

# DER GELBE DIENST

Gesundheits- und Sozialpolitik  
Nachrichten, Analysen, Hintergrund



- Milliarden-Segen für die Kassen
- Milliarden sparen durch Biosimilars?

# Inhalt

Milliarden-Segen für die GKV Politik will Rücklagen des Gesundheitsfonds abschmelzen .....	3
Milliarden Einsparpotential Arzneimittelreport 2016: Für Biosimilars und mehr Wettbewerb .....	4
Zahlen - Daten - Fakten Apotheke 2016 .....	5
Mission Salamander Regenerative Medizin. ....	7
Der Robopflegefreund Roboter in der Pflege? .....	9
32 Millionen plus X Ein Jahr Präventionsgesetz .....	10
Im Austausch der Kulturen Deutsch-Chinesische Kooperation .....	11
<b>Meldungen</b> Versorgungssituation bei Gelenkimplantaten DAK-Ausschreibung für Arzneimittel .....	13
<b>Personalien</b> .....	14
<b>eHealth inside</b> Man wird strenger Mobile Health App .....	15
<b>Meldungen</b> Zugzwang Bald anders Going Mental.....	16

Politik will Rücklagen des Gesundheitsfonds abschmelzen

# Milliarden-Segen für die GKV

dgd (tg) – Vor den Wahlen verteilen Gesundheitspolitiker schon mal Geschenke, damit nicht im Wahlkampf Situationen aufkommen, die ihnen das Ergebnis verhängeln könnten. Vor diesem Hintergrund könnte man die geplante Ausschüttung von 1,5 Milliarden Euro aus den Rücklagen des Gesundheitsfonds an die GKV sehen, um eine erneute Steigerung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags zu riskieren. Man könnte es aber auch so sehen, dass man für die noch im Fonds lagernden 10 Milliarden nicht erneut Minus-Zinsen zahlen will. 1,8 Millionen sollen bereits als „Strafzinsen“ an die Banken gegangen sein.

Jedenfalls soll jetzt im Schnelldurchgang eine Gesetzesänderung durchgebracht werden. Aus den Rücklagen im Gesundheitsfonds sollen schnellstmöglich Milliarden in die aktuelle Versorgung und Infrastruktur fließen. Formell wird das begründet mit Mehrausgaben für Flüchtlinge, Investitionen in eine digitale Infrastruktur des Gesundheitswesens und als Ausgleich für hohe Arzneimittel- und Behandlungskosten. Im Oktober gibt turnusgemäß der Schätzerkreis der Krankenversicherung seine Kostenprognose ab, die Basis zur Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages der Kassen ist. Letztes Jahr stieg der um 0,2 Prozentpunkte auf 1,1 Prozent des Bruttolohns. Zu tragen von den Versicherten.

## Ohne Zuschüsse höhere Zusatzbeiträge

Die aktuellen Schätzungen sind sehr unterschiedlich. Experten gehen aber davon aus, dass die Kassen neben dem erhöhten Steuerzuschuss von 14,5 Milliarden Euro (der Finanzminister hatte den Zuschuss auch aufgrund der hohen Rücklagen des Gesundheitsfonds in den Vorjahren gekürzt) mindestens 1-2 Milliarden Euro benötigen, um den Status-Quo bei den

Beiträgen zu halten. Um mehr Geld in die Gesundheitsversorgung zu bekommen, bringen SPD und Grüne bereits seit Monaten immer wieder die Wiedereinführung der paritätischen Finanzierung der Kassenbeiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer ins Gespräch. Zur Zeit ist der Arbeitgeberanteil auf 7,3 Prozent fixiert. Andererseits werden aber auch die Forderungen nach einer erhöhten Steuerfinanzierung laut. So besteht nach aktuellen Berechnungen des Deutschen Gewerkschaftsbundes eine rechnerische Unterdeckung durch Leistungen für Flüchtlinge sowie Harz-IV-Empfänger von fast 6 Milliarden Euro. Das allein wären 0,6 Beitragssatzpunkte.

## Angst vor 40%-Hürde

Dass die Politik dieses Thema nicht unbedingt aufnehmen möchte – schon gar nicht in einem Wahljahr – liegt daran, dass die Bürger bei Sozialabgaben nicht über die magische Grenze von insgesamt 40 Prozent belastet werden sollen. Diese Solidaritäts- und Gerechtigkeitsdiskussion möchte offenbar keine der Parteien. Also wird an den Schrauben der Kassenfinanzierung gedreht so lange noch Rücklagen im Gesundheitsfonds existieren.

Arzneimittelreport 2016: Für Biosimilars und mehr Wettbewerb

# Milliarden Einsparpotential

dgd (aw) – Die Therapie mit Biosimilars könnte bei gleichwertiger Versorgung helfen, explodierende Arzneimittelausgaben der Kassen im Griff zu behalten. Das ist eine der Thesen des jetzt vorgelegten „Arzneimittelreports 2016“ der BarmerGEK.

Hochkomplexe Vorgänge bei der Herstellung und eine individuelle und genaue Anpassung an den Patienten. Aus der heutigen Medizin ist die Verwendung von Biologika kaum wegzudenken. Doch steigende Kosten im Gesundheitswesen sind immer wieder ein Anlass für Reformen und neue Veränderungen. Seit Jahren prägen Schlagwörter wie „1000-Dollar Pille“ oder „Kostenexplosion“ die Nachrichten aus dem Gesundheitswesen. Dem Phänomen der „Mondpreise“, so Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK, möchte man nun einen Riegel vorschieben. Die Rede ist von Biosimilars - Nachahmerprodukten der biotechnologisch hergestellten Arzneimittel (Biologika).

Neu ist der Begriff den Spezialisten der Branche sicherlich nicht, doch – geht es nach den Vorstellungen der Kassen – sollen sie künftig verstärkt zum Einsatz kommen. „Bislang waren sie ein Nischenprodukt, heute stehen sie an der Schwelle zum Massenprodukt“, meint Straub. Er fügt hinzu, dass in Kürze mehrere Patente für äußerst umsatzstarke Biologicals auslaufen. Chance für „wirkungsähnliche“ Biosimilars und mehr Wettbewerb.

Mithilfe der Biosimilars könnten in den gesetzlichen Krankenversicherungen Kosten in Milliardenhöhe eingespart werden. Das Potential ist groß und daher fordert Straub Biosimilars künftig mehr in die Versorgung einzubinden. „Allein bei der Barmer GEK ließen sich in den nächsten fünf Jahren durch eine konsequente Verschreibung dieser Präparate 20 bis

25 Prozent der Arzneimittelkosten sparen, sagt der Vorstandsvorsitzender.

Biosimilars sind ihren Originalen nicht gleich, sondern lediglich ähnlich. Trotz dieser Tatsache stehen die Nachahmerprodukte ihren Referenzarzneimitteln in keinsten Weise nach, so Straub. Eine hochwertige Versorgung der Patienten sei weiterhin gewährleistet. Wirksamkeit und Sicherheit stehen hierbei an erster Stelle. Prof. Dr. Daniel Grandt, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin des Klinikum Saarbrücken, merkt an, dass es keinen rationalen Grund gegen den verstärkten Einsatz von Biosimilars gebe. „Warum also nicht die kostengünstigere und wirkstoffgleiche Variante bevorzugen?“. Doch um diese Möglichkeit weiterhin optimal nutzen bzw. ausbauen zu können, müssen noch große Information- sowie Akzeptanzdefizite abgebaut werden, sagt Straub. Neben Krankenkassen, Ärztekammern sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen sollen hierbei die Versicherungen sowie die Hersteller aktive Aufklärungsarbeit leisten.

Einen wichtigen Beitrag hierfür muss zudem von den Ärzten geleistet werden, so die Aussagen von Straub. Der Schlüssel für die Verordnung liege in der Hand der Ärzte. Durch die Biosimilars entscheide der Arzt in der Behandlung zwischen zwei oder mehreren therapeutisch gleichwertigen, aber unterschiedliche teuren Alternativen, meint Straub: „Seine Aufgabe ist es aber nicht nur, medizinisch richtig, sondern auch wirtschaftlich klug zu verordnen!“.

Apotheke 2016

# Zahlen - Daten - Fakten

dgd (ps) – Unter dieser Überschrift veröffentlicht die ABDA jedes Jahr ihren Bericht über die Lage der öffentlichen Apotheken. Dem aktuellen Report zufolge besteht überhaupt kein Grund zur Euphorie, viel eher ist tiefe Tristesse angesagt. Die Apotheker fühlen sich wirtschaftlich abgehängt. Sie erwarten für 2016 ein Betriebsergebnis, das in der Nähe des Betriebsergebnisses des Jahres 2002 liegen wird. Ihr betriebswirtschaftliches Elend spiegeln einige Kennzahlen wider: Während die Apothekenvergütung seit 2004 um ganze 15,4 Punkte gestiegen ist, sind die GKV-Einnahmen um 53,7 Punkte, das Bruttoinlandsprodukt um 37,9 Punkte und die Tariflöhne des Apothekenpersonals um 25,7 Punkte emporgeschneit. Anders als früher zeigt die Politik wenig Neigung, der Branche beizuspringen. Schnelle Besserung ist also nicht in Sicht.

## Strukturdaten

Die Zahl der Apotheken sinkt hierzulande seit 2009 kontinuierlich. Seit dem Höchststand von 21.602 Betrieben im Jahr 2008 ist ein Rückgang von 6,3 Prozent auf nunmehr 20.249 Apotheken zu verzeichnen. Nach Einschätzung der ABDA spielen dabei neben dem Wettbewerb der Apotheken untereinander auch die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen eine Rolle. Weniger Apotheken heißt aber nicht, dass die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln gefährdet wäre. Die ABDA gibt in dieser Hinsicht zumindest derzeit – zu Recht – Entwarnung. Selbst wenn der „Apothekenschwund“ anhalten sollte, was anzunehmen ist, wäre die Arzneimittelversorgung sowohl in den Ballungsräumen als auch auf dem platten Land sichergestellt. Andere Apotheken, Botendienste und Versandapotheken können und werden den Marktaustritt weiterer Apotheken kompensieren. Für ältere und immobile Patienten wird der absehbare Rückzug von Apotheken aus der Fläche allerdings, zumal was den persönlichen Kontakt zu „ihrem“ Apotheker anbelangt, eine gehörige Umstel-

lung bedeuten. Das Gespräch in der Apotheke wird vielfach durch Telefonate und E-Mails abgelöst werden; auf diesem Weg kann der Patient allerdings nicht in den Gebrauch eines Gerätes eingewiesen werden, das er benötigt, um sein Medikament einzunehmen (Beispiel: Inhalator). Erfolgt eine solche Unterweisung bislang üblicherweise in der Apotheke, werden der Apotheker oder die Pharmazeutisch-Technische Assistentin in diesen und in weiteren Fällen den Patienten aufsuchen müssen.

Die Filialapotheke hat sich zum Erfolgsmodell gemausert. Gab es 2005 nur 1.228 dieser Einrichtungen, belief sich ihre Anzahl im vergangenen Jahr auf 4.281. Das entspricht einer Steigerungsrate von fast 350 Prozent. Derzeit ist etwa jede fünfte Apotheke ein Filialbetrieb. In Deutschland versorgt eine Apotheke rein rechnerisch 4.000 Patienten, im EU-Durchschnitt sind es 3.226. Die höchste Apothekendichte weist Griechenland auf (eine Apotheke auf 1.235 Einwohner), während Dänemark mit einer Apotheke je 16.667 Einwohner auskommt. Da verschreibungspflichtige Arzneimittel in Deutschland der Preisbindung der Zweiten Hand unterliegen, ist die Apothekendichte

zumindest für die GKV ohne Belang: Wie viele Apotheken auch immer am Markt sind, die Gesamtsumme der Distributionszuschläge wird einzig und allein durch die Menge der zu ihren Lasten verordneten rezeptpflichtigen Medikamente bestimmt.

2015 waren bei uns 62.757 Apotheker tätig, 50.356 davon in der Offizin. Damit ist die Anzahl der Apotheker leicht gestiegen. Die Pharmazie trägt ihr gerüttelt Maß zur „Feminisierung der Heilberufe“ bei. Denn der Frauenanteil beträgt fast 70 Prozent. Insgesamt sind in den Apotheken 154.528 Personen beschäftigt (Frauenanteil: 89,1 Prozent). Nachwuchsorgen in der Pharmazie gibt es nicht, denn die Anzahl der Studierenden hat seit 2010/2011 ebenso leicht stetig zugenommen wie der der Studienanfänger und der Approbierten.

## Die Produkte

„Wer zählt die Völker, nennt die Namen, die gastlich hier zusammen kamen“, heißt es in Schillers Gedicht „Die Kraniche des Ibycus“. Gezählt haben jedenfalls die Apotheker. Und zwar die in Deutschland zugelassenen Arzneimittel. Und das sind sage und schreibe **100.498!** Eine Einschränkung ist allerdings angebracht: Jede Packungsgröße, jede Wirkstärke und jede Darreichungsform stellt ein eigenständiges Arzneimittel dar. 47.884 Medikamente sind verschreibungs- und 19.476 apothekenpflichtig. 33.138 Präparate sind frei verkäuflich. Während die Verbraucherpreisindex seit 2004 (= 100) um 17,5 Punkte nach oben geklettert ist, sind die Arzneimittelpreise im gleichen Zeitraum um 11,6 Punkte gesunken. Diese Entwicklung ist vor allem dem Festbetragssystem und der mit ihm verknüpften Zuzahlungsfreistellung geschuldet, die Arzneimittelrabattverträge sind bei dieser Rechnung sogar noch außen vor (Einsparvolumen 2015: ca. 3,6 Mrd. EUR). Dass der GKV-Spitzenverband bei seiner Fest-

betragspolitik seit einigen Jahren überzieht, indizieren die steigenden Arzneimittelzuzahlungen, die 2015 mit 2,1 Mrd. EUR zu Buche schlagen. Über den Apothekentresen gingen im Vorjahr insgesamt 1,405 Mrd. Packungen, und zwar 749 Mio. rezeptpflichtige und 656 Mio. rezeptfreie Packungen. Bemerkenswert ist die Entwicklung im GKV-Hochpreissegment: 2.600 Arzneimittel (2,4 Prozent) kosten ab Werkstor mehr als 1.200 EUR, 49 von ihnen sogar mehr als 10.000 EUR.

## Wirtschaftliche Basis

Die durchschnittliche Apotheke erzielte bei einem Umsatz von 2,11 Mio. EUR einen Gewinn von 136.000 EUR vor Steuern. 80.000 EUR (knapp 59 Prozent) steuert die GKV zum Gewinn bei. Drei Viertel des Umsatzes (1,59 Mio. EUR) entfallen auf den Wareneinsatz. Vom Gewinn muss der Apotheker die Steuern entrichten und in seinen Betrieb sowie in seine Altersversorgung investieren. Die Zahlen für die durchschnittliche Lage zeichnen allerdings ein zu rosiges Bild über die wirtschaftliche Lage vieler Apotheken. Denn der Umsatz von 60 Prozent aller Apotheken liegt mehr oder minder deutlich unterhalb von 2,11 Mio. EUR. Dem korrespondieren Umsätze von „Groß-Apotheken“, die diese Marke weit überschreiten. So erzielen 2,3 Prozent der Apotheken einen Umsatz von mehr als 5 Mio. EUR. Im Apothekenmarkt wurden 2015 ohne Mehrwertsteuer 47,8 Mrd. EUR umgesetzt. Davon entfielen 83,3 Prozent auf verschreibungspflichtige Arzneimittel, 10 Prozent auf OTC-Produkte und 6,7 Prozent auf das apothekenübliche Randsortiment. Die GKV hat den Apotheken 2015 ein Honorar von 4,9 Mrd. EUR bezahlt, das entspricht ungefähr 15,4 Prozent der GKV-Arzneimittelausgaben. 1,1 Mrd. EUR des Apothekenhonorars flossen als Apothekenabschlag wieder an die GKV zurück.

Regenerative Medizin

# Mission Salamander

dgd (gg) – Auf dem 19. Hauptstadtkongress in Berlin erzählt einer der renommiertesten Forscher der Regenerativen Medizin von den schier unendlichen Möglichkeiten, die sich durch Bioprint und gezüchtete Zellkulturen eröffnen. Wir waren vor Ort und geben zu: Wir sind beeindruckt.

Salamander können verlorene Gliedmaßen innerhalb von dreißig Tagen komplett regenerieren, erklärt **Prof. Dr. Anthony Atala**, weltweit anerkannter Experte für Regenerative Medizin und Direktor des *The Wake Forest Institute for Regenerative Medicine* in Winston-Salem im US-Bundesstaat North-Carolina. Salamander seien schließlich auch Lebewesen, also wieso sollte Zellregeneration und Zellneubildung für den Menschen unmöglich bleiben? Unter regenerativer Medizin wird vor allem das Behandeln von erkrankten oder verletzten Patienten mit transplantierten Geweben verstanden. Als Folge des demografischen Wandels gibt es bei weitem nicht genug Spenderorgane – die bundesweiten Organspendestatistiken zeigten dies erst kürzlich. Renommierte Wissenschaftler in Instituten und natürlich auch Unternehmen, die ein Milliardengeschäft wittern, wollen in der Zukunft Menschen mit einem gezüchteten Herz oder einer gezüchteten Leber retten oder die Funktionen dieser Organe durch regenerative Medizin wieder herstellen. Derzeit stirbt weltweit alle dreißig Sekunden ein Mensch an einer Krankheit, die mit Gewebeersatz hätte behandelt werden können.

## Schicht für Schicht in die Zukunft

Das Team um Atala erzeugt im Labor menschliches Gewebe und sogar Organe für die Transplantationsmedizin und erhielt weltweite Aufmerksamkeit nach der Vorstellung ihres Berichts zur Machbarkeit des 3D-Drucks von le-

benden Zellstrukturen als Ersatz für verletztes oder erkranktes Gewebe. Bereits außerhalb von Forschungs- und Testphasen, also klinische Realität, ist der Einsatz von Implantaten wie Knochen, Knorpel, Haut, Hornhaut, Blase, Blutgefäßen, Vaginen, Muskeln oder Segmenten des Harntrakts. Neben der Gewebezüchtung wird in der regenerativen Medizin auch die Zelltherapie, mit welcher Diabetes, Nierenversagen und Erkrankungen des Nervensystems behandelt werden sollen, eingesetzt. In die diversen Projekte flossen bereits über zwei Milliarden US-Dollar an Fördergeldern. Ein Schwerpunkt der Forscher ist der Bereich „Bioprinting“, also die Kombination des Drucks lebender Zellen und biokompatibler Materialien zur Herstellung dreidimensionaler Strukturen zur Implantation in den Körper. Schwierig und kompliziert sei der Bio-Druck von Leber, Niere, Herz und Lunge, berichtet Atala. Hier sei die Wissenschaft noch in der Entwicklung. Das Institut habe bisher über zehn Jahre in die Entwicklung des Integrated Tissue and Organ Printing System (ITOP) investiert. Dieser 3D-Bio-Drucker erlaube Präzision, Reproduzierbarkeit und Automatisierung, sodass nicht jede Zellschicht per Hand „gebastelt“ werden müsse. Dies reduziere künftig auch die noch enormen Kosten. Und wie sicher ist das alles, mag sich der eine oder andere staunende Beobachter fragen. Der US-Experte erzählt von ein paar Patientenbeispielen. „Engineered Organs“ hätten schon heute eine Lebensdauer von weit mehr als zehn Jahren.

## Body-on-a-chip

Wem das alles noch nicht beeindruckend genug ist, für den spricht der gebürtige Peruaner, der in Coral Gables in Florida aufwuchs, über weitere Potentiale der regenerativen Medizin. „Warum den Bio-Drucker nicht gleich zum Patienten bringen?“, fragt er. Der Patient liegt dabei auf einer speziellen Arztliege. Ein Scanner fährt an einer Schiene über den Patienten hinweg und scannt die Wunde. Anschließend fährt auf einer weiteren Schiene der Drucker heran und druckt gesundes Zellgewebe auf die Wunde. Seit sieben Jahren entwickeln er und seine Kollegen dieses Gerät. Einen Prototypen haben sie sogar bereits gebaut. Im Klinikalltag wird es noch nicht benutzt, aber es ist auch kein Hirngespinnst. Ein anderes beeindruckendes Beispiel: Regenerative Medizin kann künftig auch im Bereich der Arzneimittelsicherheit eingesetzt werden, erklärt Atala am Beispiel von Troglitazon. Das Diabetes-Medikament war von 1997 bis 2000 drei Jahre mit katastrophalen Folgen auf dem Markt – bevor es verboten wurde. Mindestens 63 Menschen starben an Nebenwirkungen, die bei der FDA-Zertifizierung nicht bekannt gewesen waren. In den meisten Fällen war die Todesursache Leberversagen. In den Testversuchen an Tieren wurden keine Nebenwirkungen oder Folgen festgestellt. Diese hätten mit dem Versuch an gedruckten Organen aus menschlichem Zellmaterial erkannt werden können. Bei einem anderen Medikament, das ebenfalls vom Markt genommen werden musste, wurden Jahre später schwere Leistungseinschränkungen des Herzens festgestellt. An einem gedruckten Herz hätte das langsamere Schlagen beobachtet werden können, meint Atala und präsentiert dem Publikum zusätzlich die Lösung des „Body-on-a-chip“. Hierbei stellen kleine, aus menschlichen Zellen gezüchtete Organe – so genannte „Organoide“ – einen kompletten menschlichen Körper im Kleinmaß-

stab dar. Mit dem Body-on-a-chip sollen Medikamente getestet werden – und zwar vor allem auch in ihrer spezifischen Wirkung auf den Patienten, von dem Zellen auf dem Chip eingesetzt wurden. Der Forschungsstand vor und um die Jahrtausendwende hinkte noch weit hinter den heutigen Möglichkeiten hinterher. Aber diese Beispiele und Überzeugungen der Forscher zeigen, dass damit künftig vielleicht solche Tragödien vermieden werden können.

## Uncle Sam will es!

Die Stärken der regenerativen Medizin sind offensichtlich. Das US-Verteidigungsministerium verspricht sich davon künftig großen Nutzen in der Behandlung verwundeter Soldaten und fördert Projekte zur regenerativen Medizin mit 75 Millionen US-Dollar. Weiterhin wird ein „Zellspray“ zur Behandlung verbrannter Hautstellen entwickelt. Auch zur Stammzellendebatte äußerte sich Atala. Induzierte Pluripotente Zellen (IPS-Zellen), also Zellen, die im Labor gefertigt werden und denen eines Embryos gleichen, würden definitionsgemäß Tumore produzieren. Sie würden in der Forschung zwar sehr viel benutzt, aber könnten heute noch nicht in Patienten verpflanzt werden. Aber wer weiß, vielleicht verdanken wir irgendwann dem Vorbild Salamander unser Leben. Denn unmöglich erscheint in der regenerativen Medizin wohl gar nichts mehr.



Prof. Dr. Anthony Atala in Berlin

© Foto: WISO



Roboter in der Pflege? Kommt. Irgendwann.

# Der Robopflegefreund

dgd (tp) – Eine Pflegekraft, die nicht müde wird, immer freundlich ist und die nichts von Lohnerhöhungen und Aufstiegschancen hält? Her damit! So einfach ist es dann doch wieder nicht, denn der Pflegeroboter ist leider noch in weiter Ferne, weiter noch als Japan. Aber kommen wird er – irgendwann.

Jüngst ergab eine vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene Studie zur möglichen Akzeptanz von Pflegerobotern unter älteren Menschen ein durchaus positives Signal: Wenn ein solches technisches Hilfsmittel dem Befragten dabei helfen würde länger in der eigenen Häuslichkeit leben zu können, dann wäre ein Robo-Pfleger für 83 Prozent durchaus akzeptabel. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hatte in diesem Jahr auf der Hannover Messe angekündigt Forschungsgelder für Konzepte in dem Bereich freizugeben. Die Innovationsschmiede Deutschland hat also wieder einmal zugeschlagen! Die Wirklichkeit ist leider etwas ernüchternder: Pflegeroboter gibt es zurzeit nur in Japan im regulären Einsatz und selbst dort befindet man sich noch in der Forschungsphase. So können bereits einige der Maschinen Pflegebedürftige selbstständig heben und wenden, andere teilweise waschen. Aber echte Pflege ist das noch nicht – maximal eine Unterstützung für Menschen mit leicht eingeschränkter Alltagskompetenz. „Wahrscheinlicher ist eine Anwendung von unterstützender Technik mit eigener Intelligenz im vorpflegerischen Bereich“, äußerte sich Professorin **Dr. Birgit Wilkes** von der Technischen Hochschule Wildau auf einer Session zu Pflegerobotern auf dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit.

Sie geht allerdings davon aus, dass der Motor der Robotisierung in der Industrie liegt, wo bereits komplexe, autonom agierende Maschinen Anwendung finden, wie zum Beispiel auf Fertigungsstraßen in Fabriken.

## Nicht zu menschlich

„Die Akzeptanz ist aber grundsätzlich da – auch bei älteren Menschen“, ist Wilkes überzeugt. So sei es aber älteren Menschen grundsätzlich wichtig, dass die Maschinen nicht zu menschlich sind, da sich dies wie Betrug anfühlen würde – die Maschine gaukle einem die Zuneigung nur vor, da sie so programmiert worden sei. Konträrer Weise würden ältere Menschen aber besonders die Höflichkeit und ungeteilte Aufmerksamkeit der mechanisierten Helfer schätzen. **Birgit Gebhardt**, Zukunftsforscherin und Trendexpertin aus Hamburg sieht darin aber den Startschuss einer Revolution: „Wir kommen nicht umhin Emotionen auf ein Ding zu übertragen! Letztendlich werden Robos unsere Freunde werden.“ Weniger emotional betrachtet sei die Weiterentwicklung solcher Technologien aber auch „technologisch und ökonomisch sinnvoll“. Sie geht davon aus, dass solche Alltagsassistenten erst Statussymbol und später tatsächlicher Alltag werden. Also: Vorfreude wiederhergestellt – Pflegekraft Mark I kommt. Irgendwann.

Ein Jahr Präventionsgesetz – Wann wird Wirkung spürbar?

# 32 Millionen plus X

dgd (tp) – „Wir sind noch nicht fertig...“, so **Olaf Liebig**, Leiter des Referats Rechtsfragen der primären Prävention und Gesundheitsförderung des Bundesministeriums für Gesundheit. Aber man sei froh, dass es im vierten Anlauf nun doch geklappt hat. Knapp ein Jahr ist es her, dass das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) im Bundestag verabschiedet wurde. Und seitdem hat sich doch sicher einiges getan, oder?

Die Antwort darauf scheint „Jain“ zu sein. Die sogenannten Bundesrahmenempfehlungen liegen vor, erarbeitet auf der Nationalen Präventionskonferenz, einem Gremium aus Vertretern der Sozialversicherungsträger unter Beteiligung insbesondere von Bund, Ländern, Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialpartner, die gemeinsame Ziele festlegen und sich auf ein gemeinsames Vorgehen verständigen sollen. Aber wie so oft macht der Föderalismus hier einen Strich durch die Rechnung, denn die Bundesrahmenempfehlung ist eben nur das – eine Empfehlung. So haben zwar einige Bundesländer ohne viel Wenn und Aber die Vorlage des Bundes nur mit Siegel und Logo umgemünzt, andere Länder allerdings überprüfen ihre bestehenden Präventionsangebote und versuchen individuelle Präventionsschwerpunkte zu setzen, wie es scheint. Neben der hinzugekommenen Beteiligung der gesetzlichen Renten-, der sozialen Pflegeversicherung und der Privaten Krankenversicherungen ist die koordinierende Position der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) neu, die eine Abteilung für die neuen Präventionsaufgaben gegründet hat. Die frischen Mittel, die aus den Versicherungen zur BZgA fließen werden, würden aber nicht für die bisherigen Aufgaben der Bundeszentrale verwendet, sondern ausschließlich für die neuen Aufgaben im Rahmen des Präventionsgesetzes, so **Dr. Heidrun Thaiss**, Leiterin der BZgA. „Wir

müssen den Gesundheitsgedanken in den Alltag implementieren“, so Thaiss zur Zielsetzung der neuen Kooperation. Dazu gehören auch Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme in der Pflege – sowohl für Mitarbeiter, wie auch für Pflegebedürftige. Weniger glücklich über die Kooperation ist derweil der Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, **Gernot Kiefer**. Er weist daher vor allem auf die Verhältnismäßigkeit der Finanzierung der neuen Ausgaben hin. So stammten bereits 2014 46 Prozent des Gesamtvolumens an Mitteln aus den GKV-en. Dieser Anteil würde nun noch deutlich ansteigen. „Wenn man 32 Millionen gibt, dann muss am Ende 32 Millionen plus X dabei rauskommen“, so Kiefer zur Erwartungshaltung der Krankenversicherer. Nach vorsichtigen Schätzungen werden alle Länder bis zum Ende des Jahres ihre eigenen Landesrahmenempfehlungen verabschiedet haben. Bis zum 01. Juli 2019 muss dann die Nationale Präventionskonferenz einen Präventionsbericht zur Anwendung des Gesetzes dem Bundestag vorlegen. Erst einmal müssen aber alle Landesrahmenvereinbarungen ausgearbeitet und unterzeichnet sein. „Man kann Prävention nicht von oben herab durchsetzen“, gibt Kiefer zu bedenken, mit Hinweis auf die zum Teil sehr unterschiedlichen Präventionsprogramme der Bundesländer. Kiefer kündigte zudem an, dass der erste „Schwung“ inhaltlicher Vorgaben bald bekannt gegeben werde.

Deutsch-Chinesische Kooperation

# Im Austausch der Kulturen

dgd (dh) – Seit 30 Jahren existiert die Kooperation zwischen der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Medizin (DCGM) und ihrer Partnergesellschaft in Wuhan (CDGM). Die Zusammenarbeit bildet eine Brücke zwischen beiden Ländern zu wissenschaftlich-medizinischen und gesundheitspolitischen Themen. Nun gab es im Rahmen des Hauptstadtkongresses das 9. China-Symposium, das diese Kooperation vorstellt und beleuchtet – auch diesmal wieder gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit. Das Motto: Motor für Innovationen. Interessante Einblicke in verschiedene Projekte wurden geboten – und ein kleiner Einblick darin, was möglich ist, wenn Expertenwissen über alle Ländergrenzen hinaus zusammengeführt wird.

Dass ein „über den eigenen Tellerrand hinausblicken“ einen hohen Wert hat, verstehe sich von selbst, betonte **Ulla Schmidt**, Vizepräsidentin des Deutschen Bundestags, in ihrem Grußwort an die Zuhörer aus zwei Kulturwelten. So habe man in Deutschland oft bemängelt, dass unsere Ärzte ins Ausland gehen, weil sie es offenbar nicht aushalten, in diesem Land Arzt zu sein – zu schwierig seien die Bedingungen. Jedoch sei es ihrer Ansicht nach gut, wenn junge Ärztinnen und Ärzte in ein anderes Land gehen, um dann vielleicht mit ihren Erfahrungen wieder zurückzukehren – und im Gegenzug Ärzte aus dem Ausland ihr Wissen bei uns miteinbringen. Internationaler Austausch eben, der funktioniert. Als zwei Beispiele von Hunderten von Kooperationen, die mittlerweile stattfinden, nannte Schmidt das Horst Görtz-Stiftungsinstitut für Theorie, Geschichte und Ethik Chinesischer Lebenswissenschaften an der Charité unter der Leitung von **Prof. Dr. Paul Unschuld** sowie das Mutter-Kind-Zentrum in Shanghai. Hier gehe es maßgeblich um den Austausch von Know-How statt um Profitmaximierung – und das sei vielleicht auch ein Grund dafür, dass sie so gut gedeihen konnten.

**Ingo Behnel**, Leiter der Zentralabteilung Europa und Internationales im Bundesministeri-

um für Gesundheit, betonte, dass insbesondere auch der Bereich der e-Health-Anwendungen im Zentrum der Beziehungen zwischen beiden Ländern steht. Jedoch gebe es bei der Umsetzung der Anwendungen hierzulande noch erheblichen Nachholbedarf, so Behnel.

## Medizin trifft Wirtschaft

Vielleicht ist es aber auch so, dass hierzulande einfach die Kapazitäten zur Umsetzung fehlen. In Deutschland gibt es bisher keinen mutigen Milliardär, der sich traut, eine futuristisch anmutende Gesundheitsstadt aus dem Boden stampfen zu lassen, in der Smart Living und Smart Mobility Wirklichkeit werden. Auch die räumlichen Möglichkeiten sind in unserem vergleichsweise kleinen Land begrenzt. In China aber gibt es beides, und man hat bereits angefangen, das Ganze in die Tat umzusetzen, erzählt **Prof. Dr. Dr. Wolfgang Wahlster**, Vorsitzender des Vorstandes des Deutschen Forschungszentrums für Künstliche Intelligenz GmbH. Das Projekt mit einer Investitionssumme von immerhin 22 Milliarden Euro wird von „dem“ führenden chinesischen Textilfabrikanten finanziert. „Five Springs“ soll zu einer deutsch-chinesischen Gesundheitsstadt ausgebaut werden, die auch

aber nicht ausschließlich auf Senioren ausgerichtet ist. Auch deutsche Industrieanlagen sind dort geplant, darunter eine BMW-Produktion. Das Leben soll komfortabel sein, ein Yachthafen bietet einen Hauch von Jetset. Die Technologien dafür, u.a. im Bereich der Medizintechnik, stammen überwiegend aus Deutschland. Siemens sei dabei, die 65% des Weltmarktes bei der Hightech-Medizin beliefern, so Prof. Wahlster. Deutschland steht bekanntlich auch für softwaredefinierte Plattformen, entwickelt vom weltweit viertgrößten Softwarehersteller SAP aus dem baden-württembergischen Walldorf, der ebenfalls federführend bei diesem Projekt ist. Unser Land hat das Know-how, China den Platz und den privaten Investor, und das Meilenstein-Projekt genießt politische Unterstützung, insbesondere vom Bundeskanzleramt, vom Wirtschaftsministerium sowie der chinesischen Regierung. Die Bauarbeiten sollen in den nächsten Jahren beginnen.

## Wechselseitige Befruchtung

Und was macht die Kooperation zwischen Deutschland und China speziell im medizinischen Bereich so wertvoll? Für **Prof. Dr. Christian Ohrloff**, Präsident der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Medizin, ist es der Austausch mit einem Riesen-Land von 1,4 Milliarden Einwohnern, in dem ähnliche Probleme wie in Deutschland herrschen. Dazu zählen eine Zunahme der Demografie sowie immer mehr infektiöse und auch nicht-infektiöse chronische Erkrankungen. Es ist ein Geben und Nehmen zwischen den neuen Erfahrungen, die die Chinesen sammeln, und den etablierten und manchmal auch stagnierten Erfahrungen bei uns, sagt Ohrloff. Eine wechselseitige Befruchtung. Die Zusammenarbeit in dieser Form besteht seit gut 30 Jahren, hat aber eine längere Tradition: Sie basiert auf deinem Fundus, der tatsächlich bereits vor 100 Jahren mit der Gründung einer deutschen Me-

dizinschule in Shanghai begonnen hatte. Nach der Kulturrevolution ist dann vor rund drei Jahrzehnten durch deutschsprechende Ärzte aus China, die hier studierten, der Kontakt wieder aufgenommen und intensiviert worden.

**Prof. Chen Anim**, Präsident der Chinesisch-Deutschen Gesellschaft für Medizin, betont u.a. die besondere Erfahrung Deutschlands im Aufbau eines Programms bei medizinischen Notfällen. Man hoffe, dass in China sobald wie möglich ein ähnliches Programm etabliert werden kann. Der Markt in China sei der größte der Welt, und generell ermutige der chinesische Staat auch die Investition von internationalem Kapital in den Bereichen Medizin und Krankenhäuser. Zudem werde die Kooperation zwischen Deutschland und China im Bereich Medizin stetig ausgebaut: Neue Austausch-Gruppen sind geplant, u.a. in der Neurologie, der Urologie und der Orthopädie.

30 Jahre Zusammenarbeit und die damit verbundenen Erfolge sind jedoch inzwischen nichts als Staub, betont Prof. Anim – nun gelte es, nach vorne zu blicken, um ein neues Kapitel des deutsch-chinesischen Austauschs zu schaffen. Ein Deutscher würde vielleicht sagen, man solle sich bitte nicht auf den bisherigen Lorbeeren ausruhen.

## Eine Zukunftsvision

Der Austausch zwischen Kulturen auf intellektueller, technologischer und wissenschaftlicher Ebene ist in unserer Zeit weiter gediehen als der zwischen den „normalen Durchschnittsbürgern“ – und zwar nicht nur in Deutschland, sondern weltweit. Vielleicht zeichnet sich in der Kooperation von Medizin, Technologie, Bildung und Wissenschaft eine Art Vorhutfunktion ab, die, wenn man irgendwann einmal auf diese Zeit zurückblickt, den Weg zu einer sich auf allen Ebenen befruchtenden internationalen Gemeinschaft bereitet hat.

# Meldungen

## Versorgungssituation bei Gelenkimplantaten

Rund 370.000 Menschen haben in Deutschland im Jahr 2014 ein neues Hüft- oder Kniegelenk erhalten, wobei die Mehrzahl der Patienten Befragungen zufolge mit dem Ergebnis des Eingriffs zufrieden ist. Doch die Anforderungen an den künstlichen Gelenkersatz werden unter anderem bedingt durch die demographischen Veränderungen steigen. Experten fordern daher patientenorientierte und zwischen den Akteuren des Systems besser vernetzte Behandlungskonzepte. Das ist ein Fazit aus dem „Weißbuch Gelenkersatz“ des IGES Instituts.

Danach zeigt die vorgeschriebene externe Qualitätssicherung für Krankenhäuser für das Jahr 2014, dass chirurgische Komplikationen während des Klinikaufenthaltes bei Ersteingriffen seit Jahren abnehmen. Auch zeichnet sich seit 2007 eine Stabilität in der OP-Häufigkeit bei älteren Menschen ab. 40 Prozent der Patienten sind bei einem Ersteingriff zwischen 70 und 79 Jahre alt. Auf die steigende Zahl mehrfacherkrankter Hochbetagter mit Schenkelhalsbrüchen, weist Prof. **Florian Gebhard**, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), hin: „Wir werden künftig immer mehr ältere und multimorbide Patienten versorgen, die nach der Gelenkersatz-OP stark mobilitätseingeschränkt und pflegebedürftig sind. Für sie benötigen wir spezielle alterstraumatologische Zentren mit integrierten Behandlungskonzepten zwischen chirurgischen und geriatrischen Abteilungen sowie Rehabilitationseinrichtungen.“

## DAK-Ausschreibung

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat jetzt die federführend von der DAK-Gesundheit entwickelte Vergabep Praxis nach dem Open-Book-Modell für zulässig erklärt. Die Krankenkasse nutzt diese Vergabep Praxis bereits seit einigen Jahren. Das Urteil des höchsten europäischen Gerichts hat weitreichende Konsequenzen für alle Unternehmen der öffentlichen Hand: Sie können nun neben klassischen Bieterverfahren mit Zuschlägen für den günstigsten Anbieter auch selbst Konditionen vorgeben, die jeder Hersteller akzeptieren kann. „Die DAK-Gesundheit hat das innovative Zulassungsverfahren am Beispiel Arzneimittel, vertreten durch die Anwaltskanzlei Bird & Bird, juristisch durchgesetzt“, sagt **Thomas Bodmer**, Vorstandsmitglied der DAK-Gesundheit. „Das Urteil ist richtungsweisend für alle gesetzlichen Krankenkassen und andere Auftraggeber der öffentlichen Hand.“ Das hat im Fall der Arzneimittelversorgung auch für die Versicherten Vorteile: Ihnen stehen bei eventuell auftretenden Unverträglichkeiten mehr Alternativen zur Verfügung, außerdem werden Lieferschwierigkeiten vermieden. Zum Hintergrund: Ein Arzneimittelhersteller hatte die Vergabep Praxis der DAK-Gesundheit juristisch angefochten. Am 2. Juni 2016 haben die Europarichter das Vorabentscheidungsverfahren unter dem Aktenzeichen C-410/14 im Sinne der DAK-Gesundheit entschieden: Das Modell sei mit dem Unionsrecht vereinbar, da es allen Pharmaunternehmen zu gleichen Bedingungen zugänglich sei und die Krankenkassen keine Auswahlentscheidung trafen. Somit handele es sich bei den Verfahren nicht um öffentliche Aufträge im vergaberechtlichen Sinn.

# Personalien

Professor Dr. **Peter Dabrock**, Inhaber des Lehrstuhls für Systematische Theologie II (Ethik) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen/Nürnberg, ist zum Vorsitzenden des Deutschen Ethikrates, des wichtigsten ethischen Beratungsgremiums der Bundesrepublik, gewählt worden. Seine Vorgängerin **Christiane Wooten** ist nach zwei Amtszeiten ausgeschieden. Seine Stellvertreter sind **Katrin Amunts**, **Andreas Kruse** und **Claudia Wiesemann**.

Professor Dr. **Volker Lipp** wurde von Bundestagspräsident **Norbert Lammert** als neues Mitglied in den Deutschen Ethikrat berufen. Der Juraprofessor von der Universität Göttingen ist stellvertretender Vorsitzender des Betreuungsgerichtstags e. V. und Präsident des diesjährigen 4. Weltkongresses Betreuungsrecht.

Für das Geschäftsjahr 2016/2017 hat die Münchener Endokrinologin Prof. Dr. **Petra-Maria Schumm-Draeger** den Vorsitz der Deutschen Gesellschaft für Medizin (DGIM) übernommen. Sie löst Prof. Dr. **Gerd Hasenfuß** aus Göttingen ab.

Die Mitgliederversammlung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes bestätigte Prof. Dr. **Rolf Rosenbrock** für weitere vier Jahre als ehrenamtlichen Vorsitzenden.

Dr. **Tankred Stöbe**, Absolvent der Universität Witten/Herdecke (UW/H) und Mitglied des internationalen Vorstands von Ärzte ohne Grenzen, ist auf dem 119. Deutschen Ärztetag mit der Paracelsus-Medaille ausgezeichnet worden. Der Preis ist die höchste Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft.

Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. **Günther Jonitz**, hat das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland erhalten. Der Gesundheitssenator **Mario Czaja** würdigte damit die Verdienste Jonitz um das deutsche Gesundheitswesen.

Laut Regierungssprecher **Steffen Seibert** wird die Journalistin **Ulrike Demmer** (43) stellvertretende Regierungssprecherin und stellvertretende Leiterin des Presse- und Informationsamts der Bundesregierung. Sie folgt **Christiane Wirtz**, die ins Bundesjustizministerium wechselt.

Auch in der neuen Landesregierung von Rheinland-Pfalz ist **Sabine Bätzing-Lichtenthäler** (41, SPD) Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie. Sie war bis 2014 Mitglied des Deutschen Bundestags und von 2005 bis 2009 Drogenbeauftragte der Bundesregierung.

Mit **Meike Criswell** (44) hat der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) eine neue Leiterin des Geschäftsfeldes „Homöopathie und Anthroposophie“.

Zum neuen Vorsitzenden des Niedersächsischen Pflegerates ist **Burkhardt Zieger** (DBfK Nordwest e.V.) gewählt worden. Die ehemalige Vorsitzende **Marita Mauritz** ist nicht erneut zur Wahl angetreten. Seine Stellvertreterinnen wurden **Frauke Leupold** (BeKD) und Oberin **Manuela Krüger** (VdS).

Dr. **Markus Horneber**, Vorstandsvorsitzender AGAPLESION gemeinnützige AG, wurde auf der Generalversammlung der Evangelischen Bank eG in Kassel in den Aufsichtsrat gewählt.

Mobile Health App

# Man wird strenger

dgd (pg) – Die neue europäische Medizinprodukterichtlinie wird (etwas) höhere Hürden für die Zulassung von mobilen Gesundheitsanwendungen mit sich bringen. Das ist aber nicht alles. Auf europäischer Ebene wird es einen Privacy Code of Conduct geben, den einige am liebsten verpflichtend sähen. Und auch jenseits der Medizinproduktkategorie wird die EU in Sachen Datenqualität aktiv.

Die vom Bundesgesundheitsministerium beauftragte CHARISMHA-Studie zu Gesundheits-Apps hat gezeigt, was in der Branche kein Geheimnis ist: Zwar gibt es klare Kriterien, wann eine App als Medizinprodukt zu gelten hat. Für die Praxis hat das bisher aber kaum Relevanz, weil die App-Hersteller mit Hilfe der Zweckbestimmung ihrer Apps es fast immer schaffen, die App so tief zu hängen, dass sie maximal auf Stufe I bleiben oder häufig ganz aus der CE-Pflicht herausfallen. Kaum ein Hersteller traut sich, seiner App einen echten diagnostischen oder therapeutischen Zweck zuzuschreiben, entsprechend wenige dieser Apps gibt es, und entsprechend dünn ist die Evidenz zur (medizinischen) Effektivität von Apps insgesamt.

Durch die neue Medizinprodukterichtlinie – die Details werden in diesen Tagen veröffentlicht – wird sich das nicht grundsätzlich ändern, wenn gleich sie Präzisierungen zur Einordnung von Apps als Medizinprodukt enthalten wird. Trotzdem dürften die Zeiten, in denen „medizinische“ App-Hersteller machen konnten, was sie wollten, vorbei sein. Das Bundesgesundheitsministerium lobbyiert schon eifrig in diese Richtung. Per Bild-Zeitung ließ Minister Gröhe verlauten, er wolle europaweit einheitliche Qualitäts- und Datenschutzstandards für Gesundheits-Apps. Anlass war das Treffen des „eHealth Network“ bei der europäischen eHealth Week in Amsterdam, ein freiwilliger, aber recht eifriger Zusammenschluss der EU-Gesundheitsministerien.

Vorgestellt wurde in Amsterdam unter anderem der EU Privacy Code of Conduct, der europaweit einheitliche Regeln für Gesundheits-Apps in Sachen Datenschutz niedergelegt. Hinzu kommen, noch nicht ganz so weit fortgeschritten, „Guidelines“ zur Bewertung der Validität und Reliabilität von mHealth-Apps. Sie sollen dafür sorgen, dass die per App erhobenen oder verarbeiteten Daten zuverlässig und qualitativ hochwertig sind. Derzeit sitzt eine Arbeitsgruppe der EU-Kommission daran, Ergebnisse sollen Anfang 2017 vorliegen. Vorläufig wurden neun Kriterien für eine Zertifizierung erarbeitet, frei übersetzt Transparenz, Glaubwürdigkeit, Datensicherheit, (Patienten-)Sicherheit, Zuverlässigkeit, Stabilität, Effektivität, Nutzbarkeit und Sinnhaftigkeit. Der Witz ist, dass diese Kriterien für jene Gesundheits-Apps gelten sollen, die keine Medizinprodukte sind, was ohne Zweifel noch für einige Diskussionen sorgen wird.

Weder Privacy Code noch Guidelines können qua EU-Recht nicht verpflichtend sein. Das weiß man auch in Berlin, versucht es aber ein wenig zu übertünchen, etwa durch einen BMG-Tweet, in dem direkt nach einem Tweet zum Code of Conduct behauptet wird, dass Sicherheitsstandards erarbeitet wurden, an die sich Hersteller „halten müssen“. Gemeint sind damit allerdings Regelungen in der (nicht gerade auf das Gesundheitsministerium zurückgehenden) neuen Europäischen Datenschutz-Verordnung. Aber man muss es ja nicht so genau nehmen.

# Meldungen

## Zugzwang

Nach Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (bei der conhIT) hat jetzt auch seine Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz (beim Hauptstadtkongress) noch einmal bekräftigt, dass man die Sanktionen des E-Health-Gesetzes greifen lassen wolle, wenn bis Ende des Jahres in Sachen Online-Update nicht irgendetwas Vorzeigbares läuft in den Testregionen. Im Jahr vor der Wahl setzt sich das Ministerium damit schon fast unter Zugzwang. Denn dass die Termine des E-Health-Gesetzes auch nur ansatzweise glaubwürdig eingehalten werden können, ist selbst bei optimalem Verlauf der nächsten drei Monate nicht sicher. So gesehen spricht dieses jetzt wiederholte Bekenntnis dafür, dass es Gröhe und seine Leute diesmal wirklich ernst meinen, und das ist grundsätzlich eine gute Nachricht. Wenn das Online-Update jetzt nicht fliegt, dann muss sich Deutschland nicht nur jedesmal, wenn irgendwo ein Österreicher auftaucht, in Grund und Boden schämen. Es wird dann auch keinen dritten Anlauf für eine nationale Infrastruktur mehr geben. Was dann käme, wären Bottom-up-Vernetzungen nach dem Vorbild der Niederlande, denen ihre nationale Infrastruktur vor einigen Jahren nach ähnlichen Diskussionen wie in Deutschland krachend auf die Füße gefallen ist. Die Niederländer sind uns mittlerweile wieder voraus, aber so richtig glücklich damit, dass der Staat sich weitest zurückgezogen hat, sind die meisten dort nicht. Der österreichische Weg der nationalen Infrastruktur ist der bessere.

## Bald anders

Manchmal lohnt es, etwas lauter zu werden. Die massive Kritik an der Spezifikation 2.0 des bun-

deseinheitlichen Medikationsplans hat ein wenig Wirkung gezeigt: Die jetzt gemeinsam von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Deutschen Apothekerverband und der Bundesärztekammer vorgelegte technische Spezifikation 2.2 für den Medikationsplan nach E-Health-Gesetz ist ein Schritt in Richtung mehr Standards und weniger Willkür. Geändert wurde in erster Linie die Syntax für den 2D-Barcode, sodass jetzt perspektivisch eine bessere Kompatibilität mit anderen standardisierten digitalen Anwendungen erreicht wird. Dass der Standardisierungsverband HL7 Deutschland die Spezifikation jetzt, nach massiver Kritik an der von ihm als proprietär bezeichneten Vorgängerversion 2.0, explizit unterstützt, ist ein gutes Zeichen.

### DOWNLOAD

[https://www.abda.de/uploads/tx\\_news/BMP\\_Anlage3\\_Unterschriftenverfahren.pdf](https://www.abda.de/uploads/tx_news/BMP_Anlage3_Unterschriftenverfahren.pdf)

## Going Mental

Eine der fünf Industrie-in-Klinik-Plattformen zur Medizintechnologie, die das Bundesministerium für Bildung und Forschung als Innovationsinkubatoren bis zum Jahr 2019 mit in Summe bis zu 15 Millionen Euro fördert, hat einen expliziten eHealth-Schwerpunkt. Der „Mental Health Incubator“ ist eine Kooperation des Unfallkrankenhauses Berlin und der Startup-Beratungs- und Venture-Capital-Gesellschaft Flying Health des ehemaligen Kinderarztes Markus Müschenich. Ziel ist die Entwicklung digitaler Anwendungen zur Diagnose und Therapie psychoneurologischer Erkrankungen. Seit 2015 unterstützt das BMBF insgesamt 17 Industrie-in-Klinik-Plattformen mit je 75000 Euro. Aus diesen wurden jetzt fünf für die langfristige Förderung ausgewählt.



Das ePaper ist eine personenbezogene Einzellizenz. Eine Weitergabe, Veröffentlichung oder Verbreitung ist ohne schriftliche Erlaubnis des Herausgebers nicht gestattet. Herausgeber und Copyright Vincentz Network GmbH & Co. KG

# Impressum

Redaktionsbüro Berlin  
Platz vor dem Neuen Tor 4  
10115 Berlin

Telefon (030) 5 90 09 08-0  
Fax: (030) 59 00 13-08

Herausgeber und Verlag:  
Vincentz Network GmbH & Co. KG  
[www.vincentz-berlin.de](http://www.vincentz-berlin.de)  
[info@vincentz-berlin.de](mailto:info@vincentz-berlin.de)

Redaktion:  
Thomas Grünert  
(Chefredakteur, v.i.S.d.P.)  
Barbara Krause

Redaktionelle Mitarbeit:  
Gunnar Göpel  
Julia Klann  
Peter Schmidt  
Dr. Erich Schröder  
Philipp Grätzel von Grätz (eHealth)

Abonnement: jährl. 565,00 EURO  
incl. Versand und MwSt.