
Einfluss globaler Megatrends auf das digitale Betriebliche Gesundheitsmanagement

2

Digital Natives und Zukunftstrends als Treiber und Co-Creator für ein digitales, personalisiertes und vernetztes Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Steffi Burkhart und Felix Hanser

Ein treibender Faktor auf das digitale BGM ist der wachsende Druck durch Akteure, vor allem vonseiten junger Menschen.

Zusammenfassung

Die Wissensgesellschaft unterliegt verschiedenen Megatrends sozialen Wandels. Allen voran die Digitalisierung, die einerseits zu Innovationen und ökonomischen Effizienzsteigerungen durch alltäglich gewordene Informations- und Kommunikationstechnik führt, andererseits auch zu gesamtgesellschaftlichen Phänomenen sozialer Beschleunigung und damit einhergehenden Überlastungsreaktionen. Diese kulturellen Spannungen sind gesellschaftlich wie gesundheitlich kritisch zu betrachten und verlangen auch nach neuen Strategien zur Gesundheitsvorsorge in Unternehmen. Dafür bietet insbesondere der Umgang mit der jüngsten Arbeitnehmergeneration deutliche Hinweise, die im Kontext soziotechnischer Debatten auch als Digital Natives bezeichnet werden.

Der vorliegende Artikel reflektiert diese gesellschaftlichen Zusammenhänge im Kontext des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Deutschland. Ausgehend von der Grundannahme zur generellen Zunahme an Wissensarbeit thematisieren die Autoren die dahingehend besonderen Merkmale von Digital Natives, um sie den Konzepten der „Personalized Health“ und „Connected Health“, als zentrale Ansätze zur Digitalisierung im Gesundheitswesen, gegenüberzustellen. Die Einbeziehung und Ermächtigung von Patienten, die sich aktiv und systematisch an der Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit und der Datenerhebung zur Diagnostik beteiligen, steht dabei im

S. Burkhart (✉)
Köln, Deutschland
E-Mail: hallo@steffburchhart.de

F. Hanser
Königsbach-Stein, Deutschland

Mittelpunkt. Dabei wird der Status quo des deutschen Gesundheitswesens aufgrund mangelnder informationstechnischer Infrastruktur für eine nachhaltige Vernetzung problematisiert und diskutiert. Erste Ansätze zur Implementierung digitaler Angebote werden anhand der Verabschiedung des E-Health-Gesetzes und an Beispielen für digitale Gesundheitsdienstleistungen erläutert. Daraufhin wird die Lage in Deutschland international verglichen. Abschließend wird die Bedeutung sämtlicher Entwicklungen für ein digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement diskutiert.

2.1 Einleitung

„Megatrends sind Tiefenströmungen des Wandels in sämtlichen Gesellschaftsbereichen.“ (Matthias Horx, Zukunftsinstitut [o. J.](#)) Dort wo sie in Form neuer Praktiken eine funktionale Effizienzsteigerung versprechen, werden sie im Hinblick auf Innovationsannahmen geprüft und stellen damit bereits den Status quo der Arbeitswelt infrage. Ihre Macht ist groß: Ob die **Globalisierung** oder **Digitalisierung**, die **Verschiebung der Altersstruktur**, der Wandel hin zu einer **Wissensgesellschaft** und dem Trend des **Neuen Lernens**, der Wunsch nach **Konnektivität** oder der **Individualisierung**, sie alle haben Schnittmengen zum Megatrend der **Ganzheitlichen Gesundheitsversorgung** und somit auch zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM). Ziel des Artikels ist es, Schnittmengen der Megatrends zum BGM aufzuzeigen, um daraus mögliche Ansätze zur Gestaltung eines nachhaltigen, digitalen BGM abzuleiten (s. Abschn. 2.3), mit Fokus auf präventive und unterstützende Maßnahmen zur Förderung und Regulierung der mentalen Gesundheit der Mitarbeiter.

2.1.1 Die Arbeitswelt von morgen

Durch Einflussfaktoren wie die Digitalisierung, Globalisierung, Technologisierung oder Automatisierung verändert sich die Arbeitswelt grundlegend. Die Globalisierung und Öffnung der Märkte führt zu einer **Internationalisierung und Expansion vieler Unternehmen**, erhöht die Anzahl der Wettbewerber und damit den Druck, kosteneffizienter zu produzieren und neue Dienstleistungen und Produkte schneller auf den Markt zu bringen als die Konkurrenz. Der Kampf zwischen Wettbewerbern steigt enorm an, organisches und anorganisches (akquisitionsbasiertes Wachstum durch Fusion und Übernahmen; z. B. Übernahme von Monsanto durch Bayer in 2016) Wachstum führt zu einem steigenden Anspruch, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit dieser Teams im „virtuellen Raum“, dem sogenannten „Barlovian Cyberspace“ zu optimieren (Featherstone und Burrows 1995; Ryan 2014).

Teamarbeit findet zunehmend online und in virtuellen Arbeitsverhältnissen statt.

Ermöglicht durch das Semantic Web, welches zunehmend eine Bereicherung für das Wissensmanagement in Unternehmen ist, und durch neue Entwicklungen der Informations-

und Kommunikations-Technologie (IKT), die den kollaborativen und somit den sozialen Charakter der Arbeit partiell in den Vordergrund gerückt haben und es Unternehmen ermöglichen, standortübergreifend komplexe Aufgaben zu bewältigen, über Ländergrenzen hinweg zu lernen und Experten internationaler Standorte in Projektteams zusammenzubringen. Andererseits erhöht virtuelle Zusammen-/Arbeit den Anspruch an die Selbstorganisation und soziale Kompetenz jedes Einzelnen, wenn Arbeit zunehmend flexibilisiert und entgrenzt stattfindet.

Ein zentraler Treiber der zunehmend **zeit- und ortsflexibel organisierten Arbeit** ist das Internet in seiner Funktion als Kommunikationsmedium. In einem stark mediatisierten und digital geprägten Lebensstil sind Mitarbeiter vermehrt mit der Erwartung konfrontiert, permanent online und permanent vernetzt zu sein (Moser et al. 2014; Vorderer 2015). Dabei können IKT wie der E-Mail-Verkehr oder mit einer Flut von Statusmeldungen wie beispielsweise sogenannte *Awareness Cues* ausgestattete Messenger-Anwendungen (Facebook-Nachrichten, WhatsApp und andere) zu einem zentralen Auslöser für Stress werden (Mai und Wilhelm 2015; Mai et al. 2015). Eine Umfrage mit über 1.500 deutschen Internetnutzern zeigt, dass IKT-Multitasking wahrgenommenen Stress erhöht und mit Krankheitsbildern wie Burn-out, Angst und Depressionen in Zusammenhang steht (Reinecke et al. 2016), was auch mit der Zunahme an Überstunden zusammenhängt. Laut einer Erhebung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) haben in 2015 die Deutschen über 1,8 Mrd. Überstunden gemacht. Betroffen sind dabei vor allem Hochqualifizierte und Führungskräfte. Von Arbeitnehmern wird zunehmend erwartet, auch außerhalb regulärer Arbeitszeiten zur Verfügung zu stehen. Ein weiterer Stressor ist die steigende Arbeitsintensität. Der Soziologe Hartmut Rosa definiert diese Veränderung als **Steigerungsphänomen in unserer Beschleunigungsgesellschaft**. Dabei differenziert Rosa drei Formen der Beschleunigung: Technische Beschleunigung zielgerichteter Prozesse, Beschleunigung des sozialen Wandels und die Beschleunigung des Lebenstempos. Die Beschleunigung des Lebenstempos bezieht Rosa auf die Steigerung der Zahl an Handlungs- und Erlebnisepisoden pro Zeiteinheit und nennt drei kombinierbare Strategien, die Menschen hierfür zur Verfügung stehen: 1. Das Handeln selbst wird beschleunigt, 2. Erholungsphasen werden verkürzt oder abgeschafft und 3. werden mehrere Handlungen gleichzeitig durchgeführt (Multitasking) (Rosa 2005).

Schon heute stellen **Wissensarbeiter** mit über 40 % die größte Bevölkerungsgruppe in Deutschland dar. Der Erfolg ihrer Arbeit ist vermehrt von geistiger und weniger von physischer Leistung abhängig. Was mit der zunehmenden Automatisierung von Routineaufgaben zusammenhängt (Technische Beschleunigung nach Rosa). Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass bei steigender Reduktion von Routineaufgaben **der Anspruch an Wissensarbeit und individuelle Jobs kontinuierlich steigt** (Bonin et al. 2015). Technische Engpässe sind in folgenden drei Bereichen zu erwarten: 1. Wahrnehmungs- und Manipulationstätigkeiten, 2. kreativ-intelligente Tätigkeiten und 3. sozialintelligente Tätigkeiten (Frey und Osborne 2013).

Im **Zeitalter der Wissensarbeit** ist **Zeit- und Leistungsdruck** einer der zentralen psychischen Belastungsfaktoren in der modernen Arbeitswelt. Vor allem bei jungen Er-

werbstätigen (Alter: 20 bis 34) ist auffällig, dass der Anteil der **psychosozialen Störungen** im Vergleich zu 2009 um 20 % gestiegen ist. Bei der Diagnose psychischer Störungen liegen Depressionen an erster Stelle, gefolgt von Angststörungen und somatoforme Störungen (Techniker Krankenkassen 2015). Dadurch entstehen neue Herausforderungen, vor allem für die psychosoziale Gesundheit jedes Einzelnen, und somit auch neue Ansprüche an das BGM jeder Organisation. Vor allem bei jungen Erwerbstätigen konnte beobachtet werden, dass im Zeitraum von 2009 bis 2013 eine Zunahme der Häufigkeit von Diagnosen psychischer Störungen um mehr als zwölf Prozent gestiegen ist.

2.1.2 Digital Natives, die Wissensarbeiter von morgen

Auch der Wandel zu einer alternden Gesellschaft hat Auswirkungen auf die strategische und inhaltliche Ausrichtung eines zukunftsgerichteten digitalen BGM. 2020 werden die **Digital Natives**, die in Kinder- und Jugendzeit mit dem Internet aufgewachsen sind (die heute unter 35-Jährigen), die weltweit die Hälfte der Belegschaft ausmachen. Digital Natives haben heute, bevor sie die Hochschule verlassen, über 10.000 h Videogames gespielt, über 200.000 E-Mails und Instant Messages gesendet und erhalten, über 10.000 h mit dem Smartphone telefoniert und 20.000 h TV geschaut (Prensky 2001b). Der häufigste Internetzugang bei Digital Natives erfolgt via Smartphone. Aufgrund des neuen Medienverhaltens sind junge Menschen heute anders sozialisiert als ihre Elterngeneration, die „**Digital Immigrants**“ (Prensky 2001a).

Das Aufwachsen in einer digitalen Welt und mit einem anderen Medienverhalten beeinflusst die **Physiologie des Gehirns, Emotionen und Verhalten junger Menschen**. „[We are] in the midst of a generational shift in cognitive styles that poses challenges to education at all levels (...).“ (Hayles 2007, S. 187) Hayles definiert diesen „Shift“ im Denken hin zu einer „**Hyper Attention**“, der vor allem bei Digital Natives zu beobachten ist: „Hyper attention excels at negotiating rapidly changing environments in which multiple foci compete for attention; its disadvantage is impatience with focusing for long periods on a noninteractive object such as a Victorian novel or complicated math problem.“ (Hayles, S. 188)

Microlearning als Unterform des **Blended Learnings** zielt in Zeiten eines veränderten Lernverhaltens genau auf diese Veränderungen ab (Robes 2009). Lernen findet zunehmend online und verkürzt statt, wodurch Lernen **individualisiert** und vor allem auch **ent-institutionalisiert** wird. Darüber hinaus ermöglichen IKT eine aktive Beteiligung, wodurch **kollaborative und soziale Lernformen** an Bedeutung gewinnen (Hollinderbäumer et al. 2013). Hart interpretiert die Vielfalt der digital einsetzbaren Tools als Konturen eines „**Professionellen Ökosystems**“, einem „Mix von organisatorischen und persönlichen, miteinander verbundenen und zusammenspielenden Elementen – Inhalt, Personen, Software, Dienstleistungen, Apps etc. – die Individuen helfen, ihren Job zu tun, Leistungsprobleme zu lösen, mit anderen zusammenzuarbeiten und zu kommunizieren, sich selbst zu verbessern (...)“ (Hart 2016).

Im **digitalen Zeitalter** haben sich Anforderungen von Mitarbeitern an die Wissensaufnahme und -weitergabe verändert. Die nachlassende Aufmerksamkeitsspanne in Kombination mit zunehmender Zeitknappheit gilt es, bei zukunftsorientierten digitalen BGM-Maßnahmen zu berücksichtigen. Darüber hinaus werden digitalisierte, individualisierte und kollaborative Angebote immer mehr an Attraktivität gewinnen.

2.1.3 Auswirkungen auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement

Aus den treibenden Megatrends und den daraus resultierenden Veränderungen lässt sich die Frage für jede BGM-Abteilung ableiten: „Tun wir vor dem Hintergrund der strategischen Anforderungen die richtigen Dinge, um die Gesundheit und Leistungsfähigkeit und -bereitschaft der Mitarbeiter langfristig zu fördern?“ (Frauenhofer IAO). In welchen gesundheitlichen Handlungsbereichen/auf welchen Gesundheitsebenen muss zukünftig die Aktivität erhöht werden? Wie werden die Aktivitäten aufbereitet, um auch zur Anwendung zu kommen? Werden die Erwartungen der Wissensarbeiter von morgen abgedeckt?

Zentrale Treiber des **zukunftsorientierten digitalen BGMs** sind die **Megatrends: Digitalisierung, Individualisierung, Konnektivität**, auf die im nachfolgenden Abschn. 2.2 detailliert eingegangen wird, um darauf aufbauend in Abschn. 2.3 Ansätze und Empfehlungen für ein digitales BGM anzuleiten.

2.2 Vorstellung des digitalen Ansatzes

2.2.1 Digitalisierung im Gesundheitsbereich: p-Health und c-Health

Im Zuge der Diskurse zur Digitalisierung des Gesundheitssystems werden bisher hauptsächlich die Bereiche Telemedizin, E-Health und mHealth unterschieden. Unter **Telemedizin** versteht man die Überwindung räumlicher und zeitlicher Distanz bei medizinischer Diagnostik, Therapie oder Konsultation durch den Einsatz von IKT. So wird Telemedizin vor allem als Oberbegriff für audiovisuelle Kommunikationstechnologien verwendet wie spezielle Video-Telefonie-Anwendungen zur Unterstützung der Ferndiagnose und Kommunikation zwischen Arzt und Patient, Anwendungen zur Fernüberwachung von Körperwerten oder Anwendungen zum Austausch geschützter und extrem hochauflösender Bilddaten für den fachlichen Austausch in der Radiologie (s. auch: Tele-Radiologie): „Je nach Definition von „Telemedizin“, von medizinbezogenen Onlineanwendungen bis hin zu „Consumer Health Informatics“, werden diverse Anwendungsfelder berücksichtigt.“ (Eysenbach 2005; Ferguson 1995 und 2002; Albrecht 2016, S. 51).

E-Health bzw. eHealth (engl.: Electronic Health) dagegen beschreibt den gesamten Einsatz elektronischer Geräte in der medizinischen Versorgung (Albrecht 2016): „Der Begriff ‚eHealth‘ steht hier für den **gesundheitsbezogenen Einsatz von IKT** und dient zugleich als Oberbegriff weiterer Definitionen (z. B. Gesundheitstelematik, Telemedizin,

AAL mit Gesundheitsbezug).“ (Blachetta et al. 2016, S. 15). Die Definition von „eHealth“ und den zugehörigen Themenkomplexen variieren jedoch. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte eHealth 2005 im Rahmen der 58. World Health Assembly als die „kosteneffiziente und sichere Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Unterstützung der Gesundheit und gesundheitsnaher Bereiche, worunter unter anderem Gesundheitsdienstleistungen, Gesundheitsüberwachung (...) Gesundheitsaufklärung (...) sowie Forschung fallen“ (Albrecht 2016, S. 51). Dabei schaffen E-Health-Stiftungsmaßnahmen ein Umfeld für die Nutzung der IKT im Kontext Gesundheit. Dazu gehören nicht zuletzt E-Health-Compliance-Unternehmensregeln sowie eine angemessene Finanzierung, Infrastrukturentwicklung und die Qualifikation von Mitarbeitern im Gesundheitswesen (Kay et al. 2011).

Demgegenüber wird **mHealth** (engl. Mobile Health) spezifizierend definiert als der **Einsatz drahtloser Geräte** wie **Mobiltelefone, Phablets, Tablets, Patientenmonitore** oder **Personal Digital Assistants (PDA)** bis hin zu **Wearables** und anderen **tragbaren Geräte** im Zusammenhang mit medizinischer Vorsorge und Versorgung (Kay et al. 2011; Elmer 2016) „**mHealth kann [dementsprechend] als eHealth über jegliche Art mobiler Endgeräte verstanden werden.**“ (Albrecht 2016, S. 51). Dazu zählen beispielsweise auch Autos im Sinne von „**Connected Cars**“. Sie können aufgrund integrierter Systeme unterschiedliche Applikationen und Dienste nutzen, um den Gesundheitszustand eines Fahrers überprüfen zu können oder bei Übermüdung zu warnen (Wächter 2016; Viereckl et al. 2015; Anm. d. Verf.: BMW sucht Start-ups, die Gesundheit-Apps fürs Auto entwickeln). Das heißt, „**mHealth-Anwendungen unterscheiden sich von reinen eHealth-Lösungen durch den wesentlich größeren Patientenbezug**“ (Albrecht 2016, S. 51). So können Patienten bei mHealth-Lösungen gesundheitsrelevante Informationen recherchieren, gesundheitsbezogene Daten verwalten oder selbst aktiv an der eigenen Versorgung teilnehmen. Auf mobile und ortsungebundene Weise. Patienten erhalten immer mehr die Möglichkeit, zum Teil aktiv Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen, was zu „**Empowerment**“ beiträgt. „**Mit mHealth kann ein Paradigmenwechsel von rein empfangenden gesundheitlichen Modellen zu mitzugestaltenden Modellen vollzogen werden**“ (Albrecht 2016, S. 52).

Im Sinne dieses **Selbstständigkeitsgewinns der Patienten („Empowerment“)** werden die bisher dargestellten Grundkonzepte digitaler Gesundheitsanwendungen schließlich ergänzt bzw. begünstigend komplementiert durch Aspekte individueller Mediennutzung, in Form spezieller **Anwendungen zur persönlichen Gesundheitsbeobachtung (Personal Health Recording), für den persönlichen Gewinn der Nutzer**. Diese mittels kleinster (Bewegungs-)Sensoren (siehe Smartphones und Wearables) technische Möglichkeit zum **Self-Tracking** hat nicht nur die soziale Bewegung des **Quantifying Self Movements** hervorgebracht (Lupton 2013), sondern auch neuartige Gesundheitsdienstleistungen, beispielsweise bereits erprobt durch das Militär (Lai und Friedl 2009), ermöglicht. Damit einher geht das Phänomen, dass zunehmend viele Menschen freiwillig bereit dazu sind, ihre **persönlichen Daten öffentlich zu teilen**. Dabei erscheint die Kombination von (a) mobilen Endgeräten zur Datenerhebung wie Smartphones und Wearables

(Pulsuhr, Fitnessbänder, Smartwatch, Smart textiles), (b) Sozial-Media-Plattformen zum Austausch, und (c) die Aufbereitung persönlicher Daten in Form eines persönlichen Gesundheitsberichts als besonders vielversprechend.

Diese Aspekte werden in der Definition eines weiteren Forschungskonzepts mit dem Begriff pHealth zusammengefasst: „pHealth is a combination of (digital) health and care services delivered independent of time and location of actors and resources aimed at a particular patient, with an active participation of the patient concerned“ (Bos 2012, S. 3 ff.). „pHealth“ adressiert also die aktive Beteiligung des Patienten („Empowerment“) auf Basis seiner persönlichen Daten, die z. B. durch Self-Tracking mittels Wearables eigenständig erhoben wurden. Ebenso ist damit gemeint, dass der Patient und dessen individuelle wie lebenslange Gesundheitsgeschichte, orientiert rund um seine persönlichen Daten, im Zentrum aller Bemühungen steht: „Personalized Health is about providing personalized interventions focused on the individual needs of the patient. This personalization provides the user with a sense of control over their healthcare“ (McCallum 2012, S. 85; Megatrend der Individualisierung). Schließlich lassen sich die hier **vorangehenden Konzepte in ihrer vernetzten Gesamtheit** als ganzheitliches und gleichzeitig persönliches Gesundheitsnetzwerk aus kooperierenden Diensten, Anwendungen und persönlichen Datenpaketen mit dem Konzept der **Connected Health (cHealth)** zusammenfassen. Dabei umfasst **Connected Health** drahtlose, digitale, elektronische, mobile und Telemedizin-Dienste und diese beziehen sich auf ein Begriffsmodell für das Gesundheitsmanagement, in dem Geräte, Dienstleistungen oder Interventionen auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt sind. Dazu werden gesundheitsrelevante Daten mit allen relevanten Akteuren so geteilt, dass der Patient eine individualisierte und somit effiziente und proaktive Fürsorge erhalten kann (Maglaveras et al. 2016; Megatrend der Konnektivität).

2.2.2 Status quo in Deutschland

Was den Status Quo zur Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen anbelangt, kann momentan noch nicht von einer flächendeckenden Nutzung der an Digitalisierungsansätzen mittels verschiedener Softwarelösungen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten gesprochen werden (Elmer 2016). Jedoch ist davon auszugehen, dass dem Einsatz innovativer Lösungen in anderen Branchen und Wirtschaftsbereichen entsprechend (siehe Industrie 4.0) schließlich auch der technische Wandel im Gesundheitsmarkt kurz bevorsteht (Megatrend der Digitalisierung). Genauer gesagt, sind einerseits im Laufe der Zeit, unter anderem aufgrund politischer und infrastruktureller Hemmnisse, viele Insellösungen entstanden, was dem gemeinschaftlichen Ziel zur Entwicklung und Einführung einer flächendeckenden Lösung widerspricht (Elmer 2016). Andererseits befinden sich momentan viele technische Innovationen in diesem Bereich in den Startlöchern (Biesdorf et al. 2016).

Ein treibender Faktor ist der **wachsende Druck durch Akteure**, vor allem vonseiten junger Menschen, der Digital Natives, die nun auch immer mehr als Arbeitnehmer in das Gesundheitssystem eintreten (Megatrend demografischer Wandel). So ist festzustellen, dass junge Ärzte in ihrem Berufsleben ähnliche Softwareunterstützung und Services erwarten, wie sie es in ihrem privaten Alltag gewohnt sind (Biesdorf et al. 2016; Elmer 2016). Denn der Alltag in Kliniken und Gesundheitseinrichtungen ist demgegenüber **noch immer bestimmt von Papier und Fax**, und orientiert sich an technischen Spezifikationen von Computersystemen bzw. Systemlandschaften, die häufig über 15 Jahre alt sind: „Während es in vielen anderen Branchen die Möglichkeit gibt, Daten in verteilten Netzwerksystemen online zu speichern (siehe: Cloud) und orts- und zeitunabhängig darauf zuzugreifen, sind im deutschen Gesundheitsmarkt nicht einmal alle relevanten Institutionen mit einfachen digitalen IT-Strukturen ausgestattet“ (Elmer 2016).

Für die Patienten bedeutet das, dass digitale Dienstleistungen wie Gesundheits-Apps, sofern sie verfügbar sind, größtenteils aus eigener Tasche finanziert werden müssen (Biesdorf et al. 2016). Dadurch wird eine flächendeckende **Versorgung nach dem Solidaritätsprinzip** ausgeschlossen. Dies widerspricht dem Grundsatz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), nach dem jeder Versicherte, unabhängig von Herkunft, Alter, Geschlecht und Einkommen, das Recht hat auf Zugang zur bestmöglichen medizinischen Versorgung und Teilhabe am medizinisch-technischen Fortschritt (Jordan 2006; Rosenbrock und Gerlinger 2014).

Nach einer Befragung von **2031 Branchenvertretern und Softwareentwicklern** aus dem Jahr 2014 werden **folgende übergeordneten Hürden bei der Marktentwicklung** von mHealth-Apps genannt: Offene Fragen zum Datenschutz und Datensicherheit, fehlende Standards, Unübersichtlichkeit des Marktes, Widerstände von etablierten Marktplayern (research2guidance 2014). Eine andere Studie von 2015 mit **4471 befragten mHealth-Experten** identifizierte die folgenden sechs Themen, die einen Erfolg von mHealth-Produkten behindern: Restriktive Gesetze, Mangel an Wissen, niedrige Zahlungsbereitschaft von Patienten, geringes Digitalisierungsniveau in Krankenhäusern und Widerstand seitens der Ärzte (research2guidance 2016).

Konkrete Anwendungen finden dementsprechend bisher noch voneinander getrennt und teilweise sogar nur in Absprache mit dem eigenen Arzt des Vertrauens statt, der proaktiv und eigenständig eine **spezielle IKT-Anwendung im Rahmen der Kommunikation** mit seinen Patienten verwendet, beispielsweise für Onlinesprechstunden. Insbesondere in ländlichen, potenziell versorgungsschwächeren Regionen werden zunehmend derart telemedizinische Projekte initiiert (Blachetta et al. 2016).

Damit kommt momentan den **gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland** die entscheidende Rolle zu, eine Zwei-Klassen-Versorgung für die Entwicklung digitaler Lösungen zu vermeiden (BDI 2013; Elmer 2016). Beispiele für erste Lösungsansätze der Krankenkassen sind die Unterstützung von Start-ups, die Bezuschussung von Fitness-Trackern oder Angebote eigener Gesundheits-Apps, von rein informativen Anwendungen zum Arzt- oder Apothekenbesuch, über Diagnoseauskunft, sowie erste interaktive Angebote wie Diabetes-Tagebücher (Biesdorf et al. 2016; Elmer 2016).

Auch wurden einige gute Lösungen entwickelt, die in kleinerem Rahmen umgesetzt wurden. Beispielhaft sind hier die **elektronische Fall- und Patientenakten**, die den niederschweligen Zugang zu patientenbezogenen Daten für alle an der Behandlung Beteiligten sowie zum Patienten selbst ermöglichen, sowie **elektronische Rezepte und Verordnungen**, die insbesondere die Patientensicherheit und Effizienz erhöhen und Basis sind für Arzneimitteltherapiesicherheitssysteme (Elmer 2016). Bei e-Rezepten ist die Vernetzung mit relevanten Akteuren, wie Apotheken für direkte elektronische Arzneimittelbestellungen oder Krankenkassen zur schnellen Abrechnung durch elektronische Belegeinreichung aber auch Patienten für den unmittelbaren elektronischen Versand der Rezepte längst im Alltag angekommen (Elmer 2016).

- Darüber hinaus wurden schließlich **2016 auch die politischen Weichen** für die nachhaltige Digitalisierung und Vernetzung aller Akteure im Gesundheitswesen gestellt. Das „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendung im Gesundheitswesen“ (kurz: E-Health-Gesetz), wurde 2015 vorgestellt und ist 2016 in Kraft getreten. Darin wurde unter anderem die interoperable Umsetzung telematischer Strukturen bis Ende 2018 beschlossen. Zuvor wurde eine groß angelegte Studie zur Infrastruktur (Interoperabilität) des BMG in Kooperation mit dem Fraunhofer FOKUS durchgeführt.
- Jedoch **mangelt es noch an der grundlegenden Vernetzung**. So sind laut einer Umfrage über 60 % der Ärzte weder mit anderen Arztpraxen noch mit umliegenden Kliniken vernetzt und stehen darüber hinaus dem E-Health-Gesetz auch noch relativ kritisch gegenüber. Demgegenüber ist die Akzeptanz neuartiger technischer (Software-)Lösungen unter Ärzten laut einer Umfrage mit 4471 Experten der Gesundheitsbranche die wichtigste Marktbedingung für den Erfolg von mHealth-Produkten, gefolgt von einem hohen Digitalisierungsniveau in Krankenhäusern (research2guidance 2016). Beides ist in Deutschland noch die Seltenheit.
- Aber auch das soll sich in den kommenden Jahren ändern, indem digitale Leistungen gefördert werden. Der sogenannte **Innovationsfonds** soll wirtschaftliche Hürden überwinden, indem 2016 bis 2019 jährlich 300 Mio. Euro für die Förderung neuer Versorgungsformen zur Verfügung gestellt werden und in Pilotprojekten sollen sektorenübergreifende Versorgungsformen getestet und evaluiert werden – mit dem Ziel einer **Überführung in die Regelversorgung** bei entsprechender Qualität und Akzeptanz der Ergebnisse (Neumann und Wolfschütz 2015; Elmer 2016).

Wie in anderen Branchen längst üblich werden nun zunehmend die **Trends aus den Technologien und Techniken aus den konsumentenorientierten Teilbereichen der IKT-Branche konsolidiert** und die zuvor beschriebene Perspektive zu einer **Connected Health Systematik** mit modernen technischen Gesamtlösungen in Einklang gebracht. Eine aktuelle Studie des Bundesministeriums für Gesundheit zur Erweiterung der E-Health-Strategie thematisiert die Konsolidierung der bisherigen E-Health-Konzipierung mit Aspekten von pHealth und cHealth, indem nun auch die theoretische Interdependenz, bzw. Interkonnektivität im technischen Sinne, der einerseits überkomplexen, andererseits

Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement

Theorie und Praxis

Matusiewicz, D.; Kaiser, L. (Hrsg.)

2018, XIV, 643 S. 107 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-14549-1