

Die Gesundheitskarte nimmt in Tests Gestalt an

Auf einem Telematik-Kongress in Krefeld mahnten die Akteure, über die technischen Möglichkeiten die Menschen bei der Einführung der Gesundheitskarte nicht aus den Augen zu verlieren.

von Jürgen Brenn

Allen Widrigkeiten zum Trotz kristallisiert sich langsam ein Konzept heraus, wie die Telematik im Gesundheitswesen auf breiter Front zum Einsatz kommen wird. Die Akteure der Exekutive auf Landes- und Bundesebene, Krankenkassen, Selbstverwaltung und nicht zuletzt die Industrie sind im Großen und Ganzen mit dem so genannten Konzept der Rahmenarchitektur zufrieden. Das beauftragte Industriekonsortium überreichte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt auf der Elektronikmesse Cebit in Hannover das rund tausend Seiten umfassende Werk. Die Rahmenarchitektur beschreibt den technischen und sicherheitsrelevanten Raum, in dem sich die elektronische Gesundheitskarte entwickeln soll.

Gesundheitskarte mit Spareffekt

Die Einführung der Gesundheitskarte ist für die Bundesregierung ein Prestigeprojekt. Gleichzeitig verspricht sich der Bund immense Einspareffekte. 20 bis 40 Prozent der Leistungen im Gesundheitswesen betreffen Datenerfassungs- und Kommunikationsdienste. Würde die Effektivität um den Faktor zwei erhöht, so könnten dadurch 35 Milliarden Euro gespart werden, rechnete der Ministerialrat Dr. Gottfried Dietzel vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) auf dem Kongress „Health Telematics 04.“ kürzlich in Krefeld vor. Allein die Einführung des e-Rezeptes als erste flächendeckende Anwendung könnte jährlich 183 Millionen Euro sparen helfen, hofft Dietzel.

Das gesamte Projekt ist eingebettet in entsprechende Initiativen auf europäischer Ebene. Damit soll verhindert werden, dass innerhalb Europas technische Inseln entstehen. „Wir sind in Deutschland gut aufgestellt“, sagte der Ministerialrat mit Blick auf andere Mitgliedsstaaten der Europäischen Union. Die Gesundheitskarte müsse europäische Standards berücksichtigen. „Das wird nicht einfach sein“, so Dietzel. Letztlich werde die Ausgabe der neuen Karten das Symbol für das größte „E-Projekt Europas“, schwärmte er. Es sei die Aufgabe der Akteure, den Bürgern zu verdeutlichen, dass damit nicht der „gläserne Patient“ entstehe, sondern dass die Karte die Patienten entlaste.

*Dr. Gottfried Dietzel von der Projektgruppe Telematik-Gesundheitskarte beim BMGS.
Foto: bre*



Geplant ist, dass die elektronische Gesundheitskarte im Januar 2006 in Deutschland die bisherige Krankenversicherungskarte ersetzen soll. Generell ist der Ministerialrat zuversichtlich, das ehrgeizige Ziel punktgenau zu erreichen. Auch wenn vor dem Start der auf Ende 2004 datierten Testphase nun noch die Rahmenarchitektur genauer umrissen wird mit einer „Lösungsarchitektur“. Dieser außerplanmäßige Zwischenschritt sei nötig, um

Hard- und Software zusammenzuführen, wobei dies für Kritik sorgt. „Es ist uns nicht gelungen darzustellen, was hier geschieht“, kritisierte Michael Schmitz vom Spitzenverband Informationstechnologie im Gesundheitswesen die Vorgehensweise. Zwar sei das Konzept der Rahmenarchitektur in Ordnung, aber die Menschen verstünden nicht den Unterschied zwischen Rahmen- und Lösungsarchitektur, so Schmitz in Krefeld.

Dennoch verteidigte Dietzel den „Trippelschritt“ der Lösungsarchitektur als nötige Spezifikation. Ist dieser Schritt getan, sollen die Konzepte in der Praxis auf Herz und Nieren geprüft werden. Auf diese Weise sollen sich die praktikabelsten Lösungsansätze herauskristallisieren. Dafür sind umfangreiche Tests in Pilotregionen geplant. 12 von 16 Bundesländern haben sich beim Bundesministerium mit verschiedenen Projektvorhaben gemeldet. Das Land Nordrhein-Westfalen geht mit der Region Bochum-Essen an den Start (siehe dazu *Rheinisches Ärzteblatt März 2004, Seite 11, oder im Internet unter www.aekno.de in der Rubrik „Rheinisches Ärzteblatt/ÄrzteblattArchiv“*).

Die Testregionen müssen Mindestanforderungen erfüllen, die das BMGS vorgibt: In einer Testregion müssen mindestens 100.000 Versicherte leben und sich 130 oder mehr Ärzte am Test beteiligen. Ebenso sollen 30 Apotheken, 2 Krankenhäuser und mindestens eine Krankenkasse für den Testlauf gewonnen werden, fordert das BMGS. Aber auch interessierte Zahnärzte, Apo-

theckenrechenzentren und Rehabilitationseinrichtungen können mit aufgenommen werden. Bis zum 1. Oktober 2004 muss das kritische Maß von 75 Prozent des minimalen Mengengerüsts eingebunden sein, so die Vorgaben aus dem BMGS, das seine Bemühungen um die Einführung der Gesundheitsakte unter dem Stichwort „Bit4Health“ gebündelt hat (*Internet: www.bit4health.de*).

Wünsche der Ärzteschaft

Die meisten auf dem Kongress in Krefeld vorgestellten Projekte basieren auf bereits laufenden telematischen Anwendungen und werden den Anforderungen entsprechend ausgebaut. Die einzelnen Pläne verfolgten ursprünglich unterschiedliche Ziele und gingen verschieden an die Probleme heran. Zum Beispiel befragte Professor Dr. Jürgen Stettin von der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg zuerst rund 200 Ärzte, was sie als sinnvolle telematische Anwendungen bei der Behandlung von Brustkrebspatientinnen erachten würden. Dabei stellte sich heraus, dass der e-Arztbrief sowie ein einfacher Austausch von Labordaten an erster, das e-Rezept dagegen an letzter Stelle der Ärzte-Wunschliste stand, sagte Stettin. Das „Demonstrationsvorhaben Brustkrebs Hamburg“ plant eine sichere Kommunikationsplattform für einen abgeschlossenen Benutzerkreis von Leistungserbringern über ein vom Internet völlig getrenntes Netz. Die teilnehmenden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zahlen pro Monat für die Teilnahme am Netz und die bereitgestellten Dienste 50 Euro. „Das ist die finanzielle Schmerzgrenze, die wir nicht überschreiten wollten“, so Stettin.

Auf einen Teilaspekt der Projektplanungen wies Dr. rer. pub. Jürgen Faltin vom Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz hin. Man dürfe über die Konzentration auf die technischen Möglichkeiten die Menschen nicht ver-

gessen. „Akzeptanz ist ebenso wichtig wie Technik“, so Faltin. Damit die Akteure und die Versicherten die neue Technik akzeptieren und ihr vertrauen, müssten die Modellprojekte von Anfang an den Akzeptanzaufbau mit im Blick haben. Um das Ziel zu erreichen, sei ein fachlich ausgereiftes Konzept, die Verteilung von Managementaufgaben und die Akzeptanzbildung nötig. Rheinland-Pfalz könne aus den Erfahrungen lernen, die mit der „Patientenquittung“ gesammelt wurden. Faltin sprach von einem „ambivalenten Ergebnis“. Weder Patienten noch die Ärzteschaft hätten hinter dem Versuch gestanden, „Patientenquittungen“ auszustellen. Der Versuch sei an unterschiedlichen Erwartungen gescheitert, die Politik, Krankenkassen und Ärzteschaft an das Projekt gestellt hatten, so Faltin.

Kritiker integrieren

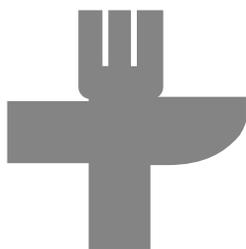
Positiver seien die Erfahrungen aus einem Projekt zu einer rheinland-pfälzischen Gesundheitskarte in der Region Koblenz/Neuwied. Dort saßen von Beginn an Patientenvertreter mit am Tisch, erklärte Faltin. Auch eine Datenschutzkommission und andere Kritiker konnten nach seinen Worten auf die Planung Einfluss nehmen. Dieselbe Strategie soll auch bei dem neuen Test in der Region Trier verfolgt werden. „Es ist wichtig, in der Testregion die konkreten Vorteile für Patienten, Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser, Krankenkassen und die Region selbst deutlich zu machen, sagte Faltin. Alle Beteiligten müss-

„Akzeptanzbildung ist mehr als Marketing“, sagte Dr. rer. pub. Jürgen Faltin vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz.
Foto: bre



ten erkennen, dass sie etwas davon haben.

Nicht nur Akzeptanz- und Vertrauensaufbau, sondern auch die langfristige Bindung an die neue Karte sei wichtig und eine Daueraufgabe. Diese könne etwa über die enge Kooperation mit der ärztlichen Selbstverwaltung erreicht werden. Daneben gehöre eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit von der Planung bis zur Realisierung mit zu einer Erfolg versprechenden Karteneinführung. Zum Beispiel wird die sich ebenfalls bewerbende bayerische Modellregion um Ingolstadt, die sich aus einem Praxisnetz entwickelt hat, kontinuierlich von einer kostenlosen Zeitschrift begleitet, wie der 1. Vorsitzende des Praxisnetzes GOIN e.V., Dr. Siegfried Jedamzik berichtete. Um ein möglichst breites Einverständnis zu erreichen, müssten die Bedenken ernst genommen und Kritiker eingebunden werden, sagte Faltin. Die Aufgabe des Ministeriums sieht er in der Rolle des Moderators, der zwischen Leistungserbringern, Patienten, Krankenkassen, dem Datenschutzbeauftragten und der beteiligten Industrie vermittelt. Zusammenfassend stellte Faltin fest: „Akzeptanzbildung ist mehr als Marketing.“



Erste Hilfe gegen Hunger.

Düsseldorfer Tafel e.V.
Stadtparkasse Düsseldorf,
Konto-Nr.: 15 076 847, BLZ: 300 501 10
www.duesseldorfer-tafel.de