

1 Von der Karteikarte zur elektronischen Patientenakte¹

1.1 Notwendigkeit einer elektronischen Patientenakte

Die Effektivität und Effizienz der Versorgung zu steigern – das ist Sinn und Zweck einer elektronischen Patientenakte (ePA). Es wird kaum mehr in Frage gestellt, ob die ePA dies leisten kann und ob diese notwendig ist. Mehr und mehr beschäftigt man sich mit Fragestellungen, die die Implementierung betreffen. Gründe für den erhöhten Bedarf einer vernetzten Kommunikation und Koordination durch eine ePA leuchten ein – betrachtet man z. B. die Zunahme an chronisch Erkrankten oder an multimorbiden Personen. In einer alternden Bevölkerung wie der deutschen, in der jeder Zweite ab dem Alter von 65 Jahren mindestens unter einer chronischen Erkrankung leidet und deshalb häufig auf eine Vielzahl an Medikamenten zurückgreifen muss, ist eine ePA für eine sinnvoll koordinierte, sektorenübergreifende Versorgung unabdingbar (Nowossadeck, 2012).

Dennoch erweist sich der Eingang der ePA in das deutsche Gesundheitswesen als überaus komplex. Derzeit tragen Patienten in Deutschland weder aktuelle noch vergangene gesundheitsbezogene Daten über die elektronische Gesundheitskarte (eGK) bei sich, die für eine optimale Entscheidungsfindung im medizinischen Kontext Voraussetzung wären. Ob der Impfausweis, der Organspendeausweis, sonstige Notfallkarten (z. B. Bluterausweis, Defibrillator-Ausweis) oder auch nur das Bonusheft für den Zahnarzt mitgeführt werden, ist eine individuelle Entscheidung und vermutlich meistens nicht der Fall. Eine ePA könnte all dies vereinfachen und ist in vielen – zu Deutschland strukturähnlichen – Ländern bereits implementiert und überaus etabliert.

Doch warum tut sich Deutschland in dieser Veränderung so schwer? In welchem Ausmaß unterscheiden sich ePA-Vorzeigländer wie Dänemark oder Israel von Deutschland?

Um auf nationaler Ebene eine ePA einzuführen, sind verschiedene Voraussetzungen zu erfüllen. Dies bedeutet nicht nur für Deutschland, sondern für viele Länder eine große Herausforderung: In der Essenz bedarf es einer Triage des Wollens, Könnens und Dürfens. Die Implikationen sollen im Folgenden kurz erläutert werden:

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, z. B. PatientInnen, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter.

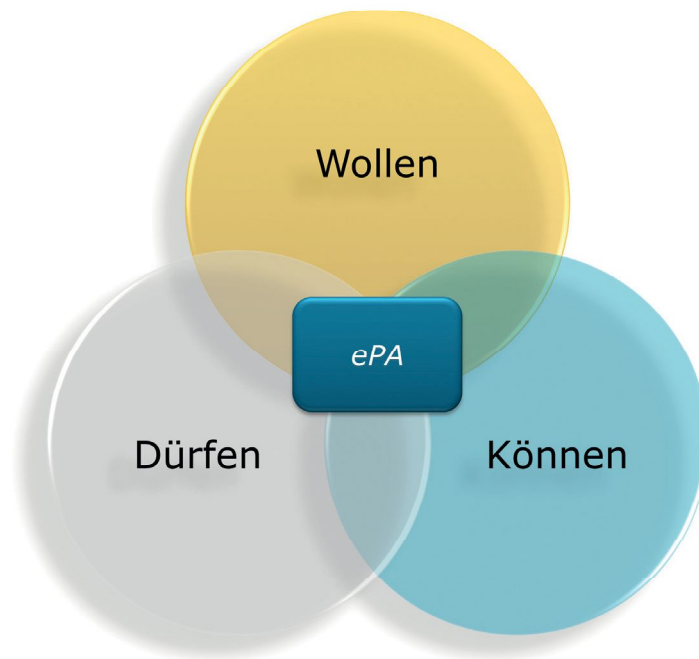


Abb. 1: Dimensionen einer erfolgreichen nationalen Implementierung der ePA

Quelle: Eigene Darstellung.

Dürfen:

Die Grundvoraussetzung für eine nationale ePA ist ein rechtlicher Rahmen, der Verantwortlichkeiten für die Umsetzung als auch dem Datenschutz Rechnung tragen muss (Europäische Kommission, 2014b). In Deutschland schafft § 291 SGB V diesen Rahmen für die eGK als Versicherungsnachweis. Die fortfolgenden Paragraphen kümmern sich wiederum um die Telematikinfrastruktur (TI) sowie die Gesellschaft für Telematik. Es wird innerhalb dieser Paragraphen auf das Bundesdatenschutzgesetz verwiesen.

Insofern kann dieser Aspekt nicht für die Situation in Deutschland als Begründung herangezogen werden.

Können:

Es werden integrierte Systeme benötigt, die offen für eine Zusammenarbeit zwischen den Sektoren sind (eHealth stakeholder group, 2013). Auf infrastruktureller Seite ist die Entwicklung technischer Standards, die untereinander interoperabel sind, eine der größten Herausforderungen. Ziel ist es, proprietären Lösungen zu

entgehen und eine gemeinsame, Setting-übergreifende ePA zu schaffen (OECD, 2013b).

In Deutschland wird die Grundstruktur einer „Datenautobahn“ – die TI– durch die gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH) geschaffen. Diese Plattform (TI) entspricht nicht den neuesten technischen Entwicklungen und wird künftig nur eingeschränkt „mobil“ im Sinne des Zugangs über Smartphones arbeiten können. Unterschiedliche Akteure wie Krankenkassen oder die Privatwirtschaft entwickeln dafür parallel zur gematik proprietäre Lösungen.

Auch das Können kann nicht generell als Begründung herangezogen werden.

Wollen:

Damit die ePA-Lösung entsprechende Qualitätsverbesserungen in der Versorgung hervorrufen kann, ist es unabdingbar, die Bereitschaft sämtlicher Akteure, nämlich Leistungserbringer, Leistungsfinanzierer und lokale Schnittstellen in der gesundheitlichen Versorgung, sich an diesem Vorhaben zu beteiligen, zu gewinnen (OECD, 2013b).

Leider ist das Interesse der einzelnen Akteure in Deutschland sehr heterogen. Es gibt Vorreiter, die sich seit Jahren digital aufstellen und auch vernetzen möchten bis hin zu Akteuren, die Digitalisierungsprozesse aktiv verhindern. Vor allem die erhöhte Transparenz wird nicht von allen gleichermaßen geschätzt. Es gibt auch Akteure, die ein erhebliches Interesse am Erhalten des Status quo haben. Die Angst vor dem „gläsernen Leistungserbringer“, die verstärkte Möglichkeit des Benchmarkings und das – zumindest partielle – Auseinanderfallen von Aufwand und Nutzen sind einige der Gründe für diese eher ablehnende Haltung.

Vor diesem Hintergrund dürfte das „Nicht-Wollen“ – oder zumindest das „Nicht-Forcieren“ der zügigen Umsetzung – das dominante Kriterium darstellen.

Hauptziel der vorliegenden Studie ist es, dem Leser einen umfassenden Überblick über Grundlagen und Evidenzlage der ePA zu gewähren sowie anhand anschaulicher Beispiele die Umsetzung der ePA in ausgewählten Ländern, die im Implementierungsprozess der ePA viel weiter fortgeschritten sind als Deutschland, aufzuzeigen. Aus dieser umfassenden Betrachtung der ePA sollen mögliche Lerneffekte für das Fortschreiten der ePA in Deutschland identifiziert werden. Die vorliegende Studie gründet auf Literaturrecherchen und Hintergrundgesprächen mit ausgewiesenen Experten im Bereich der ePA. Die Liste der Gesprächspartner ist als Anhang 1 beigefügt. Es handelt sich nicht um eine Technologiestudie – im Vordergrund stehen vielmehr gesundheitspolitische und systemorientierte Fragestellungen.