Konvergenz der Systeme im Gesundheitswesen

Paradigma fÃ¼r die Integration Radiologischer Bilder und Befunde in die Gesundheitsakte

Peter Stritzke, Uwe Eissing

Ausgangssituation in Deutschland

Am 1. Januar 2004 ist das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV â€“ Modernisierungsgesetz) oder kurz GMG genannt in Kraft getreten. Elektronisches Rezept (Â§267, Abs.5), Heilberufsausweis2, Gesundheitskarte (eGK Â§291a) und elektronische Netze sollen dazu dienen, Mitgliedern der Gesundheitsberufe und dem BÃ¼rger gemeinsam gefÃ¼hrte elektronische Akten (Â§68) zur VerfÃ¼gung zu stellen. Dies betrifft ca. 70 Millionen Versicherte, 270.000 Ã„rzte , 77.000 ZahnÃ¤rzte; 22.000 Apotheken, 2000 KrankenhÃ¤user und 300 Krankenkassen, die im Zusammenwirken mit den Selbstverwaltungsorganen unseres Gesundheitssystems aufgefordert sind, sich bis 2006 an der Umsetzung des GMG zu beteiligen [1]. Es besteht Einigkeit darÃ¼ber, dass im Sinne der Sicherheit, der Datenerfassung, der VerfÃ¼gbarkeit und Verarbeitung immenser Datenmengen durchgÃ¤ngig interoperable IT-Systeme und Infrastrukturen im Gesundheitswesen geschaffen werden mÃ¼ssen. Zur AbschÃ¤tzung der Risiken, die in der Umsetzung der zu schaffenden Rahmenarchitektur liegen [2], stellt man mit Interesse fest, dass in anderen europÃ¤ischen LÃ¤ndern Konzepte verÃ¶ffentlicht werden, die mit den Inhalten des GMD in weiten Teilen und vielen Aspekten identisch sind [3]. Eines der wichtigsten Punkte ist die gemeinsame (europÃ¤ische) Auffassung, die Rechte und die Position des Patienten durch die Gesundheitsakte stÃ¤rken zu wollen. WÃ¤hrend man in Deutschland einen hohen Bedarf in der Erforschung von Schnittstellen, Benutzeroberfl Ã¤chen, Gateways, der Planung einer telematischen Infrastruktur sowie DurchfÃ¼hrung von groÃŸ angelegten Modellvorhaben durch die Etablierung von Initiativen und Industriekonsortien wie bit4health [12] sieht, werden in Frankreich im Kontext mit der EinfÃ¼hrung des shared electronic patient records (EPR) in erster Linie Problemfelder im sozialen und mentalen Umfeld der Beteiligten Institutionen und BÃ¼rger genannt. An zweiter Stelle werden Probleme bei der Finanzierung und erst an dritter Stelle technische Probleme genannt.

FÃ¼r die im weiteren Sinne zu telemedizinischen Projekten angesiedelten BemÃ¼hungen um den Aufbau einer fl Ã¤chendeckenden Gesundheitsakte wurden in den letzten zehn Jahren in der Bundesrepublik erhebliche Ã¶ffentliche und private FÃ¶rdermittel ausgegeben. Frank Warda und Guido Noelle [4] stellen in einer Metaanalyse von mehr als 190 Telemedizinprojekten fest, dass gut 1/3 der bekannten Projekte Ã¶ffentlich gefÃ¶rdert werden. Trotz reichlicher AktivitÃ¤ten und zunehmender Zusammenarbeit der Interessengruppen aus Industrie, Ã„rzteschaft, und Selbstverwaltungsorganen dominiert in Deutschland eine skeptisch-pessimistische Stimmungslage [5]. Dabei werden vordergrÃ¼ndig technische GrÃ¼nde genannt, warum das GMG nicht umgesetzt werden kann. So befÃ¼rchtet die KV-NordwÃ¼rtemberg ein zweites Toll Collect und schreibt [6]: â€žTermin fÃ¼r Gesundheitskarte nicht zu haltenâ€œ und weiter: â€žbislang hat das berat Industrie- und Wirtschaftskonsortium dem Gesundheitsministerium noch keine tragfÃ¤hige technische LÃ¶sung fÃ¼r alle Ã„rzte und fÃ¼r die rund 70 Millionen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung und zehn Millionen privat Versicherten vorgelegt. Deshalb verfolgt die KV-NordwÃ¼rtemberg ihr eigenes Projekt eCommunication fÃ¼r VertragsÃ¤rzteâ€œ. Die Situation ist auf der anderen Seite gekennzeichnet durch eine langjÃ¤hrige Geschichte von Publikationen, wissenschaftlichen und industriellen Foren, die eine intensive Auseinandersetzung mit dem Zustand unseres Gesundheitswesens und den neuen Zielsetzungen belegen (siehe Veranstaltungen der GMDS [7], und [8].

Vergleich der heute bekannten Systeme und Projekte

Seit Mitte der 90iger Jahre gibt es eine ganze Reihe von ernst zu nehmenden Grundlagenprojekten, die im Sinne des GMG zur Gesundheitsakte hÃ¤tten avancieren kÃ¶nnen. Stichworte sind Cobra-3, DOXX, CHIN-OWL, PaDok, VCS. Guido Noelle und Uwe Eissing haben diese Systeme eingehend verglichen [9]. Aus heutiger Sicht kommt man nach Durchsicht des GMG rasch zu dem Schluss, dass all diese Systeme fÃ¼r einen bundesweiten Einsatz nur bedingt in Frage kommen. FÃ¼r diese Feststellung sind zwei wichtige GrÃ¼nde hinreichend. 1. Das im Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) verbÃ¼rgte informelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird von einigen der genannten Systeme nicht oder unzureichend berÃ¼cksichtigt. 2. Die im GMG geforderte VerfÃ¼gbarkeit und VollstÃ¤ndigkeit kÃ¶nnen nicht eingehalten werden. Mit Ausnahme des CHIN sieht keines der oben genannten ProjektansÃ¤tze z. B. vor, medizinisches Bildmaterial in diagnostischer QualitÃ¤t im Sinne der RÃ¶ntgenverordnung in der Gesundheitsakte zu speichern und auf Veranlassung des Patienten zur VerfÃ¼gung zu stellen. Dies fi ndet seine BegrÃ¼ndung in der Tatsache, dass zum Zeitpunkt ihrer Konzeption Mitte der 90iger Jahre die technologischen Voraussetzungen noch nicht gegeben waren â€“ eine erhebliche EinschrÃ¤nkung, zumal 90 % aller Diagnosen im Krankenhaus radiologische Bilder und graphische Darstellungen von Signal gebenden GerÃ¤ten wie EKG beanspruchen. Generell geht man in allen Planungen einer Gesundheitsakte davon aus, dass zunÃ¤chst und im ersten Schritt die VerfÃ¼gbarkeit des Arztbriefes realisiert werden soll. â€“ Eine notwendige aber nicht ausreichende Bedingung!

MEDNET/eHealthConnect â€“ die LÃ¶sung fÃ¼r eine fl Ã¤chendeckende Gesundheitsplattform

Geschichte der MEDNET/ eHealthConnect Plattform

Mit dem MEDNET bzw. eHealthConnect Server bieten die beiden Kooperationspartner MEDNET AG und T-Systems Nova eine bundesweit verfÃ¼gbare und komplette Gesundheitsakte an. Diese LÃ¶sung wurde u. a. im Arbeitsbuch fÃ¼r die integrierte Gesundheitsversorgung 2002/3 von Uwe Eissing [10] angekÃ¼ndigt und ausfÃ¼hrlich beschrieben. Bei der Neuentwicklung der Serverplattform, mit der 2002 begonnen wurde, konnte auf Vorerfahrungen mit den Ã¤lteren DOXX-, CHIN-, Cobra-3 und PaDok-Projekten zurÃ¼ckgegriffen werden. Seit Juni 2002 wird die Entwicklung gemeinsam mit der T-Systems Nova in Bremen vorangetrieben. Seit Juni 2003 arbeitet die MEDNET AG zusammen mit der eÂ·conmedÂ·GmbH an der Integration medizinischer Bilder in die MEDNET-Akte (MEDNET/Streaming- Server). Seit der VerÃ¶ffentlichung der MEDNET/eHealthConnect Server Plattform durch Uwe Eissing [10] hat das System seine konzeptionelle, inhaltliche und technologische BestÃ¤tigung durch das GMG erfahren. Benutzbarkeit fÃ¼r mehrere Millionen Benutzer, Skalierbarkeit und dynamische Authentifi zierung, Schnittstellen fÃ¼r â€žIn-Houseâ€œ Systeme wie KIS, RIS3 SystemschlÃ¼ssel, Kopplung zu anderen (externen) Aktensystemen wie D2D, technische Schnittstellen wie FAX, Voice, Mail, WEB, HL7 und DICOM bilden die Grundlage fÃ¼r eine â€žOffene Plattformâ€œ. Abgesehen davon ist eines der wichtigsten Merkmale die konsequente Durchsetzung der FunktionalitÃ¤t des Akten- und Urkundenservers, der alle bekannten Formate eines Dokuments bis hin zu komplexen medizinischen Bildmaterialien einschlieÃŸt. Damit erhÃ¤lt der Patient die MÃ¶glichkeit, seine Dokumente sicher und vertrauenswÃ¼rdig in seinem SchlieÃŸfach aufzubewahren. Die Rolle des Urkundenservers ist nicht zu unterschÃ¤tzen, zieht sich doch dieser Begriff durch den gesamten gesetzlichen Hintergrund...

Â

Dokumentinformationen zum Volltext-Download
Â
Titel:
Konvergenz der Systeme im Gesundheitswesen
ArtikelÂ istÂ erschienenÂ in:
TelemedizinfÃ¼hrer Deutschland, Ausgabe 2005
Kontakt/Autor(en):Peter Stritzke
Uwe EissingÂ
Seitenzahl:
8
Sonstiges

6 Abb. Dateityp/ -grÃ¶ÃŸe: PDF /Â Â 1.050 kBÂ Click&Buy-PreisÂ inÂ Euro: kostenlos

Â
Rechtlicher Hinweis:

Ein Herunterladen des Dokuments ist ausschlieÃŸlichÂ zum persÃ¶nlichen Gebrauch erlaubt. Jede Art der Weiterverbreitung oder Weiterverarbeitung ist untersagt. Â
Hier gehts zum freien PDF Download...