Telemedizin und Telematik in Deutschland

„Missverständnisse, Angst und Lobbying“

Warum tun wir uns in Deutschland mit der Telemedizin so schwer? Oder, anders gefragt: Warum tun wir uns mit der Anwendung moderner Telekommunikations- und Informationstechnologien, zusammengefasst in dem Kunstwort „Telematik“, im Gesundheitswesen so schwer? Warum spielt eHealth, das im europäischen Sprachgebrauch für diesen Themenbereich immer häufiger verwendete Wort, im Versorgungsalltag nach wie vor eine untergeordnete Rolle?

>> Obwohl jedermann die Möglichkeiten moderner Telekommunikations- und Informations-technologie gerne und ständig in Anspruch nimmt und ihre Vorzüge anerkennt, hält sich der Gesundheitssektor damit zurück. Während Deutschland auf vielen Feldern der Medizin Bestleistungen liefert, während wir stolz darauf sind, eines der besten Gesundheitssysteme der Welt zu haben, bewegen wir uns bei der Anwendung von eHealth auf sehr konventionellen, ja überholten Bahnen. Insbesondere administrative Prozesse, Wissensvermittlungs- und Behandlungsverfahren bedienen sich kaum oder nur sehr zögernd der Möglichkeiten von eHealth. Wo liegen die zentralen Ursachen dafür?

Gründe für die Zurückhaltung

Ich halte hierfür fünf Ursachen verantwortlich:

1. Die medizinische Biografie eines Patienten ist nicht vollständig und für Kommunikationszwecke untauglich dokumentiert.
2. Die Behandlung im fragmentierten deutschen Gesundheitssystem ist eine Addition von Diagnose- und Therapieepisoden. Es fehlen integrierte Behandlungsketten der behandelnden Ärzte untereinander, des ambulanten mit dem stationären und dem Pflegebereich.
3. Die bestehenden EDV-Verwaltungs- und Entscheidungssysteme sind isoliert, verfolgen punktuelle Ziele und haben Inselcharakter. Es existiert zwar eine Vielzahl von Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssystemen, sie können aber nicht miteinander kommunizieren.
4. Es sind mehr patientenrelevante Informationen vorhanden, als tatsächlich abgegriffen werden können. Eine verbesserte Verfügbarkeit von individuell erhobenen Gesundheitsdaten könnte unnötig erfolgende Doppeluntersuchungen vermeiden.
5. Patienten sind überversorgt, ohne dass damit therapeutische Vorteile verbunden wären. Traditionelle, kostenmäßig ungünstige Behandlungsschritte werden nämlich nicht in gebotenem Umfang durch die eigentlich erforderliche und sinnvolle Kommunikation der Behandler untereinander substituiert. Diese Überversorgung wird durch eine defensive und einen Behandlungsaufwand scheinbar optimierende, in Wirklichkeit aber maximierende Medizin noch verschärft.

Vorstellungen zur Lösung dieser Fehlentwicklungen

Gesundheitspolitiker und IT-Fachleute sind der Überzeugung, dass sich diese Mängel durch die Einführung von Techniken der elektronischen Kommunikation und Information verbessern, wenn nicht gar vermeiden lassen. Nach ihrer Vorstellung bedarf es einer Telematikinfrastruktur, also eines Netzes von Verbindungen, durch das Gesundheitsdaten übermittelt werden. Den Zugang zu diesem Netzwerk sollte die elektronische Gesundheitskarte eröffnen. Sie wurde durch das 2003 ergangene Gesundheitsmodernisierungsgesetz eingeführt und sollte die seit 1989 vorgeschriebene, aber erst 1994 tatsächlich umgesetzte Krankenversichertenkarte spätestens bis zum 1.1.2006 ablösen.

In dieser elektronischen Gesundheitskarte, die nicht mehr mit der veralteten Magnetstreifenmethode, sondern mit einem Mikroprozessor als sog. Smart Card arbeitete, konzentrierten sich die Erwartungen der Beteiligten. Wenn man die Details der Funktionalitäten dieses Instruments in § 291a SGB V liest, erahnt man die Möglichkeiten, die sich die Gesundheitspolitik damit eröffnen wollte. Ihre Umsetzung sollte durch die 2005 installierte Gesellschaft für Telematik erfolgen, mit der – systemkonform – den Selbstverwaltungspartnern im Gesundheitswesen das Ausformulieren der informationstechnischen Details, also die Umsetzung in den Versorgungsalltag, übertragen wurde.

Heute, ein Jahrzehnt nach der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, müssen wir feststellen, dass wir von einer flächendeckenden Umsetzung von eHealth immer noch meilenweit entfernt sind. Zwar haben die Krankenkassen inzwischen fast alle rund 72 Millionen gesetzlich Krankenversicherten mit einer elektronischen Gesundheitskarte ausgestattet. Aber diese Karte ersetzt ab 1.1.2015 bisher lediglich die alte Krankenversichertenkarte, mehr nicht. Es fehlen nach wie vor die Anwendungsmöglichkeiten, von denen die Schöpfer der Karte ausgegangen sind. Die private Krankenversicherung, die ebenfalls in den Einführungsprozess der elektronischen Gesundheitskarte einbezogen war, hat sich deshalb vorläufig ausgeklinkt.

Ursachen

Angesichts dieser Entwicklung stellt man sich die Frage, ob und ggf. was man falsch gemacht hat oder hätte besser machen können. An einer überstürzten Vorbereitung kann es nicht liegen. Mehrere Jahre lang haben sich alle Beteiligten, insbesondere im von der GVG organisierten Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen, intensiv mit der Konzeption von eHealth in Deutschland beschäftigt.

War unser Gesundheitswesen überfordert mit der gesetzlichen Einführung einer Telematikinfrastruktur, die alle Beteiligten, Versicherte, Kostenträger und Leistungserbringer, gleichermaßen einbeziehen sollte? Kann man ein so gigantisches Projekt im Top-down-Ansatz, also von oben nach unten, mit gesetzlichen Rahmenbedingungen, aber ohne Masterplan mit zeitlichen Meilensteinen in einem Gesundheitssystem einführen, in dem Organisation, finanzielle und politische Verantwortung, Selbstverwaltungsstruktur eine bundesweite zentrale Regelung erschweren? Wäre es nicht besser gewesen, eine Strategie mit zahlreichen Insellösungen zu schaffen und diese allmählich zusammenwachsen zu lassen?

Ein Blick über die Grenzen zeigt, dass auch andere Länder bei der Einführung von eHealth mit Schwierigkeiten kämpfen, gleich ob sie den Kartenansatz wie Deutschland oder einen Serveransatz wie die skandinavischen Länder verfolgen. Selbst Länder mit günstigeren strukturellen Ausgangsbedingungen wie Großbritannien oder Österreich haben das gesteckte Ziel noch nicht erreicht. Andererseits machen uns die skandinavischen Länder, insbesondere Dänemark, vor, wie mit eHealth allmählich die Versorgungsstruktur verbessert werden kann.

Skepsis an der Arztbasis

Trotz umfangreicher detaillierter Regelungen zur Umsetzung von eHealth, trotz einer generellen Akzeptanz der neuen Technologien durch die Gesundheitspolitik und die Funktionäre der Spitzenverbände im Gesundheitswesen stoßen wir nach wie vor auf eine massive Skepsis, ja Ablehnung des Einsatzes von IT an der ärztlichen Basis. Entsprechende Entschließungen von Ärztetagen sprechen hier eine deutliche Sprache. Woher kommt diese Haltung? Warum lehnen niedergelassene Ärzte den Einsatz von eHealth-Technologien ab, obwohl sie in ihrer Ausbildung im Krankenhaus die Möglichkeiten und Vorzüge der Telemedizin kennengelernt haben? Obwohl sie in ihrem Privatbereich die modernen Telekommunikations- und Informationsmöglichkeiten selbstverständlich einsetzen?

Die Argumente, die gegen den flächendeckenden Einsatz von eHealth vorgetragen werden, beruhen zum Teil auf Missverständnissen, zum Teil auf Angst vor einer existenzbedrohenden Transparenz des eigenen ärztlichen Tuns. Selbstverständlich werden die medizinischen Daten nicht in einem Zentralserver gespeichert, auf den obskure Mächte Zugriff haben. Zum Geschäftsmodell von eHealth gehört die dezentrale Speicherung von Gesundheitsdaten.

Die Zugriffsregeln sind zum Teil schon im geltenden Recht festgelegt. Zum Teil hängen sie von dem ab, was die Beteiligten für zweckmäßig halten und vereinbaren. Ob Gesundheitsdaten in einer Fallakte beim Patienten oder beim Behandler gespeichert werden, hängt vom Willen der Beteiligten ab. Denkbar wäre auch eine Speicherung auf der Gesundheitskarte im Besitz des Patienten; die IT-Industrie bietet bereits entsprechende Lösungen an und Patienten, insbesondere in den USA, machen davon vereinzelt Gebrauch. Eigenartigerweise haben die gesetzlichen Krankenkassen dieses Modell auf freiwilliger Basis ihren Versicherten als Marketingmaßname nicht angeboten, obwohl dies rechtlich möglich gewesen wäre. Die Politik hat sich bisher nicht für eine solche Lösung ausgesprochen. Sie präferiert wie die Mehrzahl der IT-Fachleute ein sog. Pointer-Modell: Auf der elektronischen Gesundheitskarte sollen Hinweise enthalten sein, wo bestimmte Gesundheitsdaten gespeichert sind. Das Problem des Datenschutzes ist damit weitgehend gelöst.

Der Grund für den Widerstand eines Teils der niedergelassenen Ärzte liegt tiefer. eHealth kann nur dann seine Möglichkeiten und Vorzüge entfalten, wenn die Behandler zusammen arbeiten. Die vom einzelnen Arzt erhobenen Gesundheitsdaten bilden – gerade bei chronisch Kranken – die Grundlage für die Behandlung durch andere Ärzte im ambulanten und stationären Bereich. Die Speicherung dieser Daten gibt anderen Behandlern – sofern die Patienten dem Zugriff zustimmen – die Möglichkeit, die Sinnhaftigkeit und Qualität des ärztlichen Handelns zu überprüfen und zu hinterfragen. Befürchten die Ärzte, dass die Krankenkassen Daten der elektronischen Gesundheitskarte gegen sie verwenden können, indem sie beispielsweise die Verschreibungs- und Prognosepraxis der einzelnen Mediziner unter die Lupe nehmen und bewerten? Die Krankenkassen könnten dann auf die Idee kommen, Leistungen zu bewerten und schlechte Leistungen schlechter zu bezahlen. Diese Gefahr besteht natürlich, wenn der Gesetzgeber dies zulässt. Allerdings verfügen die Kostenträger ohnehin heute bereits über alle von den Behandlern abgerechneten Gesundheitsdaten, wenngleich nicht mit den Erfassungsmöglichkeiten im Rahmen der elektronischen Gesundheitskarte.

Die durch den Einsatz von eHealth ausgelöste Transparenz liegt offenbar nicht im Interesse aller Beteiligten. Der „gläserne Arzt" und der „gläserne Patient" geistern seit der Einführung der Krankenversichertenkarte vor 20 Jahren durch die standespolitische Diskussion. Die von unterschwelligen Ängsten geprägte Sorge wird aber in erster Linie von Ärzten vorgetragen. Die Interessen der Patienten an einer Transparenz des ärztlichen Handelns sehen anders aus. Deshalb kommt von Seiten der Patienten kein Widerstand gegen den flächendeckenden Einsatz von eHealth. Der „gläserne Patient" als Schreckgespenst einer Veröffentlichung aller individuellen Gesundheitsdaten wird von der Ärzteseite vorgeschoben. Ich habe das vor 20 Jahren bei der Einführung der Krankenversichertenkarte erlebt, über die heute kein Mensch mehr ein Wort verliert. Und ich erlebe das jetzt wieder, wenn auch im Rahmen ganz anderer informationstechnischer Möglichkeiten.

Es macht einen schon stutzig, dass dieser ärztliche Widerstand sich im ambulanten Sektor konzentriert, während das stationäre Behandlungsgeschehen ohne Einsatz von eHealth vielfach nicht mehr denkbar wäre. Das Thema Transparenz und Vergleichbarkeit spielt innerhalb der einzelnen Abteilungen oder eines Krankenhauses eine untergeordnete Rolle, zumal die Vergütungsmethoden ein hohes Maß an Transparenz erlauben. Hier ist die Möglichkeit des Vergleichs einzelner Krankenhäuser untereinander ein viel brisanteres Thema.

Flickenteppich Telemedizin?

Alle Fachleute sind sich darin einig, dass der Einsatz von eHealth ein großes Potential birgt. Gleichwohl gibt es bisher noch keine telemedizinische Anwendung, die es bis in die Regelversorgung geschafft hat. Zwar benennt der EBM eine Gebührenordnungsposition, die die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers per Funk vergütet. Jedoch muss bei dieser „telemetrischen" Abfrage der Kardiologe anwesend sein, um die Leistung anschließend abrechnen zu können. Der Einsatz von eHealth-Technologie zur Überwindung von räumlicher Distanz („move the information not the patient") findet hier gerade nicht statt.

Die telemedizinische Landschaft in Deutschland ist nach wie vor ein Flickenteppich. Das deutsche Telemedizin-Portal listet fast 300 Projekte auf, die die Vorzüge von eHealth in strukturschwachen Regionen beleuchten und die Patienten in den Behandlungsprozess einbeziehen. Viele dieser Projekte bedienen sich des elektronischen Monitorings in der Erwartung, dass sich die Patienten besser versorgt fühlen und unnötige Behandlungsschritte – z.B. die Einweisung ins Krankenhaus – vermieden werden.

Das zentrale Problem dieser Projekte ist: Wenn die öffentliche Projektförderung ausläuft, stellt sich die Frage, wie es weitergehen soll. Die Bereitschaft von IT-Unternehmen, solche Projekte zu unterstützen, hat erheblich nachgelassen, nachdem die Unterstützung durch Anwender nach dem Auslaufen solcher Projekte weitgehend eingestellt worden ist. Die meisten Krankenkassen halten sich bei der Durchführung dieser innovativen Vorhaben zurück, weil sie befürchten, dass sich das auf kürzere Frist nicht rechnet und die Gefahr von Zusatzbeiträgen heraufbeschwört. Der geplanten Innovationsfonds soll neue Versorgungsformen, z.B. in der Telemedizin, fördern. Ein entsprechender Innovationsfonds oder eine gesetzliche Anschubfinanzierung zur Förderung von eHealth ist nicht in Sicht.

Auch wenn die laufenden Projekte mit viel Engagement durchgeführt werden, fehlt bisher in den meisten Fällen die Evidenz für den Nutzen der Anwender. Das hängt damit zusammen, dass sich die Vorteile von eHealth-Projekten erst nach längerer Zeit bemerkbar machen. Die Bereitschaft, für mehrere Jahre eine auch finanzielle Durststrecke auf sich zu nehmen, ist nicht besonders weit verbreitet. Die bisher gemachten Erfahrungen zeigen, dass der Erfolg von eHealth-Projekten, wenn überhaupt messbar, erst nach Jahren eintritt. Manche Krankenkasse stellt sich dann die Frage, ob das Mitglied durch ein solches Projekt gehalten werden kann oder zu einer „billigeren" Kasse wechseln würde.

Möglichkeiten, den Umsetzungprozess zu beschleunigen

Erstmals in einem Koalitionsvertrag ist 2013 das Thema der elektronischen Informations- und Kommunikationstechnologie behandelt worden. Die Koalitionäre zählen auf, wo sie damit die Leistungsfähigkeit in unserem Gesundheitswesen weiter verbessern wollen: Versichertenstammdaten, Notfalldaten, die Kommunikation zwischen allen Leistungserbringern, Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit und Daten für ein verbessertes Einweisungs- und Entlassmanagement. Hindernisse im Datenaustausch und Schnittstellenprobleme sollen beseitigt und der Anbieterwettbewerb zwischen IT-Anbietern gefördert werden. Es versteht sich von selbst, dass dabei ein hoher Datenschutz beachtet werden muss. Schließlich der Appell an die Selbstverwaltung von Kostenträgern und Leistungserbringern: Telemed-Leistungen sollen gefördert und angemessen vergütet werden.

Damit ist bereits der Inhalt des eHealth-Gesetzes umschrieben, das Bundesgesundheitsminister Gröhe auf dem Hauptstadtkongress in Berlin in diesem Jahr angekündigt hat und das er bis Ende 2014 vorlegen will. Wir wissen noch nicht, welchen methodischen Weg er dabei einschlagen will. Will er die Selbstverwaltungspartner verpflichten, in einem zeitlich vorgegebenen Rahmen bestimmte Aufgaben umzusetzen? Welche Anreize für die Beteiligten könnten dabei vorgesehen werden? Bisher haben sich die Krankenkassen dagegen gesträubt, den niedergelassenen Ärzten durch finanzielle Zuschläge beim Einsatz telemedizinischer Behandlungsschritte die Umsetzung von eHealth zu „versüßen". Oder sollen die Verpflichtungen mit Sanktionen bewehrt werden? Sollen sich die Versicherten/Patienten auf bestimmte Umsetzungsschritte berufen können?

Die Erfahrungen der Politik und des Gesetzgebers mit verpflichtenden und strikten zeitlichen Vorgaben sind nicht besonders ermutigend. Seit über einem Jahrzehnt steht die elektronische Gesundheitskarte mit detailliertem Inhalt und Aufgabenkatalog in § 291a SGB V. Die gesetzlichen Krankenkassen haben, zum Teil unter massivem gesetzlichen Druck, bisher rund 880 Millionen Euro für die Ablösung der 1994 eingeführten Krankenversichertenkarte ausgegeben. Und was können Versicherte, Kostenträger und Leistungserbringer mit dem Plastikkärtchen mit Lichtbild anfangen? Eigentlich noch nichts, bzw. nicht mehr als mit der 1994 eingeführten Krankenversichertenkarte. Auch die zeitlichen Vorgaben für den Bewertungsausschuss in § 87 Abs. 2a SGB V, in welchem Umfang ambulante telemedizinische Leistungen erbracht werden können, stehen seit zwei Jahren immer noch auf dem Papier.

Im Grund genommen haben wir die wichtigsten gesetzlichen Voraussetzungen für die Telematikinfrastruktur und die dabei einzusetzenden Instrumente. Aber es fehlt der endgültige Schub, diese Möglichkeiten auch zu realisieren. Noch haben insbesondere die niedergelassenen Ärzte, aber auch die Patienten nicht verstanden, welche Verbesserungsmöglichkeiten für die Versorgung hier bestehen. Und auch für die Krankenkassen ist die flächendeckende Anwendung von eHealth-Technologien noch kein Herzensanliegen. Wie läßt sich erreichen, dass für alle Beteiligten eine Win-win-Situation entsteht, deren Vorteile möglichst einfach erkennbar und spürbar sind?

Rolle der Patienten

Die Antwort auf diese Frage ist bisher vernachlässigt worden. Wir haben uns in Deutschland viel zu sehr mit der technischen Machbarkeit beschäftigt und die Umsetzung elektronischer Informations- und Kommunikationstechnologien den IT-Fachleuten überlassen. Es reicht aber nicht aus, perfekte technische Lösungen zu schaffen, mit denen die sog. User, also Patienten und Leistungserbringer etwas anfangen können,. Die Diskussion um ellenlange PIN-Kombinationen, um den Datenschutz absolut wasserdicht zu machen, ist ein anschauliches negatives Beispiel für die Praktikabilität von eHealth. Der Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Dr. Franz-Joseph Bartmann, hat auf einer Veranstaltung des BMC betont: „Der entscheidende Schub für eine flächendeckende Anwendung von eHealth-Technologien wird nicht von der Selbstverwaltung oder von politischen Initiativen ausgehen, sondern von den Erwartungen und Forderungen der Patienten. Wenn die Patienten koordinierte Behandlungen und eine bessere Abstimmung der Therapie nachfragen, werden in der Konsequenz auch die Organe der Selbstverwaltung reagieren."

Ich frage mich ohnedies, warum die Versicherten nicht ständig die Frage stellen, was sie mit der Karte machen können oder sollen. Fragen, die sie an ihre Kasse, den behandelnden Arzt oder das Krankenhaus stellen müssten. Die bisherigen Funktionen, nämlich der Nachweis der Berechtigung zu einer Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bzw. für den Behandler die Abrechnung mit den Leistungserbringern, sind unverändert geblieben. Nur das Lichtbild auf der elektronischen Gesundheitskarte – übrigens eine Forderung aus der Ärzteschaft zur Vermeidung von Missbrauch – ist neu.

Auf Grund der bisher gemachten Erfahrungen wird dennoch der entscheidende Schub für die flächendeckende Anwendung von eHealth nicht vom Gesetzgeber kommen. Auslöser werden die Anwender im Zusammenwirken mit den Behandlern sein. Auf der Grundlage von zahlreichen einzelnen Anwendungen, die sich als praktikabel und patientenfreundlich erwiesen haben, wird sich ein telemedizinisches Netz bilden, das sich in die schon vorhandene Telematik-Infrastruktur einfügt. Das Rückgrat dieser Infrastruktur wird die schon vorhandene elektronische Gesundheitskarte sein, mit der Versicherte und Patienten Zugang zu den dann zur Verfügung stehenden Anwendungen haben.

Was muss beachtet werden?

Bei der Entwicklung und Ausgestaltung dieses Netzes von Anwendungen muss nach meiner Einschätzung Folgendes beachtet werden:

1. Die Anwendungen müssen so einfach sein, dass die Benutzer sie in ihrer Sinnhaftigkeit und Zweckmäßigkeit begreifen und schon deshalb bereit sind, sie einzusetzen.
2. Das Ziel der Anwendungen muss es sein, die medizinische Versorgung der Patienten zu verbessern. Dabei ist es wichtig, dass Patienten wie Behandler den Nutzen erkennen und für sich als Win-win-Situation empfinden.
3. Die Gewinnung und Speicherung von individuellen Gesundheitsdaten muss transparent und in einer vertrauensvollen Atmosphäre erfolgen. Darauf müssen sich Patienten und Behandler verlassen können.
4. Erst in der Zusammenarbeit der Behandler, im Einsatz von Ärztenetzen kann die Telemedizin ihre Möglichkeiten voll entfalten. Deshalb müssen die telemediznischen Systeme der Behandler – niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker, nicht approbierte Gesundheitsberufe – so ausgestaltet sein, dass sie interoperabel sind.
5. Zur Akzeptanz von eHealth-Anwendungen gehört es, dass schwierige Vorhaben, wie z.B. die Arzneimitteltherapiesicherheit zuerst in zahlreichen Modellvorhaben erprobt werden, bevor sich die Nutzer für einen Weg entscheiden.

Beachtet man dies, wird man in 10 bis 15 Jahren über den heutigen Widerstand eines Teils der Ärzteschaft gegen den flächendeckenden Einsatz von eHealth nur noch den Kopf schütteln. Telemedizin wird dann so selbstverständlich zu unserem Versorgungsalltag gehören wie der Einsatz von Smartphones oder die Methoden der bargeldlosen Zahlung zu unserem Leben. <<

von: Dr. Manfred Zipperer*

*Vorsitzender des Aufsichtsrates des Zentrums für Telematik im Gesundheitswesen GmbH (ZTG) in Bochum. Dieser Beitrag basiert auf einem auf dem Forum Petersberg gehaltenen Vortrag.