



# Telematik im Gesundheitswesen – Herausforderungen für eine Modernisierung

Christoph F.-J. Goetz

Leiter Telemedizin/EDV in der Arztpraxis

Kassenärztliche Vereinigung Bayern, Arabellastraße 30, 81925 München

**Eine funktionelle Gesundheitsversorgung darf sich nicht nur an den Paradigmen der New Economy ausrichten.**

2

Nach Meinung von Sachverständigen<sup>1</sup> ist das deutsche Gesundheitssystem kostspielig und nicht sehr effizient. Ein Blick in die Versorgungsrealitäten unserer EU-Partner zeigt hingegen, dass es Deutschland bei allen bekannten Mängeln noch vergleichsweise gut geht. Dies belegt nicht zuletzt der verbreitete Wunsch von Personen, die im Ausland ernsthaft erkranken, in die Geborgenheit heimischer Strukturen zurückkehren zu können<sup>2</sup>. Trotzdem, es gebe bei uns zwar gut ausgebildete Mediziner und eine sehr gute medizinische Ausstattung, aber eine mangelhafte Kooperation, Koordination und Kommunikation sowohl innerhalb, als auch zwischen den Einrichtungen, lautet die Kritik.

Es ist allgemein anerkannt, dass Informationstechnik gerade in dieser angespannten Situation wesentliche Kostenreserven heben könnte. Experten gehen davon aus, dass ein Rationalisierungspotential von etwa 20 Prozent vorhanden ist, ohne dass damit eine Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung verbunden wäre. Dem entspricht, dass zwischen 20 und 40 Prozent der Leistungen im Gesundheitswesen so genannte Datenerfassungs-, Wissensverarbeitungs- und Kommunikationsleistungen sind, die mit Informationstechnik erheblich rationeller ohne Medienbrüche gestaltet werden könnten<sup>3</sup>.

### Heterogene Ansätze

Vor diesem Hintergrund wird die „Telemedizin“<sup>4</sup> zum Fetisch vieler Interessengruppen, die jeweils eigene Lösungen entwickeln. So wird zwar viel Innovatives

geleistet, und viele Projekte bringen positive Einzeleffekte, aber Heterogenität auf allen Ebenen ist die Regel, funktionierende Interoperabilität die Ausnahme. Dadurch wird der wesentliche Vorteil jeder Gesundheitstelematik verschenkt. Einsparungen werden bisher kaum realisiert. Doppelerfassung und damit Doppelarbeit bleiben die Regel.

Beinahe paradox mutet dagegen die Technikgläubigkeit vieler Lösungsstrategen des Gesundheitswesens an. Dabei hilft auch deren oft zitierte Analogie zur informationstechnischen Entwicklung des Internets nicht weiter. Eine Annahme, dass sich vieles schon von selbst regeln wird, ist hier fehl am Platz. Abwarten, schielen nach fremden Lösungen und unkoordinierte Eigenbrötelei können nicht schon irgendwann „von selbst“ brauchbare Systeme hervorbringen. Dazu sind die Ansätze, die regionalen Umfelder und die involvierten Akteure viel zu unterschiedlich, die Materie zu komplex. Nach mehr als 30 Jahren der Entwicklung fehlt es immer noch an einem effektiven Zusammenwachsen der unterschiedlichen Systeme. Das liegt nicht zuletzt daran, dass viele Akteure in der Kontrolle von Systemkomponenten auch eine Kontrolle des Gesamtsystems wittern. Dabei kann eine nationale Gesundheitsversorgung keinesfalls auf die Mechanismen einer „reinen“ Marktwirtschaft zurückgeführt werden – eher auf eine der Marktwirtschaft angenäherte Systematik, bei der der

Preis einer Leistung eine zwar effektive, aber nicht die zentrale Steuerungsrolle spielt. Insofern sind übliche industriebezogene Maßstäbe mit großer Vorsicht zu übertragen. Tatsache ist, von dem „Verteilungskuchen“ will keine etablierte Einrichtung etwas abgeben, wohingegen diese den Industrievertretern mangelndes Systemverständnis unterstellen. So blockieren sich individuelle Ansätze untereinander und verschiedene Sektoren gegenseitig.

Gerade in letzter Zeit gibt es jedoch Anstrengungen, diese Hürden zu überwinden. Akteure aus der Industrie, Leistungserbringer, Kostenträger und Vertreter der Regierung bemühen sich, zu einer notwendigen Konsensbildung in technischen Fragen zu kommen, auch wenn es im Getriebe noch stellenweise kräftig knirscht.

### Neue Unverbindlichkeit

Ein weiterer Problembereich tut sich auf, wenn man die Notwendigkeiten einer technisch effizienten Gesundheitsversorgung an den Paradigmen der New Economy ausrichten will. Die zivilisatorisch prägende Langzeittendenz zur Verschriftlichung kann durch den Einsatz elektronischer Medien empfindlich gestört werden. Dauerhafte Dokumentation ist jedoch aus langer Erfahrung und gutem Grund zentrales Anliegen ärztlicher Tätigkeit. Elektronische Kommunikation ist dem Wesen nach nicht mehr dinglich. Aus selbstverständlich statischen und haptischen Unterlagen werden zunehmend schwer fassbare und dynamische Datenströme. Aus Papier werden Bits und Bytes, aus Kuverts

Autor: Christoph F.-J. Goetz

Titel: Herausforderungen für eine Modernisierung

In: Jäckel (Hrsg.) Telemedizinführer Deutschland, Ober-Mörlen, Ausgabe 2004

Seite: 32-36



werden Emails und Attachments. Inhalte werden dabei immer mehr zum Erlebnis und immer weniger zur Sache. Kommunikation wird flüchtig und unverbindlich. Das führt zu einem Paradigmenwechsel von weitreichender Bedeutung: Kommunikation wird beliebig, eine für jede Gesundheitsversorgung besonders fatale Entwicklung. Diese Strömung wird begleitet von einer weiteren Paralleltendenz: In allen global Kommunikationsnetzen finden sich starke Indizien, die auf eine weitere Wende hin deuten, weg von einer synchronen (d.h. echtzeitigen) (Fern-)Mündlichkeit hin zu einer asynchronen (d.h. zeitversetzten) Schriftlichkeit<sup>5</sup>. Einst deklassierte das Telefon den Telegrafen als wichtigstes Kommunikationsmittel, nun geschieht dasselbe umgekehrt; Mails ersetzen Sprache. Während dies im Sinne der Entlastung einzelner Akteure von gegenseitiger, zeitlicher Abhängigkeit zu begrüßen ist, birgt es gleichzeitig die Gefahr von Simplifizierungen oder Missverständnissen zur Vermeidung früher selbstverständlicher Zwiegespräche. Solche Iterationsschleifen werden heute oft als unzeitgemäße „Extratour“ empfunden. Expertengespräche werden degradiert zum Austausch kurzer Emails mit allen Nachteilen, die ein Verlassen des dialogischen Prinzips mit sich bringt. Auch dies ist eine für die Informationsverarbeitung in der Gesundheitsversorgung besonders fatale Entwicklung.

Eine weitere Strömung der Zeit wird in der Sprachlichkeit erkennbar. Trotz ICD, SNOMED und anderer Schlüsselverfahren sind in der Medizin die Dokumentation von Diagnostik und Therapie heute noch im wesentlichen an die deutsche Sprache gebunden. Aber nicht mehr auf immer und ewig. Der Trend zur Globalisierung wird auch in der Medizin nur noch eine absehbar kurze Zeit an den Bundes- oder Sprachgrenzen innehalten. Vor einer absehbaren Internationalisierung kann sich auch ein in ein nationales Gefüge eingebettetes Gesundheitswesen nicht auf Dauer verschließen. Spricht dann die ganze Welt nur noch in Anglizismen?

Es wäre jedoch kurzsichtig, in allen diesen Tendenzen nur Nachteile zu sehen. Neue Methoden bringen zusätzlichen Informationsgewinn, wesentliche Effizienzsteigerung und auch wirkliche Entlastung

von bisherigen Zwängen. In diesem Kontext ist aber wichtig, dass Veränderungen bewusst angenommen und gezielt eingesetzt werden, gerade in der Medizin.

Moderne Technik bedingt neue Umgangsformen: Oder wer denkt heute noch daran, höflich zu fragen, ob er den Raum verlassen soll, wenn sein Gegenüber ein Ferngespräch erhält? Es ist inzwischen selbstverständlich, dass dieser die Diskretionsschranken durch Form und Inhalt seiner Gesprächsführung selbst setzt.

## Aktueller Systemstatus

Ein Blick auf eingeführte Individualsysteme der Telematik im Gesundheitswesen<sup>6</sup> zeigt: Ansätze und Techniken sind ausreichend und zahlreich vorhanden. Einzelne Systeme müssen aber aufeinander abgestimmt sein, sonst geht ihnen ihr wirksamster Nutzwert – eine funktionierende Interoperabilität – verloren. Interoperabilität bedeutet jedoch Kompromiss, und dieser erfordert zusätzliche Investitionen. Gemeinwirksame Investitionen einzelner Einrichtungen wären nötig, im Sinne eines gegenseitigen Eingehens auf unterschiedliche Systemansätze zu einer Zeit, in der Standards (wegen deren Entwicklungskosten) häufig als Eigentum betrachtet und als Kapital gehütet werden. Aus diesem Grund propagiert bisher jeder Anbieter oder Entwickler seine eigene Lösung als der Weisheit letzten Schluss, oftmals gar nicht in der erklärten Absicht, andere Akteure zu blockieren, sondern nur zur Sicherung seiner eigenen Investition. So kommt es, dass einzelne Systeme und jene Einrichtungen die diese nutzen, Inseln im Meer der Information bleiben, mit nur rudimentärem Kontakt zueinander. Synergien, die aus dem regen und intensiven Informationsaustausch entstehen könnten, bleiben dem Gesundheitswesen bislang versperrt. Es gibt aber auch positive Impulse.

## Absehbare Komponenten einer Rahmenarchitektur

Das Konzept einer Gesundheitskarte steht inzwischen im Koalitionsvertrag der Bundesregierung unter der Überschrift „Patientensouveränität stärken, Transparenz erhöhen“ und findet auch seinen

Platz im Gesetzentwurf zur Modernisierung des Gesundheitswesens.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) hat hierzu inhaltliche Initiativen ergriffen. So soll die jetzige Krankenversichertenkarte technisch erweitert und funktionell abgelöst werden. Um die Unzulänglichkeiten der alten Karten zu beheben, soll die neue Karte „intern“, das heißt, in ihren elektronischen Komponenten, zweigeteilt sein:

- Ein „obligater“ Abschnitt ist als Nachfolger zur alten Versichertenkarte gedacht, mit spezifischer Basisinformation zum Karteninhaber. Zur Vermeidung bekannter Probleme der alten Karten soll dieser Teil schreibgeschützt und gegenüber dem Versicherungsträger update-fähig sein. Er sollte notwendige Versichertendaten beinhalten und Vermerke für das Zuzahlungsmanagement bei Medikamenten-, Heil- und Hilfsmittelverordnung. Im Zusammenhang mit diesem Speicherbereich wird auch die Aufnahme notwendiger Daten zur Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland, den europäischen Behandlungsausweisen (E 111, E 128) diskutiert.

Eine weitere wichtige Triebfeder für die Einführung der neuen Gesundheitskarte ist das „elektronische Rezept“. Hierdurch soll die vollständig elektronische Erstellung und Abrechnung von Rezepten möglich sein. In diesem Zusammenhang ist es nicht falsch, wenn auf das finanzielle Einsparungspotenzial hingewiesen wird, das sich allein aus der Vermeidung der heute vielfach im System befindlichen Medienbrüche der Rezeptverarbeitung ergibt.

- Ein weiterer Abschnitt soll „fakultativ“ gestaltet werden, das heißt, in diesem Teil kann der Karteninhaber über die Aufnahme von Inhalten selbst bestimmen und muss den Lesezugriff schriftlich autorisieren. Hier sollen im weitesten Sinn Gesundheitsdaten des Versicherten abgelegt werden. Als grobe Rubriken sind geplant: „Medizinische Notfalldaten“, das heißt Daten über wichtige oder andauernde Gesundheitszustände (wie zum Beispiel Dialyse), die absehbar in jedem Behandlungsfall benötigt werden, „elektronische Arztbrie-



## Chancen, Anforderungen, Voraussetzungen

fe“ zur Bereitstellung von Befunden, Diagnosen oder Therapieempfehlungen und „sonstige Daten“, zum Beispiel über Impfungen, Untersuchungen und Diagnosen. Diese können auch als Verweis-, Schlüssel- oder Pointerfunktionen auf medizinisch-/klinische Patientendatenbestände bei Ärzten, Kliniken oder sonstigen Therapeuten ausgebildet sein.

Arzneimitteldokumentationen auf dieser Karte sollen darüber hinaus automatisierte Verträglichkeits- und Wechselwirkungsprüfungen ermöglichen. Hier werden wesentliche Vorteile gegenüber dem heutigen System gesehen, auch wenn dies bisher noch nicht nachgewiesen ist. Der Sinn und vor allem die Verantwortlichkeit für die Vollständigkeit einer solchen Dokumentation sind noch zu diskutieren.

2

Während sich die Inhalts- und Funktionsschwerpunkte der Gesundheitskarte allmählich abzeichnen, ist über die Organisation ihrer Ausgabe weniger ablesbar. Das BMGS hat sich bereits öffentlich zur grundsätzlichen Einführung erklärt. Auch eine mögliche Zeitachse wird dabei angegeben: Ausarbeitung und Präzisierung der Inhaltskonzepte 2003, Pilotierung und Erprobung 2004 und Beginn der Einführung 2005 mit dem Ziel, zum 01.01.2006 eine flächendeckende Verfügbarkeit zu erreichen. Angesichts Erfahrungen der Vergangenheit mischen sich hier Skepsis und Hoffnung. Im Gesamtkonzept können noch viele „Baustellen“ erkannt werden.

Fest steht, dass die Inhalte der Gesundheitskarte nicht mit der alten Krankenversicherungskarte realisiert werden können. Sie erfordern eine Mikroprozessor-Chipkarte. Das Lesen und Schreiben dieser Karten wird neue Chipkarten-Lesegeräte voraussetzen<sup>7</sup>. Dies deutet ein nationales Projekt der Gesundheitsversorgung an – mit Beteiligung aller Kostenträger und Leistungserbringer zur Ablösung der alten Krankenversicherungskarten durch eine neue Gesundheitskarte in einem noch zu schaffenden Rechtsrahmen. Über die Kernfrage der finanziellen Gestaltung des Gesamtprojekts wurde bislang nur wenig Greifbares bekannt. Als Zielvorstellung gilt, dass jeder Versicherte zum 01.01.2006 eine der neuen Gesundheits-

karten als Ersatz für seine alte Krankenversicherungskarte erhalten soll, jedem aber freigestellt werden wird, ob er die zusätzlichen, also die medizinischen Teile, nutzen möchte oder nicht.

Sämtliche Planungen für Zugriffe auf die Gesundheitskarte oder zur telematischen Vernetzung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen, gehen bisher von der Existenz elektronischer Heilberufsausweise („Health Professional Cards“ oder HPCs) aus. Das auch zu recht, blickt man zurück auf einen seit 1997 dokumentierten Konsens der wichtigsten Akteure im Gesundheitswesen. Bereits damals hatte sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass ein Werkzeug zur gegenseitig sicheren Erkennung der Akteure im Gesundheitswesen ein zwingendes „sine qua non“ ist für eine funktionierende Telematik im Gesundheitswesen auf vielen unterschiedlichen Ebenen. Eine abgestimmte HPC stellt dabei die Basis einer gesetzeskonformen und vor allem einheitlich interoperablen Infrastruktur. Seit dieser Zeit hat die Ärzteschaft hier die Vorarbeiter-Rolle übernommen und kümmert sich mit einer eigens eingesetzte Arbeitsgruppe<sup>8</sup> um die Entwicklung und Umsetzung. Über die fünf funktionellen Elemente dieser Karte (Sichtausweis, „Steckausweis“ und drei zweckgebundene Schlüsselpaare zur Anmeldung an Rechnersystemen, zur Verschlüsselung von Versanddaten und zur Fertigung einer digitalen Signatur nach Signaturgesetz) wurde bereits genug berichtet<sup>9</sup>.

Nach fünf Pilotprojekten gibt es jetzt eine Neufassung der Spezifikation – die künftige Version 2.0, die zurzeit durch die Industrie auf Machbarkeit geprüft wird. Die Spezifikation soll nach Beschlussfassung durch die ärztlichen Körperschaften etwa ab Herbst 2003 für alle Ärzte in Deutschland bereitstehen. Dabei geht es nicht mehr nur allein um den Arztausweis. Die Spezifikation 2.0 wurde auf Wunsch der Apotheker gemeinsam mit diesen vorangetrieben. Diese sehen sowohl elektronische Ausweise für Apotheker wie auch eine zusätzliche, neue Variante für Apothekenpersonal vor. Die so definierten technischen Gegebenheiten könnten auch für das Praxispersonal im ärztlichen Sektor passen.

Berücksichtigt man die Änderungen des 3. Verwaltungsverfahrens-Änderungs-

gesetzes in SGB I, SGB V und SGB XI, so wird die Verwendung von Zertifizierungsdiensten nach dem Signaturgesetz für die Leistungserbringer vorgeschrieben. Demzufolge hätten die kassenärztlichen Vereinigungen nicht nur das Recht sondern sogar die Pflicht, niedergelassene Praxen mit entsprechenden Karten aus zu rüsten.

Auch die Zahnärzte sind inzwischen an dieser Entwicklung interessiert. Zwar hatten sie im Rahmen ihres Zahnärztnetzes DZN „weicheren“ Verfahren den Vorzug gegeben, wollen sich aber der Entwicklung interoperabler Ausweise nicht verschließen. So zeichnet sich eine immer größere Unterstützung für den elektronischen Heilberufsausweis. Dies wird durch einen Blick auf Frankreich mit ihrer „Carte de Professionnel de Santé“ im Europäischen Kontext noch verstärkt.

Technische Umsetzung und Integration telematischer Methoden in Praxiscomputersysteme und deren Vernetzung bilden einen weiteren Faktor der Rahmenarchitektur. Neben anderen kleineren Initiativen haben sich in der letzten Zeit drei große Systeme (das D2D/PaDoc System der KV Nordrhein bzw. des Fraunhofer-Instituts, das HCP-Protokoll der KV Bayerns und das VCS des VDAP-Verband Deutsche Arztpraxis-Softwarehersteller) mit zwei unterschiedlichen Vernetzungsschemata (zentral-serverorientiert bzw. dezentral-mailorientiert) als Meinungsmacher herausgebildet und in der Heterogenität ihrer Ansätze für eine gewisse Unruhe gesorgt.

- Ursprünglich wurde das PaDoc vom Fraunhofer-Institut Biomedizinische Technik als zentral, server-gestützte Lösung mit patentierter Verwaltung zentraler Patientenakten konzipiert in einer geschlossenen Umgebung. Davon ausgehend entwickelte dann T-Systems eine eigenständige Variante und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein ihrerseits erarbeitete auf Basis des Ticketkonzepts eine Anwendungs-Suite in Kooperation mit dem Fraunhofer-Institut unter der Bezeichnung „Doctor 2 Doctor“ (D2D).
- Das Health Care Professionals Protokoll (HCPP) wurde andererseits als eigenständiges Förderprojekt der bayerischen Staatsregierung mit Teil-



finanzierung durch die europäische Union aufgesetzt, inhaltlich von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und Bayerischen Landesärztekammer ausgearbeitet, im Feldversuch getestet und dann dem DIN als Standardisierungsantrag vorgelegt. Dabei ist das Übermittlungskonzept streng Email orientiert als Punkt-zu-Punkt-Nachrichtenmodell auf beliebigen, ggf. sogar öffentlichen Netzen.

- Im Rahmen einer eigenen Weiterentwicklung des genannten streng Email-orientierten Nachrichtenmodells entwickelte schließlich der Verband Deutscher Arztpraxis-Softwarehersteller (VDAP) ein Protokoll, dem es die Bezeichnung VDAP Communication Standard (VCS) gab. Details und Umsetzungsspezifikationen dieses Systems wurden dann beim dem DIN nahestehenden Beuth-Verlag als sog. Publicly Available Specification (PAS) veröffentlicht.

Für jeden der heterogenen Ansätze sprechen unterschiedliche Anwendungsszenarien und divergente Einführungsstrategien. Ein Sammelsurium unterschiedlicher Systeme ist jedoch kontraproduktiv. Deshalb gab es inzwischen Gespräche zur Harmonisierung dieser Aktivitäten. Dabei konnten Berührungspunkte, Gemeinsamkeiten und sogar Synergismen der drei Ansätze identifiziert werden. Dabei sollen Strukturen definiert werden, für Mail-artige Nachrichtenübermittlung, für einmalige Informationsbereitstellung und für mehrfach nutzbare, zentral verfügbare Datenschießfächer. Die daraus erarbeiten, gemeinsamen Methoden sollen unter der Bezeichnung „Health Care Professionals Protokoll 2“ dem DIN zur nationalen Standardisierung als Nachfolger zum gegenwärtigen HCPP-Antrag mit breiter Nutzer- und Anbieterbasis unterbreitet werden. Wünschenswert wäre es jetzt, dass diese nationalen Aktivitäten auch von den Trägern der Sozialversicherung nicht nur zur Kenntnis genommen werden. Schließlich würde irgendeine am grünen Planungstisch entworfene, neue Telekommunikationslösung wieder kontraproduktiv auf das Gesamtsystem wirken.

## Künftiger Handlungsbedarf

Eine Reihe wichtiger Komponenten der künftigen Rahmenarchitektur für das Gesundheitswesen ist auf einem guten Weg. Damit sind aber noch nicht alle Problembereiche berücksichtigt. Neue Technologie bringt neue organisatorische Herausforderungen und neue Chancen. In vielen Bereichen werden kommende Methoden weiteren Handlungs- und Abstimmungsbedarf erst noch erkennen lassen. Zwei Beispiele für absehbare „Baustellen“:

- Bisher gibt es mangels Auftrag, Kompetenz und/oder Kapazität keine Stelle in Deutschland, die unterschiedliche Ansätze für vergleichbare Probleme im Gesundheitswesen zusammenträgt, bewertet und daraus eine belastbare Auswahl empfehlen kann. Nur so könnte der Rahmen gesetzt werden, innerhalb dessen die Player ihre Aktivitäten ausrichten und umsetzen. Teile einer solchen Aufgabe werden zwar von einzelnen Instituten mit Leben gefüllt, deren Anerkennung beruht aber auf freiwilligem, regional umrissenem Konsens. Wenn die Gesundheitstelematik in Deutschland weiterkommen soll, muss eine eigene integrierende Kraft etabliert werden und umfassend – eventuell mit gesetzlichem Auftrag – Standards verbreiten und die Entwicklung neuer Mechanismen in Auftrag geben. Die schwierige Aufgabe der Zuordnung von Zuständigkeiten einer solchen Einrichtung ist noch ungelöst. Dabei ist absehbar, dass hier sowohl Bundes- als auch Landeskompetenzen berührt werden. Die Zusammenstellung potenzieller Aufgaben hängt im Wesentlichen ab. Dem unveröffentlichten Dierks-Gutachten<sup>10</sup> zu Folge wäre aber zum Beispiel die Bildung eines gemeinsamen, koordinierenden Gremiums aller Beteiligten von Bundes- und Landesministerien zur Abstimmung und Koordination noch verfassungsgemäß. Das Petitum für so ein „Bundesinstitut für Gesundheitstelematik“ ist also nicht der undifferenzierte Ruf nach dem Staat in schwierigen Zeiten, sondern die Beschreibung einer

notwendigen Infrastrukturmaßnahme zur Wahrnehmung von künftigen Querschnittsaufgaben der Telematik im Gesundheitswesen, die als zwingend hoheitlich bezeichnet werden müssen. Ein weiteres „Kompetenzzentrum“ mit unverbindlicher Aufhängung und noch weicheren Befugnissen braucht keiner. Eine wirkliche Koordinierung bringt nicht nur neue Impulse und verhindert Fehlinvestition sondern sie füllt einen neuen Aufgabenbereich der kommenden Informationsgesellschaft konsequent mit Leben.

- Ein anderes, strukturell vergleichbares Problem ergibt sich aus der Zertifikatsstruktur, die für elektronische Heilberufsausweise, eigentlich alle elektronischen Ausweise, notwendig ist. Diese benötigen gemeinsam elektronisch abrufbare Verzeichnisdienste. Die Kernfrage: Wer bescheinigt dort die Zugehörigkeit einer bestimmten Person zu einer bestimmten Berufsgruppe im Gesundheitswesen?

Auch wenn damit wieder die Heterogenität von Landeshoheiten berührt wird, fällt die Antwort bei verkammerten Berufen wie zum Beispiel Ärzte, Zahnärzte und Apotheker noch relativ leicht: Diese Aufgabe könnten und sollten die in den jeweiligen Errichtungsgesetzen genannten Kammern wahrnehmen, führen sie doch die herkömmlichen Berufsregister. Für andere Berufsgruppen, wie zum Beispiel Hebammen oder Krankengymnasten, gibt es jedoch solche Stellen nicht, die mit einem Anspruch auf Zuständigkeit oder in Eigenverantwortung, solche Zertifikate „von Amts wegen“ ausgeben könnten. Hier müssen andere in die Bresche springen.

In diesem Zusammenhang steht die kontroverse Überlegung, eine gesetzliche Grundlage für ein solches Register auf Bundesebene zu schaffen. So könnte beispielsweise ein „Bundeszentralregister für Heilberufe“ den Auftrag erhalten, die Meldungen von allen zuständigen Stellen entgegen zu nehmen, und einen solchen Verzeichnisdienst führen. Ein solches Register könnte zugleich als ein elektronisches Adressbuch der Gesundheitseinrichtungen fungieren. Die größtenteils in



## Chancen, Anforderungen, Voraussetzungen

### 2

Bezirks- beziehungsweise Landeshoheit organisierten Körperschaften der Heilberufe sehen einen solchen Ansatz sehr kritisch, insbesondere da ihre eigenen Aktivitäten zur Angleichung der bestehenden umfassenden Landesregistern untereinander schon weit fortgeschritten sind und so besser in die Landschaft passen.

Ein Blick auf das französische Gesundheitssystem zeigt, wie so etwas gehen könnte. Dort sind derzeit etwa 450.000 Chipkarten mit einer Lebensdauer von 3 Jahren und einem Aufwand von 20 Mio. € pro Jahr im Umlauf. Träger der Entwicklung, des Vertriebs und des laufenden Betriebs ist eine eigene Interessensgemeinschaft „Groupement d'Intérêt Public - Carte de Professionnel de Santé (GIP-CPS)“, an der alle Organisationen des Gesundheitssystems, einschließlich Versicherungen, Regierung und der wesentlichen Heilberufe, beteiligt sind. Der Aufwand pro Chipkarte (inklusive der zugehörigen Zertifikate, Verzeichnisdienste und Dienstleistungen) liegt dabei im Mittel um die 23 € pro Einheit jährlich und somit in der Größenordnung am Markt erzielbarer Preise bei Einzelbeschaffung einer Chipkarte. Die Stückpreiskosten für die Karten selbst werden derzeit teils von den Versicherungen getragen und teils von einer eigenen Betreiber-gesellschaft, an der wiederum die Versicherungen und der Staat beteiligt sind. Für den deutschen Bereich werden Fragen zur Bildung einer möglichen „Arbeitsgemeinschaft Trustcenter Heilberufe“ zurzeit zwischen Ärzten, Apothekern und Zahnärzten unter Moderation des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI), Köln, diskutiert.

Diese Beispiele zeigen, welche Brisanz und strukturell präjudizierende Wirkung technische Rahmenbedingungen der künftigen Telematik im Gesundheitswesen für die Akteure der Gesundheitsversorgung haben. „Einfache“ telematische Entscheidungen von heute werden wichtige Organisationsformen von morgen unausweichlich prägen. Mindestens dies muss die New Economy uns gelehrt haben.

### Verbleibende Aufgaben

Viele meinen immer noch, man könnte Telematik im Gesundheitswesen „mit Bordmitteln“ betreiben. Die notwendige Entwicklung bewusst zu steuern, kostet jedoch Geld. Dies bedingt Ressourcen, sowohl finanzieller wie auch personeller Art, wenn das Thema angegangen werden soll. Als simplifizierendes Fazit ergibt sich: Wir sind auf einem guten Weg, solange die Entscheider von heute sich nicht scheuen, den notwendigen Aufwand für morgen zu betreiben. Ein Investment in die kommende Gesundheitstelematik sichert die Mitsprache an der Gestaltung dieser Zukunft.

### Fußnoten

- 1 Gutachten 2003 des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen unter [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)
- 2 Aus einem Vortrag „EU-Gesundheitswesen heute und morgen – Welche Lehren für nationale Reformansätze mit tatsächlichem Zukunftswert und Innovationskompetenz?“ am 19.02.2003 vor dem Forum Medizintechnik und Pharma in Bayern von Herrn Günter Danner M.A., Ph.D., Stv. Direktor der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung in Brüssel
- 3 Aus einer Rede zum aktuellen Stand zur Einführung der neuen Gesundheitskarte von Herrn Dr. Stefan Bales, BMGS, auf der OmniCard 2003
- 4 Eigentlich gemeint ist die „Telematik im Gesundheitswesen“ als computer-gestützte Übermittlung von Daten im Gesundheitswesen, die oftmals verkürzend gleichgesetzt wird der „Telemedizin“ welche die Erbringung ärztlicher Leistung mit den Werkzeugen der Telematik (d.h. Telekommunikation und Informatik) bezeichnet.
- 5 In seinem Essay „Telefonie 3.0“ stellt Gundolf S. Freyermuth andererseits fest, dass digitale Schriftlichkeit gegenwärtig den Trend zur Vermündlichung stoppt, ohne jedoch das Problem der Synchronizität näher zu behandeln. In: c't 2002, Heft 8, Seiten 224-250.
- 6 Wie dies der Telemat-Atlas des ZTG Zentrums für Telematik im Gesundheitswesen in Krefeld vermittelt, [www.ztg-nrw.de](http://www.ztg-nrw.de) bzw. [telematlas.de](http://telematlas.de).
- 7 siehe „Neue Kartenleser für die Praxis“ von Bettina Güdelhöfer in *ArztOnline*, Nr. 5, 2002
- 8 Dr. Gerhard Brenner, ZI; Dr. Ingo Flenker, ÄKWL; Prof. Christoph Fuchs, BÄK; Dr. Christoph Goetz, KVB; Dr. Otmar Kloiber, BÄK; Klaus Labuhn, ÄKN; Reinhold Mainz, KBV; Dr. Axel Munte, KVB; Dipl.-Inf. Jürgen Sembritzki, ZTG; Jörg-Erich Speth, ÄKWL
- 9 siehe *Deutsches Ärzteblatt* 2002; 99: A: 2228 [Heft 34-35] , „Neue Kartengeneration“
- 10 Rechtliche Grundlagen, Probleme und legislativer Anpassungsbedarf für telematische Anwendungen in der Gesundheitsversorgung in Deutschland, Rechtsgutachten im Auftrag des ZTG, erstellt von Dierks & Bohle, Rechtsanwälte, Berlin