

E-Health muss nicht ELGA heißen

Die Entwicklung ist nicht mehr zu stoppen: Die elektronische und lebensbegleitende Gesundheitsakte wird Teil der Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems sein. Dass dies aber nicht unbedingt in Form einer staatlichen ELGA sein muss, zeigen Alternativmodelle, die mit geringeren Investitionen, niedrigerem technischem Aufwand und gleichzeitigem Garant des Datenschutzes denselben Effekt haben: eben die elektronische Übermittlung von Patientendaten.



► Seit 4. Mai 2007 ist es fix: ELGA kommt. Im Rahmen einer Sitzung der Bundesgesundheitskommission verabschiedete Gesundheitsministerin Andrea Kdolsky die erste Umsetzungsphase zur Einführung der elektronischen, lebensbegleitenden Gesundheitsakte. Im Gesundheitsministerium geht man davon aus, dass die Detailplanung bis zum ersten Halbjahr 2008 und die erste Umsetzungsphase bis 2012 abgeschlossen sein werden. Bis dahin sollen die Basiskomponenten sowie die ersten Kernanwendungen wie der Arztbrief und Befunde der Patienten elektronisch abrufbar sein.

Kritik erntete Kdolsky postwendend von der Ärztekammer vor allem hinsichtlich der enormen Realisierungskosten. Allein für die Basis zur Speicherung von Labor- und Röntgenbefunden sind Investitionen in Höhe von ungefähr 30 Millionen Euro geplant. Dass auch kostengünstigere Varianten zur Verfügung stehen, veranschaulichten kürzlich der Obmann der Kurie niedergelassene Ärzte der Ärztekammer für Wien, Johannes Steinhart, sowie dessen Stellvertreter als Kurienobmann, Norbert Jachimowicz, die im Rahmen einer Pressekonferenz zwei Alternativmodelle zur staatlichen ELGA präsentierten.

Alternative: „Physical Health Records“

Als erste Alternativvariante führten sie dabei die Einführung eines so genannten „Physical Health Records“ (PHR) an. PHR ist ein privatrechtlich organisierter Gesundheitsakt, der unter Aufsicht der Ärztekammer und zum Nutzen des Patienten unter Berücksichtigung des größtmöglichen Datenschutzes betrieben wird. Dieses System ermöglicht dem Patienten und dem Gesundheitsdiensteanbieter (GDA), einen bestmöglichen und aktuellen Überblick über die Gesundheitsdaten des Patienten zu erhalten. „Jeder einzelne Pa-

tient kann damit selbst entscheiden, ob, wo und zu welchen Bedingungen ein ‚Physical Health Record‘ angelegt wird“, erläutert Steinhart die Vorteile dieses Systems. Damit sei gewährleistet, dass nicht der Staat die Hoheit über die Patientendaten hätte, sondern der Patient selbst.

„Dieses Alternativmodell ist ebenso wie ELGA auch mit Kosten verbunden, allerdings in einem weit geringerem Ausmaß“, so Steinhart. Seine Kritik: Die veranschlagten 30 Millionen Euro, die derzeit für die Investitionen im Rahmen von ELGA geplant sind, würden, wenn nicht direkt, dann mit erhöhten Sozialversicherungsbeiträgen und gekürzten Leistungen zulasten der Bevölkerung gehen. PHR wäre hier eine Alternative, die eindeutig kostengünstiger wäre.

Organisation des PHR-Systems

Im PHR-System bestimmt der Patient selbst, ob er einen PHR angelegt haben möchte oder nicht. Der Systembetreiber unterliegt einer strengen Verschwiegenheitspflicht über diese Daten. Das inkludiert beispielsweise die Auskunft auch darüber, ob überhaupt ein PHR besteht oder nicht.

Konkret funktioniert das System so, dass der Patient einen Arzt wählt, der den PHR in seinem Namen verwaltet und managt. Dieser Arzt ist der vom Patienten benannte Hausarzt (Allgemeinmediziner) oder aber ein spezieller vom Patienten genannter niedergelassener Facharzt. Außerdem bestimmt der Patient, welche Dokumente in den PHR aufgenommen werden und welcher Gesundheitsdiensteanbieter auf diese Daten zugreifen kann.

Der Patient hat jederzeit das Recht, beim Systembetreiber seine persönlichen Berechtigungen für die Gesundheitsdiensteanbieter zu verändern. Die Berechtigungen im System können vom Patienten nicht in der Art geändert werden, dass ein Schutz seiner Patientenakte gemäß Richtlinien der Ärztekammer für Wien unterwandert werden kann. Das schränkt jedoch nicht das Recht des Patienten ein, seine persönliche Gesundheitsakte lokal auf seinem PC zu speichern und an Dritte elektronisch oder gedruckt weiterzuleiten.

Gesundheitsdiensteanbieter können entweder direkt den PHR des Patienten befüllen, oder aber der Patient organisiert sich dies selbst, indem er Befunde, et cetera dem Systembetreiber zur Speicherung zur Verfügung stellt. Auch andere Partner im

Gesundheitswesen, beispielsweise Sozialversicherungen, können das Recht erwerben, zusätzliche Informationen in die Akte einzuspeisen, nicht jedoch auszulesen.

Finanzierung und Sicherheit des PHR-Systems

Die Finanzierung des PHR erfolgt ausschließlich aufgrund von Teilnehmerentgelten durch den Patienten. Wenn Dritte den PHR fördern oder finanziell unterstützen, darf damit keinesfalls das Recht erworben werden, auf den Akt zugreifen zu können. Wenn Gesundheitsdiensteanbieter den Gesundheitsakt befüllen, gebührt ihnen vom Betreiber eine Transaktionsabgeltung. Der den PHR führende Hausarzt erhält für diese Tätigkeit eine pauschalierte regelmäßige Abgeltung vom Systembetreiber.

Die Betreiberfirma des PHR muss privatwirtschaftlich organisiert sein. Der Verkauf von Gesellschaftsanteilen ist dem Kunden und der Ärztekammer für Wien anzuzeigen. Der Verkauf von Gesellschaftsanteilen ohne Zustimmung der Ärztekammer hat den Verlust der Zertifizierung zur Folge. Dokumente, Befunde, et cetera müssen im System gemäß Signaturgesetz eindeutig dem Ersteller (= GDA) zuordenbar und überprüfbar sein. Falls nicht, wird davon ausgegangen, dass diese vom Patienten selbst stammen. Dies muss im System für die Gesundheitsdiensteanbieter klar sichtbar gekennzeichnet sein.

Die Datenschutzkommission und die Ärztekammer haben jährlich die Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Vorgaben zu prüfen und einen Bericht abzugeben und zu veröffentlichen. Der PHR wird aufgrund von Richtlinien unter der Aufsicht der Ärztekammer betrieben. Der Betreiber hat vor Betrieb des Dienstes diesen der Ärztekammer anzuzeigen und ein Service-Level-Agreement, den Nutzervertrag für Patienten und Gesundheitsdiensteanbieter samt Preisen sowie ein Berechtigungs-, Sicherheits- und Sicherheitskonzept vorzulegen, welches durch die Ärztekammer von Sachverständigen überprüft und laufend auditiert wird.

Der Betreiber haftet für die Einhaltung obiger vertraglich vereinbarter Dienste, für Schäden und Folgeschäden und auch für die Einhaltung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen dem Patienten und den Gesundheitsdiensteanbietern gegenüber uneingeschränkt. Zu diesem Zweck hat

der Betreiber eine Haftpflichtversicherung über eine Höchstsumme pro Schadensfall abzuschließen und die Polizze der Ärztekammer vorzulegen.

Die zweite Alternative: Das Stufenmodell

Gemeinsam mit der Wiener Gebietskrankenkasse und dem Wiener Krankenanstaltenverbund der Stadt Wien hat die Ärztekammer das Projekt „Gesundheitsnetz Wien – Stufenmodell“ aus der Taufe gehoben. „Ziel dieser Initiative ist es, für eine bessere und gesicherte Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Spitälern zu sorgen“, hebt Steinhart die Vorteile des Stufenmodells hervor. Das System soll zudem gewährleisten, dass Informationen schneller zur Verfügung stehen und die Übermittlung von patientenbezogenen Dokumenten sicher vollzogen wird.

Hinter dem Stufenmodell steckt die Idee, ein Transportverfahren zu definieren, im Zuge dessen ein gesicherter Austausch von patientenbezogenen Informationen zwischen berechtigten Teilnehmern über das elektronische Verzeichnis der Gesundheitsdiensteanbieter (eVGA) der Österreichischen Ärztekammer bewerkstelligt wird. „Das Stufenmodell wird dieses Jahr im Sommer anlaufen“, so Steinhart. Derzeit sind die Softwarefirmen am Zug, um an entsprechenden technologischen Lösungen zu arbeiten, die in der Folge dann den Ärzten angeboten werden.

Durch die Auslobung entstehen für die Ärzteschaft keinerlei Investitionskosten. Im ersten Jahr werden durch die drei beteiligten Organisationen darüber hinaus auch alle anfallenden laufenden Kosten übernommen, also Einschulung, Wartung und Support. Auch danach werden sich die Kosten gering halten, der Arzt muss lediglich die Wartungskosten bezahlen. Zusätzliche EDV-Investitionen sind nicht notwendig, da das Stufenmodell gänzlich auf bereits bestehender Infrastruktur aufbaut. „Das Modell ist kein neues System, sondern vielmehr ein Portal“, betont Steinhart.

Funktionsweise der Stufenmodells

Beim Pilotversuch zum Stufenmodell können auf Wunsch des Patienten Entlassungsbriefe aus den Wiener KAV-Spitälern sowie dem Hanusch-Krankenhaus elektronisch angefordert werden. „Besonders her-



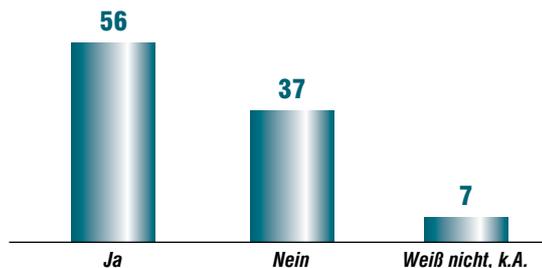
Jachimowicz: „Für das Stufenmodell spricht auch, dass ein etwaiger weiterer Ausbau des Systems keinen hohen technischen Aufwand erfordert“



Steinhart: „Am wichtigsten ist mir, dass beim Stufenmodell das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gewahrt bleibt“

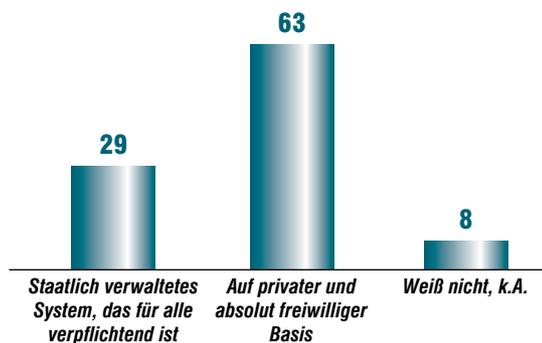
Befürchtung vor Missbrauch von Daten

Frage: „Befürchten Sie, dass Ihre Daten missbräuchlich verwendet werden könnten, zum Beispiel von Arbeitgebern oder Privatversicherungen, oder befürchten Sie das nicht?“ (in Prozent)
Jüngere und Personen mit höherer Bildung befürchten am ehesten, dass die eigenen Daten missbräuchlich verwendet werden könnten (OGM, April 2007)



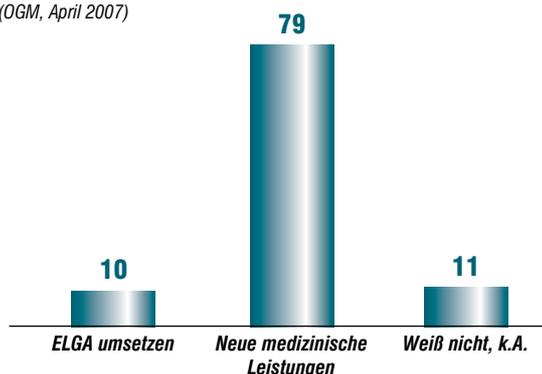
Wie soll ELGA eingeführt werden?

Je jünger die Befragten, desto eher wird die Einführung von ELGA auf privater und freiwilliger Basis befürwortet (in Prozent)
(OGM, April 2007)



ELGA einführen oder neue medizinische Leistungen?

Frage: „Die Umsetzung von ELGA wird einen zehnstelligen Euro-Betrag ausmachen. Soll dieses Geld für die Einführung von ELGA aufgewendet werden oder in neue medizinische Leistungen für die Patienten investiert werden?“ (in Prozent)
(OGM, April 2007)



vorzuziehen gilt hier, dass bei jeder Datenabfrage die Zustimmung des Patienten unabdingbar ist“, betont Steinhart. Wenn diese erfolgt ist, schickt der Arzt die Patienten-Identifikation an den KAV/Hanusch-Krankenhaus. Dort wird überprüft, ob der anfragende Arzt im eVGA eingetragen ist, das sich im Eigentum der Österreichischen Ärztekammer, der Wiener Ärztekammer sowie der Niederösterreichischen Ärztekammer befindet und auch für das Stufenmodell zugelassen ist. Sofern der Arzt im Verzeichnis zu finden ist, bekommt er die Bestätigung, dass es von diesem Patienten einen vidierten Patientenbrief in elektronischer Form gibt. Auf eine neuerliche Anforderung hin wird der konkret angefragte Patientenbrief dem Arzt übermittelt. Dies geschieht entweder automatisiert mittels E-Card – wenn der Patient dem zustimmt – oder manuell, was dann allerdings einige Zeit dauern kann.

Der Arzt erhält dadurch genau die Informationen, die er benötigt, und kann sich auf eine gesicherte, zertifizierte und vor allem datenschutzkonforme Befundübertragung verlassen.

„Für das Stufenmodell spricht auch, dass kein hoher technischer Aufwand vonnöten ist, sollte einmal ein weiterer Ausbau des Systems geplant sein“, bestätigt auch Jachimowicz dem Modell erfolversprechende Chancen. Zudem sei die freiwillige Teilnahme des Arztes und des Patienten ein wichtiger Faktor, ebenso wie die Tatsache, dass mit dem Stufenmodell Datenmissbrauch „unmöglich gemacht wird“. Schließlich würden nur jene Daten abgefragt, deren Transfer der Patient auch zustimmt. Damit würden gleichzeitig „Datenflut und Data-Mining“ vermieden, ebenso wie haftungsrechtliche Probleme, die bei anderen Systemen eine Rolle spielen würden, wenn der Arzt beispielsweise nicht alle Daten anschaut, so Jachimowicz.

Unterschiede zur staatlichen ELGA

„Am wichtigsten ist mir, dass beim Stufenmodell das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gewahrt bleibt“, meint Steinhart. Der Patient müsse nicht fürchten, dass Daten „irgendwo im Nirvana“ für jeden zugänglich seien. Außerdem gebe es keinen zentralen Patientenindex, keinen zentralen Dokumentenindex und auch kein kompliziertes Berechtigungssystem. „Die Regeln sind einfach, und die

jenigen, die damit arbeiten, haben gar keine andere Möglichkeit, als sich daran zu halten“, so der Vizepräsident.

Während das Stufenmodell auf Freiwilligkeit beruht, hat der Patient bei der staatlichen ELGA nur ein Widerspruchsrecht. Er kann also nur sagen, welche Daten nicht gespeichert werden sollen. Die automatische Datenspeicherung, wie bei ELGA vorgesehen, führt damit zu enormen Mengen an Daten, die folglich enorme Kosten mit sich bringen. Die Daten werden zudem unreflektiert in der Gesundheitsakte gespeichert. „Woher weiß ich, welche Daten für mich relevant sind?“ erörtert Steinhart das Problem der Datenabfrage bei ELGA.

In den veranschlagten ELGA-Projektkosten sind weiters die Kosten, die die Ärzte aufgrund der Implementierung von ELGA kalkulieren müssen, nicht enthalten. „Man geht also davon aus, dass die zusätzlichen Kosten für Leitungen, EDV, Server, et cetera wieder von uns Ärzten getragen werden“, kritisiert Steinhart. Dies werde die Ärzteschaft bei ELGA aber in keinem Fall akzeptieren, „zumal, wie man sieht, Alternativmodelle existieren, die kostengünstiger, transparenter und für den Patienten sicherer sind“, so Steinhart.

OGM-Umfrage: 61 Prozent haben noch nie von ELGA gehört

Neben den enormen Kosten des E-Health-Projekts beanstandet die Ärztekammer auch, dass das Gesundheitsministerium es bisher verabsäumt hat, die Bevölkerung über das Ausmaß und die Bedeutung von ELGA zu informieren. Eine aktuelle OGM-Umfrage zum Thema „Einstellung und Wissen der Wiener Bevölkerung zu ELGA“ hat nämlich ergeben, dass die Wiener tatsächlich nur eine sehr mangelhafte Kenntnis über das geplante E-Health-Projekt haben. „Geht man von den Investitionsplänen der Arbeitsgruppe ELGA aus, wird die Bevölkerung bald mit Werbung für ELGA überhäuft werden – wie damals bei der Einführung der E-Card“, vermutet Steinhart. Allein für die Öffentlichkeitsarbeit seien Ausgaben in Höhe von 2,5 Millionen Euro geplant, um ein entsprechendes Akzeptanzmanagement in die Wege zu leiten. Konkret zur Umfrage: 501 Interviews führte die Österreichische Gesellschaft für Marketing (OGM) im Auftrag der Ärztekammer telefonisch mit Wienerinnen und Wienern ab 18 Jahren durch. Mehr als die

Hälfte der Befragten, nämlich 61 Prozent, haben demnach noch nie von ELGA gehört. „Dieses Ergebnis ist erschreckend. Wir sprechen hier von einem Projekt, das enorme Auswirkungen auf unsere Patienten haben wird, und dabei weiß ein Großteil der Bevölkerung noch nicht, was da auf sie zukommt“, kritisiert Steinhart. Die OGM-Umfrage ergab außerdem, dass 38 Prozent der Befragten dagegen sind, dass ihre Krankheiten und Medikamente bei der Sozialversicherung verpflichtend gespeichert werden. Zum Vergleich: 46 Prozent sprechen sich für eine Speicherung bei der Sozialversicherung aus (Rest: weiß nicht/keine Angabe). Aus einer bereits im August 2006 durchgeführten OGM-Umfrage geht hervor, dass 70 Prozent der damals befragten Personen eine Datenspeicherung bei der Ärzteschaft befürworten.

Auf die Frage, ob die Wiener eine missbräuchliche Verwendung ihrer Daten befürchten, antwortete mehr als die Hälfte, nämlich 56 Prozent, mit Ja, während lediglich 37 Prozent dies verneinten.

Für eine private und auf absolut freiwilli-

ger Basis beruhende ELGA sprachen sich ungefähr zwei Drittel (63 Prozent) der Befragten aus. Nur 29 Prozent bevorzugten ein staatlich verwaltetes System, das für alle verpflichtend ist.

Nachdem die Befragten darüber aufgeklärt wurden, dass nach ersten Berechnungen die Umsetzung von ELGA einen zehnstelligen Euro-Betrag ausmachen wird, erklärten 79 Prozent der Befragten, dass dieser Betrag stattdessen in neue medizinische Leistungen fließen sollte. Nur 10 Prozent antworteten, dass sie trotzdem für eine Umsetzung von ELGA seien.

„Ich betrachte das Ergebnis ganz klar als einen Auftrag von der Bevölkerung an die Verantwortlichen im Gesundheitswesen, Alternativmodelle zu einer staatlichen ELGA vorzustellen“, betont dazu Jachimowicz. Mit ELGA werde der Bevölkerung und den Ärzten ein Datenmoloch aufgebürdet, den sie so nicht wollten und der massives Unbehagen auslöse.

„Ich fordere daher die Bundesgesundheitskommission dazu auf, sich dem Votum der Bevölkerung nicht zu verschließen. Wenn schon ELGA, dann muss es eine

kostengünstigere Variante sein“, so Jachimowicz.

Deutschland: Skepsis gegenüber Gesundheitskarte

In vielen europäischen Staaten rüstet man sich derzeit für die elektronische Vernetzung von Gesundheitsdaten. So wird unter anderem in Dänemark, Deutschland, Tschechien, Slowenien und England an elektronischen Gesundheitsakten oder -karten gearbeitet. „Die einen sind mit mehr, die anderen mit weniger Erfolg bei der Sache“, spielt Steinhart auf das Debakel in England an, wo das E-Health-Projekt bisher nicht nur den Zeitplan gesprengt hat, sondern zudem auch das Budget ausgeweitet werden musste. „Dass die Akzeptanz der britischen Bevölkerung abnimmt, kann man ihr nicht verübeln“, so Steinhart.

Auch in Deutschland stehen die Menschen der Einführung der Gesundheitskarte mit großer Skepsis gegenüber. So zeigten sich in Deutschland kürzlich mehrere Ärztenverbände in einer Stellungnahme besorgt, dass die Vertraulichkeit der Patient-Arzt-Beziehung durch die Neuerung gefährdet

	ELGA	Stufenmodell	Bemerkung
Infrastruktur	Zentraler Patientenindex (HVB?); zentraler Dokumentenindex (HVB?); zentraler GDA Index (Ministerium?)	eVGA Server: Index, in dem alle Ärzte aktuell eingetragen werden; sonstige Indizes nicht nötig, da direkt abgefragt wird	Dokumentenindex muss in der Ärztekammer bleiben
Teilnehmerkreis	GDA: noch nicht definiert; welche Berufsgruppen sind neben den Ärzten noch beteiligt: Heilpraktiker? Masseure? Physiotherapeuten? Logopäden? Patienten und GDA müssen verpflichtend teilnehmen	Austausch von Informationen zwischen intramuralem zu extramuralem Bereich; freiwillige Teilnahme von Ärzten; Datenabfrage nur auf Wunsch des Patienten	In der Pilotphase werden zwischen den Häusern des Wiener KAV und den niedergelassenen Ärzten patientenbezogene Daten ausgetauscht
Kosten	Investitionskosten für den Arzt, hohe Projektkosten, hohe Folgekosten (EDV-Abschreibungen, Betriebskosten, Rechenzentren, etc.); Kosten für die Ärzteschaft werden nicht in die Projektkosten eingerechnet	Baut auf bestehende Systeme auf; in der Startphase keine Kosten für den Arzt, danach geringe monatliche Kosten	Das Stufenmodell stellt eine Verbesserung und Optimierung der Befundkommunikation zwischen den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten dar; keine zusätzliche Speicherung, keine neue Hardware nötig
Nutzen	Kein medizinischer Nutzen, da Informationen zu unreflektiert in die Akte eingespeist werden; administrative Daten werden mit medizinischen Daten vermischt	Richtige Informationen zum richtigen Zeitpunkt; ausschließlich medizinische Informationsgewinnung	Strikte Trennung zwischen medizinischen und administrativen Daten
Investitionsschutz	Neues System, neue Server, Rechenzentren, riesige Speicherkapazitäten, etc.	Baut komplett auf bestehende Infrastruktur auf (Befundcarrier, Arztsoftware, Internet)	Viele Ordinationen (vor allem Wahlarztpraxen) sind unzureichend ausgestattet
Datenschutz	Kompliziertes Berechtigungssystem; Daten werden gespeichert → daher auch bestimmt verwendet, Data-Mining, gläserner Patient, Widerspruchsrecht, Berufsgruppen, die nicht der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen	Zustimmung zur Abfrage genau definierter Daten im Einzelfall, daher keine Datenschutzprobleme	Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist bei ELGA in höchster Gefahr; Berechtigungssystem kann aufgrund der Komplexität nicht „dicht“ sein
Datenaufbereitung	Im „Supergoogle“ der ELGA wird eine Datenflut angeboten, in der sich der Arzt zurechtfinden muss	„Data on demand“: Es werden nur Daten aufgelistet, die auch genau für den Einzelfall benötigt werden	Patientenbriefe werden in gut lesbaren Formaten nach Anfrage an die niedergelassenen Ärzte verschickt

Abkürzungen: HVB: Hauptverband, eVGA: elektronisches Verzeichnis der Gesundheitsdiensteanbieter, GDA: Gesundheitsdiensteanbieter

Fortsetzung von
Seite 19

werde. Die deutsche Gesundheitskarte soll die nicht-medizinischen Daten der Versicherten enthalten und die bisherige Chipkarte der gesetzlichen Krankenkassen ablösen. Später soll die Möglichkeit geschaffen werden, darauf auch die Notfalldaten sowie ärztliche Rezepte zu speichern. Nach ersten Tests mit der Karte verstärkten sich dort jedoch die Befürchtungen, dass deren Einsatz im Regelbetrieb zu Belastungen

und Störungen in der Patientenversorgung führen könnte.

Die deutschen Ärzte forderten zudem, dass die Kosten des Projekts auch nicht in Teilen der Ärzteschaft auferlegt werden dürften. Parallel zu den Forderungen ihrer österreichischen Kolleginnen und Kollegen betonten die deutschen Ärzteverbände, der Zugriff auf sensible Patientendaten dürfe allein durch Mediziner

und andere medizinische Leistungsträger erfolgen. Unmittelbar bei Einführung der Karte müsse ein medizinischer Nutzen für die Patientenversorgung bestehen und von Beginn an der sichere elektronische Datenaustausch der Ärzte untereinander ermöglicht werden. Besonderes Augenmerk, so die Verbände, werde darauf gelegt, ob die Interessen der Ärzte gewahrt würden. Andernfalls sei das Projekt der

INTERVIEW

„Zu viele Kollegen sind sich der Problematik noch nicht bewusst“



Christian Husek, Allgemeinmediziner und einer der Gründer der Initiative ELGA, begrüßt im Interview die Aktivitäten der Landesvertretung zum Thema E-Health und erklärt, warum das Modell der „Physical Health Records“ eine sinnvolle Alternative zur staatlichen ELGA ist.

doktorinwien: In welchem Verhältnis steht die Initiative ELGA zur Ärztekammer?

Husek: Wir haben die bisherigen Aktionen der Wiener Ärztekammer – beispielsweise die Pressekonferenz im November 2006 zum Thema Datenschutz – sehr begrüßt und wollten sie ergänzen und intensivieren. Darüber hinaus erscheinen uns die Integration und Mitarbeit aller von diesem System Betroffenen, das heißt auch der Patienten und der anderen „Gesundheitsdiensteanbieter“, in die laufenden Entwicklungen notwendig.

doktorinwien: Welche Intention spielte bei der Gründung der Initiative eine Rolle?

Husek: Unser erstes Ziel war und ist die umfassende Information aller Betroffenen über die laufenden Planungen und Entscheidungen. Weitere Schlüsselthemen sind der Datenschutz und die Kosten für die erforderliche technische Infrastruktur sowie den administrativen Mehraufwand. Diese Kosten sind heute noch völlig ungeklärt. So wurden etwa für ein in Entwicklung befindliches, vergleichbares System in England bereits 20 Milliarden Euro verbraucht, und man überlegt dort, den weiteren Ausbau zu stoppen. In Deutschland rechnet man derzeit mit bis zu 11 Milliarden Euro für die Erstinvestition und jährlich 1 bis 2 Milliarden Betriebskosten.

doktorinwien: Zu wessen Lasten müssten die Investitionen gehen?

Husek: Solche Kosten sind gegebenenfalls vom Patienten beziehungsweise von der Sozialversicherung voll zu tragen und dürfen nicht wieder, wie bei E-Card und ABS, auf die Ärzte abgewälzt werden. Langfristig wollen wir durch Entlastung beziehungsweise Vermeidung von unnötiger Bürokratie für uns Ärztinnen und Ärzte vor allem die Rückkehr zu unserer Kernkompetenz, die Medizin, wieder ermöglichen, wobei wir selbstverständlich die moderne Informations- und Kommunikationstechnologie dort, wo sie notwendig und sinnvoll ist, als Werkzeug verwenden werden.

doktorinwien: Gibt es schon Reaktionen auf Ihre Aktivitäten?

Husek: Unsere Website verzeichnete in den ersten sechs Monaten mehr als 10.000 Zugriffe, viele davon durch mit der Entwicklung von ELGA befasste Fachleute aus der Verwaltung und der Industrie. Wir konnten dadurch bei vielen dieser Menschen unsere Position als – vor allem niedergelassene – Ärztinnen und Ärzte zur Kenntnis bringen und wurden auch zu vielen Besprechungen und Diskussionen eingeladen. Viele mit ELGA verbundene Probleme wurden den Nicht-Mediziner erst durch unser Auftreten bekannt oder bewusst. Wir informieren weiter und sind laufend in Diskussionen und Erfahrungsaustausch mit den entsprechenden Fachleuten. Aber zu viele Ärzte sind heute noch immer nicht ausreichend informiert oder sich der entsprechenden Problematik zu Datenschutz, Kosten, Mehrarbeit, et

cetera zu wenig bewusst. Das liegt vor allem am Zeitmangel infolge von Arbeitsüberlastung. Oft besteht aber auch eine unbegründete Furcht vor oder Ablehnung von durchaus sinnvollen technischen Entwicklungen.

doktorinwien: Welche Forderungen haben Sie hinsichtlich zukünftiger Entwicklungen im Bereich E-Health?

Husek: E-Health ist schon da: Wir benutzen bereits seit vielen Jahren entsprechende Systeme: Ordinations-Software zur Karteiführung und Abrechnung, Befundübertragung, et cetera. Es geht darum, diese Systeme sinnvoll für den Patienten und für uns weiterzuentwickeln und unter entsprechenden Kautelen zum Datenschutz einzusetzen sowie für die damit verbundene Verbesserung der Patientenbetreuung auch eine entsprechende Honorierung zu fordern.

doktorinwien: Ist das von der Ärztekammer vorgeschlagene Modell der „Physical Health Records“ für Sie eine realisierbare Alternative zur staatlichen ELGA?

Husek: Eine staatlich-zentralistische ELGA erfüllt vor allem die Erfordernisse der Verwaltung, die teilweise in völligem Widerspruch zu unseren Anliegen stehen, wie etwa die Rationierung von Leistungen, Überwachung von und Sanktionen gegen Ärzte wegen „unökonomischer“ Behandlungsweise, und sie ist lediglich auf nationaler Ebene einsetzbar. Ein PHR ist wesentlich einfacher anzulegen, billiger, weltweit einsetzbar – er kann mit Zustimmung des Patienten auf jedem PC eingesehen werden – und erfüllt unsere Ansprüche an den Datenschutz wesentlich besser.

▶ elektronischen Gesundheitskarte für die deutsche Ärzteschaft „nicht weiter verfolgenswert“.

Und das österreichische Resümee zum momentanen Stand? „ELGA ohne ärztliche Mitwirkung wäre wie eine OP ohne Anästhesist: Es würde funktionieren, allerdings nur mit großen Schmerzen für den Patienten“, meinte kürzlich ein Arzt bei einer Veranstaltung zu ELGA.

Ob die ELGA-Macher dieses Risiko tatsächlich eingehen werden, ist fraglich. Schließlich stehen hier nicht nur die Sicherheit der Patienten und der Schutz ihrer Privatsphäre, sondern auch Millionenbeträge auf dem Spiel, die die Steuerzahler wohl eher gut genutzt als vergeudet sehen wollen.

Um das Gesundheitswesen tatsächlich effizienter zu gestalten und die Gefahr eines drohenden Debakels abzuwenden, wären

die Verantwortlichen vielleicht besser beraten, die Alternativmodelle zur staatlichen ELGA zumindest in Erwägung zu ziehen. „Andernfalls wird es in ein paar Jahren nicht nur eine elektronische Gesundheitsakte, sondern mehrere an der Zahl geben. Und damit wäre das Ziel der elektronischen Datenspeicherung, nämlich mehr Effizienz ins Gesundheitswesen zu bringen, wohl verpasst“, so Steinharts Resümee. ◀

KOMMENTAR

„In ELGA wären Dokumente immer für jeden Nutzer verfügbar“

Thomas Hrdinka, E-Health-Beauftragter der Ärztekammer für Wien, über die Vernetzung von Gesundheitsdaten, warum ELGA eigentlich keine wirkliche Innovation darstellt und die Vorteile des so genannten „Stufenmodells“.

▶ Ich bin in den letzten Monaten im Zuge meiner Tätigkeit immer wieder damit konfrontiert worden, dass Proponenten von ELGA stets die Wichtigkeit und Notwendigkeit einer Vernetzung von Patientendaten forderten. Auf Nachfrage, warum dies eigentlich nötig sei, hört man von Kosteneinsparungen, besserer Behandlung (die sonst nicht mehr gewährleistet werden kann), bis hin zum oft strapazierten Argument der Europäischen Union. Details, welche diese Antworten konkretisieren können, erfährt man jedoch nicht. Gegenwärtig wird an einem der größten österreichischen IT-Projekte mit Hochdruck gearbeitet, wobei ELGA nur ein Teil vom geplanten E-Health darstellt. Eine Kosten-Nutzen-Analyse, die das Argument Kosteneinsparung untermauern könnte, ist offiziell nicht vorhanden.

Die vorerst budgetierten Kosten von 30 Millionen Euro nur für die Basis-Infrastruktur und die Kernanwendungen wären alleine ein Grund, um konkretere Aussagen zu erhalten; denn es droht die latente Gefahr, dass die tatsächlichen Kosten im Laufe des Projekts ins Unermessliche steigen und der – welcher auch immer – erhoffte Nutzen unter den Erwartungen bleibt. Ob solch eine Vorgehensweise fahrlässig ist, lasse ich den Leser selbst bewerten. Auch die Beurteilung eines möglichen Nutzens bezüglich Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen oder der einer Förderung der IT-Wirtschaft möchte ich der Phantasie des Lesers überlassen. Ich möchte vielmehr ausschließlich die geplanten Kernanwen-

dungen, welche unmittelbar die Ärzteschaft konfrontieren, genauer untersuchen. Dazu gehören der Arztbrief sowie die Labor- und Röntgenbefunde, die im Übrigen keine wirkliche Innovation darstellen.

Massive datenschutzrechtliche Bedenken

Der wesentliche Unterschied zur gegenwärtigen Befunddatenübermittlung ist, dass die geplanten Anwendungen in der ELGA auf einer ungerichteten Kommunikation aufbauen. Das bedeutet, dass der Ersteller eines Befunds diesen zukünftig in einem Dokumentenarchiv hinterlegen muss, wo zumeist unbekannte, aber berechnete Nutzer den Befund abholen können.

Bei der gerichteten Kommunikation existiert solch ein Archiv nicht. Hier sind Sender und Empfänger einander bekannt – genau so funktioniert die heutige Befundübertragung. Die Vor- und Nachteile beider Verfahren sind einleuchtend: In ELGA wären Dokumente immer jedem Nutzer verfügbar, wobei aber eine hohe Infrastrukturinvestition nötig sein wird.

Auch datenschutzrechtlich ist solch ein Verfahren in Verbindung mit Patientendaten problematisch: Eine Gesetzesänderung wäre laut der vom Gesundheitsministerium in Auftrag gegebenen Machbarkeitsstudie zwingend nötig.

Bei den bestehenden Befundübertragungssystemen verhält es sich hingegen genau umgekehrt. Daher ist inzwischen bei einigen Verantwortlichen auch die Einsicht eingekehrt, dass zukünftig beide Verfahren

eine Berechtigung haben werden.

Ein weiteres Argument für eine Änderung der derzeitigen Systeme ist die bestehende uneinheitliche Struktur der Befunddaten, die einen Austausch erschweren, sogar teilweise unmöglich machen. Dieser Umstand schützt aber auch vor systematischem Missbrauch. Eine Vereinheitlichung der Befunddatenstrukturen samt zugehöriger Infrastruktur müsste deshalb grundlegende Datenschutzmaßnahmen zur Folge haben.

Vorteile vereinen und Nachteile minimieren

Aus diesen Gründen hat die Ärztekammer für Wien gemeinsam mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund und der Wiener Gebietskrankenkasse das Projekt „GNW Stufenmodell“ entwickelt, das die vorher beschriebenen Vorteile vereint und die Nachteile minimiert: einheitliche gerichtete Kommunikation, Implementierung des maximalen Datenschutzes mit Hilfe bestehender Rechtslage und die Verwendung vorhandener Systeme unter Minimierung der dafür nötigen Kosten. Darüber hinaus werden beim GNW Stufenmodell Arzt-Softwareanbieter gefördert, damit deren Leistungen den Ärztinnen und Ärzten im ersten Jahr kostenfrei angeboten werden können.

Solch ein System stellt auch keinen Widerspruch zu einer ungerichteten Kommunikation wie einer geplanten ELGA dar – im Gegenteil: Private Dienstleister bieten solche Leistungen bereits heute sehr kostengünstig an (PHR - Personal Health Record), und diese warten nur noch darauf, integriert zu werden. Der wichtigste Vorteil in solch einem System ist aber, dass Arzt und Patient immer frei entscheiden können, ob sie daran teilnehmen oder nicht. ◀



Hrdinka: „Es droht die latente Gefahr, dass die tatsächlichen Kosten im Laufe des ELGA-Projekts ins Unermessliche steigen“