

Telematik kommt in kleinen Schritten

Zum 7. Mal trafen sich IT-Experten in Essen, um über den Stand des Aufbaus einer Telematik-Infrastruktur im Gesundheitswesen zu diskutieren. In diesen Tagen werden rund sieben Millionen elektronischen Gesundheitskarten an Versicherte ausgegeben.

von Jürgen Brenn

„Menschengerechte statt systemgerechte Lösungen“ müssen her, wenn es um das Thema Telematik, Telemedizin und die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) geht. Diese Forderung stellte vor sechs Jahren Professor Dr. Peter Haas vom Fachbereich Informatik, Medizinische Informatik der Fachhochschule Dortmund. Damals lockte das Thema E-Health rund 600 Teilnehmer nach Essen zur Premiere des Fachkongresses „IT-Trends Medizin Health Telematics“. Von den damaligen – auch seitens der Politik hoch gesteckten Zielen – war beim diesjährigen Kongress und den rund 300 Teilnehmern nicht mehr viel zu spüren. Ernüchterung und ein gewisser Realitätssinn haben sich unter den Akteuren breit gemacht. Allein die Erwartung, dass die Vernetzung kommen wird, war den Besuchern gemein. „Es wird nicht ohne Vernetzung gehen, auch wenn zu erwarten ist, dass sich dadurch die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ändern wird“, sagte Dr. Christiane Groß, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Nordrhein und Vorsitzende des Ärztlichen Beirates zur Begleitung des Aufbaus einer Telematik-Infrastruktur in Nordrhein-Westfalen.

Benutzerfreundlichkeit steigt mit neuen Verfahren

Die seit Jahren vorgebrachten Forderungen nach Anwendungen, die für die Benutzer des Systems sowohl begreifbar als auch benutzbar und nutzbringend sein müssen, sind gleich geblieben. So sprach sich der Medizininformatiker Haas auf dem Essener Kongress für mehr Benutzer- und Anwenderfreundlichkeit aus, wobei

Der „Rollout“ hat begonnen

Seit dem 1. Oktober geben die Gesetzlichen Krankenkassen elektronische Gesundheitskarten (eGK) an die Versicherten aus. Nach dem *GKV-Modernisierungsgesetz* des Jahres 2004 sollte dies bereits Anfang 2006 geschehen. Das Projekt verzögerte sich aus technischen, aber vor allem aufgrund von Akzeptanzproblemen und massiven Sicherheitsbedenken der Ärzteschaft. Das Mammutprojekt wurde schließlich in einzelne Entwicklungs- und Einführungsabschnitte unterteilt. Die erste Phase hat mit dem Rollout für rund zehn Prozent der Versicherten in diesem Jahr begonnen. Ausgeliefert wird die eGK mit einem Lichtbild des Versicherten sowie den üblichen Versicherten- und Stammdaten, die auch die alte Karte bereits enthält: Name, Anschrift, Krankenkasse, Versicherungsnummer und Versichertenstatus.

Allerdings ist die neue Karte mit einem Mikrochip ausgestattet, der für die geplanten Ausbaustufen der IT-Infrastruktur gewappnet ist. Dazu gehört der Online-Abgleich der Versicherten- und Stammdaten in der Praxis oder im Krankenhaus mit der Krankenversicherung. Auch können auf die Karte weitere Informationen wie etwa Notfalldaten und Hinweise auf eine Patientenverfügung oder Organspendebereitschaft aufgenommen werden. Letztlich soll die eGK als Schlüssel für die Kommunikation zwischen den einzelnen Leistungserbringern dienen und somit den Zugriff auf weitere Anwendungen wie den elektronischen Arztbrief oder das elektronische Rezept ermöglichen.

dieser „Usability“ Zeit und technischer Fortschritt zu Hilfe kommen. Auch die Klagen aus den Testregionen über unpraktisches Handling der Anwendungen spornte die Entwickler an. So stellte beispielsweise Dr. Jörg Caumanns vom Fraunhofer-Institut in Dortmund das Konzept einer elektronischen Fallakte

„in-a-Box“ vor, wo sämtliche sicherheits- und datenschutztechnischen Komponenten nicht mehr als sperrige und umständliche Anwendungen daherkommen, für die wiederholt PIN-Eingaben erforderlich sind. Wie in einer Schachtel verpackt, verrichtet die Anwendung ihren Dienst. Der Anwender muss sich um die sicherheitsrelevanten Prozesse, die im Hintergrund stattfinden, weitgehend nicht mehr selbst kümmern.

Die IT-Entwicklung des deutschlandweiten Projektes leidet weiterhin wie schon seit Jahren an der unterschiedlichen Geschwindigkeit, mit der sich die Einzelprojekte vorwärtsbewegen. Die vielen Insellösungen zeigen, dass sich innovative IT-Technik im Gesundheitswesen einführen lässt. Allerdings bezweifelte Haas, dass die regional begrenzten Ansätze einen nachhaltigen Effekt entwickeln. Gleichzeitig wächst sich die fehlende Standardisierung immer weiter zu einem Problem aus. Die Systeme haben oftmals keine gemeinsame Schnittstelle, über die Informationen strukturiert ausgetauscht werden können, da die Projekte dafür nicht entwickelt wurden. „Die Systeme müssen miteinander sprechen können“, sagte Haas und fügte hinzu: „Standardisierung ist ein hartes Geschäft.“

Auch Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK, sah in Essen die fehlenden Standards als einen Hemmschuh. Er drückte aufs Tempo: „Wir sollten endlich die eGK einführen und rasch Nutzen schaffen“, sagte der Kassenvertreter. Er forderte, dass die Technologie zum Treiber der Veränderungen in den Strukturen des Gesundheitswesens gemacht werden solle. Die IT-Technik verändere viel und könne auch viel nutzen, wie er beim Besuch an Kliniken in den Vereinigten Staaten von Amerika erkannt hatte. Die Amerikaner seien uns in Sachen Telematik weit voraus. In Deutschland fehlten nicht nur gemeinsame Standards: „Der IT-Backbone in der Gesundheitsversorgung ist schlecht bis nicht vorhanden“, sagte Straub. Als Backbone wird der Kernbereich einer IT-Struktur bezeichnet. Auch die Akzeptanz für IT-Technik sei im Gesundheitswesen noch nicht stark ausgeprägt, monierte Straub.



„Wir müssen Akzeptanz schaffen“, sagte die Landesministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Barbara Steffens. Die Nutzer müssten den Mehrwert einer IT-Anwendung erkennen. Ärztinnen und Ärzte müssten wissen, warum sie neue Technologien in ihre Praxisräume stellen sollten. Ohne Mehrwert gebe es kein Vertrauen und ohne Vertrauen keine Akzeptanz, stellte Steffens fest. Sie forderte, dass der wichtige Bereich der IT-Technik die Menschen mitnehmen müsse. „Uns ist in NRW bei der Förderung von Telematik und Telemedizin ein Paradigmenwechsel gelungen: Nicht mehr das technisch Machbare steht im Vordergrund, sondern die Orientierung an den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer, die Sicherheit und der Datenschutz. Kein Projekt wird mehr gefördert oder unterstützt, das diese Kriterien nicht erfüllt“, so die Ministerin in Essen. Gemeinsam mit der EU fördert das Land Telematik-Projekte mit insgesamt 20 Millionen Euro. „Wir haben in NRW eine gute Ausgangslage, um vielversprechende Modelle in der Fläche umzusetzen“, so Steffens. Sie mahnte in diesem Zusammenhang mehr Kooperation und weniger Konkurrenz zwischen den einzelnen Projekten an, um den Kostenrahmen nicht zu sprengen.

Wie steht es um die Notfalldaten?

Nachdem vor etwas mehr als einem Jahr der damalige Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler dem IT-Projekt eine Bestandsaufnahme verordnet hatte, sind verschiedene Akteure für einzelne Teilbereiche zuständig. Das Notfalldatenmanagement liegt seit 2010 in der Verantwortung der Bundesärztekammer (BÄK). Dr. Johannes Schenkel MPH erläuterte in Essen, dass sich die BÄK derzeit beim Notfalldatensatz in der Pflichtenheft-Phase befinde. Dies bedeutet, dass die Gematik die grobe Planung, das sogenannte Lastenheft abgenommen hat. Im Pflichtenheft, das nach Schenkels Angaben zu einem Drittel fertiggestellt sei, werden die technischen Details zum Datensatzmanagement beschrieben.

Grundsätzlich hofft der BÄK-Vertreter, dass der Notfalldatensatz nach dessen Einführung gut angenommen wird, da laut einer Umfrage aus dem Jahr 2010 rund 75 Prozent der Ärztinnen und Ärzte dieser Anwendung einen hohen Nutzwert zuschrieben.

Die BÄK hat den Begriff „Notfall“ sehr weit gefasst und sieht als Einsatzszenario nicht allein die präklinische Patientenversorgung durch den Rettungsdienst vor: Auch die Notaufnahme eines Krankenhauses sowie behandelnde Ärzte eines ihnen unbekanntem Patienten mit Akutbeschwerden etwa im ambulanten Notfalldienst könnten diese Daten nach diesem Szenario nutzen. Grundsätzlich, so erklärte Schenkel, sollen die Daten in zwei große Blöcke eingeteilt werden. Der erste Block sind die „notfallrelevanten medizinischen Informationen“, die dem Arzt sofort zugänglich sein müssen. Diese Daten enthalten Informationen über die Vorgeschichte des Patienten wie etwa Diagnostik und Medikation, damit der behandelnde Arzt einen ungünstigen Krankheitsverlauf abwenden



Dr. Johannes Schenkel von der Bundesärztekammer berichtete in Essen über den Entwicklungsstand des Notfalldatensatzes.
Fotos: bre

kann. Hier können auch Informationen zu Allergien oder Implantaten sowie sonstige Hinweise vermerkt werden, die für die Erstbehandlung relevant sein können. Diese Informationen sollen von den behandelnden Ärzten wie etwa dem Hausarzt in den Notfalldatensatz eingebracht und von ihm signiert werden. Das Anlegen des Notfalldatensatzes kann immer ohne PIN-Eingabe des Patienten erfolgen, es sei denn, der Patient wünscht diese Option.

Als zweiten Block sieht der Notfalldatensatz zusätzliche Informationen vor wie etwa Willenserklärungen des Patienten zu Organ- und Gewebespende oder Hinweise auf Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht. Diese Daten sollen auch vom Patienten allein verwaltet und geändert werden können, so Schenkel.

Für das Versicherungsdatenmanagement zeichnen die Krankenversicherer verantwortlich. Rainer Höfer vom GKV-Spitzenverband zeigte sich zuversichtlich, dass das vom Gesetzgeber vorgegebene Ziel, zehn Prozent der Versicherten mit einer eGK bis Ende 2011 auszustatten, erreicht werden könne. Dies sind rund sieben Millionen Ver-

sicherte. Die eGK ist seit Anfang Oktober gültiger Versicherungsnachweis, sodass die Versicherten keine zwei Karten vorhalten müssen, so Höfer. Diesen ersten Schritt sieht er als unkompliziert an, auch wenn Praxen und Kliniken erst zu rund 75 Prozent mit den neuen Lesegeräten ausgestattet seien. „Es ist bei den Kartenterminals ein Nord-Süd-Gefälle festzustellen“, so Höfer.

Alternative 2012

Weit problematischer werde die nächste Stufe des Ausbaus der Basis-Teleinfrastruktur. Wenn es darum gehe, jede einzelne Praxis an das große Netzwerk anzuschließen und anzupassen, werde jede „Arztpraxis zu einem Forschungsprojekt“. Die Praxen arbeiten mit vielen unterschiedlichen Verwaltungssystemen und sind auch technisch auf sehr unterschiedlichem Niveau ausgestattet. Dieser Prozess werde viel Zeit in Anspruch nehmen, prognostiziert Höfer. Auch sollen nach jetzigem Gematik-Plan alle Komponenten gleichzeitig eingeführt werden, was bedeutet, dass alle auf den Langsamsten warten müssen. Das dauert dem GKV-Spitzenverband zu lange, auch vor dem Hintergrund, dass die Insellösungen wie etwa das KV-SafeNet anwachsen und sie in das Gesamtprojekt nur mehr schwer integriert werden können, befürchtet Höfer. Deshalb haben die Krankenkassen die „Alternative 2012“ entwickelt. Diese sieht vor, nicht wie derzeit von der Gematik geplant, alle Teile des Großprojektes gleichzeitig einzuführen, sondern das Versichertenstammdatenmanagement und die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern vorzuziehen. Konkret hieße dies, dass die Online-Anbindung der Arztpraxen sehr viel früher erfolgt als bisher vorgesehen und eine Verbindung über einen Konnektor zwischen Versicherung und Praxen und Krankenhäusern etabliert wird. Damit könnte eine Plattform geschaffen werden für weitere Anwendungen mit dem gleichen Sicherheitsniveau wie der Online-Stammdatenabgleich. Der Alternativvorschlag des GKV-Spitzenverbandes sollte im Oktober oder Dezember 2011 in die Gesellschafterversammlung der Gematik eingebracht werden. Da die Online-Anbindung besonders bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ein Entwicklungspunkt ist, der sehr kritisch gesehen wird, ist nicht damit zu rechnen, dass die „Alternative 2012“ ohne Weiteres umgesetzt werden kann.