

Bestandsaufnahme

Im Koalitionsvertrag der 2021 gebildeten »Ampelkoalition«² ergibt die Suche nach Wortbildungen mit »digital« 184 Treffer, der Begriff »Digitalisierung« wird 46-mal verwendet, häufig in Verbindung mit »Herausforderung«, »Potenzial«, »Chancen«, »Modernisierung« und »Zukunft«.

Schaut man aber hinter die Kulissen der Digitalisierungsrhetorik, wird ein ziemlich trostloses Bild deutlich. Besonders arg ist die Situation im Gesundheitswesen. Während seine fachliche Leistungsfähigkeit im internationalen Vergleich immer noch recht gut abschneidet,³ kann man das bei der Digitalisierung nicht behaupten. Der schlechte Digitalisierungsgrad erweist sich zunehmend als Achillesferse unseres Gesundheitssystems. Allen politischen Bekenntnissen der letzten Jahrzehnte zum Trotz ist die Erfolgsbilanz hier ernüchternd. Der immer noch gute Ruf des deutschen Gesundheitswesens besteht trotz und nicht wegen seines Digitalisierungsgrades.

Eine Bertelsmann-Studie⁴ sieht in der mangelnden Fähigkeit zur Selbstkorrektur einen wesentlichen Schwachpunkt der deutschen Digitalpolitik. Rückschläge habe es zwar auch in anderen Ländern gegeben, aber anders als in Deutschland seien in den meisten anderen Ländern daraus die richtigen Konsequenzen gezogen worden. Die digitale Transformation brauche Führung und Koordination.

Erfolgreiche Länder zeichneten sich aus durch einen Dreiklang aus effektiver Strategie, politischer Führung und koordinierenden nationalen Institutionen. Die Digitalisierung orientiere sich am erwarteten Nutzen und sei in pragmatischen Schritten erfolgt. Die Politik habe in den erfolgreicherer Ländern die Akzeptanzförderung bei Patienten, Ärzten und anderen Gesundheitsberufen als eine zentrale strategische Aufgabe anerkannt.

In der Detailbetrachtung der Digitalisierung des Gesundheitswesens ergab die Studie, dass Deutschland einzig beim rechtlichen Rahmen

verhältnismäßig gut aufgestellt war, hinsichtlich der Rechtssicherheit, beim Datenschutz, der IT-Sicherheit, technischen Standards. Entscheidend wären aber die Mängel in der Umsetzung, sowohl im Hinblick auf unzureichende Infrastrukturen und das nahezu komplette Fehlen funktionierender E-Health-Anwendungen.

Hinteres Mittelfeld

Der von der Europäischen Union erstellte Index für die digitale Wirtschaft und Gesellschaft (EU-Digitalindex)⁵ verortet Deutschland auf Platz 11 der 27 Mitgliedstaaten. Ziemlich schlecht bestellt ist es auch um die digitale Basisinfrastruktur, der auch für die digitale Gesundheitsversorgung zunehmende Bedeutung zukommt.⁶ Die schlechte Netzabdeckung hat erhebliche Folgen für die Gesundheitsversorgung, denn nur wenn Krankenhäuser, Praxen, Apotheken und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens an leistungsfähige digitale Übertragungsnetze angeschlossen sind, können sie digitale Gesundheitsleistungen erbringen. So können Röntgenaufnahmen und mit anderen bildgebenden Verfahren erzeugte sehr große Dateien nur übertragen werden, wenn leistungsfähige Netze zur Verfügung stehen. Gerade in ländlichen Regionen mit niedriger Facharztdichte, in denen telemedizinische Anwendungen den größten Mehrwert versprechen, verhindert vielfach schon die unzureichende Netzversorgung ein entsprechendes Angebot.

Auch wenn die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens deutlich beschleunigt wird, könnten nur Patienten mit einem schnellen Netzzugang direkt daran partizipieren. So setzt eine sinnvolle Nutzung der elektronischen Patientenakte oder von Videosprechstunden voraus, dass flächendeckend ein schnelles Internet zur Verfügung steht.

Dabei wurde das Problem der unzureichenden Netzabdeckung eigentlich von der Politik frühzeitig erkannt. In einer von Sascha Friesike und Johanna Sprondel ausgegrabenen Anlage zu dem Protokoll einer Kabinettsitzung der Bundesregierung im Jahr 1985 (!) heißt es etwa, die Deutsche Bundespost werde aufgrund eines langfristigen Investitions- und Finanzierungsplanes den zügigen Ausbau eines integrierten Breitbandglasfaserfernmeldenetzes vornehmen.⁷ Angesichts dessen

würde man annehmen, dass zumindest das Thema Breitbandversorgung in Deutschland längst abgehakt wäre. Das Gegenteil ist aber der Fall. Nach der aktuellen Statistik der OECD⁸ landete Deutschland im Jahr 2021 mit 2,8 Prozent Glasfaseranschlüssen auf Platz 33 von 37 Staaten. Spitzenreiter sind Korea mit 37,5 Prozent, Schweden (30,8 Prozent), Japan (28,2 Prozent) und Norwegen (28,2 Prozent). Eine Ursache für den schlechten Ausbaustand besteht darin, dass Deutschland den Netzausbau Telekommunikationsunternehmen überlassen hat, deren primäres Interesse in der Weiternutzung der bestehenden Kupfer-Infrastruktur liegt. Inzwischen stoßen allerdings die zur digitalen Ertüchtigung der alten Telefon- und Kupferkabelnetze eingesetzten Techniken an physikalische Grenzen: In vielen Versorgungsgebieten – speziell im ländlichen Raum – können nur bis zu 16 Mbit/s übertragen werden; aber selbst in besser erreichbaren städtischen Regionen ist mit 200 Mbit/s das Ende der Fahnenstange erreicht.

Wie der Breitbandatlas⁹ der Bundesregierung zeigt, ist Deutschland von einer flächendeckenden Versorgung mit schnellem Internet noch weit entfernt. Glasfaseranschlüsse waren nur in 15,4 Prozent der Wohnungen und Gebäude verfügbar, wobei die Versorgung im ländlichen Raum besonders schlecht ist. Unbefriedigend ist auch die Breitbandverfügbarkeit der Krankenhäuser: 3,5 Prozent – immerhin fast 70 Kliniken – hatten Mitte 2021 keine (!) Möglichkeit zum Anschluss an ein halbwegs schnelles Netz. 8,9 Prozent der Krankenhausstandorte konnten allenfalls mit 16 MBit/s angeschlossen werden, und nur bei 44,3 Prozent der Standorte war eine Gigabit-Anbindung verfügbar. Immer noch müssen also die meisten Kliniken ohne eine angemessene Netzverbindung auskommen.

Die Erkenntnis, dass Deutschland sich bei der Digitalisierung schwertut, reiht sich ein in die Wahrnehmung, dass auch außerhalb des Gesundheitswesens zwar viele prestigeträchtige Großprojekte angeschoben worden sind, die aber eingestellt wurden oder erst mit großer zeitlicher Verzögerung zu realisieren waren, etwa das zunächst unter dem Arbeitstitel »JobCard« geführte Projekt eines sektorenübergreifenden elektronischen Einkommensnachweises (ELENA), die sichere

Kommunikation mit einem staatlich zertifizierten »De-Mail«-Dienst und die auf dem neuen Personalausweis integrierte elektronische Identität (eID-Funktion).

Internationale Vergleichsstudien ergeben, dass Deutschland bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens in den letzten zwei Jahrzehnten immer weiter zurückgefallen ist.¹⁰ So landete Deutschland in einem Vergleich zum Digitalisierungsgrad der Gesundheitsversorgung 2018 in einer breit angelegten Studie der Bertelsmann-Stiftung¹¹ auf dem traurigen Platz 15 der 16 untersuchten Staaten. Die Bewertung des Digitalisierungsgrads erfolgte bei dieser Studie unter Verwendung eines »Digital-Health-Indexes«, in den 34 Indikatoren zu Strategie, technischem Reifegrad und Stand des Austauschs von Gesundheitsdaten eingeflossen sind. Der Digital-Health-Index kann Werte zwischen 0 und 100 annehmen, wobei ein höherer Wert eine höhere Entwicklungsstufe im Bereich Digital Health darstellt.

Am weitesten fortgeschritten ist die Digitalisierung in Estland, einem Land mit 1,3 Millionen Einwohnern, dessen Verwaltungsstrukturen seit dem Ausscheiden aus der Sowjetunion Anfang der 1990er Jahre komplett neu aufgebaut wurden. Auch das Gesundheitswesen wurde damals von Grund auf neu organisiert, ohne auf bewährte gewachsene Strukturen Rücksicht nehmen zu müssen. Insofern eignet es sich nur begrenzt als Vergleichsobjekt.¹² Zudem sollte nicht übersehen werden, dass das dortige Gesundheitswesen bei Weitem nicht den hiesigen hohen medizinischen Versorgungsgrad garantiert. Zu denken geben muss auch, dass die Lebenserwartung dort zwei Jahre unter dem Durchschnitt aller OECD-Staaten liegt.¹³

Allerdings ist auch in großen Industriestaaten – etwa in Kanada und Spanien – die digitale Transformation des Gesundheitswesens weiter fortgeschritten als bei uns. Und die skandinavischen Länder machen vor, dass sich sozialstaatliche Ansprüche realisieren lassen, ohne dabei auf technologische Innovationen im Gesundheitssektor zu verzichten.

Der deutschen Politik fehle es an einer durchgängigen E-Health-Strategie, konstatieren die Autoren der Bertelsmann-Studie. Die technischen Grundlagen für ein vernetztes Gesundheitswesen seien unzurei-

Rangplatz		Digital-Health-Index	
1	Estland	81,9	Gruppe 1 > 70
2	Kanada	74,7	
3	Dänemark	72,5	
4	Israel	72,4	
5	Spanien	71,4	
6	NHS England	70,0	Gruppe 2 ≤ 70
7	Schweden	68,3	
8	Portugal	67,2	
9	Niederlande	66,1	
10	Österreich	59,8	Gruppe 3 < 60
11	Australien	57,3	
12	Italien	55,8	
13	Belgien	54,7	
14	Schweiz	40,6	Gruppe 4 < 50
15	Frankreich	31,6	
16	Deutschland	30,0	
17	Polen	28,5	
Mittelwert		59,0	
Standardabweichung		16,9	

Länderreihenfolge nach dem Digital-Health-Index¹⁴

chend, und auch die tatsächliche Datennutzung liege weit unter dem Durchschnitt der untersuchten Gesundheitssysteme. Internationale Standards der Medizininformatik seien in Deutschland in weiten Bereichen nicht verpflichtend. Sinnvolle Vorhaben, etwa ein öffentlich finanziertes zentrales Portal für qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen und ein als Schnittstelle für alle Gesundheitsdienstleistungen fungierendes Bürgerportal, seien weit von der Realisierung entfernt.

Die besondere Digitalisierungsschwäche des deutschen Gesundheitswesens zeigt sich auch in dem vom Bundeswirtschaftsministerium vorgelegten »Monitoring-Report Wirtschaft Digital 2018«. Darin errechneten die Gutachter auf Basis einer Befragung hochrangiger Entscheidungsträger aus den Unternehmen einen »Wirtschaftsindex DIGITAL«. Er soll in einer Zahl den Digitalisierungsgrad der Branchen ausdrücken. In den Index eingeflossen sind die Themen »Nutzung digitaler Geräte und Infrastrukturen«, »digitale Entwicklung der Unternehmen« sowie »Geschäftserfolge durch die Digitalisierung«. Die Gesundheitswirtschaft schnitt nach dieser Studie bei nahezu allen Vergleichswerten schlecht ab. Auch für die Folgejahre erwarteten die Autoren keine signifikanten Verbesserungen.¹⁵

Nur wenige der befragten Unternehmen des Gesundheitswesens hielten die Digitalisierung für ihren wirtschaftlichen Erfolg für wichtig. Auch die Motivation, den Einsatz digitaler Verfahren voranzubringen, war überschaubar: Nur 17 Prozent der Unternehmen der Gesundheitsbranche waren nämlich mit ihrem Digitalisierungsgrad unzufrieden. Offenbar hat diese eher bescheidene Selbsteinschätzung etwas damit zu tun, dass die Unternehmensgröße in der Gesundheitswirtschaft deutlich kleiner ist als in vielen anderen Branchen und diese dementsprechend – anders als die meisten Großunternehmen – nur wenig motiviert sind, den niedrigen Digitalisierungsgrad anzuheben. Eine andere Erklärung könnte darin liegen, dass das Gesundheitswesen – auch aus Sicht von Leistungserbringern und Patienten – im Kern auf persönlichen Dienstleistungen aufbaut, die für die Digitalisierung naturgemäß nur begrenzt geeignet sind.

Digitalisierung ohne Transformation?

Die Bertelsmann-Studie führt den enttäuschenden Digitalisierungsgrad des deutschen Gesundheitswesens vor allem darauf zurück, dass – im Gegensatz zu den erfolgreicherer Ländern – die Endnutzer nicht systematisch eingebunden worden seien. Die deutsche Politik habe überwiegend Standesvertreter angesprochen, also Spitzenverbände und Interessenvertretungen der Institutionen sowie Berufs- und Branchen-

vertretungen. Diejenigen, die praktisch mit dem Gesundheitswesen zu tun haben – die vor Ort tätigen Ärztinnen und Ärzte, die Mitarbeiterschaft in den Krankenhäusern und anderen stationären Einrichtungen, Patienten und Unternehmen, die den Service in den Praxen am Laufen halten –, wurden nicht hinreichend beteiligt. Dementsprechend ist gerade an der Basis die Begeisterung für in Ministerien entworfene oder politisch ausgehandelte digitale Lösungen begrenzt. Die Skepsis wird verstärkt, wenn unreife Verfahren präsentiert werden, die in der Praxis mehr Aufwand auslösen, als sie einsparen, wenn sie denn überhaupt funktionieren.

Die unzureichende Einbindung der Betroffenen in staatliche IT-Projekte beklagen auch der Digitalisierungsexperte Sascha Friesike und die Medienwissenschaftlerin Johanna Sprondel.¹⁶ Sie beobachten eine »typisch deutsche Tendenz«, Prozesse und Entscheidungen durch Ausschüsse und Komitees zu steuern. Was in der Theorie eine faire Beteiligung aller Interessengruppen sicherstellen sollte, nachvollziehbar wirke und demokratisch klinge, entpuppe sich in der Praxis nicht selten als Spießrutenlauf durch Partikularinteressen, die mit dem eigentlichen Problem gar nichts zu tun hätten. Am Ende fehle einfach die Zeit für einen – für die gelungene Transformation notwendigen – zeitaufwendigen Aushandlungsprozess.

Digitale Transformation lässt sich nicht auf die Realisierung eines technischen Konzepts reduzieren. Sie ist vielmehr das Ergebnis von Aushandlungsprozessen, in deren Verlauf darüber entschieden wird, wie digitale Technologien im Rahmen ihrer Möglichkeiten genutzt und erweitert werden können, um konkrete Bedürfnisse zu erfüllen.¹⁷ Wenn dies aus dem Blick gerät, ist das Scheitern gerade ambitionierter Ansätze vorprogrammiert.

Wenn zudem die entsprechenden Vorgaben bis ins Detail festgelegt werden, kann von einem ergebnisoffenen Transformationsprozess selbst dann keine Rede sein, wenn Landesvertretungen mit der Umsetzung der politischen Entscheidungen beauftragt werden. Ein Beispiel hierfür ist die Einführung der Gesundheitskarte. Bei Patienten ist das Gefühl weit verbreitet, nur wenig Einfluss auf die Gestaltung der digita-

len Verwaltungs- und Versorgungsinnovationen zu haben. Vielfach fühlen sie sich stattdessen von den entsprechenden Vorgaben gegängelt. Dies gilt auch für Ärztinnen und Ärzte, die dazu verpflichtet wurden, ihre Praxisinformationssysteme mit einer vorgegebenen Technik an die Telematikinfrastruktur anzuschließen, die sich als instabil und wenig nutzerfreundlich erwies.

Auch technologisch sind heute Top-down-Ansätze nicht mehr zeitgemäß. In den Ministerien und der Gesundheitsverwaltung dominiert weiterhin ein Denken nach dem sogenannten »Wasserfall-Modell«, bei dem Gestaltungsziele den mit der Umsetzung beauftragten Akteuren bis ins Detail vorgegeben werden. Ausgehend von den gesetzten Anforderungen »fallen« – wie bei einem Wasserfall – die verschiedenen Projektphasen (Entwurf, Implementation, Test, Evaluation, Produktion) herunter – fertig ist das IT-Verfahren. Seit Langem gilt eine solche Vorgehensweise als überholt. Stattdessen dominiert heute in der Privatwirtschaft und vor allem bei erfolgreichen Start-ups die »agile Softwareentwicklung«, bei der IT-Systeme schnell, anwenderorientiert und transparent entwickelt werden. Im Mittelpunkt steht dabei die möglichst zügige Bereitstellung funktionierender Komponenten, die gegebenenfalls im weiteren Verlauf korrigiert und optimiert werden können.

Vielfach wird Digitalisierung verkürzt auf die Umstellung analoger auf digitale Prozesse. Ein derartiges Herangehen ist naheliegend, denn die Automatisierung einzelner Prozesse – etwa der Ersatz des Karteikastens durch eine Excel-Datei – lässt sich fast ohne Vorlauf schnell realisieren. Insofern unterscheidet sich das Gesundheitswesen nicht von anderen Wirtschaftsbereichen. So wird »Papierkram« in Arztpraxen, insbesondere die Verwaltung der Patientendaten und die Rechnungstellung, zunehmend unter Einsatz von Computertechnik erledigt. Anbieter von Praxisverwaltungssystemen wetteifern um Aufträge von Praxisinhaberrinnen und -inhabern. Laboranalysen laufen weitgehend automatisiert ab, und die Ergebnisse werden vielfach elektronisch übermittelt. Schon seit Jahrzehnten verwenden die mit der Abrechnung ambulanter Versorgungsleistungen betrauten Kassenärztlichen Vereinigungen und die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen automatisierte Systeme.

Die unveränderte Digitalisierung vorgefundener Prozesse konserviert Strukturen und Abläufe, die analog schon längst an ihre Grenzen gestoßen sind und einer grundlegenden Überarbeitung bedürften. »Digitalisierung macht einiges für einige einfacher zugänglich, sie verändert aber die Sache als solche nicht zu etwas Anderem oder macht sie zu etwas Besserem oder gar ›Bürgerfreundlichem«, konstatieren Friesike und Sprondel.¹⁸ In so gut wie allen Branchen drohe Deutschland bei der Digitalisierung den Anschluss zu verlieren, oder es habe ihn bereits verloren. »Statt nun pragmatisch zu versuchen, möglichst schnell möglichst viel Boden wieder gutzumachen, verrennt man sich aber- und abermals in Visionen und Großprojekten. Und das, was dringend erledigt werden sollte, wird nicht angegangen.«¹⁹

Eine Digitalisierungsstrategie, die auch in großem Maßstab vor allem auf 1:1-Umstellungen setzt, kann das digitale Innovationspotenzial nur unvollständig realisieren. So ist die elektronische Patientenakte (ePA) bisher nichts anderes als eine zentralisierte Datensammlung mit Kopien der in den verschiedensten Systemen – von Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken – gesammelten Daten, noch dazu überwiegend in nicht strukturierter und damit nicht automatisiert auswertbarer Form. Diese Systeme müssen technisch permanent zusammengeschaltet werden, denn nur so lässt sich gewährleisten, dass jeweils die aktuellen Daten bereitstehen, wenn sie einmal gebraucht werden.

Wer von der Digitalisierung erwartet, dass sie vorhandene Strukturprobleme löst, liegt meistens falsch. Beispielhaft wird dies bei den Abrechnungsprozessen für medizinische Leistungen deutlich, die auch bei der Digitalisierung unangetastet blieben: So ist nicht zu erkennen, dass die bisherigen getrennten Systeme der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung zusammengeführt oder auch nur vereinheitlicht würden. Die komplexen Abrechnungsverfahren lassen sich heute nur noch mit digitaler Technik bewältigen. Ob die Prozesse selbst noch angemessen sind, wird kaum thematisiert, auch weil jede Änderung konfliktträchtig wäre. Schon die eigentlich schon für den 1. Januar 2006 vorgesehene Umstellung des Papierrezepts auf ein elektronisches Re-

zept hat sich als ein äußerst schwieriges Vorhaben erwiesen. Eine Sichtweise, bei der Technologieeinsatz zum Selbstzweck wird, trifft zudem bei den Betroffenen auf wenig Akzeptanz und provoziert Widerstand. Viele der vor Ort Tätigen empfinden Digitalisierungsvorhaben eher als zusätzliche Bürde. Statt ihnen Arbeit abzunehmen, sehen sie darin vor allem den zusätzlichen Aufwand, zulasten der ohnehin knappen für die Patienten zur Verfügung stehenden Zeit.

Eigentlich müsste man annehmen, dass sich der zunehmende Anteil von »Digital Natives« auf die Einstellung zur digitalen Transformation auswirken würde. Das Gegenteil ist aber der Fall. Nach dem im Auftrag der KBV erstellten repräsentativen »Praxisbarometer Digitalisierung 2021« hat sich die Einstellung der Ärzteschaft zur Digitalisierung in den letzten Jahren sogar erheblich verschlechtert.

Das Praxisbarometer offenbart eine zunehmende Ernüchterung der Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf die Digitalisierung. Die Nutzenbewertung digitaler Anwendungen ist weniger positiv als in den Vorjahren, Verbesserungen durch Digitalisierungsfortschritt werden seltener erwartet, Hemmnisse der Digitalisierung stärker wahrgenommen.

Dass die Digitalisierungsskepsis weiter Teile der Ärzteschaft nicht unbegründet ist, lässt sich auch an objektiven Zahlen festmachen. So berichtet gematik, dass in den letzten Jahren wiederholte Systemstörungen nicht nur die Verfügbarkeit der Telematikinfrastruktur, sondern auch die Funktionsfähigkeit der angeschlossenen Praxisinformationssysteme beeinträchtigt hat, bis hin zum Systemabsturz. So fielen im Jahr 2020 circa 80 000 Konnektoren aus, mit denen die Praxissysteme an die TI angeschlossen waren. Alle betroffenen Konnektoren (ca. 2/3 der Gesamtheit) mussten manuell in den Praxen ein Update erhalten. Die Störungsbehebung nahm 52 Tage in Anspruch.²⁰ Für diesen Zeitraum waren die meisten Praxen nicht voll arbeitsfähig.

Derartige Probleme kommen bei Digitalisierungsprojekten durchaus häufiger vor. Im Praxisumfeld verstärken sie aber den ohnehin bei vielen Leistungserbringern entstandenen Eindruck, dass die Segnungen der Telematikinfrastruktur und die versprochenen digitalen Anwendungen den Versorgungsalltag eher stören als unterstützen.

Praxisbarometer Digitalisierung 2021²¹

Obwohl sämtliche Arztpraxen nach den gesetzlichen Vorgaben 2021 an die TI hätten verbunden sein müssen, waren nur 89 Prozent der vertragsärztlichen und knapp 77 Prozent der psychotherapeutischen Praxen angeschlossen.

Knapp 60 Prozent der Arztpraxen (darunter 66 Prozent der hausärztlichen Praxen) berichteten darüber, dass bei ihnen mindestens einmal wöchentlich Fehler im Zusammenhang mit der TI aufgetreten seien, bei 18 Prozent traten die Fehler sogar täglich auf. Besonders hoch war die Fehleranfälligkeit bei Praxen im ländlichen Bereich.

In etwa zwei Dritteln der Arztpraxen erledigten die Ärztinnen/Ärzte bzw. das Praxispersonal die IT-Administration. Etwa die Hälfte der Praxen beauftragten damit ausschließlich oder zusätzlich externe Dienstleister.

Weitaus mehr Praxen als in den Vorjahren beklagten 2021 starke Digitalisierungshemmnisse (in Klammern die Ergebnisse von 2019):

- Umstellungsaufwand 65 (56) Prozent
 - ungünstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis 65 (54) Prozent
 - Fehleranfälligkeit der EDV-Systeme 64 (46) Prozent
 - fehlende Nutzerfreundlichkeit 55 (36) Prozent
 - fehlende oder nicht funktionierende
Geräteanbindung zum Praxissystem 35 (24) Prozent
 - unzureichende Internetgeschwindigkeit 26 (24) Prozent
-

Die Akteure

Der Gesundheitssektor wird von einer Vielzahl von Akteuren mit teilweise divergierenden Interessen geprägt. Dazu gehören die Erbringer, Kostenträger und Empfänger von Gesundheitsleistungen, aber auch Behörden, Interessenverbände und Forscher mit einem unmittelbaren Bezug zur klinischen Praxis.

Deutscher Ethikrat²²

Immer wieder werden die Interessengruppen für die nur langsame digitale Transformation des Gesundheitswesens verantwortlich gemacht: Ärztinnen und Ärzte, Krankenversicherungen, Apotheken, Industrie, Patientenverbände. »Die Akteur:innen verfolgen (legitimerweise) primär ihre jeweils eigenen Ziele und Interessen. Im Prinzip begrüßen alle Akteursgruppen die Digitalisierung, sofern dadurch nicht eigene Interessen negativ tangiert sind«, heißt es etwa in einer kürzlich erschienenen Studie.²³

Anders als in anderen Staaten – etwa Großbritannien, Schweden oder Italien – wird die Gesundheitsversorgung in Deutschland nicht ausschließlich oder auch nur vorwiegend durch den Staat gewährleistet. Bei uns gilt seit der Weimarer Republik das Prinzip der Selbstverwaltung. Seine Wurzeln reichen bis zu den Bismarck'schen Sozialreformen im 19. Jahrhundert zurück, als neben der Rentenversicherung auch die gesetzlichen Krankenversicherungen eingeführt wurden. Die konkrete Ausgestaltung der Selbstverwaltung wurde seither immer wieder verändert, etwa durch die Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen als kollektive Interessenvertretungen der Ärzteschaft gegenüber den Krankenkassen. Das Selbstverwaltungsprinzip wurde schließlich nach 1990 auch wieder in den nach dem Ende der DDR gebildeten »neuen Bundesländern« durchgesetzt, wo staatliche Stellen das Gesundheitswesen geprägt hatten.

Zwar gibt der Staat die Rahmenbedingungen vor, aber die Träger der Gesundheitsversorgung organisieren sich in dem (sozial)gesetzlichen Rahmen selbst und gewährleisten die medizinische Versorgung in eigener Verantwortung. Die Organe der Selbstverwaltung treffen ihre Entscheidungen im Rahmen des ihnen eingeräumten Ermessensspielraums, und sie unterliegen insofern – anders als die unmittelbare öffentliche Verwaltung – keiner detaillierten staatlichen Fachaufsicht. Zu den Einrichtungen der Selbstverwaltung gehören die gesetzlichen Krankenversicherungen (»Kostenträger«) und die Vertretungen von Ärzteschaft, Krankenhäusern und Apotheken (»Leistungsbringer«).

Die Zuordnung der Verantwortung an die Selbstverwaltung war lange Zeit ein Erfolgsfaktor des deutschen Gesundheitssystems. Sie ermög-

lichte eine flächendeckende, differenzierte und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung, aber sie erweist sich nicht gerade als förderlich, wenn es darum geht, Gesundheitsdaten sektorenübergreifend zu vernetzen und digital zugänglich zu machen. Hier tun sich staatliche Gesundheitssysteme leichter, etwa in den skandinavischen und baltischen Ländern oder in Großbritannien mit seinem nationalen Gesundheitsdienst NHS. Gerade in Großbritannien werden aber auch die Grenzen einer staatlich organisierten Gesundheitsversorgung deutlich, deren Unterfinanzierung gravierende negative Folgen hat.

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurde 2003 die fachliche Verantwortung für die Vorbereitung und Herausgabe der Gesundheitskarte und den Aufbau der für ihren Einsatz erforderlichen Telematikinfrastruktur den Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung als gemeinsame Aufgabe übertragen. Auch bei anderen Digitalisierungsvorhaben im Gesundheitswesen kommt der Selbstverwaltung entscheidende Bedeutung zu. Deshalb soll hier ein Blick auf die beteiligten Akteure und ihre Interessenlage in Bezug auf die Digitalisierung geworfen werden:

Die Kernaufgabe der gesetzlichen Krankenversicherungen (Krankenkassen) ist es, die Beiträge ihrer mehr als 73,3 Millionen Versicherten²⁴ einzuziehen und vielfältige, von diesen in Anspruch genommene medizinische Leistungen zu erstatten. Für die Abwicklung des 2009 eingeführten Risikostrukturausgleichs²⁵, der die aus der unterschiedlichen Mitgliederstruktur resultierenden Unterschiede bei den Ausgaben der Kassen ausgleichen soll, sorgen komplexe IT-Verfahren. Seit einiger Zeit dürfen die Kassen auch Maßnahmen zur »Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen« (digitale Medizinprodukte, telemedizinische Verfahren oder IT-gestützte Verfahren in der Versorgung) anbieten und den Versicherten Angebote zur Förderung von Versorgungsinnovationen unterbreiten. Die Krankenkassen verstehen sich heute nicht mehr allein als Kostenträger, sondern als Gesundheitsdienstleister. Diese Neudefinition birgt einiges Konfliktpotenzial mit der Ärzteschaft und anderen Leistungserbringern, die medizinische Leistungen gegenüber Patienten ausschließlich als ihre Domäne ansehen.

Eine für die Digitalisierung des Gesundheitswesens prägende Rolle spielen auch die Kassenärztlichen Vereinigungen, die mehr als 180 000 Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Vertragspsychotherapeuten vertreten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen organisieren die flächendeckende ambulante haus- und fachärztliche sowie psychotherapeutische Versorgung und handeln Kollektivverträge mit den Krankenkassen aus. Ihre zentrale Aufgabe besteht in der Aushandlung und Abrechnung der in der ambulanten ärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen. Die KV sind wie die Krankenkassen Körperschaften des öffentlichen Rechts, unterstützen ihre Mitglieder aber zunehmend auch bei der Digitalisierung und Vernetzung der Praxen.

Die mehr als 400 000 in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte müssen Mitglieder einer Landesärztekammer sein, ebenfalls Körperschaften des öffentlichen Rechts. Dagegen ist die Spitzenorganisation Bundesärztekammer als rechtsfähiger Verein organisiert. Zu den Aufgaben der Ärztekammern gehört unter anderem die Entwicklung einheitlicher Regelungen der ärztlichen Berufspflichten und die Überwachung der ärztlichen Berufsausübung. Die Landesärztekammern entsenden Delegierte zu den Ärztetagen, die neben der Beratung berufsrechtlicher Fragen auch Positionen zur Gesundheitspolitik beziehen und deshalb erheblichen Einfluss auf politische Entscheidungen über Digitalisierungsthemen ausüben.

Die gemeinnützige Deutsche Krankenhausgesellschaft vertritt die rund 1900 Krankenhäuser bei allen gesundheitspolitischen Fragen und positioniert sich zu krankenhausesrelevanten Themen. Dabei haben es die Krankenhäuser naturgemäß in weitaus stärkerem Maße mit »schweren Fällen« zu tun, mit Menschen, die aufgrund sehr schwerer oder mehrerer Erkrankungen behandlungsbedürftig sind. Auch im Hinblick auf die Diagnostik und die dabei anfallenden digitalen Informationen liegt die stationäre deutlich vor der ambulanten Versorgung. Gleichwohl liegt der Fokus der Digitalisierungspolitik bisher bei der ambulanten Versorgung – vielleicht auch deshalb, weil die stationäre Versorgung überwiegend als Landesangelegenheit betrachtet wird.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens betrifft auch die knapp 18 500 Apotheken, deren Interessen vom Deutschen Apothekerverband vertreten werden. Sie rechnen jedes Jahr rund eine Milliarde Rezepte ab und bedienen sich dabei einiger großer Apothekenrechenzentren. Mit der Einführung des E-Rezepts wird sich dieses Verfahren grundlegend verändern. Eine Sonderstellung unter den Apotheken in Bezug auf die Digitalisierung nehmen die Versandapotheken ein, die mit den stationär betriebenen Apotheken im Wettbewerb stehen und in besonderem Maß von der Einführung des E-Rezepts profitieren könnten.

Die privaten Krankenversicherungen (PKV) mit ihren mehr als 8,7 Millionen (2020) Versicherten gehören nicht zur Selbstverwaltung des Gesundheitswesens im engeren Sinne. Angesichts ihrer großen Mitgliederzahl und ihres erheblichen Anteils an der Finanzierung des Gesundheitswesens kommt ihnen auch bei der Digitalisierung erhebliche Bedeutung zu.

Nicht zur Selbstverwaltung gehören auch die Einrichtungen des staatlich organisierten Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der in vielen Bereichen Beratungs- und Unterstützungsleistungen erbringt und mit Aufgaben der Prävention befasst ist. Besonders ins Blickfeld geraten ist im Zusammenhang mit der Coronapandemie die Aufgabe, Infektionskrankheiten zu bekämpfen und entsprechende Vorgaben durchzusetzen.

Die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft nimmt von Jahr zu Jahr zu. Im Jahr 2020 lag die Bruttowertschöpfung des Kernbereichs der Gesundheitswirtschaft bei knapp 364,5 Milliarden Euro (12,1 % des Bruttoinlandsprodukts).²⁶ Private Unternehmen, die technische Komponenten liefern (IT-Industrie) oder Dienstleistungen für Arztpraxen, Krankenhäuser und Versicherungen erbringen, gewinnen dabei an Bedeutung. Auch die Anbieter vielfältiger Apps (digitaler Anwendungen), mit denen die Versicherten und Patienten Daten über ihren Gesundheitszustand erfassen und bewerten können, sind wirtschaftlich erfolgreich.

Schließlich gibt es eine wachsende Szene mit häufig zivilgesellschaftlichem Hintergrund, die sich für freie Software, offene Standards und

transparente IT-Entwicklungsprozesse einsetzt. Wie groß diese Szene inzwischen ist, wurde beim zweitägigen »Hackathon« #WirVsVirus deutlich, der im März 2020 unter der Schirmherrschaft von Kanzlerin Angela Merkel organisiert wurde und digitale Lösungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie entwickeln sollte. Mit mehr als 28 000 Beteiligten und etwa 1500 daraus hervorgegangenen Projekten war er weltweit die bis dahin größte derartige Veranstaltung.

Bemerkenswert ist, dass die Gruppe, um deren Interessen es bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens angeblich vor allem geht, nur am Rande beteiligt ist: die Patientinnen und Patienten. Zwar wird durch die Politik fast gebetsmühlenartig die Wahrung der Patientensouveränität beschworen, wirklichen Einfluss auf die Weichenstellungen haben sie aber nicht. So wurde Vertreterinnen und Vertretern der Patienteninteressen die Mitwirkung im Beirat der gematik eingeräumt, nicht aber in der Gesellschafterversammlung, in der neben dem Bundesgesundheitsministerium nur die Kostenträger (Krankenkassen) und die Interessenvertretungen der Leistungserbringer vertreten sind. Die bisweilen vorgebrachte Behauptung, Verbraucher- und Patientenorganisationen bremsen die Digitalisierung des Gesundheitswesens,²⁷ ist schwer nachzuvollziehen. So sind Verbraucher- und Patientenverbände immer wieder für die Beschleunigung solcher digitaler Lösungen eingetreten, die zu verbesserter Effizienz und Transparenz der Versorgung beitragen, etwa die elektronische Patientenakte und das E-Rezept.

Föderalismus

Der Föderalismus ist Deutschlands größte Digitalisierungsbremse. Und das wird sie auch bleiben, wenn wir nicht an bestimmten Stellen reformieren, und zwar tiefgreifend.

Bernhard Rohleder, Digitalverband Bitkom²⁸

Die Zuständigkeiten für digitale Themen sind in Deutschland verteilt: Innerhalb der Bundesregierung kümmern sich mehrere Ressorts mit überschneidenden Kompetenzen um die Digitalisierung. Zudem sind

die Zuständigkeiten für das Gesundheitswesen zwischen Bund, Ländern und Kommunen aufgeteilt. Die verteilte Gesetzgebungskompetenz in Verbindung mit dem Selbstverwaltungsprinzip führt zu einer Vielzahl von – teils inkongruenten – politischen Aktivitäten und Stellungnahmen zum Thema digitale Gesundheit. Eine kohärente E-Health-Gesamtstrategie ist nicht zu erkennen.²⁹

Nach dem Grundgesetz gehört die Gesundheitsversorgung zu den Gebieten mit »konkurrierender Gesetzgebung« von Bund und Ländern. Dies bedeutet, dass die Bundesländer die Befugnis zur Gesetzgebung haben, soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht Gebrauch macht. Die Länder setzen das Bundes- oder EU-Recht um, soweit die Zuständigkeit für den Verwaltungsvollzug gesetzlich nicht anders geregelt ist. Vielfach sind es jedoch die Städte und Gemeinden, die vor Ort über konkrete Vorhaben entscheiden (etwa den Betrieb von Krankenhäusern oder Gesundheitsämtern) und die Wahrnehmung der Aufgaben im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung organisieren.

Das in der Öffentlichkeit beschworene Bild eines »Zuständigkeitschaos« beschreibt die Situation deshalb nicht zutreffend. Vielmehr ist (zumindest im Prinzip) klar, welche staatliche Ebene jeweils zuständig ist. Trotzdem ergeben sich in der Praxis immer wieder Konflikte, insbesondere wenn die politische Meinungsbildung im Bund und in den Ländern zu unterschiedlichen Ergebnissen führt oder wenn bundesgesetzliche Vorgaben von den Ländern unterschiedlich interpretiert und uneinheitlich umgesetzt werden. Auf wenig Verständnis in der Öffentlichkeit trifft es zudem, wenn gesetzliche Regelungen, die den gleichen Gegenstand betreffen, ohne erkennbaren Grund nicht übereinstimmen. Im Gesundheitswesen betrifft dies etwa den Infektionsschutz, den öffentlichen Gesundheitsdienst, die Krankenhäuser und den gesetzlichen Rahmen für die Organisation der Krebsregister.

Dass die verteilten Zuständigkeiten übergreifende Digitalisierungsvorhaben bremsen, ist seit Langem bekannt und nicht allein ein deutsches Problem.³⁰ Zwar wäre es im Gesundheitswesen angesichts der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenzen von Bund und Ländern im Prinzip durchaus möglich, entsprechende Vorgaben bundeseinheit-

lich – durch Bundesgesetz – zu regeln. Von dieser Möglichkeit hat der Bund allerdings bisher nur begrenzt Gebrauch gemacht, etwa durch Festlegungen im Hinblick auf die Gesundheitskarte und die Telematikinfrastruktur des Gesundheitswesens.

Auch die Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens unterscheidet sich von Bundesland zu Bundesland. Allein die Länder bestimmen darüber, wie der Gesundheitsdienst vor Ort organisiert ist und welche Informationstechnik die Gesundheitsämter einsetzen, mit erheblichen negativen Folgen, wie sich in der Corona-Pandemie gezeigt hat.

Maßgeblichen Einfluss haben die Länder schließlich auf die Krankenhäuser. Zwar gibt der Bund auch hierfür mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz einen rechtlichen Rahmen vor, der allerdings nur deren wirtschaftliche Sicherung gewährleisten soll. Im Übrigen überlässt er die Detailregelungen weitgehend den Ländern. So haben die Länder unterschiedliche Bestimmungen über die Zulässigkeit der Beauftragung von Dritten bei der Verarbeitung personenbezogener Daten.

Divergierende Landesregelungen gelten auch für die Bereitstellung und Verarbeitung personenbezogener Daten für wissenschaftliche Forschungsvorhaben. Dies hat zur Folge, dass sich der einrichtungs- und länderübergreifende Umgang mit Forschungsdaten recht schwierig gestaltet und wohl auch deshalb auf sinnvolle Forschungsvorhaben verzichtet wird.

Zur besseren Koordination der IT-Vorhaben des Bundes und der Länder wurde – nach einer in der Föderalismusreform II im Jahr 2006 vereinbarten Zuständigkeitsänderung – ein IT-Planungsrat eingerichtet. Er soll die Vernetzung der Behörden voranbringen und den Bürgerinnen und Bürgern den digitalen Zugang zu behördlichen Diensten erleichtern. Obwohl der Planungsrat prinzipiell Mehrheitsentscheidungen treffen kann, bemüht man sich stets um Einstimmigkeit, weil die Durchsetzung gegen den Willen von Beteiligten kaum möglich erscheint. Dies dürfte auch der Grund dafür sein, dass die Entscheidungen zumeist nur Empfehlungscharakter besitzen. Seit seiner Gründung hat der Planungsrat einen einzigen, speziell das Gesundheitswesen be-

treffenden Beschluss gefasst: Er betrifft das Meldesystem SORMAS zur Unterstützung der Gesundheitsämter bei COVID-19-Infektionen, dessen Einsatz »empfohlen« wird.³¹

Ob das Online-Zugangsgesetz (OZG), das den Bürgerinnen und Bürgern einen digitalen Zugang zu Verwaltungsleistungen bringen soll, die digitale Transformation des Gesundheitswesens signifikant voranbringen wird, ist zweifelhaft. Die vom Bundesinnenministerium betriebene Website zum OZG³² ist beim Themenfeld Gesundheit ziemlich übersichtlich. Zu den am höchsten priorisierten Projekten des Themenfelds zählen die Leistungen »Schwerbehindertenausweis« und »Hilfe zur Pflege« sowie die Umsetzungsprojekte »Leistungen zum Infektionsschutz (Belehrung)« und »Sterbefall«: Sterbefallanzeige, Sterbeurkunde und Todesbescheinigung.

Diese Bestandsaufnahme lässt es als wahrscheinlich erscheinen, dass das digitale »Föderalismusproblem« sich nur entschärfen lässt, wenn die durch das Grundgesetz vorgegebene Zuständigkeitsverteilung erneut angepackt wird. Ob es zu einer solchen dritten Föderalismusreform kommt, steht in den Sternen.