

## GESUNDHEITSTELEMATIK

# Die Gesundheitskarte als lokale, dezentrale Speicherlösung

Vorschlag für ein alternatives Modell zum Telematikprojekt „elektronische Gesundheitskarte“

Die Ärzteschaft hat mit Beschluss vom letzten Deutschen Ärztetag im Mai 2007 die elektronische Gesundheitskarte/Telematik in der bisher vorgestellten Form abgelehnt. Kernpunkt der Kritik ist die vorgesehene dauerhafte zentrale Datenspeicherung von Patientendaten und deren Nachteile und Risiken (Kosten, Aufwand, Alltagsuntauglichkeit, unbewiesener medizinischer Nutzen, Datenschutzprobleme).

Die Ärzteschaft möchte sich nicht allein auf die dringend notwendige Kritik beschränken, sondern konstruktiv an besseren Lösungen mitarbeiten. Daher der folgende Vorschlag.

## Grundlagen

• In diesem Vorschlag ist mit „Gesundheitskarte“ ausschließlich die Chipkarte in der Tasche des Patienten gemeint. Der Begriff Gesundheitskarte dient hier nicht wie im kritisierten und abgelehnten Telematikkonzept als Oberbegriff für ein bundesweites Zentralservernetzwerk, für den die „Karte“ lediglich den Zugangsschlüssel darstellt.

• Die in diesem Sinne definierte Karte dient ausschließlich als lokaler, dezentraler Datenspeicher für Patientenverwaltungsdaten und medizinische Daten. Ziel ist die optimale und alltagstaugliche Nutzung der Gesundheitskarte als lokaler Datenspeicher.

• Die medizinischen Daten werden auf das Wesentliche beschränkt. Die wesentlichen medizinischen Informationen, die auch im dringenden Fall eine ordnungsgemäße Behandlung des Patienten ermöglichen, sind vor allem Dauerdiagnosen und ein aktueller Medikationsplan. In den Computern der meisten Hausarztpraxen gibt es bereits

heute Dauerdiagnosenlisten und Medikamentenpläne individuell für jeden Patienten. Warum nicht diese Datenbasis nutzbar machen? Diese grundlegenden Informationen sollte der Patient, wenn er zustimmt, in digitaler und/oder analoger Form bei sich tragen.

• Das Auslesen von Daten aus der Karte und das Schreiben neuer Informationen auf die Karte werden so organisiert, dass beides in einem Arbeitsgang mit dem quartalsmäßigen Einlesen der Gesundheitskarte in der Praxis geschieht. Es muss also wie bisher in jeder Praxis in jedem Quartal die Karte eines Patienten nur einmal in ein Kartenlesegerät gesteckt werden.

• Die Datenbasis sämtlicher Patientendaten verbleibt beim Hausarzt. Die Datenbasis wird nicht wie im Telematikkonzept des Bundesgesundheitsministeriums in die Zentralrechner eines Computernetzwerkes verlagert.

• Weniger dringliche medizinischen Informationen über Patienten werden in Form einer Punkt-zu-Punkt-Kommunikation ohne dauerhafte zentrale Datenspeicherung innerärztlich übermittelt, entweder über im Ansatz schon bestehende und noch weiter zu entwickelnde Netze oder konventionell über Fax, Post oder Telefon. Die unterschiedlichen Möglichkeiten sollten in einen fairen Wettbewerb miteinander treten, um die tauglichste Lösung zu finden.

• Technik allein verbessert noch keine Information. Entscheidend ist, dass relevante Informationen überhaupt eingegeben werden. Daher sollte die Technik eine schlanke Lösung sein, und mit einem Teil des eingesparten Geldes sollte die erstangig erforderliche Datenpflege honoriert werden.

• Und wie sieht es aus mit einer „elektronischen Gesundheitsakte“, also den kompletten, detaillierten Facharztberichten und Krankenhausberichten des Patienten? Auch das ist möglich, und zwar ebenfalls dezentral: Die gesammelten Patientenberichte im PC des Hausarztes können auf Tastendruck und in Sekundenschnelle auf einen lokalen Datenträger des Patienten übertragen werden, zum Beispiel auf einen USB-Stick oder eine beschreibbare Disk.

Der Patient hat es dann selbst „in der Hand“, welchen weiterbehandelnden Ärzten er die ausführlichen Informationen weiter gibt.

Auf den folgenden Seiten wird die Organisation des Speicherinhaltes auf der Gesundheitskarte dargestellt und erläutert.

## Patientenbasisinformation (Speicherinhalt des Chips auf der Gesundheitskarte)

### Patientenblatt 1 – Verwaltungsdaten

Patientenname, Geburtsdatum, Adresse  
Versichertenstatus, Krankenkassendaten  
Hausarztpraxendaten

Diese Daten können auf drei Wegen aktualisiert werden:

1. Über den persönlichen Kontakt mit dem Krankenkassenmitarbeiter.
2. Online über bei der Krankenkasse verfügbare Kartenterminals.
3. Online von zu Hause über ein von der Krankenkasse zur Verfügung gestelltes Kartenlesegerät.

### Patientenblatt 2 – Medikamentenplan

Liste mit Wirkstoffname oder Präparatename, Dauermedikation und Bedarfsmedikation, möglichst mit Dosierungen

**Voraussetzung:** Auf die Gesundheitskarte wird der Medikationsplan beim quartalsmäßigen Einlesen der Karte nur übertragen, wenn der Patient zugestimmt hat.

Dieser Medikamentenplan ist die digitale Kopie des Medikamentenplans, den der Hausarzt für seinen Patienten ohnehin führt. Da heutzutage in den meisten Arztpraxen Medikamentenpläne im PC geführt werden, entspricht dies einem bereits bekannten Arbeitsablauf.

Der Medikamentenplan wird von dem Hausarzt/der Hausärztin auf der Basis der Gesamtschau des Patienten unter Einbeziehung von Medikationsvorschlägen von Fachärzten und Krankenhäusern geführt und auf dem aktuellen Stand gehalten. Er sollte außer Dauermedikamenten auch wichtige Bedarfsmedikamente enthalten. Darüber hinaus sollten möglichst auch Dosierungen angegeben sein. Dann ist dieser Plan auch gleichzeitig derjenige, der auf Tastendruck ausgedruckt und dem Patienten mitgegeben werden kann.

#### Patientenblatt 3 – Dauerdiagnosen

Liste von Dauerdiagnosen, wichtige Anamnese-Diagnosen, Allergien, Unverträglichkeiten

**Voraussetzung:** Auf die Gesundheitskarte wird die Dauerdiagnosenliste beim quartalsmäßigen Einlesen der Karte nur übertragen, wenn der Patient zugestimmt hat.

Diese Liste wird vom Hausarzt geführt. Die wesentlichen Inhalte von Facharztkonsilen und Krankenhausaufenthalten gehen selbstverständlich mit ein.

In den Computern der Hausarztpraxen ist in der Regel bereits eine Liste von Dauerdiagnosen vorhanden, allein schon deshalb, weil sie für die Abrechnung benötigt wird. Daher ist die Führung einer Diagnosenliste ein bereits bekannter Arbeitsgang.

Die erforderliche Datenpflege sollte für die Hausärzte honoriert werden. Auf diese Weise kann an dieser Stelle die wesentliche Basisinformation für die Patientenbehandlung verfügbar gemacht werden.

Für die Datenpflege sind die Hausärzte auf prägnante Arztbriefe von Fachärzten und Krankenhäusern angewiesen. Auch diese wichtige und regelmäßige Bereitstellung von Informationen (zum Beispiel Facharztbericht einmal pro Quartal) sollte honoriert werden.

Diagnosen in der Dauerdiagnosenliste können als ICD-Diagnosen dargestellt sein, wenn, dann aber auch in der „ausgeschriebenen“ Form, eventuell mit individuell formulierten Ergänzungen.

#### Patientenblatt 4 – eingelöste Rezepte

Liste mit Namen (am besten Handelsname und Wirkstoffbezeichnung) des eingelösten Rezeptes, einschließlich Datum der Einlösung

Der Patient kann freiwillig in der Apotheke seine Gesundheitskarte vorlegen und obige Rezeptdaten speichern lassen. Er kann auch frei verkäuflich erstandene Medikamente speichern lassen.

Rezeptdaten werden nur für sechs Monate gespeichert. Wenn der PC in der Apotheke „merkt“, dass ältere Rezeptdaten gespeichert sind, löscht er diese automatisch.

Mithilfe der Daten über eingelöste Rezepte kann bei der Verordnung weiterer Medikamente die Kompatibilität der Wirkstoffe geprüft werden.

#### Patientenblatt 5 – elektronisches Rezept

Digitales Rezept (eRezept)

Hierbei handelt sich um eine Option, deren technische Umsetzbarkeit und Nutzen sicher noch geprüft werden muss. Wenn der Patient es wünscht, kann er sich sein Rezept in der Arztpraxis – anstatt auf Papier – als eRezept auf die Gesundheitskarte speichern lassen und die Rezeptdaten mittels der Karte zur Apotheke transportieren.

Der Patient selbst hat davon keinen Nutzen, möglicherweise aber führt das eRezept zu einer Vereinfachung der Verwaltungsvorgänge in der Apotheke und bei der Krankenkasse.

#### Patientenblatt 6 – Arztkontakte

Liste von Arztpraxen mit Fachrichtung, Adresse, Telefon, Fax, digitaler Adresse

Wenn der Patient zustimmt, werden beim einmaligen quartalsmäßigen Einlesen der Chipkarte die Adressdaten der jeweiligen Praxis gespeichert. Diese Funktion soll die innerärztliche Kommunikation erleichtern. Sie dient nicht der Kon-

trolle des Patienten durch die Krankenkassen. Arztkontakte, die länger als fünf Jahre zurückliegen, werden automatisiert von der Karte gelöscht.

#### Fazit

Wenn der Patient der Nutzung der dargestellten, über die Verwaltungsdaten hinausgehenden Funktionen der Gesundheitskarte zustimmt, wird sich auch bei Patienten mit langer Anamnese und vielen Arztkontakten nur eine Datenmenge ergeben, die maximal einigen wenigen DIN-A4-Seiten entspricht. Diese Datenmenge ist damit spielend auf dem lokalen Speicher der Gesundheitskarte unterzubringen.

Der Patient muss nur einmal in der Hausarztpraxis gefragt werden, ob er den Zusatzfunktionen zustimmt. Bei Bejahung wird das im PC der Hausarztpraxis eingetragen. Am Prozess des nur einmal im Quartal zwingend erforderlichen Einlesens der Gesundheitskarte ändert sich nichts.

Der Patient, der der Speicherung auf seiner Karte zugestimmt hat, entscheidet dennoch jeweils selbst, welchem anderen Arzt er die Informationen zur Verfügung stellt. Das Auslesen der medizinischen Information aus der Karte ist mit PIN gesichert.

In der Regel ist davon auszugehen, dass der Patient seine Diagnosen kennt und auch kennen darf. Sollte der (beispielsweise psychiatrisch) begründete Sonderfall vorliegen, dass dem Patienten die Diagnose nicht bekannt werden sollte, wird sie im PC des Hausarztes durch Anklicken eines Kästchens neben der Dauerdiagnosenliste als „verdeckte Dauerdiagnose“ markiert und dann nicht auf die Gesundheitskarte übertragen und auch nicht ausgedruckt.

Der Patient kann sich jederzeit den Informationsinhalt auf der Gesundheitskarte (also all das, was oben im Farbraster dargestellt ist) auf ein oder zwei Blatt Papier ausdrucken lassen und die Informationen analog statt digital weitergeben. Informationen auf Papier haben den unschätzbaren Vorteil, dass sie auch im Notfall bei bewusstlosem Patienten

ten ohne zusätzliche Hilfsmittel sofort verfügbar sind.

Um einen möglichen Einwand vorwegzunehmen: Die Daten auf der Chipkarte sind beim beschriebenen Konzept nicht „tagesaktuell“, sondern haben in der Regel den Stand vom Quartalsbeginn beziehungsweise vom letzten Einlesedatum der Karte. Das ist aber auch nicht schlimm. Es sollte nämlich nicht vergessen werden, dass das allerwichtigste ärztliche Informationsmedium noch immer das Arzt-Patient-Gespräch darstellt. Und da dürfte es dem Arzt auch keine Probleme bereiten zu fragen, ob sich bei seinem Patienten in den letzten Wochen an Diagnosen und Medikamenten etwas geändert hat oder nicht. ■

*Wilfried Deiß*