

wie die Einbeziehung der VERAH. Ein vergleichbares Datenbeobachtungsprojekt realisiert über ein telemedizinisches Zentrum auf der grünen Wiese wäre erheblich teuer. „Beim Einsatz gleicher Mittel wie bisher eine bessere Versorgung auf die Beine zu stellen, das ist das Ziel“, so Szecsenyi.

Die Patientendaten werden nicht zentral auf einem Server gespeichert. Das PraCMan-Programm läuft nur auf den Praxisrechnern. Über ein Modul sendet der betreuende Arzt bestimmte Daten für die Abrechnung und anonymisierte Patientinfos für die Qualitätssicherung und Evaluation. In einem nächsten Schritt ist die Vernetzung der Praxen untereinander denkbar oder eine modulare Erweiterung für das Einweisungs- und Entlassmanagement.

Klar ist, moderne Informations- und Kommunikationstechnologien sind längst in der deutschen Versorgungslandschaft angekommen – ambulant und stationär. Erheblicher Nachholbedarf besteht bei der Interoperabilität der Systeme und den intersektoralen Übergängen. Und diese Medaille hat zwei Seiten: das Wollen und das Können. „Der Datenaustausch über das Internet kommt einem Kulturwandel gleich“, sagt Versorgungsforscher Szecsenyi. Die Ärzte hätten Vorbehalte, weil sie nicht über dieselben Ressourcen verfügen, sich gegen Datenklau zu schützen, wie etwa Krankenhäuser. Die Leistungserbringer verbinden aber auch eine gewisse Furcht vor Transparenz. Niemand lasse sich gerne in die Karten schauen.

Auch technisch gibt es noch Herausforderungen. Man überlege sich, dass allein in einer Universitätsklinik oft weit über 100 Softwaresysteme im Einsatz sind. In einer universitären Fachabteilung wie der Radiologie zählte es problemlos 20 Geräteschnittstellen. Damit der Datenaustausch künftig funktioniert, möchte die Große Koalition mit dem E-Health-Gesetz ein Interoperabilitätsverzeichnis einführen. Die Gematik soll darin technische Standards fest schreiben. „Über die Verbindlichkeit dieses Ver-

zeichnisses sagt das Gesetz allerdings nichts“, gibt Sigmar Nesch, der Vorstandsvize der AOK Baden-Württemberg, zu bedenken.

Die Gesundheitskasse erprobt gemeinsam mit dem Ärzterverband MED1 und der Audi BKK die praxisübergreifende Vernetzung in der Region Heilbronn. Durch die Software VIVIAN der MicroNova AG werden über 100 Ärzte und Psychotherapeuten so vernetzt, dass sie Patientendaten und Befunde untereinander austauschen können; selbstverständlich nur mit Zustimmung der Patienten. „Nach anfänglicher Skepsis der Ärzte ist das Projekt erfolgreich angelaufen. In Südbaden wollen wir mit einem weiteren Piloten noch mehr Erkenntnisse gewinnen“, so AOK-Vorstand Herrmann. „Vom Zeit- und Informationsgewinn profitieren die Arztpraxen. Und

natürlich die Patienten, was für die AOK Baden-Württemberg ganz wesentlich ist.“

Nutzer in den Fokus nehmen

Dass die Beteiligten bei der Entwicklung der Telematikinfrastruktur mitunter den Patienten aus dem Auge verlieren, zeigt sich beispielsweise darin, dass es für Versicherte nicht die Möglichkeit gibt, die Daten auf ihrer Gesundheitskarte selbst einzusehen. „Die eGK-Umsetzung ist ein bürokratisches Monster geworden“, sagt Herrmann. „Die gegenwärtige Situation macht deutlich, dass sich Deutschland mit dem Ziel, ein Masterleamatkanwendungen kontrollieren soll, übertreiben hat.“ Statt der Technik sollte man den Nutzen in den Mittelpunkt stellen und Projekte von unten nach oben entwickeln. Wenn sich in der Praxis herausstellt, was der Versorgung von Versicherten wirklich dienlich ist, wie sich die Arzt-Patienten-Kommunikation auch auf Distanz gut managen lässt und über welche Kanäle Leistungserbringer Befunde und Erkenntnisse am effizientesten austauschen, dann findet sich auch ein Weg, unterstützende Technologien angemessen sicher und rechtskonform zu gestalten. Genügend Projekte, die das unter Beweis stellen, gibt es in Baden-Württemberg.

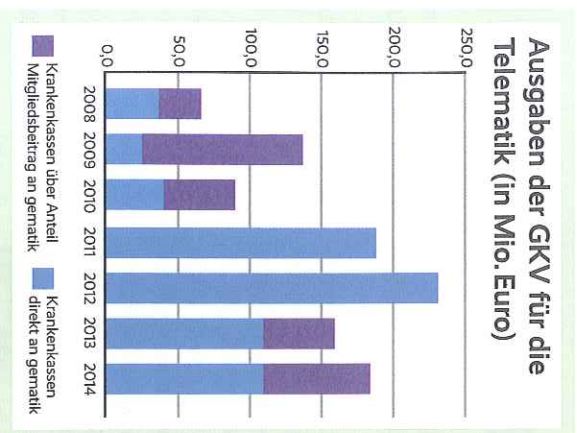


Abb. 2: Seitens der GKV sind inzwischen mehr als eine Milliarde in das Telematikvorhaben geflossen

QUELLE: GKV-SV

Interview

Teure Projekte nach alten Standards



Foto: RBK

Prof. Mark Dominik Aischer, Chefarzt Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart

Prof. Aischer, Sie erproben selbst telemedizinische Konzepte – wo liegt deren Vorteil? Wir können die Effektivität der Behandlung und auch die Qualität der Betreuung deutlich erhöhen. Die COPD-Patienten in unserem Programm werden engmaschig betreut, auch über größere Distanzen hinweg. Statt einmal alle vier Wochen beim Arzt werden ihre Daten täglich überwacht. Dadurch erkennen wir Mediziner früher, wenn es Handlungsbedarf gibt.

Wird die Behandlung dadurch teurer oder günstiger?

Eher günstiger. Noch sind die Einführungskosten verhältnismäßig hoch. Aber wir beobachten in der Folge weniger Krankenhausaufenthalte, wodurch eingespart werden kann. Die Effekte sind schwer messbar, es hängt stark von der Patientengruppe ab, die telemedizinisch behandelt wird. Bei chronisch Kranken lohnt es sich aus meiner Sicht in jedem Fall.

Warum schaffen es dann so wenige Modellprojekte in die Regelversorgung?

Weil es teure Projekte nach alten Standards sind. Einrichtung und Unterhalt telemedizinischer Zentren kosten viel Geld. Alles muss nach dem Medizinprodukte-Gesetz zertifiziert sein. Eine Erleichterung der Rahmenbedingungen wäre sinnvoll. Neue Qualitätskriterien ähnlich denen auf dem Consumer Market müssen her. Die sieht das E-Health-Gesetz in der Form nicht vor.

Innovationen müssen effizient sein

Telematische Anwendungen sollten nicht dem Selbstzweck dienen, sondern den Versicherten

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen hat das Potenzial, die medizinische Versorgung nachhaltig zu verbessern, da sie die Behandlungsmöglichkeiten für Patienten erweitert und optimiert. Die AOK Baden-Württemberg begrüßt, dass die Große Koalition mit dem E-Health-Gesetz endlich verbindliche Fristen für die Einführung telematischer Anwendungen setzt.

Die AOK Baden-Württemberg spricht sich gegen die gesonderte Vergütung elektronischer Arzt- und Entlassbriefe aus,