

## **Positionen zum Einsatz von Telematik im Gesundheitswesen**

Dr. Franz – Joseph Bartmann

Vorsitzender des Ausschusses Telematik der Bundesärztekammer

Nach dem Ende des letzten Deutschen Ärztetages bin ich von Vielen, Freunden, aber teilweise auch von bis dahin Unbekannten, gefragt worden, warum ich scheinbar freiwillig von all den Ressorts, die die Bundesärztekammer für ehrenamtliche Tätigkeit bereitstellt, mich ausgerechnet so stark engagiere in einem Gebiet, das offensichtlich vermintes Terrain ist und man das hohe Risiko einer Identifikation in Kauf nimmt, die dem berufspolitischen Ansehen schaden könnte.

Die Frage ist zulässig – aber nicht einfach zu beantworten.

Um es vorweg zu sagen: Die Faszination der Technik ist es sicher nicht.

In einer der vielen öffentlichen Diskussionsveranstaltungen des vergangenen Jahres wurde ich beispielsweise mit der zweifelnden Bemerkung eines mir an sich wohl gesonnenen Hausarztes konfrontiert:

„Dass Du dich für so was hergibst, hätte ich nie erwartet – Du bist doch sonst ganz in Ordnung.“

Nachgefragt, glaubte er mich erinnern zu müssen an meinen Satz aus der morgendlichen Röntgenbesprechung, wenn die demonstrierten bildgebenden Verfahren mal wieder keine klare Diagnose hergaben:

„Schreiten wir zum Äußersten, schauen wir uns den Patienten an.“

Das ist meine Überzeugung und deshalb gehört dieser Satz auch heute noch zu meinem morgendlichen Standardrepertoire.

Nein – als ich die Position des Vorsitzes im Telematikausschuss von meinem Vorgänger Ingo Flenker übernahm, spielte das Thema Gesundheitskarte noch nicht die zentrale Rolle – eher in dem Sinne der begleitenden Entwicklung des elektronischen Arztausweises, der seit über einem Jahr fertig ist und dem Sie durch Ihr Votum auf dem letzten Deutschen Ärztetag auch ein hohes Maß an Zustimmung signalisiert haben.

Inzwischen hat sich allerdings mit einiger Rasanz die elektronische Gesundheitskarte zu einem hoch brisanten politischen Thema entwickelt, in das ich mich nach und nach eingearbeitet habe und bei dessen Bewältigung ich mich in technischen Fragen auf ein hochkompetentes Team stützen kann.

Das als Dank an die, die selten im Rampenlicht stehen, was denen selbst – zumal heute – wohl auch ganz recht ist, die das aber gelegentlich doch verdient hätten.

Mittlerweile glaube ich bei dem Thema Telematik, speziell auch in Sachen Gesundheitskarte, ganz gut mitreden zu können und habe Ihren Auftrag vom letzten deutschen Ärztetag, ein gemeinsames Konzept der deutschen Ärzteschaft zur Telematik im Gesundheitswesen zu erstellen, daher auch ohne Zögern angenommen, wohl wissend, dass sich dies noch schwieriger gestalten würde als die Konsensfindung in anderen berufspolitischen Fragen.

Denn: Bei allen neuen Entwicklungen, beim Beschreiten neuer Wege, sehen die Einen in erster Linie Chancen – Andere hauptsächlich eine Bedrohung.

Beides ist gefährlich.

Ich sehe die Risiken der Telematik, die Risiken der Digitalisierung des Gesundheitswesens vielleicht sogar schärfer als mancher von Ihnen. Vor allem aber sehe ich die Risiken einer Nichtbefassung. Denn es gibt kaum ein Gebiet, in dem eine derartig starke Dynamik abläuft wie im EDV-Sektor, in der Nachrichtenverarbeitung und elektronischen Kommunikation. Und schneller als man denkt, wird man von einer derartigen Entwicklung überrollt, ohne das zunächst bewusst wahrzunehmen.

Und damit bin ich auch bereits im Thema angekommen:

In Münster wurde unter dem Begriff des zentralen Servers über den Komplex elektronische Patientenakte so diskutiert, als gäbe es eine solche nur in Verbindung mit dem Gesundheitskartenprojekt oder als sei gar die Gesundheitskarte **selbst** die elektronische Patientenakte.

Das genaue Gegenteil ist richtig.

Die elektronische Patientenakte in Verbindung mit dem § 291a SGB V ist bis heute noch gar nicht in Angriff genommen worden. Ich kann das deshalb so sicher behaupten, weil neben der KBV unter anderem wir die Adressaten für die Konzeption einer derartigen Vorlage gewesen wären. Spätestens seit Münster hat es weder bei der KBV noch bei uns Aktivitäten in dieser Richtung gegeben.

Und es wird sie in dieser Form möglicherweise auch nie geben, weil uns die Zukunft zwischenzeitlich längst eingeholt – und überholt hat.

Elektronische Patientenakten sind in Deutschland unter den verschiedensten Namen bereits seit vielen Jahren im Angebot der Industrie. Eine nennenswerte Verbreitung haben diese allerdings, abgesehen von einzelnen wenigen Regionen, bisher nicht gefunden. Sicherheitsfragen dieser Akten sind aus unserer Sicht bisher noch nicht hinreichend geklärt worden. Selbst eine offizielle Zertifizierung solcher Produkte durch den Datenschutz betrifft oft nur das Produkt selbst, nicht aber das Umfeld, z. B. die Netzanbindung der Arztpraxis, in der dieses Produkt zum Einsatz kommt. Originalton Datenschützer: „Wir zertifizieren einen Kindersitz und nicht das Auto“.

Eine ganz neue Dynamik ist allerdings dadurch entstanden, dass uns die Gesundheitsreform von 2004 nicht nur die Gesundheitskarte gebracht hat. Sie erlaubt den Krankenkassen nämlich auch, ihren Versicherten „Zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung“ von der Industrie angebotene elektronische Patienten- bzw. mit der korrekten Nomenklatur des § 68 SGB V Gesundheitsakten zu finanzieren. Und – die Kassen haben dieses Nachfragemodell nach dem Motto „me too“ inzwischen zu einem Angebotsmodell umgestaltet. Und Sie alle, und nicht nur die Kolleginnen und Kollegen in Baden-Württemberg, die sich zuletzt bereits der AOK gegenüber vertraglich verpflichtet haben, eine Patientenakte auf der Rechtsgrundlage des § 68 SGB V zu führen, werden in der allernächsten Zeit mit Patienten- oder Gesundheitsakten unterschiedlichster Herkunft zu tun haben.

Dazu sollte man sich allerdings vergegenwärtigen, dass die Gesundheitsakten auf der Rechtsgrundlage des § 68 SGB V nicht den besonders hohen Schutzvorschriften des § 291a SGB V – **dem Gesundheitskartenparagrafen** – unterliegen.

Denn hier werden, im Gegensatz zu den Akten nach § 68 SGB V das Auto und der Kindersitz gemeinsam zertifiziert.

Ich fürchte, dieser Unterschied ist Vielen, die heute die Diskussion über die elektronische Patientenakte in Verbindung mit der eGK bestimmen, nur unzureichend bewusst. Das ist jedenfalls mein Eindruck aus Gesprächen mit Vertretern verschiedener Organisationen, die ich in Erfüllung des letztjährigen Ärztetagsauftrags kontaktiert habe.

Bei einem dieser Gespräche habe ich einen Freund und Weggefährten aus meiner Frankfurter Studentenzeit der frühen 70er wieder getroffen. Er war schon in Sorge, Franz Bartmann habe eventuell die Seiten gewechselt und dabei gemeinsame Ursprungsziele aus den Augen verloren.

Letztlich stellte sich heraus, dass da, wo er den Ursprung des Problems vermutet, ich dessen mögliche Lösung sehe.

Ich persönlich bin nämlich der festen Überzeugung, dass bei der Führung von Gesundheitsakten, und zwar unabhängig vom Aktentyp und Speicherort, vor allem durch den Einsatz von Kryptographiewerkzeugen das individuelle Patienten-Arzt-Verhältnis einerseits und die informationelle Selbstbestimmung des Patienten andererseits sicher bewahrt werden können.

Die Einwände und Bedenken im Hinblick auf die Sicherheit des Datentransfers und der Datenspeicherung sind nämlich bei der Form der bisher von der Industrie eingesetzten Patienten- und Gesundheitsakten durchaus gerechtfertigt. Sie bedienen sich in aller Regel zum Datentransfer des öffentlichen Internets, und die Daten liegen häufig unzureichend oder gänzlich unverschlüsselt auf externen Servern.

Die Existenz elektronischer Patientenakten ist also real. Die Forderung, sie einfach zu verbieten ist, zumindest bei der derzeit geltenden Rechtslage, kaum realistisch. Was man aus ärztlicher Sicht allerdings verlangen kann, und auch sollte, ist der erwähnte Einsatz der Kryptographie mit Hilfe der elektronischen Gesundheitskarte und der mit dieser verbundenen Sicherheitsinfrastruktur.

Ich plädiere damit also für die Lösung des Sicherheitsproblems der ja längst existierenden elektronischen Patientenakten. Der Einsatz der Möglichkeiten der elektronischen Gesundheitskarte erscheint mir in diesem Kontext derzeit noch alternativlos.

Aber unsere Vorstellungen reichen darüber hinaus. Wir fordern die Prüfung alternativer Speichermedien in der Hand des Patienten, wobei auch diese Produkte anscheinend auch nicht ohne parallele Speicherung der Daten auf externen Servern auskommen. Darüber hinaus ist auch die Botenfunktion des Patienten bei der von vielen favorisierten USB-Stick-Variante nicht ohne sicherheitstechnische Brisanz für Arzt und Patient. Aber das kann man prüfen, und das ist eine der Forderungen aus dem Vorstandsantrag.

Ich werde aus Zeitgründen jetzt nicht das ganze Positionspapier rezitieren, möchte aber zur Erläuterung noch auf einige Punkte näher eingehen.

Diese sind:

- die Freiwilligkeit von Online-Anwendungen durch Ärzte,
- die Umwidmung des Notfalldatensatzes zu einem medizinischen Basisdatensatz,
- dem Konflikt zwischen Sicherheit und Handhabbarkeit und
- die Kostenfrage.

Für die ersten beiden Punkte möchte ich noch einmal den eingangs zitierten Hausarzt bemühen, der meine Identität in der Sache anzweifelte.

Seine Welt war und ist die des kranken Menschen und nicht die der ICDs und OPSs. Und wenn die heutige Sicht der Gesundheitspolitiker, Gesundheitsökonomien und anderer Experten, die Gesundheit im Schilde führen, nur diese Systematisierung als wahre Medizin anerkennen möchte, stellt das die Realität in seinen – wie übrigens auch in meinen – Augen geradezu auf den Kopf:

Der Ursprung ärztlichen Handelns und der ärztlichen Kunst wird von Kolleginnen und Kollegen wie diesem vertreten.

Und in der Diskussion mit Ihm ist mir klar geworden, dass man Ihn niemals **theoretisch** von der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit von Gesundheitsakten und elektronischer Vernetzung und Datenübermittlung wird überzeugen können. Im **praktischen** Umgang wird er allerdings freiwillig und ohne politische Ressentiments diese Technologie – und zwar mit oder ohne Gesundheitskarte – dann einsetzen, wenn sie Ihm für seine Patienten nutzbringend scheint.

Genau aus diesem Grund ist die Forderung nach freiwilliger Entscheidung der Ärzte über die Nutzung der neuen Funktionen der elektronischen Gesundheitskarte und die Online-Anbindung zentraler Bestandteil unseres Vorstandsantrags.

Unmittelbar im Zusammenhang damit steht die Forderung nach dem Zusatznutzen der neuen Versichertenkarte durch Umwidmung des Notfalldatensatzes zu einem medizinischen Basisdatensatz.

Dieser muss dazu gar nicht wesentlich verändert werden um gleich eine Sorge der Notfallmediziner aufzulösen, die sehr viel Herzblut in der Entwicklung eingesetzt haben.

Es geht vielmehr um eine rechtliche Umwidmung, die uns die sinnvolle Nutzung des Datensatzes auf der eGk im Notfall wie auch in der Regelversorgung gestattet.

Jetzt einige Anmerkungen zur Sicherheit und Handhabbarkeit.

Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung sind wichtige Bestandteile der gesetzlichen Grundlagen für die elektronische Gesundheitskarte. In der technischen Umsetzung durch die Gematik ist dies dann in größtmöglicher Perfektion verwirklicht worden.

Aber was aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung bereits erahnbar war, ist dann auch eingetreten. Patienten und Ärzte sind mit der Zugangstechnologie über eine 6stellige PIN nicht selten überfordert. Und die Flensburger Kollegen haben recht: Der natürliche Konflikt zwischen größtmöglicher Sicherheit und bestmöglicher Handhabung muss vorrangig gelöst werden, bevor man in weitere Teststufen eintritt. Deswegen die Tests als gescheitert zu bezeichnen, ist jedoch nicht gerechtfertigt. Was wir haben ist ein Testergebnis. Damit ist nicht mehr und nicht weniger bestätigt als die Notwendigkeit – aber auch das **Funktionieren** der ergebnisoffenen Tests.

Abschließend noch einige Sätze zur Kostendiskussion:

Hier geht es einmal um die Gesamtkosten und zum anderen um die Kosten für den einzelnen Arzt.

Die Beurteilung der Gesamtkosten des Gesundheitskartenprojektes ist deshalb so schwierig, und die Kostenschätzungen sind so divergierend, weil es sich um Investitionskosten in ein Infrastrukturprojekt handelt, die sich auf viele Jahre verteilen. Eingerechnet sind auch die Kosten für die Umstellung von Prozessabläufen, also Schulungsmaßnahmen zur Umstellung und Einführung geänderter Abläufe in den Arztpraxen und übrigen Einsatzorten.

Die Kosten für die Chip-Karte an sich, die jetzt im Basis-Rollout zur Ausgabe kommt, betragen nur einen kleinen Teil der zur Zeit kursierenden Summen für das Gesamtprojekt, die vermutlich in der Tat höher als 1,4 Mrd. Euro liegen werden. Mit der jetzt geplanten Kartenausgabe – dem so genannten Basis-Rollout – fallen längst nicht die gesamten Kosten an. Es können – aber es müssen dafür dann auch nur die Funktionen der uns allen bekannten Krankenversichertenkarte genutzt werden.

Die Kostenübernahme für den einzelnen Arzt scheint vertraglich durch KBV und Krankenkassen gelöst. Für alle weiteren Schritte sind den Ärzten – wenn ihnen kein ökonomisch nachweisbarer Nutzen entsteht – die Kosten umfassend durch den jeweiligen Nutznießer zu vergüten. Auch dies ist eine unserer Forderungen im Vorstandsantrag.

Wie soll es jetzt weitergehen?

Mit dem eben beschriebenen Basis-Rollout ist der gesetzliche Auftrag des § 291a SGB V, nämlich die Krankenversichertenkarte durch die Gesundheitskarte zu ersetzen, erfüllt. Dies wird erheblichen Druck, vor allem Zeitdruck, aus der politischen Diskussion nehmen.

Wie und ob die im Projekt elektronische Gesundheitskarte liegende Chance für die Etablierung einer sicheren elektronischen Kommunikation im Gesundheitswesen genutzt wird, hängt nicht zuletzt von der konstruktiven und kritischen Begleitung durch die Ärzteschaft ab. Und da gilt es, wachsam zu sein und nicht zuzulassen, dass dabei allein diejenigen die Richtung vorgeben, die die Technisierung und Industrialisierung der Medizin anstreben und die Telematik dabei dieser Sichtweise unterzuordnen versuchen.

Dieses hochzuhalten sehe ich als unsere gemeinsame Aufgabe, die aber nur aus einer gemeinsamen starken Grundhaltung heraus erfüllt werden kann.

Und deshalb bitte ich Sie um die Annahme der sehr kritischen und durchdachten Positionen des Vorstandsantrages.

Denn trotz der Dynamik der technischen Entwicklung, die auch im Gesundheitswesen unaufhaltsam voranschreitet, muss unser gemeinsames Ziel der Erhalt einer humanen und zuallererst am Wohle des Patienten orientierten Medizin sein.

Das ist im Übrigen dann auch die Antwort auf die eingangs gestellte Frage, warum gerade ich mich mit der Telematik im Gesundheitswesen beschäftige.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!