



Reformen in der Reifeprüfung

Schwarz-Rot hat schweren Boden beackert und will zur Wahl die Ernte einfahren.

Kai Senf schaut auf den Ertrag der Reformen: Ein gutes Gewicht hat der Risikostrukturausgleich, die Vorgaben zur Klinikqualität müssen nachreifen und das Feld der Digitalisierung sieht der AOK-Experte brachliegen.

Die Legislaturperiode neigt sich dem Ende zu – Zeit, die gesetzgeberische Arbeit der vergangenen vier Jahre zu bilanzieren. In der Gesundheitspolitik hat die Große Koalition keinen Bereich ausgelassen: Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen, Arzneimittel-, Heil- und Hilfsmittelversorgung, Prävention und Pflegeversicherung – Fleiß hat der Gesetzgeber bewiesen. Je nach Betrachter fallen die Noten für die Reformen aber höchst unterschiedlich aus. Die Koalition wird sich für ihre Gesundheitspolitik das Prädikat „besonders wertvoll“ geben. Die Opposition und die Interessengruppen gehen mit den Gesetzesänderungen hart ins Gericht. Schließlich geht es um rund 230 Milliarden Euro (2017), die die GKV für

medizinische Leistungen und Infrastruktur jährlich zur Verfügung stellt. Alle Beteiligten wollen ein möglichst großes Stück vom Kuchen abhaben. Mancher Reform geben sie deshalb nicht einmal ein „zufriedenstellend“. Aber welches Zeugnis hat die Große Koalition für ihre Gesundheitspolitik wirklich verdient?

Das Gesundheitswesen ist kein Feld für Radikalreformen. Schrittinnovationen sind auch im Sinne von Planbarkeit und Versorgungssicherheit angezeigt. Entscheidend sind deshalb die großen Linien – sie müssen zielgerichtet auf mehr Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit zulaufen. Die Große Koalition hat fast jedes ihrer Reformwerke mit den Zusätzen „Stärkung“ oder „Weiterentwicklung“ versehen. Sind die Reformen ihren Namen wert? Und vor allem: Welche Vorteile haben Versicherte, Patienten und Beitragszahler davon?

Überschuss ist auf Sand gebaut. Das Jahr 2016 endete mit einer guten Nachricht für Gesundheitsminister Hermann Gröhe und die Große Koalition: Die GKV verzeichnete in den ersten drei Quartalen einen Überschuss von rund 1,55 Milliarden Euro. Der Gesamtüberschuss für das Jahr 2016 wird, wenn im März die Jahresbilanz vorliegt, wohl in einer ähnlichen Größenordnung liegen. Für das Wahljahr 2017 rechnet das Bundesgesundheitsministerium mit einem ausgeglichenen Wachstum von Ausgaben und Einnahmen und hat den von den Versicherten zu tragenden Zusatzbeitrag unverändert bei 1,1 Prozent belassen.

Die gute Kassenlage entpuppt sich bei genauerem Hinsehen jedoch als auf Sand gebaut. Die strukturelle Lücke zwischen den Einnahmen und den Ausgaben in der GKV ist nach wie vor eine Baustelle. Die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben wird zwar in diesem Jahr wegen der guten Arbeitsmarktlage nicht weiter auseinanderdriften. Zudem werden die teuren Reformen der Großen Koalition erst in den Folgejahren wirksam. Spätestens 2018 wird aber eine vollkommen andere Situation eintreten: Dann schlagen die Mehrausgaben für Ärzte, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Kliniken vollständig durch. Für das Wahljahr hat sich die Koalition außerdem an den Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds bedient. Auch diese 1,5 Milliarden Euro werden 2018 nicht mehr zur Abmilderung des Preisdrucks zur Verfügung stehen.

Die Große Koalition hinterlässt den Beitragszahlern also eine gewaltige Hypothek. Die Leistungsausgaben sind in der laufenden Wahlperiode um rund 40 Milliarden Euro gestiegen. Die Rücklagen des Gesundheitsfonds und der gesetzlichen Krankenkassen sind seit 2013 um mehr als zehn Milliarden Euro geschrumpft. Die Reformgesetze enthalten kaum Instrumente, die dem Ausgabenanstieg entgegenwirken. Auch bei gleichbleibend guter Konjunktur- und Arbeitsmarktlage läuft die GKV

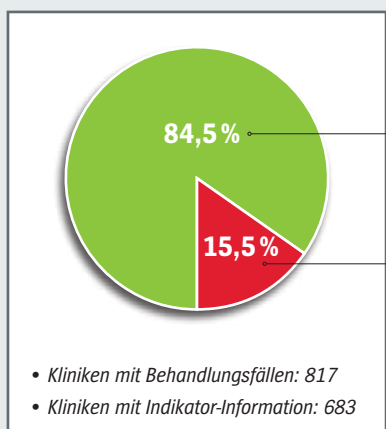
zum Antritt der neuen Bundesregierung in ein Bilanzdefizit, dass die Versicherten über höhere Zusatzbeiträge gegenfinanzieren müssen – wenn die neue Bundesregierung nicht gegensteuert.

Wettbewerb in sozialpolitisch erwünschten Bahnen. Probates Mittel gegen Ineffizienzen im Gesundheitswesen ist der Wettbewerb. Mehr Wahlfreiheit für Versicherte, mehr Beitragsgerechtigkeit und mehr Wirtschaftlichkeit durch Wettbewerb in der GKV war schon das Ziel des Lahnstein-Kompromisses, den CDU/CSU und SPD Anfang der 1990er Jahre geschlossen hatten. Solidarsystem und Wettbewerb – das klingt zunächst nach unüberbrückbaren Gegensätzen. Um sie zu vereinen, muss der Gesetzgeber den Wettbewerb der Krankenkassen in sozialpolitisch gewünschte Bahnen lenken. Krankenkassen dürfen keine Anreize haben, ihre Wettbewerbsposition durch Risiko-selektion zulasten einzelner Versichertengruppen zu verbessern. Gleichzeitig muss die Politik Impulse für effizientes Handeln der Krankenkassen setzen, um die Kraft des Wettbewerbs für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgungsangebote zu nutzen. Kosten- und Versorgungsmanagement der Krankenkassen muss sich lohnen.

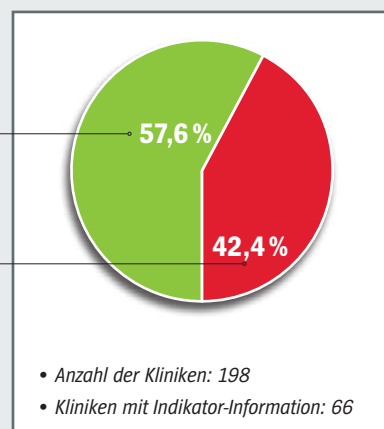
Der Risikostrukturausgleich (RSA) und der vollständige Einkommensausgleich sind die Grundvoraussetzungen für die Symbiose von Solidarsystem und Wettbewerb. Auch wenn einzelne Krankenkassen oder Verbände, die noch bis vor wenigen Jahren von ungleichen Ausgangsbedingungen im Wettbewerb profitiert haben, die historischen Fakten umdeuten: Es geht nicht um ein „fares“ Ergebnis im Wettbewerb der Krankenkassen, indem unterschiedliche Geschäftsmodelle über einen Finanzausgleich nivelliert werden. Zentrale normative Ziele des Risikostrukturausgleichs sind gleiche und damit faire Ausgangs-

Brustkrebs-Operationen: Fallzahl beeinflusst die Qualität

Alle Kliniken mit Brustkrebs-OPs



Kliniken mit weniger als acht Brustkrebs-OPs pro Jahr



im Zielbereich beim Qualitätsindikator prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

außerhalb des Zielbereichs beim Qualitätsindikator prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Beim Thema Klinikqualität müssen dringend weitere Reformschritte folgen, wie das Beispiel Brustkrebs zeigt: Die Qualität von Brustkrebs-Operationen lässt sich unter anderem daran ablesen, ob die Diagnose bei mindestens 90 Prozent der Patientinnen vor dem Eingriff über eine Gewebeprobe gesichert wird („prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“). Nur 60 Prozent der Kliniken mit weniger als acht Brustkrebs-Operationen pro Jahr erreichen dieses Qualitätsziel – im Durchschnitt aller Kliniken sind es hingegen 85 Prozent.

Quelle: Qualitätsmonitor 2017/AOK-Mediendienst

bedingungen für wettbewerblich handelnde Krankenkassen und ein funktionierender Wettbewerb, der Risikoselektion zulasten der Versicherten ausschließt.

Risikostrukturausgleich funktioniert so gut wie nie zuvor. Gemessen an dieser Funktion erfüllen RSA und vollständiger Einkommensausgleich heute die sozialpolitische Zielsetzung so zielgenau wie zu keiner Zeit davor. Seit Lahnstein wurde der RSA kontinuierlich verbessert. Auch die Große Koalition hat mit ihrer Finanzreform 2014 an dieser systematischen Weiterentwicklung gearbeitet. Die Überleitung des vollständigen Einkommensausgleichs auf den neuen, prozentualen Zusatzbeitrag und die Beseitigung des Konstruktionsfehlers bei der Berechnung der Morbiditätszuschläge für alte und schwerkranke Menschen hat die Zielgenauigkeit der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhöht. Der Gesetzgeber hat die Anreize für Risikoselektion weiter abgebaut und die Rahmenbedingungen für den Wettbewerb der Krankenkassen gestärkt. Ein dickes Plus auf der Habenseite – nicht nur für die politisch Verantwortlichen, sondern auch für die gesetzlich Versicherten.

Dennoch steht außer Frage, dass der RSA kontinuierlich weiterentwickelt und seine Zielgenauigkeit auf Versichertenebene weiter verfeinert werden muss. Die Begrenzung der Zahl der im RSA zu berücksichtigenden Krankheiten beispielsweise ist ein Relikt aus der Übergangszeit zum morbiditätsorientierten Ausgleich. Auch flankierende Maßnahmen, wie verbindliche Vorgaben für die Erfassung von Diagnosen in der ambulant ärztlichen Versorgung sind notwendig, um die Datengrundlage für die RSA-Zuweisungen zu verbessern. Alle Schritte zur RSA-Weiterentwicklung müssen allerdings auf Basis wissenschaftlich belastbarer Erkenntnisse erfolgen, mit dem Ziel, die Krankheitslast auf der Ebene von Versicherten und Versichertengruppen noch besser als bisher abzubilden und gleichzeitig die Anreize für wirtschaftliches Handeln der Krankenkassen zu stärken.

Die Große Koalition war klug beraten, auf diesem Reformpfad weiterzugehen. Bundesgesundheitsministerium und Regierungskoalition haben Weitsicht bewiesen, indem sie ein Sondergutachten in Auftrag gegeben haben, dass im Herbst 2017 die wissenschaftliche Grundlage für die Weiterentwicklung des RSA liefern wird. Mit dem Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt hat sie jene Instanz beauftragt, die die höchste wissenschaftliche Reputation hat. Dieses Gutachten und das klare politische Ziel, Risikoselektion zulasten von Versichertengruppen auszuschließen und gleichzeitig den Wettbewerb der Krankenkassen zu fördern, sind eine gute Grundlage für die Weiterentwicklung des RSA in der kommenden Legislaturperiode.

Im Versorgungswettbewerb mehrere Schritte zurück. So konsequent die Große Koalition die Anreize für wettbewerbliches Handeln der Krankenkassen gestärkt hat, so kraftlos waren ihre Aktivitäten, die damit gesetzten Impulse auch im Versorgungsalltag ankommen zu lassen. Statt wirkungsvolle Ansätze für mehr Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung weiter auszubauen, hat der Gesetzgeber den Krankenkassen wichtige kollektiv- und selektivvertragliche Instru-



Der Gesetzgeber hat die Anreize für Risikoselektion weiter abgebaut.

mente aus der Hand geschlagen oder bis zu Funktionslosigkeit beschnitten. Die Schwächung der Verhandlungsposition der Krankenkassen in der Arzneimittel-Nutzenbewertung, die Abschaffung der Zytostatika- und Impfstoffausschreibungen, Einschränkungen bei Rabattverträgen für generische Arzneimittel, im Hilfsmittelvertragsrecht und bei Heilmittelpreisverhandlungen sprechen nicht für ein konsequentes ordnungspolitisches Leitbild. Hier steht altes Denken vor sinnvoller Weiterentwicklung von Wettbewerbsstrukturen. Jüngster Beleg ist die Diskussion um den Arzneimittelversandhandel und die reflexhaften Verbotsspläne, sobald nur Ansätze von Wettbewerb die festgefahrenen Anbieterstrukturen aufzubrechen drohen.

Auch der mit dem Versorgungsstrukturgesetz eingeführte und mit zusätzlichen Beitragsgeldern finanzierte Innovationsfonds ändert nichts Wesentliches an der Tatsache: Die wettbewerbliche Weiterentwicklung des Gesundheitswesens stößt in der Politik an Akzeptanzgrenzen, wenn innovative Ideen zu qualitativ hochwertigeren oder kostengünstigeren Versorgungsangeboten führen – und in der Folge Leistungsanbieter ausschließen, die diese Standards nicht erreichen. Die vergangenen vier Jahre waren hier kein Fortschritt, sondern mehrere Schritte zurück.

Qualitätsdefizite sind inakzeptabel und skandalös. Der Qualitätsmonitor 2017, herausgegeben vom Wissenschaftlichen Institut der AOK und dem Verein Gesundheitsstadt Berlin, deckte deutliche Mängel in der stationären Versorgung auf. So zeigte er, dass in etwa 40 Prozent der Kliniken, die Herzinfarktpatienten versorgen, kein Linksherzkatheterplatz zur Verfügung steht, obwohl dies Behandlungsstandard bei akuten Infarkten ist. Rund zehn Prozent aller Herzinfarkte pro Jahr, also knapp 22.000 Patienten werden damit nicht optimal versorgt. Auch

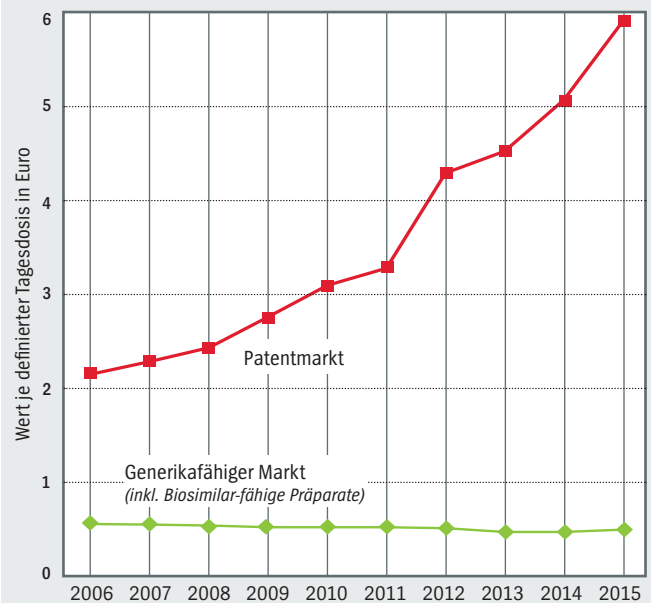
bei der Qualität von Brustkrebs-Operationen belegt der Monitor Defizite: Ein Viertel der deutschen Kliniken versorgte 2014 demnach weniger als acht Brustkrebspatientinnen (siehe Abbildung „Brustkrebs-Operationen: Fallzahl beeinflusst die Qualität“ auf Seite 24). Die Deutsche Krebsgesellschaft empfiehlt jedoch, dass ein Krankenhaus mindestens 100 Patientinnen pro Jahr versorgen sollte, um über ausreichende Erfahrung zu verfügen. Beide Ergebnisse stehen exemplarisch für viele Bereiche des Gesundheitswesens. Derartige Qualitätsdefizite in einem milliardenschweren Medizinbetrieb sind nicht nur aus Sicht der individuell betroffenen Patienten inakzeptabel und skandalös.

Klinikumbau eingeleitet. Die Große Koalition hat auf diese Mängel reagiert und mit der 2015 verabschiedeten Krankenhausreform erste Schritte für einen qualitätsorientierten Umbau der Klinikstrukturen eingeleitet. Zwar ist die Reform mit Strukturfonds, Pflegestellenförderprogramm und Zusatzlastungen bei der Betriebskostenfinanzierung zunächst ein gigantisches Klinikförderprogramm, das der GKV jährlich rund zwei Milliarden Euro Mehrkosten beschert. Doch birgt sie einiges an Potenzial, die Kliniklandschaft qualitätsorientiert weiterzuentwickeln. Entscheidend wird sein, wie Bund, Länder und Selbstverwaltung die gesetzlichen Vorgaben zu den Mindestmengen für ausgewählte Indikationen, die Entwicklung qualitätsorientierter Zu- und Abschläge bei der Krankenhausvergütung sowie von Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung in den kommenden Monaten konkret ausgestalten und in der Praxis umsetzen. Sollten hier gesetzliche Vorgaben verwässert und Fristen nicht eingehalten werden, muss die kommende Regierung hart eingreifen. Die verbindliche Umsteuerung darf nicht am Widerstand einzelner Interessengruppen scheitern.

Reformbedarf bei Medizinprodukten. Keine Vergütung ohne die Einhaltung verbindlicher Versorgungsstandards – dieses Primat von Qualität und nachgewiesenem Nutzen von Behandlungsmethoden muss in allen Leistungssektoren gelten. Mit neuen Regelungen zur Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie mit der Neuausrichtung des Hilfsmittelverzeichnisses auf Qualitätskriterien hat die Große Koalition in zwei anderen wichtigen Bereichen des Gesundheitswesens einen Reformprozess eingeleitet, der Hoffnung macht. Auch hier gilt es, die Umsetzung in der kommenden Wahlperiode genau zu beobachten. Die Politik muss ihren Umsetzungswillen gegebenenfalls manifestieren.

Reformbedarf für die künftige Bundesregierung zeichnet sich allerdings schon heute bei Arzneimitteln und Medizinprodukten ab. Hochrisiko-Medizinprodukte wie beispielsweise künstliche Hüftgelenke bergen nicht weniger potenzielle Gefahren als Arzneimittel, Flugzeuge oder Autos. Dennoch dürfen sie in Deutschland ohne belastbare Studien und ohne Zulassung zum Einsatz kommen. Auch die im vergangenen Jahr beschlossene EU-Verordnung ändert daran nichts. Nach den Brüsseler Vorgaben ist künftig weder eine zentrale und unabhängige Zulassungsstelle vorgesehen, noch müssen sich Medizinprodukte einer Nutzenbewertung vor Markteintritt unterziehen. Bei der EU-Verordnung für Medizinprodukte haben sich die Patienten-

Patent-Arzneien werden immer teurer



Während der Wert der Tagesdosis von Nachahmerpräparaten (Generikafähiger Markt) von 2006 bis 2015 nahezu gleich geblieben ist, veränderten sich die Preise im Patentmarkt rasant: Der Wert einer Tagesdosis hat sich hier im gleichen Zeitraum mehr als verdoppelt. Ohne weitere Reformschritte droht eine Kostenlawine. *Quelle: Arzneiverordnungs-Report 2016/WIdO*

interessen nur an wenigen Stellen wirksam durchsetzen können. Mit Blick auf die Patientensicherheit sind weitere vier Jahre nutzlos vergangen, denn der deutsche Gesetzgeber hätte hier in nationaler Kompetenz handeln können. In der kommenden Wahlperiode muss daher eine Reform, zusätzlich zur EU-Regelung, auf die Agenda und eine generelle Nutzenbewertung für Medizinprodukte als Zugangsvoraussetzung für die Erstattungsfähigkeit in der GKV eingeführt werden.

Arzneireform bleibt hinter den Möglichkeiten zurück. Blaupause dafür ist das etablierte Verfahren zur Nutzenbewertung für neue Arzneimittel. Sechs Jahre nach der Einführung hat sich das Qualitätssicherungsinstrument für neue, patentgeschützte Arzneimittel bewährt. In mehr als 200 Bewertungsverfahren hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bei rund jedem zweiten Arzneimittel (57 Prozent) einen Therapiefortschritt gegenüber bestehenden Behandlungsalternativen festgestellt. Insofern ist es zu begrüßen, dass die GBA-Beschlüsse zur frühen Nutzenbewertung nach dem aktuell im Parlament beratenen Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz in die Praxissoftware der Vertragsärzte überführt werden sollen. Noch immer verschreiben Ärzte aufgrund mangelnder Informationen häufig neuartige Arzneimittel, obwohl diese gegenüber Alternativpräparaten kaum oder keinen Zusatznutzen für die Patienten haben.

Umso unverständlicher ist es, dass das Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz an dieser Stelle stehen bleibt, und die

Nutzenorientierung der Arzneimittelversorgung – trotz rasanter Kostenschübe, insbesondere bei neuen und teuren Arzneimitteln – sogar in die entgegengesetzte Richtung zurückdreht (siehe Abbildung „Patent-Arzneien werden immer teurer“ auf Seite 26). Die Zytostatika-Belieferung über Direktverträge mit den Krankenkassen wird abgeschafft. Damit gehen die darin verbindlich vereinbarten, im Vergleich zur Regelversorgung höheren Qualitätsstandards in der Lieferkette verloren. Die Erstattungsbeträge für Arzneimittel ohne Zusatznutzen müssen sich künftig nicht mehr zwingend an den Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie orientieren. Das verursacht Mehrkosten ohne einen Mehrnutzen für Patienten. Im laufenden Gesetzgebungsverfahren drohen weitere Regelungen, die das Nutzenbewertungsverfahren aufweichen. Das zeigt die Debatte im Bundesrat um die Einführung einer Clearingstelle in der frühen Nutzenbewertung oder die verpflichtende Einführung von Mehrfachvergäben bei den Generika-Rabattverträgen.

Den Grundstein für das Gesetz haben Vereinbarungen zwischen Bundesregierung und Pharmaindustrie gelegt. Wesentlich gravierendere Forderungen zulasten der GKV standen in diesem sogenannten Pharmadialog im Raum. Auch wenn diese Wunschliste nicht vollständig umgesetzt wurde, hat die Koalition durch die einseitige Ausrichtung auf Industrieinteressen die große Chance vertan, die Arzneimittelversorgung nutzenorientiert weiterzuentwickeln. Um den Marktzugang und das Verordnungsgeschehen noch stärker als bisher auf den unmittelbaren Patientennutzen auszurichten, wären zumindest alle neuen Arzneimittel für seltene Erkrankungen und patentgeschützte Präparate des Bestandsmarktes einer frühen Nutzenbewertung zu unterziehen. Darüber hinaus hätten Schnittstellenprobleme zwischen den Sektoren behoben werden können, um eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu gewährleisten. Unbeantwortet ist auch weiterhin die Frage, welcher Preis für Arzneimitteln ohne Mehrnutzen für die Patienten angemessen ist und ob diese überhaupt durch die GKV erstattet werden sollten.

Gesetze bleiben teures Stückwerk. Die Große Koalition hat in den vergangenen vier Jahren in der Gesundheits- und Pflegepolitik einige dicke Bretter gebohrt. Versicherte und Patienten profitieren in wichtigen Versorgungsbereichen von besseren und umfangreicheren Leistungen. Mit dem Pflegereformpaket hat der Gesetzgeber eine Gerechtigkeitslücke für viele Pflegebedürftige und deren Angehörige geschlossen. Weitere Beispiele für einen echten Mehrnutzen sind bessere Leistungen in der Hospiz- und Palliativversorgung, das verpflichtende Entlassmanagement im Krankenhaus, das Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung und die Terminservicestellen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Große Koalition hat mit dem RSA das Fundament für den Kassenwettbewerb gestärkt, mit dem Rückbau von Vertragsinstrumenten aber die Potenziale des Versorgungswettbewerbs nicht genutzt. Sie hat erste Pflöcke für mehr Qualität und mehr Transparenz im Krankenhaus, in der Pflege und in der Hilfsmittelversorgung eingeschlagen. Ob diese Pflöcke halten, wird die Umsetzung in den kommenden Monaten zeigen.

Insgesamt aber bleiben die Reformen teures Stückwerk, weil ein Großteil der damit verbundenen Mehrkosten von drei bis vier Milliarden Euro pro Jahr ohne Mehrwert für die GKV-Versicherten in den Versorgungsstrukturen versickern wird. Der Großen Koalition ist es in den vergangenen vier Jahren nicht ausreichend gelungen, sich vom Dogma „Wer kann, der darf“ zu lösen. Die Untergangsrhetorik der Leistungsanbieter ist immer noch ein erfolgreiches Stilmittel in der politischen Auseinandersetzung, wenn es darum geht, Strukturveränderungen zu verhindern. Politische Entscheidungsträger reagieren darauf zu oft mit finanziellen Beruhigungspillen, wie die Krankenhausreform zeigt.

Die künftige Bundesregierung steht vor der Aufgabe, die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen in der GKV zu schließen. Ein einfaches Durchreichen an die Versicherten über den Zusatzbeitrag oder durch Kompensation aus dem Gesundheitsfonds ist nicht mehr möglich, denn das angesparte Geld ist bereits ausgegeben. Chancen eröffnet die Stärkung des Wettbewerbs um die bestmögliche Qualität in der Versorgung.

Klare Regeln für digitale Innovationen. Eine weitere große Baustelle ist die digitale Transformation im Gesundheitswesen. Der Gesetzgeber hat hier wertvolle Zeit verstreichen lassen. Daran ändert auch das eHealth-Gesetz nichts, das den Entwicklungen in der digitalen Welt hilflos hinterherläuft. Mit einem eHealth-Gesetz 2.0 muss der Gesetzgeber die Gestaltungshoheit wieder an sich ziehen. Die Entscheidungsstrukturen bei der Einführung einer sicheren und für alle verbindlichen Telematikinfrastruktur müssen reformiert werden. Notfalls muss der Gesetzgeber die Umsetzung vollständig in staatliche Obhut nehmen, um die Blockaden in der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu beenden.

Als Medizinprodukte ausgewiesene digitale Anwendungen (etwa Apps) müssen sicher sein und genau definierte Kriterien erfüllen. Sie sollten sich daher wie Arzneimittel einer Nutzenbewertung durch den GBA unterziehen. Die Möglichkeit der massenhaften Datensammlung auf dem zweiten Gesundheitsmarkt bedarf neuer nationaler wie internationaler Grundlagen, die eine Nutzung zum Schaden der Menschen verhindert. Weiterhin brauchen die Versicherten eine gesetzlich garantierte Datensouveränität, die das Selbstbestimmungsrecht schützt. Und schlussendlich darf die Nutzung anonymisierter Daten keinem Patentschutz unterliegen. Wenn die künftige Bundesregierung hier klare ordnungspolitische Regeln formuliert, sind digitale Innovationen kein Teufelswerk – und der Wettbewerb kann auch hier gute Früchte tragen. ■

Kai Senf ist Geschäftsführer Politik und Unternehmensentwicklung im AOK-Bundesverband. **Kontakt: Kai.Senf@bv.aok.de**

Lese- und Webtipps

- Kai Senf, Dirk Bürger: **Reformen gehen ans Eingemachte.** In: G+G 2/2016, S. 18–23
- www.reform-aktuell.de Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik
- Franz Dormann, Jürgen Klauber (Hrsg): **Qualitätsmonitor 2017.** Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (Berlin).