenarbeiten, erhoffen sich hierdurch frische Impulse von außen. Startups sind nicht „Teil des Systems“ und denken nicht ausschließlich im System. Sie können dadurch helfen, die bisweilen verkrusteten Strukturen in den Krankenkassen aufzubrechen und ein Stück weit digitale Transformation von außen in die Organisationen hineinzutragen.

Oft in einem Höchstmaß intrinsisch motiviert² haben Startups ein hervorragendes Verständnis für die Bedürfnisse der Endnutzer entwickelt und einen starken Fokus auf nutzerfreundliche Angebote. Dabei helfen ihre agilen Entwicklungsmethoden die auf Iteration, also ständiges Vorantasten und Verbessern einer Idee abzielen.

¹ Siehe hierzu die regelmäßig erscheinenden Gewinner/Verlierer-Auswertungen des dfg – Dienst für Gesellschaftspolitik, Berlin.

² Einige Startups ziehen einen großen Teil ihrer Motivation und Glaubwürdigkeit aus der eigenen Betroffenheit heraus, die zur Entwicklung einer digitalen Lösung geführt haben. Populär sind die Beispiele

Krankenkassen wiederum erhalten Zugang zu der höchst attraktiven Zielgruppe junger Menschen, die sich engagiert mit ihrer Gesundheit auseinandersetzen (Ciencowski 2016).

Auch die Startups selber befinden sich in einem scharfen Wettbewerb um Kunden und Investorengelder. In den einschlägigen App-Stores tummeln sich mitunter dutzende Apps, die den gleichen Zweck bedienen. Ein Pilotprojekt mit einer Krankenkasse oder ein dauerhaftes Vertragsverhältnis können wie ein „Adelsschlag“ wirken und für Aufmerksamkeit und Vertrauen bei potentiellen Kunden und Investoren sorgen. So ebnet ein Vertrag mit einer Krankenkasse möglicherweise den Weg für eine weitere Finanzierungsrunde oder verhilft dem Startup über die Gewinnschwelle.

Die Krankenkassen verfügen mit über 80% über ein überaus hohes Kundenvertrauen ihrer Kunden (Statista 2017). Ein Stück dieses Vertrauen und dieser Seriosität färbt mit einer Empfehlung durch eine Krankenkasse durchaus auch auf das Startup ab. Der ePatient Survey 2016 weist in genau diese Richtung. Demnach wünscht sich ein gutes Drittel der GKV-Versicherten von ihrer Krankenkasse Empfehlungen und Hilfestellung im unübersichtlichen Markt für Apps (Schachinger 2016, S. 71).

Der Wettbewerb unter den Krankenkassen ist vielschichtig und kann nicht auf die Schlagworte Leistungswettbewerb versus Preiswettbewerb reduziert werden. Auch mit Blick auf Marketing und Öffentlichkeitsarbeit ist eine Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und Startup interessant. So helfen die Startups den Kassen, ihr Leistungsangebot zu diversifizieren und sich als moderne Dienstleister zu positionieren, die ihren Kunden auch in ihrer digitalen Welt zur Verfügung stehen.

Je nach langfristiger Zielsetzung eines Startups kann die Zusammenarbeit mit einer Krankenkasse auch strategischen Erwägungen folgen. Insbesondere Startups, die ein Medizinprodukt anbieten, können die Erstattung ihres Produkts im Rahmen der Regelversorgung anstreben. Es macht hierfür grundsätzlich Sinn, bereits in einem möglichst frühen Entwicklungsstadium einen Vertrag mit einer Krankenkasse anzustreben, um die Evidenzlage für die eigene Lösung zu verbessern. Auf dem Weg zur Zulassung und Erstattungsfähigkeit muss diese Evidenz vorliegen. Außerdem kann das Startup nachweisen, dass sich sein Produkt im Versorgungsalltag bewährt und angenommen wird und sein Geschäftsmodell trägt.

Krankenkassen erhoffen sich im Umkehrschluss durch digitale Versorgungsansätze eine Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Versorgung bzw. einen Zugang zu ansonsten schwer erreichbaren Zielgruppen, auch wenn diesbezüglich die Evidenzlage noch dünn ist. Kassen öffnen deshalb ihre Innovations- und Entwicklungsprozesse immer mehr externen Anbietern, um gemeinsam mit ihnen neue Versorgungsleistungen zu gestalten (Klein 2017, S. 3).

von zwei zuckerkranken Gründern der App und Diabetes-Plattform „mysugr“ sowie der Gründerin von „Jourvie“, einer App zur Unterstützung bei der Behandlung von Essstörungen.

4.2 Wo liegen die Hinderungsgründe?

Es sprechen viele gute Gründe für eine Zusammenarbeit zwischen Startups und Krankenkassen. Warum tun sie sich so in ihrer Zusammenarbeit schwer? Warum entsteht das Gros der Innovation bislang vornehmlich im zweiten Gesundheitsmarkt, dem Selbstzahlermarkt?

Der deutsche Gesundheitsmarkt ist größtenteils kein Selbstzahlermarkt. Die Leistungen werden überwiegend über das Sachleistungsprinzip in der GKV bzw. das Kostenerstattungsprinzip in der PKV abgerechnet und erstattet. Für den Verbraucher und Patienten ist es vergleichsweise ungewohnt, für Gesundheitsprodukte jenseits von Wellness- oder Fitnessanwendungen zu zahlen. Man kann deshalb davon ausgehen, dass das Marktpotential von Gesundheits-Apps mit der Erstattung über die GKV oder PKV deutlich höher liegen würde (Neumann 2016, S. 65). Die Zahlungsbereitschaft für digitale Gesundheitsdienste ist laut 5. EPatient Survey 2016 (Schachinger 2016, S. 10) im kurzen Zeitraum eines Jahres (2015 – 2016) allerdings deutlich von 3% auf 7% gestiegen. Die Studie legt nahe, dass der Behandlungspfad, auf dem sich der Patient gerade befindet, die Anzahl der genutzten digitalen Dienste und die Zahlungsbereitschaft dafür positiv beeinflusst.

„Stets wenn neue Diagnosen/Situationen/Informationen auf den Patienten einwirken und wenn der Patient sich für eine Therapie entscheiden muss oder sich einen Therapiewechsel wünscht, steigt die Nutzungsintensität und die Zahlungsbereitschaft“ (Schachinger 2016: S. 10).

Die Zahlungsbereitschaft wächst demnach mit dem Markt und den erfahrbaren Mehrwerten digitaler Anwendungen, so dass ein Startup möglicherweise den vermutlich weniger umsatzstarken, jedoch einfacher und schneller zu bearbeitenden zweiten Gesundheitsmarkt, bevorzugt ins Visier nimmt. Diese Präferenz des Startups für den zweiten Gesundheitsmarkt macht Sinn, wenn es darum geht, schnell Umsätze zu generieren und Marktanteile zu gewinnen.

Ein ziemlich profaner, jedoch folgenreicher Grund für ausbleibende oder schwierige Zusammenarbeit zwischen Startups und Kassen ist das fehlende Wissen voneinander. Krankenkassen und Startups verfügen über sehr unterschiedliche Unternehmenskulturen und Arbeitsweisen. Die jeweiligen Anreizstrukturen und Rahmenbedingungen können bei so unterschiedlichen Partnern nicht immer als bekannt vorausgesetzt werden. Hier dem Solidaritätsprinzip unterworfenen Körperschaften des öffentlichen Rechts – dort die auf schnelles, oft internationales Wachstum fokussierte, gewinnorientierten Organisationen.

Krankenkassen verwalten treuhänderisch die Beitragsgelder ihrer Mitglieder. Sie müssen sicherstellen, dass die von ihnen angebotenen Leistungen wirksam sind und wirtschaftlich erbracht werden (§ 2 Abs. 4 SGB V). Hierzu ist es notwendig, dass das von einem Startup entwickelte Produkt bereits einen gewissen Grad der Einsatzreife erworben hat. Dazu gehören im Idealfall eine bestandene klinische Überprüfung der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeitsberechnungen und Nutzen-Risiko-Abwägungen. Je früher das Entwicklungsstadium, in dem sich ein digitales Gesundheitsprodukt befindet, desto problematischer ist diese Anforderung für ein Startup.

Besonderes Augenmerk sollte von Anfang an datenschutzrechtlichen Bestimmungen geschenkt werden, da diese das Geschäftsmodell stark beeinflussen können. Dies betrifft vor allem jene Bereiche, wo Daten verarbeitet und aus unterschiedlichen Quellen zusammengeführt werden, es betrifft den Standort von Datenservern und die Schutzbedürftigkeit der betroffenen Daten. Der Schutz von Sozialdaten ist hierzulande sehr streng geregelt. Die im Sozialgesetzbuch niedergelegten Grundsätze der Datenverwendung (§ 284 SGB V) regeln eindeutig die Zwecke, für welche Krankenkassen Daten erheben dürfen.¹ Nicht zulässig sind in Deutschland solche Geschäftsmodelle, die darauf abzielen, auf Basis möglichst umfänglicher Datensammlungen und -auswertungen Geschäftsmodelle und Dienste zu entwickeln. Das läuft dem Grundsatz der Datensparsamkeit zuwider. Es muss von vornherein klar sein und über eine entsprechende Datenschutzregelung und Einwilligung des Versicherten geklärt werden, welche Daten zu welchem Zweck erhoben und verarbeitet werden. Eine Krankenkasse wird hierbei ihr lang erarbeitetes Vertrauen nicht aufs Spiel setzen (Cienkowski 2016).

Startups sind darauf angewiesen, dass der Krankenkassenpartner ein gewisses Entwicklungstempo mitgehen kann. Dieses hohe Tempo entspringt zum einen den von Startups genutzten agilen Entwicklungsmethoden, zum anderen dem Erfordernis, eine Lösung möglichst schnell auf den Markt zu bringen. Die Beschaffungsvorgänge öffentlicher Körperschaften und insbesondere das Vergaberecht stehen diesem Erfordernis bisweilen im Wege. Je nach Umfang des Beschaffungsgegenstandes kann ein Vergabeverfahren mehrere Monate dauern. Zudem ist der hohe Formalisierungsgrad solcher Vergabeverfahren meist mit Anpassungsaufwänden oder umfangreichen Dokumentationen verbunden.

Versorgungssteuerung der Krankenkassen hat stets auch finanzielle Aspekte zu berücksichtigen. Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit sind konstitutive Prinzipien eines effektiven Versorgungsmanagements. Diese Erfordernisse verlieren auch vor dem Hintergrund der Digitalisierung nicht ihre Gültigkeit. Dies gilt umso mehr, da mit Einführung des Gesundheitsfonds Krankenkassen zu Zuweisungsempfängern geworden sind. Ihre Zuweisungen erhalten die Krankenkassen seitdem nach Maßgabe des sog. morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), einem solidarischen Finanzausgleichssystem, das die Unterschiede in den Versichertenstrukturen unter den Krankenkassen ausgleichen soll. Ziel ist, Risikoselektion zu vermeiden und gerechte Ausgangsbedingungen im Kas senwettbewerb herzustellen. Seitdem erhalten die Krankenkassen neben einer alters- und geschlechtsabhängigen Pauschale (AGG) morbiditätsabhängige Zuschläge (HMG).²

Unter den Bedingungen des Morbi-RSA ist es in vielen Fällen für Krankenkassen interessant, mit Hilfe digitaler Innovationen die Effizienz ihrer Versorgungslösungen zu steigern. Gelingt es Krankenkassen, mit Hilfe einer digitalen Innovation unterdurchschnittliche Kosten zu generieren und damit die Deckungsbeiträge zu verbessern, lohnt sich eine

¹ Die gesetzlichen Grundlagen beschränken sich jedoch nicht nur auf das SGB, sondern umfassen u. a. auch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), das Telekommunikationsgesetz (TKG), die Verordnung zur elektronischen Signatur und das Signaturgesetz (SigV und SigG).

² Siehe hierzu BKK Dachverband (2015), Geldverteilungsmaschine Risikostrukturausgleich, Berlin.

Investition vor dem Hintergrund des Morbi-RSA. Besonders geeignet für digitale Lösungen bzw. ein digitales Versorgungsmanagement sind chronische Erkrankungen (Rothkoegel 2016, S. 23). Hier wirken die oben beschriebenen elektronischen Maßnahmen zur Steigerung der Adhärenz besonders gut, wenn sie mit weiteren Steuerungsinstrumenten etwa Coaching-Programmen kombiniert werden.

4.3 Was können Kassen und Startups tun, um attraktive Partner füreinander zu sein?

Ein erster wichtiger Schritt hin auf eine fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Kassen und Startups ist es, sich mit den Eigenheiten und besonderen Rahmenbedingungen der jeweiligen Akteure vertraut zu machen. Beide Seiten müssen aufeinander zugehen.

Das heißt für ein Startup, dass es sich in einem frühen Entwicklungsstadium und idealerweise vor konkreten Verhandlungen mit Krankenkassen einschlägiges Wissen über relevante Bereiche des regulatorischen Rahmens aneignet. Das kann mit Hilfe spezialisierter Berater erfolgen, im Austausch mit anderen Startups oder im Rahmen von unverbindlichen Informationsgesprächen mit Praktikern der Krankenkassen etwa am Rande von Veranstaltungen.

Entscheidend bei alledem ist der Zielmarkt des Startups. Denn die oben gemachten Aussagen gelten insbesondere dann, wenn eine Erstattung der Leistung durch die Krankenkasse angestrebt wird. Derzeit ist bei den meisten Gesundheits-Apps keine Erstattung durch die Krankenkassen vorgesehen. Solche Apps werden von den Kunden privat bezahlt und bestenfalls von Krankenkassen im Rahmen ihrer Bonusprogramme bonifiziert oder als Leistungen der Primärprävention bezuschusst, sofern sie die Anforderungen des Leitfadens Prävention erfüllen und entsprechend zertifiziert sind (Albrecht 2016, S. 127).

Die Krankenkassen ihrerseits müssen sich darauf einlassen, das Entwicklungstempo eines Startups mitzugehen und sich auf seine Arbeits- und Entwicklungsmethoden einlassen. Hierbei ist es hilfreich, ein Startup nicht mit eigenen Regularien und Anforderungen der eigenen Organisation zu überfordern. Oft hilft es bereits, wenn dem Startup ein Betreuer zur Seite gestellt wird, der dem Startup mit Rat und Tat zur Seite steht und Themen mit Fachkollegen klärt.

Eine Krankenkasse sollte mit dem Startup einen iterativen Entwicklungspfad beschreiben und nicht bereits eine in allen Aspekten fertig durchdachte Lösung einkaufen wollen. Bei vielen „konventionellen“ Dienstleistern ist das ähnlich und das Vergaberecht ermöglicht Beschaffungsvorgänge, bei denen der Beschaffungsgegenstand noch nicht in Gänze spezifiziert ist.

Krankenkassen verfügen in der Regel über ein breites Netzwerk an Kontakten. Diese historisch gewachsenen Beziehungen sind für Startups von großem Wert, wenn es gilt, Partner auf der Seite der Leistungserbringer oder deren Verbände zu akquirieren. Etliche App-basierte Anwendungen stützen sich darauf, dass sie Therapeuten oder Ärzte mit einbeziehen. Für ein größeres Pilotvorhaben können die Krankenkassen ihre gewachsenen Beziehungen nutzen, um solche Akteure als Partner im Rahmen eines digitalen Versorgungsmanagements zu gewinnen.

Mittlerweile unterstützen einige Unternehmen und Krankenkassen Startups im Rahmen so genannter Acceleratorenprogramme, die teilweise eigenständig, d. h. außerhalb der eigentlichen Aufbau- und Ablauforganisation, als agile Einheiten arbeiten. Im Rahmen solcher oder ähnlicher Programme erfahren ausgewählte Startups in einem zeitlich begrenzten Rahmen und mit durchaus unterschiedlichem Ressourceneinsatz des Anbieters ideelle und materielle Unterstützung, sowie Coaching und Begleitung durch Mentoren. Mit dieser Unterstützung sollen erfolgversprechende digitale Innovationen zum einen schneller für die Kasse verfügbar gemacht werden, respektive eine gewisse Marktreife für den ersten Gesundheitsmarkt erlangen. Ein junges Beispiel für einen derartigen Accelerator ist jener der Techniker Krankenkasse (Lemke 2017).

Einen anderen Weg, sich den Zugang zu Innovationen zu sichern, geht die Barmer. Diese beteiligt sich als Risiko- oder Wagniskapitalgeber an einem Fonds für Medizintechnologie, der vom bekannten Venture Capitalist Earlybird betrieben wird (Mihm 2017 und Earlybird 2017). Auch hier liegt die Zielsetzung in der Entwicklungshilfe Richtung Marktreife und -erfolg. Diese Form des Ins-Risiko-Gehens einer Körperschaft ist bis dato neu. Erreichen konnte die Barmer dieses Investment mit Beitragsgeldern, da sie mit Hilfe staatlicher Unterstützung ihre Haftung zu begrenzen vermochte. Im Gegenzug muss sie eine Deckelung möglicher Renditen aus diesem Investment hinnehmen.

Ein drittes Beispiel für ein Acceleratorenprogramm ist das Berliner StartupBootcamp Digital Health. Der Berliner Ableger des global agierenden und weitere Branchen umfassenden Accelerators ist kein Krankenkassen fokussierter Accelerator. Im Fokus dieses Accelerators steht – laut Eigenwerbung – die „Konvergenz von medizinischem Wissen und Technologie“ mit dem Fokus auf Themen wie Verhaltensveränderung, Diagnostic und Genomics, Big Data und Analytics. Unterstützt wird der Accelerator durch deutsche und internationale Unternehmen der Gesundheitswirtschaft wie Arvato Bertelsmann, Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Munich Re, Philips, Sanofi oder Dentons (Startupbootcamp 2017).

Die „Gründerszene“ zählt mittlerweile 42 Acceleratoren für Startups in Deutschland, die Hälfte davon in Berlin – Tendenz steigend (Weber 2016).

Solche oder ähnliche Programme geben Startups Raum für die Weiterentwicklung ihrer Geschäftsidee und ermöglichen den Anbietern Zugang zu interessanten Innovationen.

5 Vertragliche Grundlagen für eine Zusammenarbeit zwischen Startups und Krankenkassen

Für jede Art der Zusammenarbeit mit einem Leistungserbringer benötigen Krankenkassen eine gültige Rechtsgrundlage. Die Rechtsgrundlagen für die Zusammenarbeit mit Startups finden sich im fünften Sozialgesetzbuch. Erstattet werden können digitale Ge-

sundheitsprodukte entweder im Rahmen kollektiv- oder selektivvertraglicher Regelungen. In aller Regel kann man davon ausgehen, dass ein digitales Produkt eines Startups nicht im Rahmen der Regelversorgung von den Kassen erstattet wird.¹

Um im Rahmen der Regelversorgung verordnet und erstattet zu werden, muss ein Medizinprodukt ein Zulassungsverfahren durchlaufen und schließlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss in die Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit aufgenommen werden. Die Höhe der Vergütung ergibt sich nach den sich anschließenden Vergütungsverhandlungen (Neumann 2016, S. 59ff.).

Neben kollektivvertraglichen Regelungen, die für alle Krankenkassen und vertraglich gebundenen Leistungserbringer verbindlich sind, haben die Krankenkassen die Möglichkeit, über Satzungsleistungen und Selektivverträge Leistungen und Produkte zu erstatten, die nicht oder noch nicht Bestandteil des Leistungskataloges der GKV sind. Die Möglichkeiten zur Vertragsgestaltung sind jenseits der Kollektivverträge ungleich flexibler und ermöglichen es dadurch den Kassen, sich von anderen Krankenkassen zu differenzieren bzw. eigene Schwerpunkte in der Versorgung ihrer Versicherten zu setzen. Exemplarisch seien die Rechtsgrundlagen, die das SGB V für digitale Produkte unterschiedlicher Anwendungsfelder bereithält, genannt.

Digitale Produkte aus dem Anwendungsbereich Information und Prävention können auf der Basis der o. g. Rechtsgrundlagen erstattet werden. Eine Erstattung digitaler Leistungen im Rahmen der Satzung ist ebenso möglich, sofern der G-BA die Leistungen nicht ausdrücklich ausgeschlossen hat und die Kassen die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung hinreichend geregelt haben (§ 11 Abs. 6 SGB V). Gängig ist die Praxis der Kassen, die Nutzung von Fitness-Apps über Bonusprogramme nach § 65a SGB V (Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten) im Rahmen ihrer Satzungsleistungen zu bezuschussen oder diese im Rahmen der Leistungen zur Primärprävention ganz oder teilweise zu erstatten.

Auch Apps, die als digitales Medizinprodukt ihrer Funktionen nach unterstützend bei Diagnose- oder Therapieentscheidung wirken, können auf selektivvertraglicher Basis erstattet werden. Dafür müssen sie zuvor ein Konformitätsbewertungsverfahren durchlaufen und abhängig von ihrer Risikoklasse klinische Nachweise erbracht haben (Lucht 2015, S. 7 f.) (Lucht, Martin et.al., Gesundheits- und Versorgungs-Apps – Hintergründe zu deren Entwicklung und Einsatz. Universitätsklinikum Freiburg im Auftrag der Techniker Krankenkasse 2015).

¹ „Lediglich digitale Medizinprodukte, die Teil einer anerkannten Untersuchungs- oder Behandlungsmethode sind, können prinzipiell und unmittelbar erstattet werden“ (Neumann 2016, S. 60).

Anwendungsbereich	Information	Prävention	Diagnostik/Therapie	
			Non-MPG	MPG
Rechtsgrundlagen Kostenerstattung und Beispiele	1. § 1 SGB V in Verbindung mit §§ 13, 14 SGB I, Aufklärung und Beratung über Sozialleistungen und Leistungsträger > TK-App Husteblume > TK Diabetes Coach	2. § 20 SGB V Primärprävention > TK Fitness Online Coaching	6. § 140a SGB V Besondere Versorgung > Patientus > Medexo	6. § 140a SGB V Besondere Versorgung > Tinnitracks > Cardiosecur > Caterna
		3. § 43 Abs. 1, SGB V Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation > Teletherapie Stottern	7. § 63 ff SGB V Modellvorhaben	7. § 63 ff SGB V Modellvorhaben
		4. § 43, Abs. 2, SGB V Patientenschulungen > Accu-Check Diabetes Coaching		
		5. § 11, Abs. 6 SGB V Satzungsleistung		

Tabelle 1: Sieben Rechtsgrundlagen nach Anwendungsbereichen mit Beispielen

Quelle: Eigene Darstellung.

Eine Erstattung im Rahmen der Satzungsleistungen ist für diesen Einsatzzweck allerdings nicht vorgesehen. Ausdrücklich als Alternative zu der kollektivvertraglichen Regelung ermöglicht § 140a SGB V den Kassen, im Rahmen einer integrierten Versorgung die Kostenübernahme diagnose- und therapiebegleitender Apps. Dies gilt, sofern die Verträge die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern helfen und vom G-BA nicht ausdrücklich abgelehnt wurden. Die hier benannten Apps werden auf Grundlage des § 140a SGB V i.d.R. im Rahmen der ärztlichen Behandlung eingesetzt. Die Wirtschaftlichkeit eines Vertrages nach § 140a SGB V muss vier Jahre nach Wirksamwerden des Vertrages vorliegen.

6 Fazit: Gelassenheit führt zum Ziel

Sollte ein Startup mit seinem digitalen Produkt den Marktzugang auf den ersten Gesundheitsmarkt anstreben, so empfiehlt sich ein schrittweises Vorgehen für Startups und Krankenkassen (Neumann 2016, S. 65 ff.).

Zunächst sollten Kassen und Startups in zeitlich, räumlich und umfänglich begrenzten Pilotprojekten zusammenarbeiten. Vertragliche Grundlage kann eine der oben genannten Rechtsgrundlagen sein. In der Regel wird man auf eine selektivvertragliche Grundlage zurückgreifen. Im Rahmen solcher Pilotprojekte unterziehen Startups ihre Lösungen einem Praxistest im ersten Gesundheitsmarkt. Eine begleitende Evaluation vermag Evidenz über Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Lösung unter realen Bedingungen zu generieren. Dies wird hilfreich sein auf dem Weg zur allgemeinen Erstattungsfähigkeit im Rahmen der Regelversorgung. Je eindeutiger die Evidenz im Rahmen des Pilotprojektes, desto besser stehen die Chancen auf Fortführung und Ausweitung des Tests. Zu diesem

Zeitpunkt dürften auch andere Kassen im Rahmen eines Nachahmerwettbewerbs in die Nutzung des digitalen Produktes einsteigen.

Ob ein Startup mit seinem Produkt überhaupt eine Erstattung im Rahmen der Regelversorgung anstrebt, oder ob es sich mit einer alternativen Erstattung bzw. dem Selbstzahlermarkt „zufrieden“ gibt, hängt von der spezifischen strategischen Ausrichtung des Startups und seines Produktes ab sowie von der Fähigkeit, ein entsprechendes Zulassungsverfahren mit anschließenden Vergütungsverhandlungen durchzuhalten. Gefährdet werden kann der Zulassungsprozess etwa durch ein verändertes Geschäftsmodell oder Änderungen in der Eigentümerstruktur des Startups.

Ohne entsprechende Evidenz und Nutznachweise wird es keinem digitalen Produkt gelingen, längerfristig im ersten Gesundheitsmarkt zu bestehen.

Literatur

- Albrecht, U.-V. (Hrsg.) (2016): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA), Medizinische Hochschule Hannover, Hannover.
- BKK Dachverband (2015): Geldverteilungsmaschine Risikostrukturausgleich, Berlin.
- Brandes, U. et al. (2014): Management Y. Campus, Frankfurt am Main.
- Ciencowski, N. / Kim, M.-S. S. (2016): Große Ehrfurcht vor den großen Versicherungen. <https://www.deutsche-startups.de/2016/10/28/grosse-ehrfurcht-vor-den-grossen-versicherungen/>. Abruf am 21.04.2017.
- Detering, S. (2011): Gamification : Toward a Definition. <http://hci.usask.ca/uploads/219-02-Deterding,-Khaled,-Nacke,-Dixon.pdf>, Abruf am 01.05.2017.
- Earlybird (2017): Erstes Closing Earlybird-Health-Tech-Fonds, Pressemitteilung. http://earlybird.com/pr/Earlybird_HT_Closing_dt.pdf. Abruf am 21.04.2017.
- Klein, S. (2017): Healthcare Startups als Innovationschance für das deutsche Gesundheitswesen. In: Gesundheitsforen Trend-Dossier 2017(1).
- Kramer, U. (2016): Gesundheits-, Medizin-Apps, Apps als Medizinprodukt? Definition & Relevanz. <https://www.healthon.de/blogs/2016/03/10/gesundheits-medizin-apps-apps-als-medizinprodukt-definition-relevanz#sthash.VDIVdVIO.dpuf>. Abruf am 21.04.2017.
- Lemke, K. (2017): Hausgemachte Start-up-Förderung: Der TK-Accelerator kommt!. https://wirtechniker.tk.de/2017/04/06/health-i-initiative-2017-tk-accelerator/?utm_content=bufferbfed4&utm_medium=social&utm_source=twitter.com&utm_campaign=buffer. Abruf am 21.04.2017.
- Mihm, A. (2016): Die Barmer-GEK wird Risikokapitalgeber für Start-ups. <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/die-barmer-gek-steckt-beitragsgelder-in-risiko-finanzfonds-14403895.html>. Abruf am 21.04.2017.
- Neumann, K. et al. (2016): Digitale Versorgungsprodukte, Chancen nutzen, sichere Wege in den Markt schaffen. IGES, Berlin.
- Price Waterhouse Cooper (2016): Weitere Entwicklung der eHealth-Strategie – Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Strategyand, Berlin.
- Rödl & Partner GmbH (2017): Themenspecial : Start-up-Finanzierung. <http://www.roedl.de/themen/start-up-finanzierung/>. Abruf abgerufen am 30.04.2017.
- Rothkoegel, S. (2016): IT- und E-Health-Anforderungen aus der Sicht von Leistungs- und Versorgungssteuerung der Krankenkassen, Vortrag gehalten am 28.9.2016 im Rahmen der Veranstaltung „Zukunft Informationstechnologie – Must have-Standards im digitalen Zeitalter“. Veranstalter PLATIN – Plattform Innovation im Gesundheitswesen. DAK, Berlin.
- Schachinger, A. (2016): 5. EPatient Survey 2016. EPatient RSD GmbH, Berlin.
- Startupbootcamp (2017): Startupbootcamp Digital Health Berlin – The Program. <https://www.startupbootcamp.org/accelerator/digital-health-berlin/>. Abruf abgerufen am 21.04.2017.

Statista (2017): Wenn es um Ihre Krankenkasse/Krankenversicherung geht, wie sehr vertrauen Sie dann einer klassischen Versicherung? <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/674061/umfrage/umfrage-zum-vertrauen-in-klassische-krankenkassen-krankensicherungen-in-deutschland/>. Abruf am 01.05.2017.

VDEK Verband der Ersatzkassen e.V. (2017): vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2016/2017. VDEK, Berlin.

Weber, E. (2016): 42 Acceleratoren, die Startups fördern wollen. <http://www.gruenderszene.de/allgemein/uebersicht-acceleratoren-deutschland>. Abruf am 01.05.2017.

Datenschutz in der vernetzten Medizinforschung in Deutschland – ein Problemaufriss im Licht der Datenschutz-Grundverordnung

Nikolaus Forgó

1 Status Quo

In vielen Bereichen unseres Lebens haben Digitalisierung und Vernetzung erhebliche Veränderungen gebracht. Das gilt nicht nur für unseren Alltag, sondern auch für unsere Erfahrungen mit der Medizin. Dort jedoch erscheinen viele Entwicklungen noch erheblich verzögert.

Während wir es im Alltag inzwischen für selbstverständlich halten, dass zahlreiche relevante Informationen nur einen Mausklick entfernt sind, wir im Fernabsatz einkaufen, online Bankgeschäfte erledigen und auch Verwaltungsangelegenheiten elektronisch erledigen, herrscht in vielen medizinischen Kontexten noch immer ein Paradigma von Papier und Bleistift. Diagnosen werden handschriftlich erfasst, Zettelkästen in Arztpraxen gibt es weiterhin, Studienprotokolle werden, wenn es hoch kommt, per Textverarbeitung geschrieben, usw. Wo, immerhin, inzwischen mit Computer gearbeitet wird, ist häufig ein weiterer Schritt, nämlich der der Vernetzung der unterschiedlichen Datenbestände, nicht gegangen, trotz erheblicher Synergien, die dadurch gehoben werden könnten, trotz des unmittelbar einsichtigen Komfort- und Sicherheitsgewinns für Arzt wie Patienten und trotz inzwischen jahrzehntealter politischer und gesetzgeberischer Bemühungen.

Unser aller medizinische Daten sind – weiterhin – häufig eingesperrt in Silos, nicht zugänglich, nicht bekannt und einem Sicherheitsrisiko ausgesetzt, das nicht selten nur durch die IT-Kompetenz und der Sicherheitsaffinität des lokalen Administrators limitiert wird – mit erheblichen Unterschieden und Defiziten.

Durch diese Praxis entstehen erhebliche negative Effekte: Anamnesen bei Arztwechsel sind nach wie vor eher zufällig vom Erinnerungsvermögen der Patientin oder des Patienten abhängig, Diagnosen werden vergessen, Befunde doppelt erhoben, Daten landen immer mal wieder in den falschen Händen, Studien werden mehrfach ausgeführt usw.

Vor allem aber wird auch die medizinische Forschung nachhaltig behindert, sobald versucht wird, ohnehin schon vorhandene medizinische Daten zu verschneiden und für neue Forschungsfragen, häufig unter Verwendung von IT, zugänglich zu machen. Dadurch entstehen Folgekosten, Doppelerhebungen, Zeitverlust. Nicht selten werden heute erhebliche Ressourcen investiert, um (inkompatible) IT-Systeme zu vernetzen, Zugänge für Datenbestände zu schaffen, Forschungsfragen zu definieren usw., bis dann, manchmal Monate oder Jahre nach Projektbeginn, die Frage auftaucht und negativ beantwortet wird, ob die vorhandenen Datenbestände auch aus rechtlicher Sicht geteilt werden können und diese dann verneint werden muss. Datenschutzbeauftragte geraten in die Rolle des Spielverderbers, Forscherinnen und Forscher verlagern Studien ins Nicht-EU-Ausland, die international alle Wettbewerbsfähigkeit Europas wird in Zweifel gezogen, Patientenorganisationen rufen – nachvollziehbarerweise – nach mehr patientenzentrierter Forschung, und so weiter.

Warum ist das so und wie lässt es sich ändern?

Medizinische Daten sind sensible personenbezogene Daten. Sie sind damit aus datenschutzrechtlicher Sicht besonders geschützt und unterfallen voll dem datenschutzrechtlichen Schutzregime, das streng ist und einige Besonderheiten aufweist, die man aus dem sonstigen (beruflichen) Alltag nicht gewohnt ist. An erster Stelle zu nennen ist hier der Grundsatz des Verbots mit Erlaubnisvorbehalt. Dieser besagt, dass jede Verwendung personenbezogener Daten „per default“ verboten und nur dann ausnahmsweise erlaubt ist, wenn eine von zwei möglichen Voraussetzungen erfüllt ist: Entweder, es liegt eine informierte Einwilligung vor (der/die Betroffene hat also zugestimmt), oder es existiert eine gesetzliche Grundlage, die ausnahmsweise eine Datenverarbeitung auch ohne Einwilligung zulässig macht.

Des Weiteren herrscht im Datenschutzrecht der Grundsatz der Zweckbindung. Das bedeutet, dass Daten für einen bestimmten Zweck erhoben werden müssen – eine Erhebung „auf Vorrat“ ist unzulässig. Daten, die für einen bestimmten Zweck erhoben wurden, dürfen nur für einen mit diesem Erhebungszweck vereinbarten Zweck verarbeitet werden.

Aus Verbot mit Erlaubnisvorbehalt und Zweckbindungsgrundsatz resultieren nun mannigfache Herausforderungen für die medizinische Forschung. Zum einen folgt daraus nämlich, dass Daten, die für Behandlungszwecke erhoben wurden (wo, sofern sie für die Behandlung erforderlich sind, in dieser bzw. im zugrundeliegenden Behandlungsvertrag die Rechtsgrundlage der Erhebung zu sehen ist und eine Einwilligung des Betroffenen daher nicht erforderlich ist), nicht ohne Weiteres für Forschungszwecke verwendet werden dürfen, weil darin eine Zweckänderung liegt.

Zum anderen folgt daraus, da für die Forschung häufig auf die Einwilligung als Rechtsgrundlage der Verarbeitung abgestellt wird, dass eine Einwilligung in ein (bestimmtes) Forschungsprojekt nicht als Zustimmung zur Datenverwendung für ein anderes, verwandtes Forschungsprojekt herangezogen werden kann. Vielmehr wäre für diese Weiterverwendung eine erneute Einwilligung einzuholen. Eine solche kann jedoch aus organisatorischen (weil Name und Anschrift des Betroffenen nicht [mehr] bekannt sind, verstorben sind oder mit ihrer Krankheit nicht mehr konfrontiert werden wollen), finanziellen und zeitlichen Gründen nicht eingeholt werden. Wer medizinische Forschung auf einer Einwilligung fußen lassen will, steht deshalb vor dem Dilemma, entweder eine eng gefasste Einwilligungserklärung zu formulieren, mit dem Risiko, dass weitergehende Forschung von dieser nicht erfasst ist, oder eine weit gefasste Einwilligungserklärung zu formulieren, mit dem Risiko, dass diese im Streitfall als zu unbestimmt qualifiziert wird.

Eine Alternative zur Einwilligung kann eine Rechtsnorm sein, die (ausnahmsweise) auch ohne Zustimmung eine (Weiter-)Verwendung zu Forschungszwecken erlaubt. Gesetzliche Normen, die eine sekundäre Datenverwendung erlauben könnten, sind häufig Ländersache und äußerst heterogen, komplex und voraussetzungsreich. Das lässt sich beispielhaft an § 25 Abs. 2 Niedersächsisches Datenschutzgesetz zeigen, der lautet:

„(2) Für wissenschaftliche Forschungsvorhaben dürfen personenbezogene Daten, die für andere Zwecke oder für ein anderes Forschungsvorhaben erhoben oder gespeichert worden sind, verarbeitet werden, wenn

1. die Betroffenen eingewilligt haben,
2. eine Rechtsvorschrift dies vorsieht oder
3. Art und Verarbeitung der Daten darauf schließen lassen, dass ein schutzwürdiges Interesse der Betroffenen der Verarbeitung der Daten für das Forschungsvorhaben nicht entgegensteht oder das öffentliche Interesse an der Durchführung des Forschungsvorhabens das schutzwürdige Interesse der Betroffenen erheblich überwiegt. Das Ergebnis der Abwägung und seine Begründung sind aufzuzeichnen. Über die Verarbeitung ist die Datenschutzbeauftragte oder der Datenschutzbeauftragte nach § 8 a zu unterrichten.“

Regelmäßig entfallen Einwilligung und Rechtsvorschrift als Erlaubnisnormen, sodass § 25 Abs. 2 Nr. 3 heranzuziehen ist. Diese Bestimmung ist jedoch hochgradig unbestimmt gefasst, weil keine Kriterien und kein Verfahren beschrieben sind, anhand derer das schutzwürdige Interesse des Betroffenen festgestellt und mit dem öffentlichen Interesse des Betroffenen abgewogen werden kann. Auch lassen sich die Ergebnisse nicht verallgemeinern, vielmehr muss im Einzelfall entschieden werden. Kriterien, die zur Bestimmung der Betroffeneninteressen herangezogen werden können, sind schwierig zu fassen und thematisch divers. In der einschlägigen Kommentierung heißt es etwa:

„Für entgegenstehende Betroffeneninteressen sprechen u. a. folgende Umstände: die Sensibilität der erhobenen Daten (z. B. gesundheitliche Verhältnisse, strafbare Handlungen, religiöse oder politische Anschauungen, arbeitsrechtliche Verhältnisse, Daten mit Diskriminierungsrisiko, z. B. genetische Disposition, HIV-Infektion, Schwangerschaftsabbruch, psychische Erkrankung), der Umfang des erhobenen Datensatzes und der damit erfassten Lebensbereiche (Familie, Beruf, Freizeitverhalten, Gesundheit), das zeitlich weite Zurückliegen eines privaten Sachverhalts, die Zahl der erfassten Personendatensätze, der Zeitraum der erfassten Sachverhalte, die zusätzliche Heranziehung und Verknüpfung externer Daten bzw. Datensätze, die Einbeziehung der Daten dritter Personen, die Laufzeit des Forschungsvorhabens, die Art der Verarbeitung.“¹

Eine derart multifaktorielle Gleichung kann niemand im Vorhinein (will heißen: vor einer Gerichtsentscheidung) lösen.

Es ist jedoch wichtig zu verstehen, dass diese Gleichung gelöst und nicht einfach wegdiskutiert werden muss, weil das Grundrecht auf Datenschutz, oder, in der deutschen Terminologie und Tradition, das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung, eben ein Grundrecht ist – ein aus der Verfassung hergeleitetes Recht, das sich u.a. mit der Würde des Menschen begründen lässt. Wenn nun auf der einen Seite dieses Grundrecht steht und auf der anderen Seite andere grundrechtliche Interessen (Forschungsfreiheit! Informationsfreiheit!) und wenn die einfachgesetzlichen Ausgestaltungen der erforderlichen Grundrechtsabwägungen sehr abstrakt und interpretationsbedürftig sind, dann ist Orientierung im Vorfeld schwierig.

¹ Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Erläuterungen zur Anwendung des NDSG, https://www.lfd.niedersachsen.de/download/32433/NDSG_mit_Kommentar_Stand_November_2014_.pdf, S. 126.

Im Ergebnis führt dies zu einer Torwächterfunktion des oder der Datenschutzbeauftragten, der oder die zwar auch über keine handfesten Abwägungskriterien verfügt, aber über eine gewisse Erfahrung und Datenschutzaffinität. Es ist dann jedoch auch nicht verwunderlich, dass ein Organ, das (ausschließlich) mit der Wahrung datenschutzrechtlicher Anforderungen befasst ist, im Zweifel datenschutzrechtlichen Interessen den Vorrang vor (öffentlichen) Forschungsinteressen einräumt, sodass Datenschutzbeauftragte häufig als Verhinderer oder Blockierer erlebt werden, deren Rat gerade nicht eingeholt, sondern deren Kontrolle umgangen wird.

Erschwerend tritt hinzu, dass im Bereich medizinischer Forschung der Datenschutzbeauftragte in regulatorischer Hinsicht häufig hinter die Ethikkommission zurücktritt, die im Vorfeld medizinischer Studien zu befassen ist und im Zuge ihrer Prüfung regelmäßig auch Fragen des Datenschutzes und der Datensicherheit, insbesondere mit Blick auf die Patienteninformationen und die Einwilligungserklärungen, mit prüft – häufig nicht nur rechtlich und selten mit einer präzisen Subsumtion unter die datenschutzrechtliche Ermächtigungsnorm (wozu eine Ethikkommission schon deswegen kaum berufen ist, weil die dort versammelte juristische Kompetenz regelmäßig in der Minderheit ist.). Damit tritt neben den Torwächter Datenschutzbeauftragter ein weiteres, multidisziplinär zusammengesetztes und schon per Definition über die reine Rechtsanwendung hinaus tätiges Gremium, das die rechtliche und wirtschaftliche Planbarkeit von Medizinforschungsprojekten noch weiter erschwert.

Schließlich ist auch zu bedenken, dass die Erhebung und Verarbeitung medizinischer Forschungsdaten Arbeit macht, Geld kostet und Grundlage von Karrierechancen der beteiligten Forscherinnen und Forscher ist. Deren Interessen sind durch Immaterialgüterrechte häufig nicht weiter geschützt, weil weder ein urheberrechtlich schützbare Werk in den Daten selbst liegt noch ein Betriebs- und Geschäftsgeheimnis, noch eine patentierbare Idee. Es mag dann für manchen Forscher nicht fern liegen, die eigenen Monopolisierungsinteressen an den aufwändig erhobenen und kuratierten Daten sowie daraus generierbare Erkenntnisse mangels immaterialgüterrechtlicher Grundlage durch tatsächliche oder auch nur behauptete datenschutzrechtliche Interessen der betroffenen Patientinnen und Patienten zu wahren.

Diese ohnehin schon unübersichtliche Situation wird weiter verschärft, wenn Daten zwischen verschiedenen europäischen Mitgliedsstaaten fließen sollen, weil die Zulässigkeit der Sekundärnutzung personenbezogener medizinischer Daten in vielen Mitgliedsstaaten ebenso unübersichtlich aber in Nuancen verschieden beantwortet wird.

Vor diesem Hintergrund wird häufig versucht, datenschutzrechtliche Fragen durch Anonymisierung der Patientendaten zu „erledigen“, weil bei vollständiger Anonymisierung mangels Personenbezugs die Anwendung des Datenschutzrechts entfällt. Freilich sind auch bei dieser Strategie die Probleme mannigfaltig. So ist, bekanntlich, bei Bestimmung des Personenbezugs sehr umstritten, welches Wissen Dritter bei Bestimmung des Personenbezugs herangezogen werden muss und inwiefern mögliche (abstrakte) Reidentifizierungsrisiken relevant sind. Es hat, bekanntlich, mehrere Jahrzehnte gedauert, bis der EuGH im Jahr 2016 endlich die einigermäßen trivial wirkende Frage, ob eine IP-Adresse

ein personenbezogenes Datum ist, geprüft (und bejaht) hat.¹ Ähnliche höchstgerichtliche Klarstellungen in Bezug auf (mehrfach pseudonymisierte) Patientendaten fehlen, sodass hier unterschiedliche Ansichten vertreten werden. Auf jeden Fall werden Reidentifizierungsrisiken im Lichte von Phänomenen wie „Big Data“ größer, sodass eine dauerhafte und vollständige Anonymität mindestens dann nicht angenommen werden kann, wenn Daten ohne kontrollierbaren Kontext „frei“ geteilt oder gar im Internet vorgehalten werden. Auch kann es medizinische und ethische Gründe geben, eine vollständige Anonymisierung zu unterlassen, weil eine Kontaktaufnahme mit und Information von Patienten weiterhin möglich sein soll – etwa im Falle neuer Erkenntnisse zu Krankheitsverlauf und Therapie. Anonymisierung ist daher häufig nicht die passende Lösung.

2 Fortentwicklung

Die Probleme sind nicht neu. Sie werden uns auch in Zukunft nicht verlassen. Aber ihre Lösung könnte doch etwas vereinfacht werden. Zwar unternimmt die Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)², die ab 25. Mai 2018 in Europa (ohne weitere Übergangsfrist und unmittelbar) anwendbar ist, eine Neuordnung des Datenschutzrechts in der EU, jedoch finden sich für unser Problemfeld auch darin keine abschließenden einfachen Antworten.

Zweckbindung und Verbot mit Erlaubnisvorbehalt bleiben fundamentale Prinzipien. Nach Art. 5 Abs. 1 b) DS-GVO müssen personenbezogene Daten „für festgelegte, eindeutige und legitime Zwecke erhoben werden und dürfen nicht in einer mit diesen Zwecken nicht zu vereinbarenden Weise weiterverarbeitet werden.“ Jedoch wird an eben dieser Stelle auch gleich klargestellt: „eine Weiterverarbeitung für [...] wissenschaftliche oder historische Forschungszwecke [...] gilt gemäß Artikel 89 Absatz 1 nicht als unvereinbar mit den ursprünglichen Zwecken“. Art. 89.

Art. 9 Abs. 1 DS-GVO verbietet grundsätzlich die Verarbeitung sensibler personenbezogener Daten. Allerdings schafft auch hier Art. 9 Abs. 2 j) insoweit eine Ausnahme als es dort heißt: „[Das Verbot] gilt nicht in folgenden Fällen: „die Verarbeitung ist auf der Grundlage des Unionsrechts oder des Rechts eines Mitgliedstaats, das in angemessenem Verhältnis zu dem verfolgten Ziel steht, den Wesensgehalt des Rechts auf Datenschutz wahrt und angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Grundrechte und Interessen der betroffenen Person vorsieht, für im öffentlichen Interesse liegende Archivzwecke, für wissenschaftliche oder historische Forschungszwecke oder für statistische Zwecke gemäß Artikel 89 Absatz 1 erforderlich.“

Sowohl für die Zweckbindung wie auch für das Verbot mit Erlaubnisvorbehalt wird auf Art. 89 Abs. 1 verwiesen, dem dadurch hohe Bedeutung zukommt. Art. 89 Abs. 1 lautet in den hier interessierenden Passagen „Die Verarbeitung zu [...] zu wissenschaftlichen oder historischen Forschungszwecken oder zu statistischen Zwecken unterliegt geeigne-

¹ EuGh, C-582/14 (Breyer).

² Verordnung (EU) 2016/679 vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung)

ten Garantien für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Person gemäß dieser Verordnung. Mit diesen Garantien wird sichergestellt, dass technische und organisatorische Maßnahmen bestehen, mit denen insbesondere die Achtung des Grundsatzes der Datenminimierung gewährleistet wird. Zu diesen Maßnahmen kann die Pseudonymisierung gehören, sofern es möglich ist, diese Zwecke auf diese Weise zu erfüllen. In allen Fällen, in denen diese Zwecke durch die Weiterverarbeitung, bei der die Identifizierung von betroffenen Personen nicht oder nicht mehr möglich ist, erfüllt werden können, werden diese Zwecke auf diese Weise erfüllt.“

Das bedeutet (wohl¹), dass eine wissenschaftliche Weiterverarbeitung personenbezogener Gesundheitsdaten für wissenschaftliche (medizinische) Forschungszwecke datenschutzrechtlich auch dann zulässig sein kann, wenn der Betroffene nicht (erneut) eingewilligt hat und auch keine weitere Rechtsgrundlage (neben der DS-GVO selbst) zur Verfügung steht, sofern Zweckvereinbarkeit besteht und sichergestellt ist, dass die Rechte und Freiheiten der betroffenen Person durch geeignete Garantien ausreichend geschützt sind.² Zu diesen zählen insbesondere die Pseudonymisierung. Daneben kennt die DS-GVO aber eine Vielzahl von Instrumenten, mit denen die Betroffenen und ihre Interessen geschützt werden sollen. Zu nennen sind hier insbesondere die Funktionen des Datenschutzbeauftragten (Art. 39), die Verabschiedung von Verhaltensregeln (Art. 40), die Zertifizierung (Art. 42), klare(re) Verantwortlichkeiten (Art. 24) und Anforderungen an die Sicherheit der Verarbeitung (Art. 32).

Auch hier wird es wohl auf eine Abwägung im Einzelfall ankommen und weiterhin wird deswegen der behördlichen und gerichtlichen ex-post-Kontrolle erhebliche Bedeutung zukommen. Jedoch werden durch diesen Ansatz zwei wichtige Ziele erreicht: Erstens werden – von Beginn an – Anreize geschaffen, datenschutzrechtliche Interessen und Positionen ernst zu nehmen und technisch und organisatorisch abzusichern. Der Datenschutzbeauftragte kann sich damit weg von einer Rolle des Spielverderbers, der zu spät gefragt wird, hin zu einem aktiven Unterstützer der Compliance beim Verantwortlichen im genuinen Eigeninteresse des Verantwortlichen entwickeln, weil die Intensität der Einbindung des Datenschutzbeauftragten direkt proportional zur Wahrscheinlichkeit der Rechtmäßigkeit der Sekundärnutzung ist – hier treffen sich dann also Interessen des Betroffenen und des Verantwortlichen. Zweitens kann, wenn ausreichende Garantien entwickelt wurden, das aufwändige und auch rechtlich nicht weiterführende Suchen nach einer (alles) legitimierenden Rechtsgrundlage oder einer (zu) weit formulierten Einwilligung, die

¹ AA aber zB Schantz: Die Datenschutz-Grundverordnung – Beginn einer neuen Zeitrechnung im Datenschutzrecht, NJW 2016, 1841 (1844), der mE nicht überzeugend einen redaktionellen Fehler vermutet.

² So auch (wohl) eindeutig Erwägungsgrund 50 DS-GVO: „Die Verarbeitung personenbezogener Daten für andere Zwecke als die, für die die personenbezogenen Daten ursprünglich erhoben wurden, sollte nur zulässig sein, wenn die Verarbeitung mit den Zwecken, für die die personenbezogenen Daten ursprünglich erhoben wurden, vereinbar ist. In diesem Fall ist keine andere gesonderte Rechtsgrundlage erforderlich als diejenige für die Erhebung der personenbezogenen Daten. [...]. Die Weiterverarbeitung für im öffentlichen Interesse liegende Archivzwecke, für wissenschaftliche oder historische Forschungszwecke oder für statistische Zwecke sollte als vereinbarer und rechtmäßiger Verarbeitungsvorgang gelten.“

nicht der Aufklärung des Betroffenen, sondern der Vermeidung von Haftungsrisiken dient, entfallen.

Sollte sich, was zu hoffen ist, bei den datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörden, deren Zusammenarbeit durch die DS-GVO stärker als bisher gefordert wird, eine einigermaßen gleichlautende Rechtsansicht zu dieser Frage herausbilden, dann wird, drittens, vielleicht bald innerhalb Europas wenigstens im Medizindatenschutzrecht der Zustand der nationalstaatlichen, oder, schlimmer noch, der bundesstaatlichen Besonderheiten, ein Ende haben und es wird möglich, in Berlin ebenso wie in München oder Wien oder Paris eine (scheinbar) einfache Frage zu beantworten: Mit wem und unter welchen Voraussetzungen dürfen medizinische Daten zum Zwecke (allein) des wissenschaftlichen Fortschritts geteilt werden?

Damit dieses Ziel erreicht werden kann, bedarf es eines intensiven (und europaweiten!) Dialogs der beteiligten (medizinischen, computerwissenschaftlichen und juristischen) Forscherinnen und Forscher mit den Aufsichtsstellen, den Patientinnen und Patienten und ihren Organisationen, den Ethikkommissionen und, wo anders Klärung nicht erzielt werden kann, den Gerichten. Was es nicht braucht, ist ein weiteres Tätigwerden nationaler Gesetzgeber, bevor der Status Quo überhaupt (neu) vermessen ist.

Leider wird die Situation in Deutschland jedoch schon jetzt dadurch (erneut) verkompliziert, dass der Bundesgesetzgeber sich veranlasst gesehen hat, trotz der unmittelbaren Anwendbarkeit der DS-GVO rasch ein (nationales) Umsetzungsgesetz zu erlassen¹ und in diesem auch das Problem der Sekundärforschung (erneut) explizit zu regeln – in einer Weise, die jedoch viele Folgefragen aufwirft. Der einschlägige § 27 BDSG-neu in der ab Mai 2017 anwendbaren Fassung erlaubt nämlich Sekundärforschung nur, wenn „die Verarbeitung zu diesen Zwecken erforderlich ist und die Interessen des Verantwortlichen an der Verarbeitung die Interessen der betroffenen Person an einem Ausschluss der Verarbeitung erheblich überwiegen“ (Satz 1) und „angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Interessen der betroffenen Person“ ergriffen werden.

Vor diesem Hintergrund wird es umso wichtiger sein, eine seit Langem anstehende Grundsatzdebatte über das Verhältnis datenschutzrechtlicher Interessen zu Forschungsinteressen und auch zu Gesundheitsinteressen zu führen, die auch in Frage stellen kann und muss, warum zweitere erstere „erheblich“ überwiegen müssen, wenn datenschutzrechtliche Betroffeneninteressen hintan stehen sollen, und ob diese Wertung (weiterhin) europarechtlich zulässig ist.

Es ist zu hoffen, dass diese Debatte in Ruhe und auch akademisch geführt wird und nicht durch weitere nationale Sonderwege und Sondergesetze vor ihrer Entstehung bereits (vorläufig) obsolet gemacht wird.²

¹ Datenschutz-Anpassungs- und -Umsetzungsgesetz EU, BGBl I 2017, Nr. 44 vom 30. Juni 2017.

² Vgl. zum Themenkomplex etwa Michael Krawczak/Thilo Weichert, Vorschlag einer modernen Dateninfrastruktur für die medizinische Forschung in Deutschland (Version 1.9), <https://www.uni-kiel.de/medinfo/documents/TWMK%20Vorschlag%20InfMedForsch%20v1.9%20170927.pdf>, die – mit ähnlichem Ausgangsbefund – einen (neuen) Bund-Länder-Staatsvertrag vorschlagen. Nach hier vertretener Auffassung würde dieser die europäische Zusammenarbeit in der Medizinforschung noch weiter verkomplizieren.

Über die Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Annett Bork

Professorin für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Krankenversicherungsmanagement und Management von Unternehmen im Gesundheitswesen. Sie ist verantwortlich für die Studienrichtung Health Management. Im Anschluss an das Studium der Humanmedizin promovierte sie zum Thema „Schul- und Berufsausbildung, beruflicher Status, Einkommen und psychiatrische Erkrankungen“ an der Universität Ulm. Nach dem Facharztabschluss Chirurgie und dem berufsbegleitenden Masterstudium Business Administration arbeitete sie von 2008 – 2017 bei der Allianz Deutschland AG, zuletzt als Leitende Gesellschaftsärztin der Privaten Krankenversicherung.



Prof. Dr. Kristin Butzer-Strothmann

war seit 2009 Dozentin an der Leibniz-Akademie e.V. und ist seit 2011 Professorin für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Marketing und Empirische Sozialforschung. Sie ist seit 2013 Vizepräsidentin für Lehre und verantwortlich für den dualen Bachelor-Studiengang Business Administration sowie für den berufsbegleitenden Master-Studiengang Integrierte Unternehmensführung. Nach einer Lehre zur Werbekauffrau und dem Studium der BWL in Lüneburg promovierte sie zum Thema „Krisen in Geschäftsbeziehungen“ an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Von 1998 bis 2009 arbeitete sie als Marktforscherin und Marketing-Consultant im Business- und Non-Business-Bereich. Darüber hinaus war sie für verschiedene Hochschulen und Bildungsinstitutionen als externe Dozentin für Marketing, Marktforschung, Projektmanagement sowie Industriebetriebslehre tätig.





Prof. Dr Nikolaus Forgó

Prof. Dr. Nikolaus Forgó, geboren 1968 in Wien, Studium der Rechtswissenschaften in Wien und Paris, 1990-2000 Assistent an der jur. Fakultät der Universität Wien und deren IT-Beauftragter; 1998 Gründer und Leiter des Universitätslehrgangs für Informations- und Medienrecht (www.informationsrecht.at) an der Universität Wien. 2000-2017 Professor für Rechtsinformatik und IT-Recht an der Leibniz Universität Hannover, dort u. a. Leiter des Instituts für Rechtsinformatik, Datenschutzbeauftragter und CIO. Seit Oktober 2017 Professor für Technologie- und Immaterialgüterrecht an der Universität Wien, dort u. a. Vorstand des Instituts für Innovation und Digitalisierung im Recht. Umfangreiche Grundlagen- und Drittmittelforschung für europäische, deutsche und österreichische Auftraggeber zu allen Fragen des IT-Rechts, insbesondere Datenschutz- und Datensicherheitsrecht. Evaluations- und Beratungstätigkeit u. a. für die Europäische Kommission, die Deutsche Forschungsgemeinschaft, Google, die DFB-Medien, den Deutschen Ethikrat und verschiedene Ministerien.



Kathrin Baxmann

geb. am 20.10.1988 absolvierte 2011 ihre Ausbildung zur pharmazeutisch-technischen Assistentin an der Justus-von-Liebig-Schule in Hannover und begann anschließend im selben Jahr zusätzlich die Ausbildung zur Groß- und Außenhandelskauffrau an der BBS Handel in Hannover. Seit 2014 studiert sie berufsbegleitend an der Leibniz Fachhochschule B.A. Business Administration mit Schwerpunkt Health Management. Beruflich arbeitet sie seit 2015 in einem Pharma-Unternehmen in der Nähe von Hannover und ist sowohl im Vertriebsinnendienst als auch im technischen Innendienst tätig.

Peter Eicke

geb. am 26.03.1993, erreichte 2011 seine Fachhochschulreife an der BBS 3 in Celle, ehe er eine Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten bei einer Krankenkasse absolvierte. Nach erfolgreicher Ausbildung arbeitete Herr Eicke zunächst bei seinem Ausbildungsbetrieb weiter und begann parallel den berufsbegleitenden Studiengang Business Administration (B.A.) mit der Fachrichtung Health Management an der Leibniz Fachhochschule in Hannover. Anfang 2017 wechselte Herr Eicke das Unternehmen und ist seitdem als kaufmännischer Angestellter für die Depita Holding AG tätig. Sein Aufgabengebiet beinhaltet dort insbesondere das interne Rechnungswesen.

**Vincent Fieguth**

geboren am 26.02.1996, studierte von Oktober 2014 bis Oktober 2017 dual an der Leibniz Fachhochschule in Hannover (Health Management B.A.). Seinen praktischen Teil der Ausbildung absolvierte er im Institut für Sportmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Seine allgemeine Hochschulreife erlangte er 2014 an der Carl-Friedrich-Gauß-Schule in Hemmingen.

**Laura Göing**

geboren am 15.01.1996, studierte von 2014 bis 2017 dual an der Leibniz Fachhochschule Hannover (B.A. Health Management). Ihren praktischen Teil des Studiums absolvierte sie in den betriebswirtschaftlichen Abteilungen der DIAKOVERE Krankenhaus gGmbH. Seit ihrem Abschluss ist sie als Controllerin tätig.



**Dr. Anika Hahn**

Nach Abschluss des Medizinstudiums (2003-2010) an der Medizinischen Hochschule Hannover und erfolgreicher Dissertation im Oktober 2010 absolvierte Dr. Anika Hahn ihre Facharztausbildung in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Städtischen Klinikums Braunschweig. Die Facharztprüfung legte sie im April 2016 ab. Bereits in dieser Zeit wurde ihr Interesse für den Fachbereich Neu- und Frühgeborenenmedizin (Neonatologie) geweckt. Seit Januar 2017 ist sie nun im Rahmen der Weiterbildung zur Neonatologin in der Abteilung Neonatologie der Kinderklinik Auf der Bult in Hannover

**Joachim Heilmann**

1994 – 2007 Univ.-prof. für Bürgerliches und Arbeitsrecht an der Universität Lüneburg. Davor Universitätstätigkeiten vornehmlich an der Universität Hannover, zeitweise auch in Kassel, Bremen, Hamburg. Auslandserfahrungen in Lehre und Forschung in Schweden, Russland, England, Chile. Ca. 350 Publikationen, hauptsächlich auf den Gebieten des Arbeits- und Zivilrechts, Gesundheits- und Datenschutzes sowie des schwedischen und supranationalen Rechts. Derzeit freie Lehr- und Beratungstätigkeit mit Schwerpunkten im Recht des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

**Kevin Jerke**

geb. am 05.09.1990, studiert seit 2014 berufsbegleitend an der Leibniz Fachhochschule in Hannover (B.A. Business Administration – Fachrichtung Health Management). Seine Berufsausbildung absolvierte er bei der AOK Niedersachsen in der es bis heute als Koordinator Beschwerdemanagement tätig ist. Seine allgemeine Hochschulreife erlangte er 2010 am Gymnasium Friedrich-Ludwig-Jahn in Kyritz, Brandenburg.

Dipl.-Ökonom Markus Prestin

Abteilungsleiter. Er ist verantwortlich für die Vertrags- und Leistungsabteilung in der Concordia Krankenversicherungs-AG. Nach der Ausbildung zum Versicherungskaufmann studierte er Wirtschaftswissenschaften an der Leibniz-Universität Hannover. Von 2004 bis 2009 arbeitete er als Strategieberater und Projektleiter für die SKC-Beratungsgesellschaft, die sich auf die Gesundheitswirtschaft spezialisiert hat. Seit 2016 ist er zudem als Lehrbeauftragter für die Leibniz-FH tätig.

**Tim Schmidt**

Teamleiter. Er ist verantwortlich für ein Team in der Leistungsabteilung der Concordia Krankenversicherungs-AG. Nach seiner Ausbildung zum Kaufmann für Versicherungen und Finanzen hat er im Jahr 2013 den Bachelorstudiengang „Health Management“ an der Leibniz Akademie Hannover (später Leibniz-FH) absolviert. Im Jahr 2015 hat er eine Projektleiterausbildung mit ibo-Zertifikat abgeschlossen und danach in einem betriebsinternen Optimierungsprojekt als Projektleiter mitgewirkt.

**Prof. Dr. Fabian Schmieder**

Professor für Medienrecht an der Hochschule Hannover. Er unterrichtet dort Medien-, Urheber- und IT-Recht einschließlich des Datenschutzrechts. Nach dem Studium der Rechtswissenschaften und dem Referendariat im OLG Bezirk Celle war er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Rechtsinformatik an der Leibniz Universität Hannover. Er promovierte an der dortigen juristischen Fakultät mit einer Arbeit über die Auskunftsansprüche insbesondere der Medien gegenüber Behörden über verurteilte Straftäter an der Schnittstelle zwischen Medien-, Strafprozess- und Datenschutzrecht. Er ist Autor diverser Publikationen und Gutachten im Bereich des IT- und Urheberrechts. Vor seiner Berufung war er als Rechtsanwalt in Hannover und im Niedersächsischen Ministerium für Inneres und Sport und dessen Geschäftsbereich, zuletzt in leitender Funktion tätig.



Fabienne Sissel

absolvierte von 2007 bis 2010 ihre Berufsausbildung zur Kauffrau im Gesundheitswesen und war anschließend als Assistentin des Kaufmännischen Direktors im Klinikum Peine tätig. Ihr duales Bachelor-Studium „Health Management“ an der Leibniz-FH begann sie im Jahr 2014. Schon während des Studiums übernahm sie im Klinikum Peine Aufgaben aus den verschiedenen Bereichen des Projektmanagements. Nach Beendigung des Studiums im August 2017 wechselte sie in das Projektmanagement-Office der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (Hauptgeschäftsstelle Hannover).

**Dr. Elmar Waldschmitt**

Leiter Unternehmensentwicklung der BIG direkt gesund, Deutschlands erster gesetzlicher Direktkrankenkasse. Verantwortlich für die Themenbereiche Strategie, Innovation sowie Politik. Nach einer Lehre zum Industriekaufmann und Tätigkeit in der Konsumgüterindustrie Studium der Volkswirtschaftslehre an der Philipps-Universität Marburg/Lahn und an der Wilfrid Laurier University in Kanada. Promotion zum Thema „Die europäische Sozialunion – ordnungspolitischer Prüfstein der europäischen Integration“. Anschließend Tätigkeiten als Referent im Deutschen Bundestag sowie Bereichsleiter in einem Unternehmerverband.

**Laura Weber**

geb. am 30.03.1995, studiert seit 2014 dual an der Leibniz Fachhochschule in Hannover (H.M. Health Management). Ihren praktischen Part der Ausbildung absolviert sie beim Gesundheitspartner Hann. Münden GmbH. Ihre allgemeine Hochschulreife erlangte sie ebenfalls 2014 am Kurt-Schwitters-Gymnasium in Hannover-Misburg.



**Hauke Wolfram**

geb. am 27.12.1986, hat von 2014 bis 2017 dual an der Leibniz Fachhochschule in Hannover (B.A. Health Management) studiert. Den praktischen Part des Studiums absolvierte er in der AOK Niedersachsen, in der er seit August 2017 im Unternehmensbereich Marketing fest angestellt ist. Seine Hauptaufgaben liegen im Bereich Marktforschung und Analyse.

