

Wie geht es mit der Telematik weiter?

Eine Chance für die Zukunft

Erst war im Zuge der Koalitionsverhandlungen ein Moratorium für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte im Gespräch. Woraufhin die **Techniker Krankenkasse** und die **AOK** entschieden, die Verteilung der Karten in der Pilotregion Nordrhein zunächst zu stoppen, da man vor dem Hintergrund der unsicheren politischen Lage das Milliardenprojekt vorerst nicht weiter vorantreiben wolle. Dadurch sah sich der frisch ernannte Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (**FDP**) offenbar zum Handeln genötigt und schrieb nach dpa-Angaben in einem Brief an seinen nordrhein-westfälischen Amtskollegen Karl-Josef Laumann (**CDU**), dass sich die gemeinsam gewollte Überprüfung „nicht auf die Funktionen der bisherigen Krankenversichertenkarte“ beziehe. Das ist kein Wunder, denn an Funktionen kann die Karte bis auf eine Schlüsselfunktion (noch) rein gar nichts aufweisen. Daher stellt sich die Frage: Was soll denn überprüft werden?

>> Das bisher nicht veröffentlichte Schreiben von Minister zu Minister zeigt, dass die Koalition anscheinend nie vorhatte, das gesamte IT-Großprojekt zu stoppen, aber sehr wohl versuchen möchte, die insgesamt eher mühsame Projektentwicklung durch die Selbstverwaltungsorganisationen des Gesundheitswesens zu überprüfen. Und vielleicht auch die dem Ganzen zugrunde liegende Struktur, als auch das dahinter stehende Geschäftsmodell der Betreibergesellschaft **gematik** zu durchleuchten. Deren Gesellschafter sind wiederum die Spitzenverbände der Krankenversicherungen, die **KBV** sowie Ärzte- und Apothekerkammern und damit genau jene Selbstverwaltung, die jetzt gerade erst dabei ist, zumindest in der Modellregion Nordrhein elektronische Gesundheitskarten (eGK) auszugeben - immerhin schon sechs Jahre nach den ersten Beschlüssen.

Diese eGK enthalten wiederum trotz diverser anders lautender Medienmeldungen - wie Insider natürlich seit langem bekannt ist - überhaupt keine gespeicherten Krankendaten, sondern lediglich die kassenseitigen Versicherungs- und personenbezogene Daten wie Name, Geburtsdatum, Geschlecht und Adresse sowie zu einem späteren Zeitpunkt in der Aus-

baustufe 3 - also etwa ab 2011 - den Notfalldatensatz, der allerdings ebenso wie andere, wirklich sinnstiftende Mehrwertdienste zu den sogenannten freiwilligen Anwendungen gehört. Viel mehr als diese Minimaldatensätze sind rein technisch auf der bisherigen eGK auch gar nicht speicherbar, denn sie basiert auf der aus den 90er Jahren stammenden Smart-Card-Technologie, die jedermann von seiner EC-Karte oder auch manch bisheriger Versichertenkarte in Form eines kleinen goldenen Chips kennt. Mehr als das ist die eGK nicht, die sich lediglich durch zwei Neuerungen auszeichnet: ein Bild des Versicherten und eine echt ausgefeilte Schlüsseltechnologie, die zusammen mit dem ebenfalls ausgelieferten Heilberufsausweis (HBA) Zugang zu den wirklichen Patientendaten gewähren soll, die es allerdings so auch noch lange nicht gibt.

Die Frage der kommenden Wochen und vielleicht auch Monate wird es deshalb sein, ob sich die neu formierte Bundesregierung in der Lage sieht, den Zug der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte in eine Richtung umzulenken, die wirklich in eine sinnstiftende Zukunft führt - ihn aufzuhalten wäre kontraproduktiv. „Die eGK ist“, so erklärte Rainer

Bernnat, Vice President von **Booz & Company** - einer Unternehmensberatung, die die erste Kosten-Nutzenbewertung für das IT-Großprojekt im Auftrag der gematik erstellt hatte - unlängst der „Computer Zeitung“, „der Schlüssel zu einer umfassenden Modernisierung des Gesundheitswesens“. Die Einführung der Karte und der entsprechenden Telematik-Infrastruktur stehe für eine Steigerung der Versorgungsqualität, zum Beispiel durch die Verfügbarkeit von Informationen, mit denen Arzneimittel-Unverträglichkeiten erkannt werden könnten oder durch die Konsolidierung aller medizinischen Informationen in einer elektronischen Patientenakte. Aber sie stehe auch für Effizienz und Kostensenkung, sowohl was die medizinische Leistungserbringung als auch die begleitenden administrativen Prozesse angehe. Für ihn gehe es derzeit darum, „die Autobahn zu bauen“, auf der künftige Mehrwertdienste aufsetzen könnten. Bernnat weiter: „Das bringt zunächst keinen Nutzen, so lange wie darauf keine Autos als Anwendungen fahren.“ Daher werde sich der Break-Even in der derzeitigen Einführungsreihenfolge der Anwendungen erst sehr spät einstellen. Dieses „spät“ datiert Bernnat auf einen Zeitraum „nach etwa neun Jahren“ - was für Pro-

SCHWERPUNKT:

1. Symposium zur „Zukunft der Telematik“ der Med-O-Card > S. 2-5

Terminspeigel

November/Dezember 2009

Datum	Wer	Ort
23./24.11.	spektrum K	Berlin
23./24.11.	Handelsblatt	Berlin
25.11.	BVMed	Berlin
27./28.11.	DVGPH	Dresden
2./3.12.	BayernInn.	Würzburg

In dieser Ausgabe vorgestellte und von „Versorgungsmanagement Kompakt“ (VMK) empfohlene Termine.

jekte dieser Tragweite allerdings normal sei.

„Was muss passieren, damit es schneller voran geht?“, fragte die „Computer Zeitung“ unverblümt, worauf der Unternehmensberater antwortete: „Wir brauchen den Schulterschluss zwischen allen Beteiligten: Leistungserbringer, Kostenträger, Politik, Verwaltung, **Bundesgesundheitsministerium**, gematik und der Industrie.“ Alle Interessenvertreter sollten als Botschafter die Innovationsidee innerhalb ihres Umfeldes und darüber hinaus kommunikativ unterstützen und nicht nur kritisieren.

Genau das versucht das israelisch-deutsche Unternehmen **Cepco** seit vielen Jahren. Doch bislang wollte die Einwände des Firmengründers Dr. Gunter Pollanz niemand so recht wahrnehmen, der mit seiner von **Med-O-Card** angebotenen USB eGK bereits heute eine Systemlösung anbieten kann, die auf der Technologie der Zukunft basiert und obendrein bereits einsatzfähig wäre - wenn man ihn denn einmal fragen würde. <<

Interview: Dr. Gunter Pollanz (Gründer **Cepco Ltd.**)/Dr. Wolf-Dietrich Loose (Aufsichtsratsvorsitzender **Med-O-Card AG**)

„Der Patient ist der kleinste und der größte Nenner“

In der wissenschaftlichen Fachzeitschrift „Monitor Versorgungsforschung“ (Ausgabe 03/09) sprach Frank Gotthardt, Gründer und CEO von **Compugroup**, davon, dass die gematik in Deutschland derzeit eine riesige Datenautobahn schaffe, doch ohne genau zu wissen, welche Fahrzeuge - sprich Anwendungen - einmal darauf fahren werden. Dies bestätigte Martin Fuchs, Geschäftsführer der **InterComponentWare AG**, in „Versorgungsmanagement Kompakt“ (Ausgabe 01/09) absolut. Er bemängelte aber auch, dass man sich derzeit eigentlich nur - zwar mit durchaus wichtigen - Themen der Infrastruktur und Datensicherheit beschäftigte, aber leider nicht mit dem Inhalt an sich, also einem wie auch immer gearteten Mehrwert. Über die „Zukunft der Telematik“ sprach „Versorgungsmanagement Kompakt“ (VMK) am Rande des gleichnamigen Med-O-Card-Symposiums im Vorfeld der Medica mit Dr. Gunter Pollanz, dem Gründer und CEO der **Cepco Health Management Ltd.** und Dr. Wolf-Dietrich Loose, dem Aufsichtsratsvorsitzenden der **Med-O-Card AG**.

>> Herr Pollanz, ist die Einführung der Telematikstruktur für Sie als ein in Israel lebender Österreicher typisch deutsch?

Pollanz: Darüber zu urteilen, maße ich mir nun lieber keine Kompetenz an. Für mich ist die deutsche, aber auch die frühere amerikanische Herangehensweise gelinde gesagt, unverständlich: Da wurde mit Brachialgewalt und mit dem Einsatz von Milliarden von Euro versucht, eine riesige Datenstruktur aufzubauen. Auf Abertausenden von Seiten wurden dafür Spezifikationen geschrieben, Zertifizierungen erarbeitet und Sicherheitskonzepte vorgegeben, die - das muss man durchaus konzipieren - absolut Sinn machen würden.

Sie formulieren im Konjunktiv?

Pollanz: Ganz bewusst. Sinn macht ein derartiges Super-Sicherheitskonzept doch erst, wenn im Vorfeld definiert wurde, was geschützt werden soll. Die Frage nach dem „Was“ definiert die Frage nach dem „Wie“ - nicht umgekehrt.

Wie ist das zu verstehen?

Loose: Diese Frage erklärt ein wenig den Weg, den die Med-O-Card in den vergangenen Jahren zurückgelegt hat. Gunter Pollanz hat Ende der 90er Jahre versucht, seine eigene gesundheitliche Historie in einer Art elektronisch gestützter Patientenakte zu dokumentieren, um so für sich und seine damaligen behandelnden Ärzte ein Transparenzmedium zu schaffen. Das ist ihm auch gelungen, was gleichzeitig auch der Startschuss für die Entwicklung der Med-O-Card ist, wie wir sie heute vor uns haben.

Pollanz: Als im Umfeld der Cebit 2007 ein bedeutender Teil der organisierten deutschen Ärzteschaft auf mich - unglücklich mit der von der gematik inszenierten elektronischen Gesundheitskarte (eGK) - zukam, reagierte ich anfangs auch ziemlich überrascht.



Dr. Wolf-Dietrich Loose ist Aufsichtsratsvorsitzender der **Med-O-Card AG** und war zuletzt im Vorstand der Metro AG für die Ressorts M&A/Recht, Personal und Verbandswesen verantwortlich, nachdem er auch in den Vorgesellschaften der Metro AG - der ASKO, Kaufhof und DSBK - eine Vorstandsposition inne hatte. Wolf-Dietrich Loose ist weiterhin als Vorsitzender bzw. als Mitglied in diversen Aufsichtsräten tätig und hat zudem über seine Firma First Capital Partners selbst in die Med-O-Card AG investiert.



Dr. Gunter Pollanz ist Gründer und CEO der **Cepco Health Management Systems Ltd.** Er studierte Wirtschaftswissenschaften und internationales Recht an der Universität Innsbruck. Vor seiner Auswanderung nach Israel war er Verkaufsleiter der Charterairlines Germanair/Bavaria in München/Frankfurt und später am Aufbau des Charter-Flugverkehrs nach Israel und an der Gründung der MAOF Airlines in Tel Aviv beteiligt. 1997 diagnostizierten Ärzte bei ihm unheilbaren Lymphdrüsenkrebs, den seine Ärzte nach damaligem Gold Standard mit klassischer Chemotherapie behandeln wollten. Das akzeptierte er nicht und nutzte seine Computerkenntnisse zu einer ausführlichen Internetrecherche und dem Studium der Krankheit. Mittels eines einfachen, selbst geschriebenen Programms analysierte Pollanz die vorhandenen Daten der FDA und fand zur damals als „alleinigen Chance“ geltenden Chemotherapie eine Alternative. Und er behielt recht: Nur neun Monate nach seiner persönlichen Ablehnung der Therapie mit „Interferon“ schloss die Food and Drug Authority der USA diesen Wirkstoff für diese Behandlung des malignen Melanoms in Lymphdrüsen aus. Seine Erkenntnis: Jeder Patient hat im Fall einer einschneidenden Diagnose das Recht und die Pflicht, sich die Zeit zu nehmen, sich mit allen Mitteln der modernen Kommunikationstechnologie kundig zu machen. Aber: Er braucht auch die nötigen Daten dafür, was für Pollanz der ursächliche Antrieb war, die Med-O-Card zu entwickeln.

Beispiel der Med-O-Card mit seitlichem USB-Adapter und einer Kartendicke, die in etwa der Dicke von eineinhalb EC-Karten entspricht.



Warum?

Pollanz: Weil ich nicht verstehen konnte, wie man überhaupt auf die Idee kommen kann, mit einem Milliarden-Aufwand ein System in den Markt zu drücken, das in den ersten Jahren nicht mehr kann, als die bisherige Versichertenkarte auch.

Was nicht ganz stimmt. Immerhin ist die jetzt in Nordrhein verteilte eGK und der zum System gehörige Heilberufsausweis in Kombination mit den Lesegeräten einer der raffiniertesten Schlüsselsysteme überhaupt.

Loose: Vollkommen richtig. Gerade das ist aber das Problem. Denn dieser sehr hochwertige Schlüssel schützt auf absehbare Zeit absolut nichts. Wir reden über einen Zeitraum von drei bis vier Jahren, bis überhaupt nennenswerte Mehrwertanwendungen in diesem System funktionieren werden. Wenn wir einmal von der an sich trivialen Anwendung des elektronischen Rezepts absehen, das ab Mitte des nächsten Jahres für die Kassen einige Codierungsprobleme lösen und Abrechnungen vereinfachen wird, doch für den Patienten hält sich der Mehrwert arg in Grenzen.

Es wird also eine riesengroße Enttäuschung geben, wenn im Bereich Nordrhein mal alle Karten ausgegeben sind und wirklich alle Ärzte ihre Lesegeräte installiert haben, was ja erst zu 60 Prozent der Fall ist.

Loose: Das wird gar keine so große Enttäuschung. Denn aufgrund dessen, dass über das neue System eGK/HBA derzeit keinerlei Mehrwertanwendungen möglich sind, wird sich das System im Tagesgeschäft schnell etablieren, was im Endeffekt bedeutet, dass die Versicherten aus ihren Portemonnaies lediglich die alte Versichertenkarte herausnehmen und die neue eGK reinstecken.

Pollanz: Doch genau damit wird eine historische Chance verspielt. Das Telematiksystem wurde ja nur geschaffen, um sowohl mehr Transparenz zu erzeugen, als auch einen sektorenübergreifenden Fluss von Gesundheitsdaten zu ermöglichen und vielleicht auch, um eine Art von aktiver Gesundheitssteuerung zu etablieren. Davon wird, wenn der Rollout dieser Karte so weitergeht, wie er in Nordrhein begonnen wurde, in den nächsten Jahren keine Spur zu finden sein. Der Grund ist ebenso trivial wie niederschmetternd: In Deutschland hat man sich sechs Jahre lang mit dem – natürlich wichtigen – Thema Sicherheit beschäftigt, aber hat all das bei Seite gelassen, was innerhalb dieses zu schützenden Datenbereichs zu definieren ist.

Lassen Sie uns also mal nicht mehr über die Infrastruktur reden, sondern über den Inhalt.

Loose: Dann fangen wir einmal damit an, dass das deutsche Gesundheitssystem nun einmal nicht der leere Bierdeckel ist, auf dem der CDU-Politiker Merz schon vor Jahren sein neues Steuersystem niederschreiben wollte. Die Realität ist nämlich ganz anders: In Deutschland existieren zur Zeit rund 350 unterschiedliche elektronische Patientenakten (EPA), die in Krankenhäusern, bei Ärztezentren, in MVZ und natürlich bei vielen einzelnen niedergelassenen Ärzten eingesetzt werden. Für all diese gibt es bis heute keine organisatorische Infrastruktur, geschweige denn Definitionen, was denn genau unter gemeinsamem Datensatz oder unter den Begriffen „Arztbrief“, „Radiologiedaten“ oder „Medikamentendatenbank“ zu verstehen ist.

Pollanz: Dabei ist eine EPA aus softwaretechnischer Sicht ein winziges, kleines Etwas mit nicht mehr als 500 bis vielleicht 600 Dateninhalten. Es gäbe überhaupt keinen Grund, warum nicht alle EPA von vorne herein gleich strukturiert wären. Doch zur Ehrenrettung dieser EPA muss man auch sagen, dass in ihnen die Daten zwar überall anders, aber zumindest strukturiert bevorratet werden, sodass man sicher irgendwann einmal einen Algorithmus programmieren kann, um diese Daten zu vereinheitlichen. Das Hauptproblem liegt indes ganz wo anders, nämlich bei der Hard-

Software-Ausstattung vieler niedergelassener Ärzte.

Das Problem heißt Modernisierungstau. Wobei die Krankenkassenseite sagt, dass es nicht Aufgabe des Solidarsystems sein könne, diesen zu beseitigen. Könnte es wirklich eine Solidaraufgabe sein, einem Arzt einen 16 MB-Onlinezugang zu bezahlen, wo er bislang mit einem 8 KB-Modem ganz zufrieden ist, das er sich zudem aus persönlichen Sicherheitserwägungen heraus nicht einmal an seinen Praxis-Computer anzuschließen traut?

Loose: Darüber könnte man nun trefflich philosophieren. Anders herum reicht es eben nicht, wenn zwischen dem Spitzenverband der Krankenkassen und der KBV vereinbart wird, dass im Rollout-Gebiet Nordrhein jeder Arzt aus Kassen- und damit aus Patientenmitteln 645 Euro für ein stationäres Lesegerät sowie eine Installationspauschale bekommt.

Pollanz: Am Anfang mag das aber durchaus funktionieren, eben weil noch keine Mehrwertangebote darüber laufen. Aber stellen wir uns einmal vor, was passiert, wenn ein Arzt versucht, ein rund ein Gigabyte großes Radiologie-Bild runter zu laden, aber eine zu kleine Downloadrate hat: Er wartet Stunden! Dann stellen wir uns einmal einen Montag morgen vor, wenn auf einen Schlag alle 250.000 niedergelassenen und Krankenhaus-ärzte, alle 23.000 Apotheker und zigtausend andere Healthprofessionals und einige Millionen Patienten ins Netz gehen und versuchen, über ein sogenanntes virtuelles privates Netz – also eine Art gesicherten Datentunnel im Internet – an Patientendaten zu kommen. Das Netz wird derartig überlastet, dass ein Arzt, selbst wenn er eine relativ schnelle Datenleitung hätte, verzweifelt, weil das Network insgesamt so überlastet ist, dass es wahrscheinlich zusammenbrechen wird. Und wenn es das nicht tun sollte, wird jeder Daten-Download eine bis zwei Stunden brauchen.

Das wird eine Sache des einzusetzenden Serverparks sein. Malen Sie da nicht etwas zu schwarz?

Pollanz: Man kann mathematisch genau ausrechnen, wann ein solches System in die Knie geht. Aber selbst wenn der Serverpark nach der Investition von vielen Millionen oder wahrscheinlich Milliarden von Euro groß genug sein sollte, ist man auch dann von Unwägbarkeiten nicht gefeit. Das musste eine Pharmafirma vor ein, zwei Jahren schmerzlich erleben, als ein Angestellter ein nur rund zehn Megabyte großes Cartoon an alle 20.000 Kollegen weltweit mailte und damit den Firmenserver für drei Tage außer Gefecht setzte. Nun: Der unglückliche Mailer war seinen Job los. Aber kann sich das Gesundheitssystem einen solchen und immer möglichen Server-Crash wirklich leisten?

Loose: Hier geht es auch gar nicht um Schwarzmalerei, sondern um technische Realität. Ein Datennetz oder deren Sinnhaftigkeit ist eben immer nur so gut wie seine Performance. Wenn die nicht stimmt, wird sich das System nie amortisieren, weil nur durch dessen aktive Nutzung jene Effektivitätsreserven gehoben werden können, für die es ja geschaffen werden soll.

Man sollte also am besten jedem Arzt eine schnelle Datenleitung besorgen und ihm am besten ein vorinstalliertes Super-Laptop hinstellen, auf dem bereits ein modernes Praxis-Verwaltungssystem installiert ist, das auch mit modernen EPA kommunizieren kann, was ja auch nicht immer der Fall ist.

Loose: Kein Wirtschaftsbereich auf der ganzen Welt – ob nun Automobilindustrie, Versicherung, Pharmaindustrie oder Einzelhandel – würde heute auch nur einen einzigen Tag wirtschaftlich überleben, wenn er auf einer derart veralteten Hardware- und Softwarestruktur aufsetzen müsste, wie sie derzeit in der medizinischen Welt noch gang und gäbe ist. Für mich lautet deshalb die Gretchenfrage, wie man überhaupt eine zukunftsorientierte Datenkommunikation des deutschen Gesundheitswesens auf technischen Systemen aufbauen kann, die eben zum großen Teil

noch aus den 80er und 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts stammen. Insofern wäre eine schnelle Datenleitung und ein moderner PC vielleicht doch Aufgabe des Solidarsystems.

Oder eben eine moderne elektronische Gesundheitskarte, von der in vielen Medienberichten so getan wird, also ob auf der wirklich Daten vorhanden wären, die dazu noch in der Lage sind, im Notfall auch lebensrettend zu sein.

Pollanz: Das ist eben nur eine Teilwahrheit, die seitens der Politik auch nie gerade gerückt wird. Zum einen kann die von der gematik forcierte eGK natürlich den sogenannten Notfalldatensatz speichern, in dem in einem minimalen Umfang auch einige Medikamente codiert sind. Doch das ist eine freiwillige Anwendung, die erst in der dritten Ausbaustufe – also irgendwann ab 2011 – vorgesehen ist. Bis dahin ist die gematik-eGK nichts weiter als eben dieser Schlüssel ins Nichts, garniert mit den Patienten- und Versichertendaten wie Name, Adresse, Alter, Geschlecht sowie Versicherungsnummer. Viel mehr kann auf der Karte mit ihren 144 Kilobyte Speichervolumen, die auf der Smart-Card-Technologie der 90er Jahre basiert, auch gar nicht abgelegt werden.

Loose: Wer nun zudem weiß, dass jeder Patient im Schnitt ein Datenvolumen von rund einem Gigabyte hat, ahnt, dass die eGK der gematik wohl nicht der passende Speicherort sein kann.

Dafür soll es ja einen Serverpark für ein dezentrales Hosting der Patientendaten durch Dienstleister geben, die die gematik noch beauftragen will.

Pollanz: Das ist jedoch noch nicht geschehen. Aber das wäre auch unsinnig, weil über das System eGK/HBA und Kartenlesegeräte derzeit gar keine Daten gehostet oder verschoben werden. Wir haben für den Zeitraum von zehn Jahren hoch gerechnet, dass die für rund 80 Millionen Versicherte notwendige Serverstruktur Investitionen in der Höhe von mindestens 10, wahrscheinlich aber eher 50 Milliarden Euro kosten wird. Damit sind nur die Kosten für die Datenhaltung erfasst, nicht für die Datenlesegeräte.

Demgegenüber steht nun eine andere Art der Telematik-Philosophie, nämlich die patientenzentrierte Datenhaltung, für die Ihr Unternehmen steht.

Loose: Wer sowohl die hier im Raum stehenden Zahlen, als auch die tatsächlichen technischen Möglichkeiten kalkuliert, erkennt doch ziemlich schnell, dass der einzige Weg derjenige ist, dass der Patient selbst zum Verantwortlichen seiner Daten werden muss. Und zwar, indem er sie auf einer persönlichen Speicherkarte mit sich führt.

Wobei Kritiker seit Jahren einwenden, wie auch ein Fraunhofer-Gutachten – beauftragt von der gematik – ins Feld führen, dass die von Ihrer Firma angebotenen USB-Speicherkarten nicht sicher genug wären.

Pollanz: Fraunhofer und gematik haben unsere Karte niemals geprüft, obwohl wir angeboten hatten, die damals wie heute noch nicht veröffentlichte Sicherheitstechnologie der neuen Med-O-Card offen zu legen. Doch das wollte keiner. So fehlten den Gutachtern – wie sie auch selbst in ihrem Bericht schreiben – viele Informationen; zudem verglichen sie gewöhnliche, handelsübliche USB-Sticks mit dem hoch technischen Sicherheits-Mikroprozessor der gematik-eGK und damit im Prinzip Äpfel mit Birnen. Will heißen: Ein gewöhnlicher USB-Stick hat mit unserer „High-Secure USB-Med-O-Card“, die unter dem Arbeitsnamen USBBeGK eingeführt wird, genauso viel zu tun wie ein Trabi mit einem Formel 1-Boliden. Denn die von uns verwandten Mikroprozessoren sind nach der gleichen Klasse

sicherheitszertifiziert wie jene auf der gematik-eGK, nämlich nach der „Common Criteria EAL4“. Falls es zu der politischen Entscheidung kommen sollte, dass unsere eGK mit all ihren schon heute existierenden Mehrwertdiensten und Speicherkapazitäten eingeführt werden sollte, könnten wir sogar – wenn es denn der Wunsch sein sollte – den Mikroprozessor der gematik zusätzlich zu unserem auf der Karte installieren.

Auf Deutsch: Wäre mit diesem „Common Criteria EAL4-Chip“ im Prinzip die Med-O-Card identisch mit der eGK-Schlüsselsystematik? Jedoch plus schon heute möglicher Mehrwertdienste und obendrein der Speichermöglichkeit der Patientendaten?

Pollanz: Unsere Med-O-Card kann die gesamte von der gematik spezifizierte Sicherheitsstruktur übernehmen. Lediglich der Zugang ist ein anderer, denn der wird eben nicht über Kartenlesegeräte, sondern über den USB-Port aktiviert. Damit schalten sich automatisch die 16 Gigabyte Flash-Speicherzonen der USB-Karte frei, auf der in einer komplett neuen Hardware-Technologie die Daten verschlüsselt in so genannten „Hidden-Depositories“ liegen. Diese versteckten Datentresore kann der Patient für die unterschiedlichsten Healthprofessionals freischalten, weil beispielsweise der Zahnarzt eben nicht wissen muss, welche psychischen Vorerkrankungen ein Patient hat, während medikamentöse Unverträglichkeiten durchaus interessant sein dürften.

Loose: Nur dass unsere Karte im Massenbetrieb pro Versicherten lediglich rund vier Euro pro Monat kostet – gerechnet über eine Laufzeit von 36 Monaten. In dem Preis sind aber bereits die nötigen Backup-Systeme enthalten sowie die Datenspeicherung in der Kapazität von 14 von insgesamt 16 möglichen Gigabyte, ergänzt durch Applikationen wie medizinische Risikoanalysen, Diagnose-Codes, pharmakologische Datenbank, Labordaten nach LDB-Datensatz der KV oder den Radiologie-Datensatz im DICOM-Format. All das und noch viele andere mehr der über 30.000 in Amerika diskutierten Mehrwertdienste sind auf einer einzigen Karte abbildbar. Denn im Endeffekt kann all das, was ein modernes Gesundheitssystem an strukturbildenden Daten braucht, auf dieser Karte vorgehalten werden, womit auch die ganzen technischen Unwägbarkeiten und Unsicherheiten eines großen Systems auf die wirklich handelbare Einheit reduziert wird – und das ist eben der kleinste wie der größte Nenner im System: der einzelne Patient!

Pollanz: Die Karte ist Schlüssel und Datenspeicher zugleich. Das heißt, dass alle Daten samt ihrer Ver- und Entschlüsselung auf der Karte selbst vorgehalten werden, wobei jede Karte einen anderen, im Prinzip nicht knackbaren Schlüssel hat.

Dieses „im Prinzip“ beruhigt nicht gerade.

Pollanz: Wir sind nicht übermütig genug zu sagen, dass ein Sicherheitssystem nie hackbar sein könnte. So sicher ist nun mal kein Sicherheitssystem der Welt. Wenn jemand mit einem Elektronen-Mikroskop und einem Super-Computer unsere Karte attackiert, wird er sie in einem gewissen Zeitraum – ob das nun ein oder mehrere Jahre sind – knacken können. Die Frage ist jedoch, ob die kriminelle Energie wirklich hoch genug ist, diesen enormen Aufwand für die Gesundheitsdaten eines einzelnen Patienten zu fahren. Das lohnt sich doch einfach nicht.

Aber was passiert, wenn der Patient diese Karte verliert?

Pollanz: Es geht nichts verloren. Die Daten können doch von den Backup-Servern zurückgeholt und eine neue Karte erzeugt werden.

Wer ist zuständig, dass Daten auf der Karte gespeichert werden?

Loose: Ich halte nichts davon, jemand in die Pflicht zu nehmen. Am

besten wäre es, wenn alle am Gesundheitswesen Beteiligten den gesetzlichen Auftrag erhielten, sowohl die Schnittstellen als auch die Datensätze ihrer Softwaresysteme so zu vereinheitlichen, dass automatisch alle Daten derjenigen Karte, die in einem „Multiple USB Adapter“ im PC des Arztes, der MTA oder eines sonstigen Healthprofessionals steckt, upgedatet werden; allerdings nur jene Daten, die seit dem letzten Backup verändert wurden, was den Aufwand immens minimiert. Wenn also beispielsweise ein Arzt ein EKG erstellt und in seinem Praxisverwaltungssystem abspeichert, werden die Daten automatisiert auf die USBcGK sowie zeitgleich oder nach Server-Belastung auch zeitversetzt auf das Backup-System übertragen.

Also doch eine zentrale Datenhaltung?

Loose: Ohne zentrale Datenhaltung gäbe es ja weder strukturbildende Effekte, noch die Möglichkeit zur Versorgungsforschung. Aber ebenso wichtig ist, dass die Med-O-Card wie der heute in fast jedem Haushalt befindliche PC oder Laptop ein dezentrales System ist, mit dem der Bürger seine Gesundheit managen kann. Nicht die früheren Großrechner von IBM, sondern die Millionen kleinen Rechner in den Haushalten haben die Entwicklung der Kommunikation in den letzten 20 Jahren bestimmt. Im Gesundheitswesen wird das nicht anders sein. Die Gesundheitsdaten gehören zuvorderst in die Hand bzw. über die Med-O-Card in das Portemonnaie des Bürgers. Er muss entscheiden, was mit seinen Gesundheitsdaten passiert. Doch dafür muss er seine Daten zunächst einmal selbst in Händen haben, was das Verfassungsgericht „informationelles Selbstbestimmungsrecht“ nennt.

Das Verfassungsgericht hat damit das Recht des Patienten auf eigene Daten eindeutig festgelegt.

Loose: Das stimmt. Allerdings müsste der entsprechende Paragraph im SGB V dringend geändert werden, da er eine verantwortliche Datensammlung - egal ob unter Arzt-Aufsicht in Form einer Gesundheits-Fallakte oder unter Patientenhoheit in Form einer Patientenakte - unmöglich macht.

Pollanz: Genau aus diesem Grund sieht die Med-O-Card vor, dass sich ein Patient, der eine Datenkarte erhält, mit der die Ärzte ja auch verantwortlich arbeiten sollen, bis zur Änderung des Gesetzes vertraglich verpflichtet, dass sensible Daten lediglich in ein „Hide“ - also Versteck - gelegt werden können, zu dem er Zugangsrechte vergeben kann. Doch kann von der Karte grundsätzlich niemals ein Datensatz geändert bzw. gelöscht werden.

Wo werden die Daten gespiegelt?

Pollanz: Die Daten müssen auf einem Backup-System gespiegelt werden. Hier kommen wir aber in den Bereich des Datenschutzes, denn jeder Bürger hat nun einmal das Recht, selbst zu entscheiden, wo er seine Daten abgespeichert haben möchte.

Theoretisch könnte man dafür die Suchmaschine Google anwählen, die bereits heute ein „Medical Backup“ anbietet.

Loose: Sicher. Es wird ein riesiges Feld an privatwirtschaftlich betriebenen Backup-Systemen geben, mit denen der Patient seine Daten sichern kann. Die Frage wird sein, ob das sinnvoll ist. Denn wenn jeder seine Daten woanders hosten lässt, ist von Strukturbildung und Versorgungsforschung keine Rede mehr.

Was wäre Ihr präferiertes System?

Pollanz: Da wir unser Datensystem auf Anregung der Ärzteschaft entwickelt haben, wäre eine Lösung die, dass sich die Ärzteschaft regional auf mittelgroße, aber miteinander vernetzte Server konzentriert und

dort die Daten unter ihrer Kontrolle vorhält. Aus Sicherheitsaspekten wäre sicher eine Art „Honey Web“ am besten, wie die Amerikaner ein honigwabenartiges System bezeichnen, in denen ähnliche Daten kumuliert aufbewahrt werden.

Was heißt das?

Pollanz: Im „Honey Web“-System liegen die Daten jedes einzelnen Bürgers wie in einem Banksafe, wobei kein Safe Verbindung mit anderen hat. Zugleich liegen die Stammdaten von den Medizindaten getrennt, d.h. selbst wenn jemand eine Wabe brechen könnte, hätte er nur Zugriff auf verschlüsselte, anonymisierte Daten - eine Grundforderung der Datenschützer.

Das Gesundheitssystem hätte die Möglichkeit, mit diesen entpersonalisierten Daten strukturbildend als auch forschend zu arbeiten?

Loose: Sicher. Aber nur, wenn der Patient explizit dem Zugang auf bestimmte oder auch alle Daten im „Honey Web“ zustimmt.

Wer soll diesen „Honey Web“ letztendlich betreiben? Der Staat? Ärzteorganisationen? Die Kassen? Oder die Patienten selbst?

Pollanz: Das ist eine ebenso politische wie gesellschaftliche Entscheidung. Wir haben diesen Backup-Server bereits gemeinsam mit dem

Unternehmen Arvato getestet, aber aus genau diesen Gründen noch nicht freigeschaltet. Denn auf die Frage, wer denn der Herr der Daten sein soll, haben wir noch keine Antwort gefunden, die auch mit den Richtlinien des Datenschutzes konform ginge. Das Einfachste wäre es, diese Aufgabe jenen zu übertragen, die uns angeregt haben, die derzeitige Struktur der Karte zu erstellen: Das wäre die Ärzteschaft - in welcher Organisationsform auch immer. Genauso sinnvoll kann es jedoch sein, diese Aufgabe einer Patienten-Organisation oder auch -Genossenschaft zu übertragen, denn letztlich handelt es sich um Patientendaten, die zum besten der Gesundheitsversorgung jedes Einzelnen und der ganzen Solidargemeinschaft eingesetzt werden müssen.

Loose: Wir können nur anbieten, eine sichere Datenstruktur vorzuhalten, damit die Gesundheitsdaten eben nicht auf kommerziellen Servern landen. Doch für das letzte Go braucht es eine Änderung im Sozialgesetzbuch, die die Art und Weise einer Datenhaltung explizit definiert.

Was halten Sie in diesem Stadium der Entwicklung der Telematik im Gesundheitswesen vom in den Koalitionsgesprächen angedachten Moratorium, das im Endeffekt vielleicht sogar auf einen Stopp hinauslaufen könnte, auch wenn das nach der ersten Reaktion von Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler nicht sehr wahrscheinlich ist?

Loose: Das von der Koalition beschlossene Moratorium halte ich für richtig, nicht jedoch im Sinne eines Stillstandes, sondern im Sinne einer Bestandsaufnahme und Überprüfung des eingeschlagenen Weges. Dieser Weg muss neu justiert werden, die Technologien, die Kostenstrukturen und die Effizienz müssen überarbeitet werden. Bei dieser Neuausrichtung kann die Med-O-Card eine wertvolle und bedeutende Rolle spielen.

Pollanz: Da als Moratorium allgemein eine Übereinkunft bezeichnet wird, eine bestimmte Sache aufzuschieben oder vorläufig zu unterlassen, bin ich für diesen Ansatz - vorausgesetzt, dass damit nicht gemeint ist, gleich alles, was man in nahezu zehn Jahren erarbeitet hat, über Bord zu werfen. In diesem Zusammenhang sollte sich jeder immer bewusst machen, dass über all die Jahre das Telematik-System schließlich mit Patientengeldern finanziert wurde: Demnach hat jeder Einzelne, der letztendlich in diesen Topf einzahlt, das Recht zu wissen, was mit seinem Geld wirklich gemacht wurde und - vor allem - noch gemacht wird. <<

„Health“-Forum

>> Die **Handelsblatt** Jahrestagung „Health“ ist jedes Jahr der Treffpunkt für die Gesundheitspolitik und -wirtschaft. Rund zwei Monate nach der Bundestagswahl informieren am **23./24. November** die wichtigsten Akteure über künftige gesundheitspolitische und ökonomische Strategien. Ein Schwerpunkt der Tagung ist die Finanzierung des Gesundheitssystems.

Auf der „Health“ diskutieren u.a. Birgitt Bender (Bündnis 90/Die Grünen) und Dr. Carola Reimann (SPD) sowie die eben von Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler zu Staatssekretären ernannten Abgeordneten Daniel Bahr (FDP) und Annette Widmann-Mauz (CDU) über parteipolitische Perspektiven und deren möglichen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem. <<

„Die unendliche Geschichte der Telematik“

>> Ideen und Konzepte für Hilfsmittel-Leistungserbringer in der künftigen Telematik-Infrastruktur stehen im Mittelpunkt der MedInform-Konferenz „Die unendliche Geschichte der elektronischen Gesundheitskarte“, die am **25. November 2009** in Berlin von **BVMed** veranstaltet wird.

Bis zur flächendeckenden Einführung und vollständigen Nutzung aller Funktionen der

„Was bringt die Zukunft?“

>> „Was geht schon heute und was bringt die Zukunft?“ fragt das **BKK-Gemeinschaftsunternehmen spectrum|K** in seiner 2. Tagung „Versorgungsmanagement & IT-Lösungen“ am **23./24. November** in Berlin. Dabei gibt spectrum|K einen tiefen Einblick in den umfangreichen Prozess des Versorgungsmanagements. Infos: www.spectrum-k.de. <<

Präventions-Kongress

>> Der Deutsche Verband für Gesundheitswissenschaften und Public Health e.V. (**DVGPH**) lädt vom **27./28. November** in Kooperation mit dem Forschungsverbund Public Health Sachsen und Sachsen-Anhalt e.V. (**FVPHS/SA**) zum 3. Nationalen Präventions-

kongress nach Dresden ein. „Mit der Fortsetzung dieser Kongressreihe wenden wir uns an alle an Prävention und Public Health interessierten Wissenschaftler und Praktiker“, erklärt Tagungspräsident Prof. Dr. Dr. W. Kirch. Infos: www.intercom-dresden.de <<

Der Marktzugang von Innovationen steht im Fokus

>> Mit Hilfe der biowissenschaftlichen Forschung gelingt es, Ursachen und Mechanismen der Krankheitsentstehung aufzuklären und neue Ansätze für deren Behandlung zu finden. Aus dem Wissen

resultieren neue Strategien für die Arzneimittelentwicklung und Konzepte für zielgerichtete, auf bestimmte Patientengruppen zugeschnittene Therapien.

Diese Themen stehen im Mittelpunkt des 4. Kooperationsforums „Drug Development“, das die **Bayern Innovativ GmbH** gemeinsam mit der **Universität Würzburg** und dem **Europe Enterprise Network** - von **Roche** unterstützt - am **3. Dezember** in Würzburg organisiert. Eine Podiumsdiskussion am Vorabend erläutert im „Museum im Kulturspeicher“ gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und deren Auswirkung auf den Marktzugang. Anmeldung: www.bayern-innovativ.de. <<

„Herr“ Patient

>> Wenn drei oder mehr Vertreter der Kassen, der Verbände oder auch der Pharmaindustrie zusammensitzen, macht oft schnell ein Wort die Runde, das so despektierlich wie wahr ist: Der Patient steht im Zentrum des Geschehens und damit meist auch im Weg!

Doch mit der patientenorientierten Datenhaltung, wie sie der Beschluss des 111. Ärztetags forderte, den aber bislang niemand so richtig ernst genommen hat, könnte aus dieser Position des Patienten endlich mehr werden, als nur ein reines Lippenbekenntnis. Denn ob er nun im Zentrum steht oder auch im Weg,

wenn er Herr seiner eigenen Daten wird, hat er etwas in der Hand, was er bislang noch nie hatte: die Macht!

Und zwar die Macht zu sagen, wie diese Daten zum Nutzen des

Einzelnen und des Ganzen eingesetzt werden sollen.

Die Manifestierung dieser Macht wäre eine einzige Karte, auf der die in einem Versicherten- und Patientenleben akkumulierten Daten gespeichert und natürlich auf sicheren Datenservern vorgehalten werden, damit das neu einzuführende Telematiksystem die Chance hat, das zu werden, was es eigentlich werden sollte: eine wichtige strukturbildende Komponente, die Schluss macht mit Sektoren und Pfründen, mit Intransparenz und Inkompetenz. Genau dafür muss der Patient als kleinster und dann auch größter gemeinsamer Nenner der Herr seiner Daten werden, wie immer das letztlich auch organisiert werden kann. <<

Ihr

Peter Stegmaier
Herausgeber VM-K



Impressum versorgungsmanagement kompakt – Entscheiderinformationen für Leistungsträger

versorgungsmanagement kompakt
Entscheiderinformationen für Leistungsträger
1. Jahrgang

Herausgeber
Peter Stegmaier, Bonn
stegmaier@vm-k.de

Chefredaktion
Peter Stegmaier (verantw. Redakt.)
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-76368-0
Fax +49-(0)228-299799714
stegmaier@vm-k.de

Redaktion
Olga Gnedina
gnedina@vm-k.de

Verlag
eRelation AG – Content in Health
Vorstand: Peter Stegmaier

Kölstr. 119, 53111 Bonn
www.erelation.org
mail@erelation.org

Verlagsleitung
Peter Stegmaier
Anzeigenleitung/Vertrieb/Abo
Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil)
Kölstr. 119, 53111 Bonn
Tel +49-(0)228-76368-0
Fax +49-(0)228-299799714
heiser@vm-k.de

Abonnement
„versorgungsmanagement kompakt“ erscheint sechsmal jährlich. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 60 EUR. Die genannten Preise verstehen sich zzgl. Versandkosten: Inland 9,21 EUR; Ausland 36 EUR. Preisänderungen vorbehalten. Die Abonnementdauer beträgt ein Jahr. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn

es nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekündigt wird.

Layout
eRelation AG, Bonn

Druck
Kössinger AG
Fruehaufstraße 21
84069 Schierling
info@koessinger.de
Tel +49-(0)9451-499124
Fax +49-(0)9451-499101
Printed in Germany

Urheber- und Verlagsrecht
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektro-

nischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufgeforderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden.

Auflage
1.045 Exemplare

Leserzielgruppe
Entscheider in Krankenkassen

Portal: VM-K.de (im Aufbau)