

Quo vadis Gesundheitssystem?

Die elektronische Gesundheitskarte

Am 01.01.2006 sollte die elektronische Gesundheitskarte (eGK) in Deutschland flächendeckend eingeführt sein. So lauteten die vollmundigen Versprechungen von der damaligen wie aktuellen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD). Die für die elektronische Gesundheitskarte verantwortliche Institution ist dabei die gematik GmbH. Dies ist die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, deren Gesellschafter 15 Spitzenorganisationen im deutschen Gesundheitswesen sind.

Dazu gehören:

- Deutscher Apothekerverband DAV
- AOK-Bundesverband
- Bundesärztekammer
- Bundeszahnärztekammer
- Bundesknappschaft
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
- Deutsche Krankenhausgesellschaft DKG
- IKK Bundesverband
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- See-Krankenkasse
- Verband der Angestellten Krankenkassen VdAK
- Arbeiter-Ersatzkassen-Verband AEV sowie
- Verband der privaten Krankenversicherungen PKV

Im Auftrag dieser Gesellschafter soll die gematik für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte mit entsprechender Telematik-Infrastruktur in Deutschland sorgen. Ferner existiert ein Beirat, der der gematik Empfehlungen zur Sicherstellung der übergeordneten Ziele aussprechen kann. Diesem Beirat gehören Ländervertreter, Vertreter von Patienteninteressen, Wissenschaft, Industrie, Bundesbehörden, Selbstverwaltungen der gesetzlichen Krankenversicherungen und Leistungsträgern sowie der Bundesbeauftragte für Datenschutz und die Beauftragte für die Belange der Patienten an. Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 291 SGB V) bildet die gesetzliche Grundlage für die Erweiterung der bisherigen Krankenversichertenkarte zu einer elektronischen Gesundheitskarte. Die Gründung der gematik GmbH erfolgte daher nach Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). Nach Problemen, insbesondere mit Datenschutzaspekten, hat die gematik noch keinen Start der ersten Feldtests mit der eingeleitet. Diese Verzögerung aus Datenschutzgrün-

den ist aus meiner Sicht durchaus nachvollziehbar. Gleichwohl bedingt die unterschiedliche Interessenslage der beteiligten Gesellschafter in der Tat eine gegenseitige Blockade. So sieht beispielsweise die Zahnärzteschaft keinen adäquaten Nutzen für die Zahnmedizin in Bezug auf die gewaltigen Investitionsaufwendungen, die für eine funktionierende Telematikstruktur aufgewendet werden müssen. Geschätzt werden derzeit 1,4 Mrd. Euro für den Aufbau der Infrastruktur. Tatsächlich findet ein Datenaustausch zwischen zahnärztlichen Kollegen sowie zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten vergleichsweise äußerst wenig statt. Um das Projekt eGK nun mit Macht voranzutreiben, hat das BMGS mittels Rechtsverordnung der gematik daher eine Weisung erteilt, die für die Durchführung von Testvorhaben erforderlichen Festlegungen zu treffen und damit die gematik für die Dauer der Feldtests ihrer Entscheidungsgewalt enthoben.

Zunächst sollen 10.000 Versicherte die eGK testen, später 100.000 Versicherte. Der Zeitpunkt der Einführung ist vollkommen offen, die flächendeckende Einführung richtet sich nicht zuletzt nach den Ergebnissen der Tests in mehreren Regionen. Am 3. Januar hat das Bundesgesundheitsministerium (mit Zustimmung der Länder) die Bundesländer bekannt gegeben, in welchen die Feldtests starten sollen. Dies sind Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein. Die Länder haben also Anfang 2006 mit den Vorbereitungen zu den Feldtests begonnen. Insgesamt werden Chipkarten für ca. 80 Mio. Versicherte benötigt. Im wichtigsten, zu Grunde liegenden Forschungsprojekt „bit4health“, welches für „Better IT for health“ steht, sind im Moment ca. 90% der Gesundheitskarten-Spezifikation erstellt, aber nur ca. 10% der Infrastruktur ausgearbeitet und spezifiziert.

Laut Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005 soll in der integrierten Versorgung die Abschubfinanzierung

bis zum 1.1.2008 verlängert werden. Als Ziele der integrierten Versorgung werden eine sektorenübergreifende Versorgung, höhere Qualität, Transparenz und Flächendeckung formuliert.

Funktionen der eGK

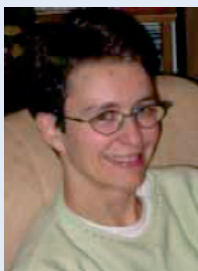
Es sind Pflichtenwendungen für die eGK definiert sowie freiwillige Anwendungen. Eine erste Funktion, die von größerer Bedeutung sein wird, ist die Einführung des so genannten elektronischen Rezepts (eRezept). Dies soll das bisherige Arzneimittelrezept in Papierform ablösen. Neben der EU-Versichertenkarte und der bereits oben erwähnten Versichertendatenprüfung ist das eRezept die dritte Pflichtenwendung der eGK, für das die gematik zuständig ist. Zu späteren, freiwilligen Anwendungen gehört die Aufnahme der Notfalldaten, eine Medikationsdokumentation, die Möglichkeit des elektronischen Arztbriefes sowie die Erweiterung zu einer elektronischen Patientenakte. An der Umsetzung eines eArztbriefes auf der Basis des HL7-Standards CDA (Clinical Document Architecture) arbeitet der Verband der Hersteller von IT-Lösungen für das Gesundheitswesen e.V. (VHITG e.V.). Eine Reihe anderer Initiativen hat Arztbriefe entwickelt, größte Aussichten spreche ich derzeit jedoch dem CDA-Arztbrief zu.

Insgesamt kann man festhalten, dass die Entwicklung der relevanten Standards nicht abgeschlossen ist.

Europäische Krankenversichertenkarte

Aufgaben und Aufbau

Ziel ist der Aufbau und Betrieb einer gemeinsamen Kommunikations-Infrastruktur sektorübergreifend für alle Beteiligten im Gesundheitswesen. Für den Datenaustausch soll das Kernstück die elektronische Gesundheitskarte darstellen. Die Qualität der medizinischen Versorgung sowie die Effizienz der Leistungserbringung sollen erhöht werden. Die elektronische Gesundheitskarte soll zunächst einen elektronischen, zeitnahen Abgleich der Versichertendaten mit einem Krankenkassenregister ermöglichen, um Missbrauch bereits vor



**Dr. rer. nat.
Susanne Pedersen**

Studium der Wirtschaftsmathematik in Ulm, seit 1999 in eigener Praxis als Heilpraktikerin mit den Schwerpunkten Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Orthomolekulare Medizin, Ausdauersport- und Dorntherapie tätig. Durch enge Zusammenarbeit mit der Zahnarztpraxis Ihres Mannes Dr. med. dent. Jürgen Pedersen Einbeziehung von Zähnen und zahnärztlichen Werkstoffen in Diagnostik und Therapie. 2005 Promotion in Medizininformatik zum Dr. rer. nat. mit dem Schwerpunkt „Interoperabilität im Gesundheitswesen“. Sie betreut in CO'MED die ständige Rubrik „Gesundheitspolitik“.

Kontakt:

Quellental 2, D-26340 Neuenburg
Tel.: 04452 / 1299
praxis.pedersen@t-online.de

Leistungserbringung zu vermeiden. Ferner soll die Rückseite der Karte als Europäische Krankenversichertenkarte (European Health Insurance Card (EHIC)) genutzt werden. Sie ist europaweit einheitlich aufgebaut und enthält die nach europäischem Gemeinschaftsrecht notwendigen Daten für die Gewährung von medizinischen Leistungen und für die Erstattung der Kosten.

Bereits jetzt können sich gesetzlich Versicherte auf Wunsch von ihrer Krankenkasse eine Europäische Krankenversichertenkarte (oder eine provisorische Ersatzbescheinigung) ausstellen lassen, etwa wenn sie einen Auslandsbesuch planen. Mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte werden dann automatisch alle Versicherten auch von der Europäischen Krankenversichertenkarte auf deren Rückseite profitieren. Vorher mussten Versicherte für jeden Auslandsaufenthalt bei ihrer Krankenkasse einen neuen Vordruck („Auslandskrankenschein“) beantragen. In einigen Ländern war eine medizinische Behandlung erst dann möglich, wenn der Vordruck zuvor den nationalen Stellen zur Genehmigung vorgelegt worden war.

Mit der Europäischen Krankenversichertenkarte müssen Versicherte nicht mehr bei jeder Auslandsreise entsprechende Vordrucke ausfüllen. Die Vorlage der Karte reicht aus, um sich im europäischen Ausland bei einem Unfall oder einer akuten Erkrankung medizinisch behandeln zu lassen. Es besteht ein Anspruch



Abb. 1: Die elektronische Gesundheitskarte

auf die Leistungen, die sich während des Aufenthalts im Gebiet eines anderen EU-Mitgliedstaates unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen.

Mittelfristig sollen auch Gesundheitsdatensätze wie beispielsweise Notfalldaten oder Arzneimitteldokumentationen als freiwillige Anwendungen der Gesundheitskarte europaweit verfügbar gemacht werden können. Der beabsichtigte europaweite mögliche Zugang zu wichtigen Gesundheitsdaten soll ebenfalls die Qualität der medizinischen Versorgung und die Behandlungssicherheit der Patientinnen und Patienten verbessern. Diejenigen, die freiwillig ihre Gesundheitsdaten mittels der elektronischen Gesundheitskarte speichern lassen, können später dann auch im europäischen Ausland besser behandelt werden, weil Ärztinnen und Ärzte schnell auf Notfalldaten oder andere wichtige Informationen, wie zum Beispiel die Dokumentation der eingenommenen Arzneimittel, zugreifen können. Hiervon sollen vor allem chronisch kranke Menschen profitieren.

Interoperabilität als Herausforderung

Voraussetzung dafür, dass im Behandlungsfall überall in Europa Ärztinnen und Ärzte auf Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten zugreifen können, sind so genannte interoperable Infrastrukturen. Gemeint sind damit beispielsweise rechtliche und vertragliche Grundlagen, organisatorische Absprachen, technische Verbindungen und allgemeine Vereinbarungen über die Struktur und Darstellung von Daten sowie deren Bedeutung.

Erst solche Standard-Absprachen gestatten eine Verknüpfung und Integration der uneinheitlichen nationalen Gesundheitssysteme in Europa.

Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist der „Aktionsplan für einen europäischen Raum der elektronischen Gesundheitsdienste“ der Europäischen Kommission. Dieser Plan sieht vor, dass in Europa bis zum Jahr 2010 elektronische Gesundheitsdienste für das medizinische Personal und für Patienten und Bürger zum Alltag gehören sollen. Zu den elektronischen Gesundheitsdiensten zählen neben Gesundheitsinformationsnetzen tragbare Kommunikations- und Überwachungssysteme, Gesundheitsportale und viele andere Werkzeuge der Informations- und Kommunikationstechno-

logie, auch elektronische Gesundheitsdatensätze.

Europäische Initiativen

1999 wurde in Erlangen beispielsweise die European Health Telematics Association (EHTEL) von Regierungen, Forschung, Industrieverbänden und Einzelfirmen gegründet. Die Aufgabe ist eine Koordination und Bündelung der Gesundheitsministerien der Mitgliedsstaaten sowie der Selbstverwaltungsorganisationen, die Verantwortung für die nationale Organisation der Gesundheitsversorgung tragen. Ziel ist die Vermeidung nationaler Alleingänge sowie eine Sicherstellung interoperabler Lösungen in Europa.

Eine weitere Organisation bezüglich der Harmonisierung der Bemühungen in Europa stellt die CEN/ISSS eHealth Standardization Focus Group, gegründet 2003 durch die EU-Kommission, dar. Aufgabe war die Erarbeitung eines Berichts über den Stand und die notwendige Entwicklung der eHealth-Standardisierung und eHealth-Interoperabilität. Die resultierenden Empfehlungen lauten, dass es eine Konzentration auf Inhalte gemeinsamer hoher Priorität geben sollte. Dazu gehören die Verbesserung des Zugriffs auf klinische Datensätze für Patienten und Gesundheitsberufe, die Ermöglichung von Patientenmobilität und grenzüberschreitender Zugriff auf Gesundheitsversorgungsleistungen. Ferner stehen im gemeinsamen Zentrum eine Erhöhung von Qualität und Patientensicherheit durch Reduzierung klinischer Fehler.

Effizienz und Effektivität der Gesundheitssysteme durch bessere Gesundheitsinformationen ist ein weiterer europäischer Kernpunkt.

Die Kernanwendung ist in ganz Europa die elektronische Gesundheitsakte. Mehr Effizienz soll es geben durch das eRezept und den Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. Dazu dienen Festlegungen für eine einheitliche Berichterstattung. Mehr Sicherheit soll ermöglicht werden durch eRezepte mit entsprechender Entscheidungsunterstützung. Wichtigste Infrastrukturkomponenten sind, aus der Sicht der Focus Group, die EU-Krankenversichertenkarte, gemeinsame Patientenidentifikatoren und eine zertifizierte Sicherheitsstruktur.

Entwicklungstrends

Prozessorientierung

Im Zuge der Globalisierung sowie zunehmender Kooperationen oder sogar Fusionen, die auch im Gesundheitswesen bereits begonnen haben und sich sicherlich noch in der Zukunft weiter entwickeln werden, formieren sich Leistungsträger im Gesundheitswesen, die über die klassischen Sektorengrenzen hinweg arbeiten. Beispielsweise haben sich die Praxisverwaltungssysteme (PVS) weg von einer rei-

nen Abrechnungs-Software hin zu so genannten workflow-basierten Lösungen, die gezielt die Abläufe in einer Praxis unterstützen, gemauert. Auch in den Krankenhäusern werden zunehmend fokussiert Behandlungsprozesse betrachtet, analysiert, optimiert und softwaretechnisch unterstützt. Dies erfolgt nicht zuletzt auf Grund des steigenden Kostendrucks im Gesundheitswesen auf Seiten der Leistungserbringer. Durch die Einführung der so genannten Fallpauschalen (DRG = Diagnosis Related Groups) sind Krankenhäuser gezwungen, Patienten, für die eine Fallpauschale erstattet wird, möglichst effizient durch die Einrichtung zu „schleusen“.

Leitlinien und Klinische Pfade

Leitlinien sind von wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Für Ärzte sind sie allerdings rechtlich bisher nicht bindend. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren. Beispiele sind die Asthma-Leitlinie (verabschiedet August 2005) sowie Konsultationsentwürfe im Moment von COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) und KHK (Koronare Herzkrankheit).

Leitlinien sollen für mehr Sicherheit in der Medizin sorgen und dienen als Basis für die so genannten Klinischen Pfade (auch Clinical Pathways oder Behandlungspfade genannt). Andererseits sollen auch ökonomische Aspekte berücksichtigt werden, man denke an die Disease Management Programme (DMP) für chronisch Kranke, auf die ich in diesem Artikel nicht näher eingehen möchte. Aktuelle Informationen zu Leitlinien findet man im Internet unter www.leitlinien.de.

Klinische Pfade sind dagegen die interdisziplinäre Festlegung von Aktivitäten, Kontrollparametern und Verantwortlichkeiten für einen typischen Patienten mit einer gut definierten Erkrankung, oft in Form von Checklisten.

Ziele klinischer Pfade sind:

- Interdisziplinäre Leistungserbringung
- Standardisierung der Leistungserbringung
- Baustein zur Zertifizierung
- Qualitätsmanagement / Prozessoptimierung (DRGs)
- Kostenermittlung und -kontrolle (DRGs)
- Patientenzufriedenheit
- Schulung und Personalentwicklung

Es findet also eine massive Veränderung durch Vereinheitlichung der Versorgungswege statt. Disease Management Programme und klinische Pfade werden die Behandlung der Patienten (in ganz Europa) in Zukunft dramatisch bestimmen.



Abb. 2: Die Rückseite der eGK als europäische Krankenversichertenkarte

Telematik in der Naturheilkunde?

Eine Einbeziehung beim Aufbau einer Telematik-Infrastruktur erfährt die Naturheilkunde leider nicht. So sind beispielsweise keine Heilpraktikerverbände oder andere naturheilkundliche Organisationen bei wesentlichen Entscheidungen berücksichtigt. Dies ist offensichtlich auch überhaupt nicht gewünscht. So ist nach §291 a Abs. 4 SGB V der Zugriff auf die Daten der elektronischen Gesundheitskarte nur Ärzten, Zahnärzten, Apothekern, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieuren, berufsmäßigen Gehilfen unter Aufsicht des genannten Personenkreises sowie Psychotherapeuten gestattet. Dies jeweils in dem Rahmen, wie es zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist. Heilpraktiker gehören allenfalls zu Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert und haben damit höchstens im Notfall das Recht auf die Daten der elektronischen Gesundheitskarte zu sehen. Heilpraktiker werden also zunehmend abgedrängt werden in Bezug auf die Telematik-Infrastruktur und die elektronische Gesundheitskarte.

Nun sieht die Naturheilkunde jeden Patienten im Allgemeinen ohnehin anders als es die „Schulmedizin“ tut, nämlich als ein Individuum. Dies bedeutet natürlich in der Konsequenz, dass die „Vereinheitlichung der Versorgungswege“ mit allen Entwicklungen, von denen einige wichtige kurz skizziert wurden, für complementäre Verfahren in der Regel sowieso nicht in Frage kommen. Es ist zum Beispiel bereits seit etlichen Jahren schwierig bis unmöglich, entsprechende Standards für die Verschlüsselung von Diagnosen und Maßnahmen außerhalb der „Schulmedizin“ einzusetzen. Auch auf dieser untersten Ebene der Standar-

disierung einer gemeinsamen Semantik werden naturheilkundliche Verbände nicht einbezogen. Dies zieht sich weiter beispielsweise bei der Standardisierung eines Arztbriefes durch bis letztlich zur gesamten Patientenakte. Zweifelsohne ist es bereits eine Mammutaufgabe, die geplanten Standardisierungen europa- und weltweit für die „Schulmedizin“ zu bewältigen.

**Die complementären Verfahren
mit ihrer jeweils
methodenspezifischen Semantik
bleiben jedoch schon von Beginn
an der Strecke.**

Ausgleichend muss man allerdings auch zugeben, dass ein gehöriges Maß an Standardisierung bezüglich der Begrifflichkeiten in der Naturheilkunde auch vielfach angebracht wäre.

Zusammenfassung

Die vorgestellten Entwicklungen im Gesundheitswesen haben in ganz Europa vor vielen Jahren begonnen und werden sich auch Jahrzehnte weiter in diese Richtung bewegen. Schwerpunkt ist dabei ganz klar eine breite bis vollständige telematische Unterstützung aller Prozesse im Gesundheitswesen. Im Zuge dessen wird weiter auf grob- bis feingranularen Ebenen weltweit standardisiert und harmonisiert werden. War die medizinische Versorgung bisher organisationszentriert, so soll sie in der Zukunft prozessorientiert sein. Wir Menschen werden einheitliche Identifikationsnummern für die Einkommensteuer, Krankenversicherung etc. bekommen, werden in „Schubladen“ einsortiert (Stichwort: Disease Management Programme) und konfektioniert nach Behandlungspfaden durchgeschleust. Und das von Behandlern, die auf Grund ihrer gesetzli-

chen, berufspolitischen und finanziellen Rahmenbedingungen unzufriedener werden. Sicherlich war schon in der Industrie das Fließband eine revolutionäre Verbesserung im Sinne der Produktivität, aber kann einem nicht als Mensch ein kalter Schauer über den Rücken laufen? Schließlich sind wir in diesem Fall die „Produkte auf dem Band“. Hier wird sich die Naturheilkunde immer stärker als sehr individuelle Methodik abheben. Die Polarität zwischen „Schulmedizin“ und complementären Verfahren wird zunehmen. Ich denke, dass Patienten an den Naturheilverfahren verstärkt schätzen werden, dass sie vor allem als Individuen wahrgenommen und behandelt werden.

Die positive Seite der Telematik soll nun aber nicht vernachlässigt werden. Wie vieles im Leben, hat auch die Telematik ihre Vor- und Nachteile. So ist es für alle Beteiligten sehr wünschenswert, wenn sich notwendige Informationen durch Telematik stets zur rechten Zeit am richtigen Ort befinden. „Kommunikation“ ist das Zauberwort. Wenn beispielsweise unnötige Doppeluntersuchungen entfallen würden, so ist dies weniger belastend für den Patienten und spart nebenbei auch noch Kosten.

Ein erster kleiner Schritt in das „neue“ Gesundheitswesen in Deutschland ist unter anderem die eGK für alle Versicherten. Es bleibt abzuwarten, wann die eGK in Deutschland überhaupt eingeführt wird. Ob mit einer großen Panne gestartet wird wie in Österreich oder ob der Weg eher in eine Richtung geht, wie sie beispielsweise in den Niederlanden umgesetzt ist. Dort hat man sich von einer elektronischen Gesundheitskarte abgewandt und stattdessen Verzeichnisse für Heilberufler, Arzneimittel und Arztbefunde installiert und nur die Heilberufler für den sicheren, autorisierten Zugriff mit einer speziellen Karte (Health Professional Card – HPC) ausgestattet. Wird die eGK bei uns am Ende noch ein Fall wie die LKW-Maut? Im Moment ist dies durchaus möglich.



Literaturhinweise

www.die-gesundheitskarte.de

www.gematik.de

Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 3. Januar 2006

A. Kassner: „Intersektorale Kommunikation“, Vortrag HL7-Jahrestagung 2005 in Göttingen

B. Blobel und G. Dietzel: „Europäische eHealth-Aktivitäten zur Sicherstellung von Interoperabilität“, HL7-Mitteilungen Ausgabe 18, 2005, ISSN 1616-8909

P. Pharow, B. Blobel und K. Engel: „Die elektronische Gesundheitskarte und ihre Charakteristik“, HL7-Mitteilungen Ausgabe 19, 2005, ISSN 1616-8909

S. Pedersen: „Interoperabilität heterogener Informationssysteme im Gesundheitswesen auf der Basis von Standards für die medizinische Kommunikation und Dokumentation“, Dissertation Universität Oldenburg, 2005